

# **SUS EM REDES: A PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE ORGANIZAÇÃO**

## **Organizadores**

Eugênio Vilaça Mendes

Jurandi Frutuoso Silva

Maria José de Oliveira Evangelista



# **SUS EM REDES:**

## **A Planificação da Atenção à Saúde como estratégia de organização**

### **Organizadores**

Eugênio Vilaça Mendes

Jurandi Frutuoso Silva

Maria José de Oliveira Evangelista

Brasília-DF

2025

**© 2025 Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass**

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total dessa obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Tiragem: 1.ª edição – 2025 – 1.000 exemplares

*Organizadores*

Eugênio Vilaça Mendes  
Maria José de Oliveira Evangelista  
Jurandi Frutuoso Silva

*Autores*

Alzira Maria d'Ávila Nery Guimarães  
Aline de Sousa Soares  
Amanda dos Santos Silva  
Ana Alice Freire  
Carla Ulhoa André  
Cristina Angélica  
Dayvson Silva dos Santos  
Edgar Nunes de Moraes  
Eliane Regina da Veiga Chomatas  
Eugênio Vilaça Mendes  
Fernanda Gonçalves dos Santos  
Flávia Lanna de Moraes  
Gabriela Hidalgo  
Gilcilene Pretta Cani Ribeiro  
Joana Moscoso Teixeira de Mendonça  
José Pereira de Souza  
Joyce Souza Lemes  
Júliane Aparecida Alves  
Lavinia Aragão Trigo de Loureiro  
Leane de Carvalho Machado  
Letícia Yamawaka de Almeida  
Marco Antônio Bragança de Matos  
Marcio Anderson Cardozo Paresque  
Marcus Vinícius Ramos Borges de Carvalho  
Maria José de Oliveira Evangelista

Maria Zélia Soares Lins  
Naira Pereira de Sousa Rocha  
Priscila Rodrigues Rabelo Lopes  
Rafael Saad Fernandez  
Rita de Cássia Bertão Cataneli  
Rubens Carvalho Silveira  
*Rúbia Pereira Barra*  
*Suzan Alves de Oliveira*  
*Tânia Cristina Morais Santa Barbara Rehem*  
*Tânia di Giacomo do Lago*  
*Tereza Cristina Lins Amaral*  
*Yuri Sá Oliveira Sousa*

*Edição*

Marcus Vinícius Ramos Borges de Carvalho  
Tatiana Rosa de Farias

*Revisão Ortográfica*

Wanderson Ferreira

*Projeto Gráfico e Diagramação*

Rita Loureiro (ALM Apoio à Cultura)

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

S944 SUS em redes : a planificação da atenção à saúde como estratégia de organização / Organizadores Eugênio Vilaça Mendes, Maria José de Oliveira Evangelista, Jurandi Frutuoso Silva. – 1. ed. – Brasília, DF : Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2025.  
Il. Color. ; 25 x 20 cm.

Inclui bibliografia.  
ISBN 978-65-88631-50-8

1. Redes de atenção à saúde. 2. Atenção primária à saúde. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil). 4. Organização dos serviços de saúde. I. Mendes, Eugênio Vilaça. II. Evangelista, Maria José de Oliveira. III. Silva, Jurandi Frutuoso.

CDD 362.1

**Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422**

As opiniões emitidas na presente publicação são da exclusiva responsabilidade dos autores, sem representar posicionamentos oficiais do Conselho Nacional de Secretários de Saúde.



# SUMÁRIO

<b>Lista de Acrônimos e Siglas</b>	<b>13</b>
<b>Apresentação</b>	<b>15</b>
<b>Introdução</b>	<b>17</b>
TRAJETÓRIA: MARCOS E APRENDIZADOS	18
PARCERIAS QUE ACELERAM A MUDANÇA SISTÊMICA	20
COMO LER ESTA PUBLICAÇÃO: PERCURSOS E CONTEÚDOS	21
 <b>Capítulo 1</b>	
<b>A Planificação da Atenção à Saúde (PAS): Fundamentos Normativos, Teórico- Conceituais e Operacionais</b>	<b>23</b>
1. O QUE É A PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE?	23
2. POR QUE A OPÇÃO DA PAS PELA ORGANIZAÇÃO DO SUS EM RAS?	23
3. A SUPERAÇÃO DA FRAGMENTAÇÃO DO CUIDADO PELA INTEGRAÇÃO EM REDE DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE	31
4. OS FUNDAMENTOS NORMATIVOS DA PAS	32
5. OS FUNDAMENTOS TEÓRICO-CONCEITUAIS DA PAS	50
6. OS FUNDAMENTOS OPERACIONAIS DA PAS	55
REFERÊNCIAS	67
 <b>Capítulo 2</b>	
<b>A Construção Social da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE)</b>	<b>81</b>
1. A FASE PRELIMINAR DA PLANIFICAÇÃO	85
2. A METODOLOGIA DA PLANIFICAÇÃO	94
3. O PROCESSO DA CONSTRUÇÃO SOCIAL DA APS	127
4. O PROCESSO DA CONSTRUÇÃO SOCIAL DA AAE	196
5. MACROPROCESSO DA INTEGRAÇÃO DA APS COM O AMBULATÓRIO DO MODELO PASA	265
6. A GESTÃO INTEGRADA DA APS E AAE NA PERSPECTIVA DA GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	273
REFERÊNCIAS	278

### Capítulo 3

## **Governança Regional no Sistema Único de Saúde (SUS) . . . . . 283**

INTRODUÇÃO . . . . .	283
POR QUE REGIONALIZAR? . . . . .	284
GOVERNANÇA EM SAÚDE . . . . .	288
FUNDAMENTOS NORMATIVOS DA GOVERNANÇA NO SUS . . . . .	289
OS TERRITÓRIOS DE GOVERNANÇA . . . . .	290
GOVERNANÇA REGIONAL NO SUS . . . . .	291
DESAFIOS À GOVERNANÇA NO SUS . . . . .	292
ESTRATÉGIAS PARA O FORTALECIMENTO DA GOVERNANÇA . . . . .	293
EXPERIÊNCIAS E PRÁTICAS DE GOVERNANÇA NOS TERRITÓRIOS . . . . .	293
ATORES ENVOLVIDOS E COMPOSIÇÃO DO CGRS . . . . .	295
ATIVIDADES REALIZADAS: FOCO E PRODUTOS . . . . .	295
COMITÊ TEMÁTICO DA REDE MATERNO-INFANTIL . . . . .	297
COMITÊ TEMÁTICO DA REDE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA — IAM, TRAUMA E AVC . . . . .	298
CONCLUSÃO . . . . .	299
REFERÊNCIAS . . . . .	300

### Capítulo 4 – Metodologia operacional aplicada

## **A Planificação da Atenção à Saúde na Beneficência Portuguesa: Diagnóstico e Perspectivas . . . . . 303**

CONTEXTO . . . . .	303
A PLANIFICAÇÃO NA BP . . . . .	304
TRIÊNIO 2021/2023 . . . . .	306
TRIÊNIO 2024/2026 . . . . .	308
CONCLUSÃO . . . . .	312
REFERÊNCIAS . . . . .	314

## **A Planificação em Movimento: A Experiência Einstein e o PlanificaSUS . . . . 317**

1. INTRODUÇÃO . . . . .	317
2. PLANIFICASUS FASE 1 (2019–2020): INÍCIO E CONSOLIDAÇÃO METODOLÓGICA . . . . .	318
3. PLANIFICASUS FASE 2 (2021–2023): EXPANSÃO E INSERÇÃO NOVOS TEMAS . . . . .	320
4. PLANIFICASUS FASE 3 (2023–2026): INOVAÇÃO, EVIDÊNCIAS E SUSTENTABILIDADE . . . . .	321
5. AS ENTREGAS E EIXOS ESTRUTURANTES DO PROJETO . . . . .	323

## Capítulo 5 – Experiências do Programa de Apoio ao Desenvolvimento

### **Rede temática Saúde da Pessoa Idosa . . . . . 329**

INTRODUÇÃO . . . . .	329
POPULAÇÃO IDOSA . . . . .	332
MODELO DE ATENÇÃO À CONDIÇÃO CRÔNICA DE SAÚDE (MACC) . . . . .	354
INDICADORES DE SAÚDE. . . . .	369
CASO DE UBERLÂNDIA . . . . .	372
REFERÊNCIAS. . . . .	375

### **Planificação da Atenção à Saúde no Sistema Prisional: A Experiência Viva da Atenção Primária Prisional . . . . . 381**

TERRITÓRIO E REDE: “OS NÓS INVISÍVEIS DO CUIDADO” . . . . .	381
RELEITURAS NECESSÁRIAS: DA CASA À CELA, DA FAMÍLIA AO INDIVÍDUO . . . . .	383
PLANIFICANDO A ATENÇÃO À SAÚDE NAS UBSP . . . . .	384
REFERÊNCIAS. . . . .	395

### **A Planificação da Atenção à Saúde e os Cuidados Paliativos . . . . . 397**

REFERÊNCIAS. . . . .	401
ANEXO 1 – ETAPA PILOTO (UBERLÂNDIA, 2020-2021) . . . . .	403
ANEXO 2 – ETAPA PLANIFICASUS (TRIÊNIO 2021-2023). . . . .	404
ANEXO 3 – CONSOLIDAÇÃO EM UBERLÂNDIA (A PARTIR DE 2024). . . . .	405

### **Organização do Cuidado em Saúde Mental na APS: A Planificação da Atenção à Saúde como Estratégia de Transformação Sistêmica . . . . . 407**

CONSIDERAÇÕES FINAIS . . . . .	418
REFERÊNCIAS . . . . .	419

### **Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Perspectivas da Planificação da Atenção à Saúde . . . . . 423**

CONSIDERAÇÕES FINAIS . . . . .	431
REFERÊNCIAS. . . . .	432

## Capítulo 6 – Avaliação

### **Planificação da Atenção à Saúde: uma estratégia de organização das Redes de Atenção à Saúde no SUS na perspectiva dos atores envolvidos. . . . . 435**

1. INTRODUÇÃO . . . . .	437
2. OBJETIVO . . . . .	441
3. MATERIAL E MÉTODOS . . . . .	441
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO . . . . .	447
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS . . . . .	467
REFERÊNCIAS: . . . . .	469
APÊNDICES . . . . .	475
ANEXO . . . . .	493

### **Agradecimentos . . . . . 501**

# LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

## FIGURAS

### Capítulo 1

#### A Planificação da Atenção à Saúde (PAS): Fundamentos Normativos, Teórico-Conceituais e Operacionais

<b>Figura 1.</b>	Estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde	<b>40</b>
<b>Figura 2.</b>	O Modelo de Atenção às Condições Crônicas	<b>47</b>

### Capítulo 2

#### A Construção Social da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE)

<b>Figura 1.</b>	A metáfora da construção da casa da APS	<b>82</b>
<b>Figura 2.</b>	Os macroprocessos da AAE	<b>84</b>
<b>Figura 3.</b>	As características do tutor	<b>97</b>
<b>Figura 4.</b>	Ciclo de melhoria do PDSA e o processo de tutoria na APS	<b>104</b>
<b>Figura 5.</b>	Ciclo de melhoria do PDSA e o processo de tutoria na AAE	<b>105</b>
<b>Figura 6.</b>	Matriz de Gerenciamento de Processo de Tutoria – APS	<b>107</b>
<b>Figura 7.</b>	Plano de Ação para Organização dos Processos da Unidade Formativa	<b>108</b>
<b>Figura 8.</b>	Passo a passo para elaboração e monitoramento do plano de ação na APS	<b>109</b>
<b>Figura 9.</b>	Ciclo de desenvolvimento do tutor para a APS	<b>112</b>
<b>Figura 10.</b>	Ciclo de desenvolvimento do tutor para a AAE	<b>113</b>
<b>Figura 11.</b>	Curso EaD para formação de tutores	<b>114</b>
<b>Figura 12.</b>	Fases para implantação do modelo Pasa	<b>117</b>
<b>Figura 13.</b>	Representação da expansão da PAS em uma regional de saúde	<b>129</b>
<b>Figura 14.</b>	Metáfora da casa na construção social da APS	<b>130</b>
<b>Figura 15.</b>	A construção social da Atenção Ambulatorial Especializada – Modelo Pasa	<b>197</b>
<b>Figura 16.</b>	Diagrama de Microsistema Clínico	<b>265</b>
<b>Figura 17.</b>	O modelo da Coordenação do Cuidado	<b>266</b>
<b>Figura 18.</b>	Dispositivos de integração vertical entre a APS e AAE	<b>270</b>

### Capítulo 3

#### Governança Regional no Sistema Único de Saúde (SUS)

<b>Figura 1.</b>	Marcos normativos no processo de regionalização do SUS	<b>286</b>
<b>Figura 2.</b>	Comitê de Apoio à Governança Regional de Saúde, Região de Saúde Sul, Cariri, estado do Ceará	<b>294</b>
<b>Figura 3.</b>	Sistema de Governança Regional, Região de Saúde Sul, Cariri, estado do Ceará, 2025	<b>296</b>

### Capítulo 4 – Metodologia operacional aplicada

#### A Planificação da Atenção à Saúde na Beneficência Portuguesa: Diagnóstico e Perspectivas

<b>Figura 1.</b>	Territórios beneficiados pela BP a partir de 2024	<b>309</b>
<b>Figura 2.</b>	Equipe da PAS BP em 2024	<b>310</b>
<b>Figura 3.</b>	Maturidade dos processos relacionados à segurança do paciente	<b>311</b>

## Capítulo 5 – Experiências do Programa de Apoio ao Desenvolvimento

### Rede temática Saúde da Pessoa Idosa

<b>Figura 1.</b>	Transição demográfica	<b>329</b>
<b>Figura 2.</b>	Redes de Atenção à Saúde com enfoque na pessoa idosa	<b>332</b>
<b>Figura 3.</b>	Modelo de Dahlgren e Whitehead	<b>333</b>
<b>Figura 4.</b>	Modelo Multidimensional de Saúde da Pessoa Idosa	<b>336</b>
<b>Figura 5.</b>	Grandes Síndromes Geriátricas	<b>337</b>
<b>Figura 6.</b>	Vitalidade	<b>338</b>
<b>Figura 7.</b>	Pentágono da Fragilidade com seus fenótipos principais	<b>340</b>
<b>Figura 8.</b>	Fragilidade	<b>343</b>
<b>Figura 9.</b>	Classificação Visual e Analógica da Pessoa Idosa	<b>344</b>
<b>Figura 10.</b>	Fragilidade Clínico-Funcional e Sociofamiliar	<b>346</b>
<b>Figura 11.</b>	Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), adaptado por Moraes (2011)	<b>356</b>
<b>Figura 12.</b>	Fluxos e contrafluxos da APS com a AAE	<b>357</b>
<b>Figura 13.</b>	Linha de Cuidados da Pessoa Idosa na APS	<b>358</b>
<b>Figura 14.</b>	Equipe Interprofissional	<b>364</b>
<b>Figura 15.</b>	Rede SUS e Suas	<b>365</b>
<b>Figura 16.</b>	Setores prioritários no Programa Cidades e Comunidades Amigas da Pessoa Idosa	<b>367</b>
<b>Figura 17.</b>	Distribuição Geográfica da População Idosa em Uberlândia	<b>374</b>

### Planificação da Atenção à Saúde no Sistema Prisional: A Experiência Viva da Atenção Primária Prisional

<b>Figura 1.</b>	A metáfora da casa na construção social da APP	<b>384</b>
------------------	--	------------

### Organização do Cuidado em Saúde Mental na APS: A Planificação da Atenção à Saúde como Estratégia de Transformação Sistêmica

<b>Figura 1.</b>	Desenho operacional da saúde mental na APS	<b>411</b>
------------------	--	------------

## Capítulo 6 – Avaliação

### Planificação da Atenção à Saúde: uma estratégia de organização das Redes de Atenção à Saúde no SUS na perspectiva dos atores envolvidos

<b>Figura 1.</b>	Situação da implantação da Planificação da Atenção à Saúde em estados brasileiros, com suas respectivas instituições/órgãos apoiadores, em 2024.	<b>440</b>
<b>Figura 2.</b>	Dendrograma conforme a Classificação Hierárquica Descendente.	<b>450</b>
<b>Figura 3.</b>	Distribuição das palavras nas classes temáticas por meio da Análise Fatorial de Correspondência das palavras, relativa à Planificação da Atenção à Saúde: uma estratégia de organização das Redes de Atenção à Saúde no SUS na perspectiva dos atores envolvidos.	<b>451</b>
<b>Figura 4.</b>	Categorias e subcategorias de análise e seus respectivos segmentos de texto.	<b>452</b>

# QUADROS

## Capítulo 1

### A Planificação da Atenção à Saúde (PAS): Fundamentos Normativos, Teórico-Conceituais e Operacionais

<b>Quadro 1.</b>	Diferenças entre sistemas fragmentados e Redes de Atenção à Saúde	<b>28</b>
------------------	---	-----------

## Capítulo 2

### A Construção Social da Atenção Primária à Saúde e da Atenção Ambulatorial Especializada

<b>Quadro 1.</b>	Exemplos de ações necessárias dos diversos setores da SES e SMS para a organização dos processos da APS e AAE por meio da PAS	<b>86</b>
<b>Quadro 2.</b>	Responsabilidades e competências dos entes envolvidos na Planificação de Atenção à Saúde	<b>89</b>
<b>Quadro 3.</b>	Dimensões e interpretação de resultados do instrumento ACIC	<b>92</b>
<b>Quadro 4.</b>	Papel dos tutores	<b>98</b>
<b>Quadro 5.</b>	Atividades dos momentos de tutoria na APS	<b>105</b>
<b>Quadro 6.</b>	Atividades dos momentos de tutoria na AAE	<b>106</b>
<b>Quadro 7.</b>	Alinhamento pré-tutoria por videoconferência na APS	<b>115</b>
<b>Quadro 8.</b>	Alinhamento pré-tutoria presencial (APS)	<b>116</b>
<b>Quadro 9.</b>	Alinhamento pré-tutoria por videoconferência na AAE	<b>116</b>
<b>Quadro 10.</b>	Ações que deverão ser realizadas na visita técnica	<b>119</b>
<b>Quadro 11.</b>	Preparação do Tutor da AAE para a Visita Técnica	<b>120</b>
<b>Quadro 12.</b>	Passo a passo para realizar a oficina tutorial com a equipe da APS	<b>122</b>
<b>Quadro 13.</b>	Passo a passo para realizar a oficina tutorial com a equipe da AAE	<b>123</b>
<b>Quadro 14.</b>	Passo a passo para monitoramento das atividades pactuadas no plano de ação	<b>124</b>
<b>Quadro 15.</b>	Sugestão para tipos de grupos de aplicativo de mensagens na APS	<b>125</b>
<b>Quadro 16.</b>	Sugestão para tipos de grupos de aplicativo de mensagens instantânea na AAE	<b>126</b>
<b>Quadro 17.</b>	Macro e microprocessos da Atenção Primária à Saúde	<b>130</b>
<b>Quadro 18.</b>	Metas da Segurança do Paciente nas Etapas da Planificação da Atenção à na APS	<b>191</b>
<b>Quadro 19.</b>	Sequência das oficinas tutoriais	<b>193</b>
<b>Quadro 20.</b>	Macroprocessos da AAE	<b>199</b>
<b>Quadro 21.</b>	Sequência de Oficinas	<b>262</b>

## Capítulo 5 – Experiências do Programa de Apoio ao Desenvolvimento

### Rede temática Saúde da Pessoa Idosa

<b>Quadro 1.</b>	Fenótipos da fragilidade	<b>340</b>
<b>Quadro 2.</b>	Classificação Clínico-Funcional, segundo Moraes <i>et al.</i> 2016	<b>344</b>
<b>Quadro 3.</b>	IVCF-20	<b>348</b>
<b>Quadro 4.</b>	Categorias de risco	<b>350</b>
<b>Quadro 5.</b>	Interpretação do escore do IVCF-20	<b>350</b>
<b>Quadro 6.</b>	IVSF-10	<b>352</b>
<b>Quadro 7.</b>	Diferenças entre CEM e Pasa	<b>359</b>
<b>Quadro 8.</b>	Indicadores de processo	<b>370</b>
<b>Quadro 9.</b>	Indicadores de resultados	<b>371</b>

### Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Perspectivas da Planificação da Atenção à Saúde

<b>Quadro 1.</b>	Organização das Estratégias Práticas para Integrar a Qualidade e Segurança do Paciente na Planificação de Atenção à Saúde	<b>427</b>
------------------	---	------------

## Capítulo 6 – Avaliação

Planificação da Atenção à Saúde: uma estratégia de organização das Redes de Atenção à Saúde no SUS na perspectiva dos atores envolvidos

**Quadro 1.** Estados, regiões de saúde e municípios selecionados na pesquisa Planificação da Atenção à Saúde: uma estratégia de organização das Redes de Atenção à Saúde no SUS na perspectiva dos atores envolvidos. Brasil, 2025. **443**

## TABELAS

## Capítulo 6 – Avaliação

Planificação da Atenção à Saúde: uma estratégia de organização das Redes de Atenção à Saúde no SUS na perspectiva dos atores envolvidos

**Tabela 1.** Características sociodemográficas dos entrevistados. **448**

# LISTA DE ACRÔNIMOS E SIGLAS

**AAE:** Atenção Ambulatorial Especializada  
**AC:** Atenção Contínua  
**ACE:** Agentes de Combate às Endemias  
**ACIC:** Assessment of Chronic Illness Care  
**ACS:** Agentes Comunitários de Saúde  
**ALSO:** Advanced Life Support in Obstetrics  
**APP:** Atenção Primária Prisional  
**AVC:** Acidente Vascular Cerebral  
**AVD:** Atividades de Vida Diária  
**BP:** Beneficência Portuguesa de São Paulo  
**BSLO:** Basic Life Support in Obstetrics  
**CAPS:** Centros de Atenção Psicossocial  
**CCM:** Chronic Care Model  
**CEGRAS:** Comitê Executivo de Governança das Redes de Atenção à Saúde  
**CEM:** Centro de Especialidades Médicas  
**CFIR:** Consolidated Framework for Implementation Research  
**CGR:** Colegiado de Gestão Regional  
**CGRS:** Comitê de Apoio à Governança Regional de Saúde  
**CIB:** Comissão Intergestores Bipartite  
**CIR:** Comissão Intergestores Regional  
**CIT:** Comissão Intergestores Tripartite  
**CONASEMS:** Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde  
**CONASS:** Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
**COSEMS:** Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde  
**CUIDASM:** Escala de Avaliação da Necessidade de Cuidado em Saúde Mental  
**DALYs:** Disability-Adjusted Life Years  
**EAD:** Ensino a Distância  
**eAPP:** Equipes de Atenção Primária Prisional  
**EMULTI:** Equipes Multiprofissionais  
**EPI:** Equipamentos de Proteção Individual  
**eSF:** Equipes de Saúde da Família  
**ESF:** Estratégia Saúde da Família  
**GCR:** Grupo Condutor Regional  
**GT:** Grupo de Trabalho  
**IAM:** Infarto Agudo do Miocárdio  
**ILPI:** Instituições de Longa Permanência para Idosos  
**IVCF-20:** Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20  
**IVSF-10:** Índice de Vulnerabilidade Sociofamiliar-10  
**LGPD:** Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais

**MACC:** Modelo de Atenção às Condições Crônicas  
**MPI:** Medicamentos Potencialmente Inapropriados  
**MRPA:** Monitoramento da Medida Residencial da Pressão Arterial  
**NEGESP:** Núcleo Estadual de Gestão Estratégica da Segurança do Paciente  
**NMSP:** Núcleos Municipais de Segurança do Paciente  
**NOAS:** Normas Operacionais da Assistência à Saúde  
**NOB:** Normas Operacionais Básicas  
**NSP:** Núcleos de Segurança do Paciente  
**OCDE:** Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico  
**OMS:** Organização Mundial da Saúde  
**OPAS:** Organização Pan-Americana da Saúde  
**PAS:** Planificação da Atenção à Saúde  
**PASA:** Ponto de Atenção Secundário Ambulatorial  
**PDSA:** Plan, Do, Check, Act  
**PNAB:** Política Nacional de Atenção Básica  
**PNAES:** Política da Atenção Especializada em Saúde  
**PNCP:** Política Nacional de Cuidados Paliativos  
**POP:** Procedimentos Operacionais Padrão  
**PRI:** Planejamento Regional Integrado  
**PROADI-SUS:** Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde  
**PRS:** Plano de Saúde Regional  
**RAPS:** Rede de Atenção Psicossocial  
**RAS:** Redes de Atenção à Saúde  
**RASPI:** Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa  
**SBAR:** Situação, Breve Histórico, Avaliação e Recomendação  
**SES:** Secretarias Estaduais de Saúde  
**SMS:** Secretarias Municipais de Saúde  
**SUAS:** Sistema Único de Assistência Social  
**SUS:** Sistema Único de Saúde  
**UBS:** Unidades Básicas de Saúde  
**UBSP:** Unidades Básicas de Saúde Prisional  
**UF:** Unidades Federativas

# APRESENTAÇÃO

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) tem a satisfação de apresentar o livro *Planificação da Atenção à Saúde: uma estratégia de organização do SUS em Redes de Atenção à Saúde*. Esta obra atualiza, sistematiza e aprofunda um percurso que vem sendo construído, de forma cooperativa, por gestores, trabalhadores e instituições parceiras, com um propósito claro: transformar princípios em prática, organizar o cuidado em redes e entregar resultados que importam para as pessoas e para as populações.

A Planificação da Atenção à Saúde (PAS) nasceu no Sistema Único de Saúde (SUS) como resposta às exigências de um país que convive com a hegemonia das condições crônicas, sem descuidar das condições agudas e das emergências. A experiência acumulada demonstra que redesenhar o sistema em Redes de Atenção à Saúde (RAS), com a Atenção Primária à Saúde (APS) coordenando o cuidado e ordenando os fluxos, eleva a qualidade, reduz a variabilidade indesejável e amplia o valor social gerado. Ao consolidar macroprocessos assistenciais e gerenciais, linhas de cuidado e dispositivos de educação permanente, a PAS tem se mostrado um caminho factível para integrar níveis de atenção e qualificar a gestão da clínica e do acesso.

A trajetória aqui revisitada evidencia saltos de escala e de escopo. A cooperação do Proadi-SUS, do Ministério da Saúde, foi decisiva para ampliar a capilaridade e padronização metodológica: primeiro com o Hospital Israelita Albert Einstein e, a partir de 2022, com a Beneficência Portuguesa de São Paulo, o que possibilitou apoiar novas regiões e fortalecer a gestão por meio de indicadores, auditoria de produtos e trilhas formativas. Em seguida, a parceria Umane e Organização Pan-Americana da Saúde agregou densidade institucional e programática, introduzindo, de modo explícito, a Atenção Hospitalar e os arranjos de Governança em RAS como elementos estruturantes da implantação e da sustentabilidade. Laboratórios regionais — a exemplo do Cariri, no Ceará — têm operado como vitrines de inovação, acelerando o aprendizado e a difusão.

Os números da expansão traduzem o alcance desse esforço cooperativo. A PAS está presente em dezenas de regiões de saúde, envolvendo milhares de equipes de APS e ambulatórios de especialidades, com redes que passam a organizar fluxos de referência e contrarreferência, pactuar protocolos e acompanhar indicadores em painéis acessíveis aos gestores e às equipes. Mais do que a escala, importa a maturidade do modo de fazer: grupos condutores atuantes, pontos focais nas Secretarias, tutoria em múltiplos níveis, unidades formativas como espaços de customização e monitoramento contínuo por meio de linha de base, checklists e avaliações qualitativas. Esta publicação reflete esse amadurecimento.

Ao publicar esta obra, o Conass renova o compromisso com a organização do SUS em redes, a partir de um pacto político-operacional que une Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, hospitais de excelência do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS), Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), serviços e equipes em torno de um mesmo norte: o cuidado certo, no tempo certo, no lugar certo.

Que esta edição sirva como mapa e bússola para o trabalho coletivo de organizar o sistema de saúde brasileiro, com governança forte, capacidade formativa permanente e compromisso com resultados em saúde e valor social.

Tânia Mara Coelho  
**Presidente do Conass**

# INTRODUÇÃO

A Planificação da Atenção à Saúde (PAS) foi idealizada para enfrentar um descompasso estrutural: a predominância das condições crônicas em um sistema organizado segundo a lógica da condição aguda, com serviços fragmentados, episódicos e reativos. A resposta necessária, como já preconizado, é organizar o Sistema Único de Saúde (SUS) em uma Rede de Atenção à Saúde (RAS), com a Atenção Primária à Saúde (APS) coordenando o cuidado e ordenando os fluxos, de modo a ofertar atenção contínua, integral e centrada na população. A PAS é justamente a estratégia de organização do sistema em RAS, com base em normativas do SUS, fundamentos teórico-conceituais consolidados e um repertório operacional que integra metodologias educativas, instrumentos de gestão da clínica e arranjos de governança.

Planificar, portanto, é dar coerência entre necessidades e respostas: definir população e território como objeto do cuidado, explicitar objetivos sanitários e traçar rotas assistenciais que conectam pontos de atenção. Ao organizar tarefas, papéis e fluxos, a PAS transforma os princípios do SUS — universalidade, integralidade e equidade — em rotinas clínicas e gerenciais observáveis.

Com a predominância das condições crônicas e a convivência com condições agudas e riscos à saúde, o cuidado eficaz exige longitudinalidade, estratificação de risco, manejo proativo e coordenação multiprofissional. A PAS materializa essa exigência ao posicionar a APS como coordenadora do cuidado e ao garantir transições oportunas para a atenção especializada e hospitalar, com planos de cuidado pactuados com as pessoas e suas famílias.

A planificação também é a forma de assegurar integralidade ao longo do curso de vida e em diferentes contextos: da saúde da criança à da pessoa idosa, dos agravos mentais ao cuidado no fim da vida, dos territórios comunitários aos ambientes de privação de liberdade. Em todos esses cenários, a implantação da RAS por meio de linhas de cuidado une prevenção, promoção, tratamento, reabilitação e paliatividade.

Outra questão central é a qualidade: sem um desenho de rede e sem processos clínicos acordados, prevalecem variações indesejáveis, desfechos piores e maior risco para usuários e equipes. A PAS convoca a adoção de diretrizes baseadas em evidências, o uso de ferramentas de melhoria contínua e uma cultura de segurança que reduz danos e aumenta a confiabilidade do sistema.

Do ponto de vista econômico e gerencial, planificar é usar melhor a capacidade instalada: reduzir duplicidades, evitar idas e vindas desnecessárias, encurtar tempos de espera, prevenir internações evitáveis e deslocar o cuidado para o nível mais

resolutivo e adequado. Ao alinhar custos a resultados relevantes para as pessoas, a PAS orienta a busca do valor em saúde.

A planificação também é um instrumento de equidade: parte da territorialização e do reconhecimento das vulnerabilidades para priorizar quem mais precisa, aproximar o cuidado dos lugares onde a vida acontece e articular respostas intersetoriais quando determinantes sociais extrapolam o setor saúde. Ao pactuar responsabilidades entre níveis de gestão, reduz iniquidades evitáveis.

Planificar significa instituir um sistema que cultua metas claras, critérios de avaliação, transparência de resultados e espaços regulares de análise para ajustar rotas. Essa arquitetura favorece a corresponsabilidade entre gestores, profissionais e usuários, bem como confere previsibilidade às decisões clínicas e administrativas.

## TRAJETÓRIA: MARCOS E APRENDIZADOS

A PAS é um processo incremental e cumulativo, forjado na prática cotidiana do SUS e na cooperação entre gestores, trabalhadores e instituições parceiras. Ao longo dos anos, a PAS passou de experiências locais à condição de estratégia nacional de organização do cuidado em RAS, sempre apoiada em fundamentos normativos e em um corpo teórico-operacional que articula gestão da clínica, educação permanente e governança.

Esse percurso consolidou uma “gramática comum” para a mudança: macro e microprocessos assistenciais e gerenciais como linguagem de trabalho; oficinas teóricas e tutoriais como método de formação em serviço; unidades laboratórios ou formativas como vitrines de aprendizagem e customização; e instrumentos de linha de base e monitoramento (como diagnósticos situacionais e checklists) para orientar prioridades, pactuar responsabilidades, acompanhar, monitorar e avaliar os processos.

A trajetória da PAS revela a evolução do escopo: inicia na qualificação da APS; integra a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) a partir do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC); incorpora temas transversais, como Segurança do Paciente e Cuidados Paliativos; e, mais recentemente, agrega a Atenção Hospitalar e arranjos explícitos de Governança em RAS — buscando a sustentabilidade nas Secretarias Estaduais de Saúde (SES).

Na fase de gênese e difusão, destacam-se os pilotos e os laboratórios de inovação, que permitiram testar, ajustar e consolidar a metodologia. A experiência de Tauá/CE (2014-2016) alcançou capilaridade formativa, demonstrando a potência da tutoria em serviço e das oficinas para reorganizar processos de trabalho na APS. Em 2016, a integração da AAE segundo o MACC inaugurou fluxos regulados pela APS e a construção de microssistemas clínicos orientados por linhas de cuidado.

A expansão em escala ganhou impulso com a parceria no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi-SUS). O aporte inicial do Hospital Israelita Albert Einstein — HIAE (2018-2020) e, posteriormente, a entrada da Beneficência Portuguesa de São Paulo (a partir de 2022) ampliaram capilaridade, padronização metodológica e gestão de resultados — com a adoção de trilhas EAD, auditorias de produtos e indicadores de maturidade dos macroprocessos, entre outros aprimoramentos operacionais.

A parceria entre a Associação Umane, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), instituída a partir de dezembro de 2022, adicionou densidade institucional e programática ao introduzir a dimensão de Atenção Hospitalar à metodologia, enfoque na Governança em RAS como requisito de sustentabilidade (com Grupo Condutor, ponto focal e contratos coerentes com o modelo), e estimular a consolidação de laboratórios regionais, como o do Cariri/CE em 2024. Em paralelo, a publicação da Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) e a incorporação dos Cuidados Paliativos à PAS aprofundaram a perspectiva de cuidado integral ao longo do curso de vida.

A seguir, uma síntese dos principais marcos dessa trajetória recente:

- 2004 – 2007 — Realização de Oficinas de RAS inspiradas no Plano Diretor da APS da SES/MG.
- 2008 — Formulação da proposta com ênfase na qualificação da APS, estruturada em macroprocessos assistenciais e gerenciais.
- 2014–2016 — Laboratório de Inovações na APS em Tauá/CE, com 100% dos trabalhadores capacitados, consolidando oficinas teóricas e tutoriais em serviço.
- 2016 — Ampliação da PAS para integrar a AAE segundo o MACC, inaugurando arranjos concretos de APS-AAE.
- 2018 — Uberlândia/MG é reconhecida como Centro Colaborador, fortalecendo a função de laboratório de inovação, formação e dispersão da metodologia.
- 2018–2020 — O HIAE aporta a PAS via Proadi-SUS, viabilizando financiamento parcial e escala nacional (PlanificaSUS).
- 2021–2023 — Consolidação de projetos Proadi-SUS com expansão territorial e aperfeiçoamento metodológico (cursos curtos, EAD, auditoria de produtos, indicadores de maturidade dos macroprocessos).
- 2022 — Entrada da Beneficência Portuguesa de São Paulo (BP) no Proadi-SUS para a PAS, ampliando capilaridade e compartilhando boas práticas de gestão de projetos e excelência operacional.

- Dez/2022 em diante — Parceria Umane/Opas/Conass para expandir e fortalecer a PAS, com enfoque inicial em duas macrorregiões de saúde, em Pernambuco e no Ceará.
- 2024 — Implantação, na macrorregião do Cariri/CE, de laboratório de inovação em RAS incluindo governança e Atenção Hospitalar, com múltiplas linhas de cuidado; incorporação qualificada do macroprocesso de cuidados paliativos na APS; avanço da PAS em escala nacional (23 estados, 173 regiões de saúde, 1.750 municípios, em torno de 10 mil Unidades Básicas de Saúde – UBS e 85 ambulatórios AAE).

Essa linha do tempo evidencia três vetores estruturantes: i) integração clínica (APS-AAE-Atenção Hospitalar); ii) capilaridade e sustentabilidade (tutores, unidades formativas, educação permanente, instrumentos de linha de base e monitoramento); e iii) governança (decisão política, grupo condutor, ponto focal estadual, protocolos e orientação a elaboração de contratos coerentes com o modelo).

Na integração clínica, a PAS articula funcionalmente APS, AAE e Atenção Hospitalar por meio de linhas de cuidado e microssistemas clínicos, com a APS como coordenadora do cuidado. A organização do acesso regulado, a referência e contrarreferência qualificadas, o papel do Ponto de Atenção Secundário Ambulatorial (Pasa) e o uso de protocolos e fluxos pactuados dão concretude à continuidade do cuidado e à resolutividade; a educação permanente das equipes é de fundamental importância na aderência ao modelo de atenção, tanto das condições crônicas como das agudas.

Na dimensão da governança, a sustentabilidade institucional exige decisão política explícita, grupo condutor atuante, ponto focal com capacidade de coordenação e mecanismos de gestão por resultados (painéis de indicadores, contratos e planos operativos coerentes com o modelo). A integração com a regulação do acesso, a gestão da clínica e comitês de governança das linhas de cuidado sustentam o acordo interfederativo e o alinhamento entre atenção primária, serviços especializados e hospitalares, assegurando aderência ao MACC e ao desenho de RAS.

## PARCERIAS QUE ACELERAM A MUDANÇA SISTÊMICA

O papel do Proadi-SUS foi decisivo para a escala: primeiro com o HIAE (2018-2020) e, a partir de 2022, com a BP, o que possibilitou espalhar o projeto para novos territórios e compartilhar metodologias de gestão, Lean Healthcare e avaliação de resultados. Em paralelo, a parceria Umane/Opas/Conass elevou o escopo da PAS ao introduzir a Atenção Hospitalar e o componente de Governança em RAS como partes explícitas das agendas de implantação ao mesmo tempo que reforçou a organização dos macroprocessos na APS e na AAE.

Do ponto de vista da institucionalização da PAS nas SES, e da Planificação Digital, são as metas do momento. Para tal, são imprescindíveis: a liderança da gestão estadual; a formalização do Grupo Condutor intersetorial; o Ponto Focal da PAS ligado ao gabinete; os times de tutores nos níveis central, regional e municipal; as unidades formativas como vitrines pedagógicas e de customização; as linhas de base e educação permanente.

## COMO LER ESTA PUBLICAÇÃO: PERCURSOS E CONTEÚDOS

Esta obra foi concebida para permitir leituras em diferentes ordens, a depender da necessidade do leitor.

Pode-se iniciar pelos fundamentos e, a partir deles, transitar pelos módulos temáticos e pelos estudos de implantação, retornando, quando necessário, aos instrumentos operacionais.

Os fundamentos normativos, teóricos e operacionais da PAS definem o “porquê” da planificação; diferenciam RAS de arranjos fragmentados; apresentam a base normativa do SUS, o arcabouço conceitual (condições agudas e crônicas, valor em saúde, gestão da clínica) e o repertório operacional da metodologia.

A organização do cuidado, APS e AAE, detalha a “Casa da APS” e seus macro-processos; o papel do Pasa; a construção de microssistemas clínicos e os arranjos de acesso regulados pela APS; descreve tutoria, oficinas e unidades formativas, além dos instrumentos de linha de base e monitoramento.

Segurança do Paciente na APS — apresenta conceitos, diretrizes e ferramentas para operar a segurança como cultura e processo (times de segurança, Núcleos Municipais/Distritais, Núcleo Estadual de Gestão Estratégica da Segurança do Paciente (Negesp), comunicação estruturada, checklists, análise de incidentes e ciclos PDSA — do inglês, Plan, Do, Check, Act), como macroprocesso transversal da qualidade e da coordenação do cuidado.

Cuidados Paliativos na PAS – integra os cuidados paliativos ao MACC e à PNCP (2024); descreve a identificação de elegíveis, o manejo de sintomas, a autonomia e o suporte à família e ao luto; sistematiza a trajetória de pilotos, a incorporação ao PlanificaSUS e os arranjos de formação (EAD, oficinas e recursos educacionais).

Saúde Mental na APS — propõe a organização em rede com a APS como protagonista, articulando diretrizes clínicas (como o mhGAP), territorialização, matriciamento e arranjos intersetoriais para formar microssistemas resolutivos e sustentáveis.

A PAS no Sistema Prisional — apresenta a adaptação conceitual e metodológica da PAS ao território de privação de liberdade (territorialização, microáreas e “domicílios” na cela); a governança institucional; a integração com a RAS; e a operação dos macroprocessos da APS no cárcere.

Rede Temática da Pessoa Idosa — atualiza o cuidado à pessoa idosa na RAS, articulando classificação clínicofuncional, estratificação de risco, MACC, integração APS-AAE, cuidado interdisciplinar e monitoramento do plano de cuidado personalizado.

Governança e Atenção Hospitalar — introduz os arranjos de governança em RAS (decisão política, Grupo Condutor, Ponto Focal, contratos e painéis de resultados) e a interface com a Atenção Hospitalar, destacando fluxos, comitês de linhas de cuidado e coerência regulatória com o modelo.

Parcerias e sustentabilidade — analisa as contribuições do ProadiSUS (HIAE e BP) para capilaridade e padronização metodológica, e da parceria Umane/Opas/Conass para expansão, governança e laboratório de inovação; descreve a arquitetura de tutoria em múltiplos níveis e estratégias de educação permanente.

Evidências e efetividade — reúne resultados de uma pesquisa qualitativa realizada sob a coordenação de pesquisadora da Universidade de Brasília (UnB), abordando a visão dos gestores, dos profissionais e dos usuários, que se beneficiam do projeto.

Planificar é institucionalizar o cuidado certo, no tempo certo, no lugar certo, em redes que respondam às necessidades reais das pessoas e das populações. Não se trata de um projeto pontual, mas de uma estratégia de organização do sistema que alinha modelo de atenção à saúde, governança e capacidades institucionais. A experiência acumulada, as parcerias estratégicas e as evidências aqui sistematizadas convocam gestores e equipes a consolidar a PAS como política pública de organização do SUS em RAS — com governança forte, capacidade formativa permanente e compromisso com resultados em saúde e valor social.

## Capítulo 1

# A PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE (PAS): FUNDAMENTOS NORMATIVOS, TEÓRICO- CONCEITUAIS E OPERACIONAIS

## 1. O QUE É A PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE?

De modo muito simples, pode-se dizer que a PAS é uma forma de organizar o SUS em RAS, a fim de superar a fragmentação que constitui o maior problema do nosso sistema público de saúde, integrando suas ações e seus serviços.

Ou seja, pode-se afirmar que a PAS é uma solução singular de implantação de RAS que vem ocorrendo no âmbito do SUS e que apresenta as seguintes características: tem uma base normativa na legislação do SUS; é um processo incremental que vem se desenvolvendo, em momentos distintos, ao longo de duas décadas e que chega agora à sua décima geração; é um processo que se nutre de fundamentos teórico-conceituais de diversas disciplinas; e é um processo operacional que incorpora vários instrumentos de desenvolvimento de sistemas de atenção à saúde utilizados em muitos países e no Brasil.

## 2. POR QUE A OPÇÃO DA PAS PELA ORGANIZAÇÃO DO SUS EM RAS?

As RAS impõem-se por duas razões principais, profundamente interrelacionadas: a situação de saúde prevalente e a necessidade de superar a fragmentação do sistema de atenção à saúde vigente. A primeira razão é determinada pelas condições de saúde vigentes no Brasil.

Tradicionalmente, trabalhase em saúde com uma divisão entre doenças transmissíveis e não transmissíveis. Essa tipologia é amplamente 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 atenção à saúde. A razão é simples: do ponto de vista da resposta social aos problemas de saúde, certas doenças transmissíveis, ao longo de sua história natural, estão mais próximas

da lógica de enfrentamento das doenças crônicas que das doenças transmissíveis de curso rápido.

Por isso, tem sido proposta, por autores ligados ao desenvolvimento dos modelos de atenção à saúde, uma nova categorização, acolhida recentemente pela Organização Mundial da Saúde — OMS (2003): as condições agudas e as condições crônicas.

Uma condição de saúde pode ser definida como uma série de circunstâncias na saúde de uma pessoa que se beneficia de um conjunto de intervenções contínuas e coordenadas. Assim, uma condição de saúde pode ser uma doença ou uma condição determinada por circunstâncias reprodutivas (gravidez, parto e puerpério), por ciclos de vida (acompanhamento da infância, da adolescência e dos idosos) e por sequelas ou deficiências de longo curso.

A categoria condição de saúde é fundamental nas RAS porque, conforme assinalam Porter e Teisberg (2007), só se agrega valor para as pessoas nos sistemas de atenção à saúde quando se enfrenta essa condição por meio de um ciclo completo de atendimento.

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); as condições agudas são aquelas de curso rápido. Por esse motivo, há uma grande diferença entre as condições agudas e as condições crônicas.

As condições agudas caracterizam-se por: duração da condição limitada; manifestação abrupta; causa, em geral, simples; diagnóstico e prognóstico, normalmente, precisos; intervenções tecnológicas, quase sempre, efetivas; resultado das intervenções leva, geralmente, à cura; atenção centrada nos cuidados curativos e reabilitadores; atenção centrada no cuidado profissional, especialmente médico. Diversamente, as condições crônicas caracterizam-se por: início da manifestação, na maior parte dos casos, gradual; duração da doença longa ou indefinida; causas múltiplas e que mudam ao longo do tempo; diagnóstico e prognóstico, em geral, incertos; intervenções tecnológicas, usualmente, não decisivas e, muitas vezes, com efeitos adversos; resultado, em regra, não é a cura, mas o cuidado; incertezas muito presentes; atenção centrada no cuidado multiprofissional interdisciplinar e no autocuidado; e conhecimento compartilhado por profissionais e pessoas usuárias de forma complementar (Holman; Lorig, 2000).

As condições crônicas vão além das doenças crônicas (diabetes, hipertensão, câncer etc.) para abarcar, ademais, doenças transmissíveis persistentes (tuberculose, aids, hanseníase, certas hepatites virais, tracoma e outras); transtornos mentais de longa duração; deficiências físicas ou estruturais contínuas; doenças bucais; doenças metabólicas; condições como gestação, parto e puerpério; e condições ligadas aos ciclos de vida, como o seguimento da infância, da adolescência e das pessoas idosas.

A situação de saúde brasileira se singulariza por uma situação de tripla carga das doenças com predomínio relativo forte das condições crônicas.

Os principais fatores determinantes do aumento relativo 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 devido ao aumento dos riscos de exposição aos problemas crônicos. A transição demográfica, mostrada pelo último censo, apresenta duas grandes tendências: a diminuição da natalidade associada a um processo de queda da fecundidade e o aumento da mortalidade.

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

Entre 1950 e 1985, a população urbana dos países ricos duplicou, e a dos países em desenvolvimento quadruplicou. Esse fenômeno de urbanização, de um lado, acelera a transição demográfica, mas, de outro, pressiona os serviços de saúde, especialmente os prestados às populações pobres que vivem nas periferias dos grandes centros urbanos.

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.

Nos países ricos, isso resultou da transição epidemiológica. Contudo, essa transição, nos países em desenvolvimento, apresenta características específicas em relação aos países desenvolvidos, ao superporem a agenda tradicional e a nova agenda da saúde pública. O clássico modelo de Omran (1971), desenvolvido com base em observações feitas em países ricos, segundo o qual a transição ocorreria por etapas sequenciais, não se verifica nos países em desenvolvimento. Por isso, ao invés de falar transição epidemiológica nesses países, é melhor dizer de tripla carga das doenças, de acumulação epidemiológica ou de modelo prolongado e polarizado (Frenk *et al.*, 1991). Essa situação epidemiológica singular dos países em desenvolvimento caracteriza-se por alguns atributos fundamentais: a superposição de etapas; a persistência

concomitante das doenças transmissíveis e carenciais e das condições crônicas; as contratransações, movimentos de ressurgimento de doenças que se acreditavam superadas, denominadas doenças reemergentes; a transição prolongada, a falta de resolução da transição em um sentido definitivo; a polarização epidemiológica representada pela agudização das desigualdades sociais em matéria de saúde; e o surgimento das novas doenças ou enfermidades emergentes (Mendes, 1999).

Uma maneira de avaliar a situação epidemiológica é por meio da carga de doença, expressa em anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (Disability-Adjusted Life Years — DALYs), que é uma métrica universal que permite aos pesquisadores e aos formuladores de políticas comparar diferentes populações e condições de saúde ao longo do tempo. DALY é igual à soma dos anos de vida perdidos (Years of Life Lost — YLLs) e anos vividos com incapacidade (Years Lived with Disability — YLDs). A carga global de doenças medidas por DALYs, em termos universais, entre 1990 e 2016, permaneceu praticamente inalterada, porém, houve mudanças na composição interna desse indicador, com diminuição das doenças transmissíveis, causas maternas e perinatais e condições nutricionais e aumento significativo das doenças crônicas não transmissíveis, com presença importante de doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral, depressão e câncer (GDB 2016 DALYs and HALE Collaborators, 2017).

No Brasil não foi diferente. A carga de doenças medida por DALYs, no período de 1990 a 2017, portanto, em um período de 27 anos, apresentou os seguintes movimentos medidos pelos percentuais da carga global: nas doenças não transmissíveis, aumentou de 50,3% para 70,8% (incremento de 40,7%); nas doenças transmissíveis, causas maternas e perinatais e condições nutricionais, diminuiu de 35,9% para 13,8%, uma diminuição de 38,4%; e nas causas externas, um discreto aumento de 13,8% para 15,4% (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2017). A análise desses dados mostra dois aspectos centrais: a rapidez da transição epidemiológica brasileira e a mudança substancial de sua composição interna. Em um período curto de 27 anos, ocorreu uma transformação profunda nas prevalências relativas de diferentes condições de saúde, configurando uma situação de saúde de tripla carga de doenças, mas com o predomínio relativo maior das doenças crônicas não transmissíveis. Essas doenças constituíram 70,8% da carga de DALYs, mas se considerarmos, como se faz neste capítulo, o conceito de condição crônica que inclui as condições maternas e perinatais como tal, esse percentual chega a aproximadamente 80% da carga total de doenças. Portanto, no Brasil contemporâneo, vige uma situação de tripla carga de doenças, mas com predomínio expressivo de condições crônicas.

A segunda razão é a necessidade de superar a fragmentação vigente integrando os sistemas de atenção por meio da organização de redes.

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 esses sistemas devem ser estruturados como respostas sociais, organizadas deliberadamente, para atender às necessidades, às demandas e às representações das populações, em determinada sociedade e em certo tempo.

Os sistemas de atenção à saúde podem se apresentar na prática social por meio de diferentes formas organizacionais. Na experiência internacional contemporânea, a tipologia mais útil para discutir a reforma dos sistemas de atenção à saúde é de sistemas fragmentados e sistemas integrados em RAS.

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 entre si e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Em geral, não há uma população adstrita 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, os sistemas integrados em RAS são aqueles organizados por meio de uma rede coordenada de pontos de atenção à saúde que presta atenção contínua e integral a uma população definida.

Além da organização por componentes isolados ou por uma rede integrada, o que caracteriza mais fortemente os nomes de fragmentação e de RAS é que apresentem formas alternativas de organização dos sistemas de atenção à saúde dadas pelos fundamentos conceituais que as sustentam.

Nos sistemas fragmentados de atenção à saúde, vigora uma visão de uma estrutura hierárquica, definida por níveis de complexidade crescentes e com relações de ordem e graus de importância entre os diferentes níveis, característicos da hierarquização. Essa concepção de sistema hierarquizado vigora no SUS, que se organiza, segundo suas normativas, em atenção básica, de média e de alta complexidade e, portanto, sustenta-se em uma concepção equivocada do conceito de complexidade. Isso leva à banalização da APS e à sobrevalorização, seja material, seja simbólica, das práticas que exigem maiores densidades tecnológicas e que são exercitadas nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde. Nas RAS, essa concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia, e o sistema se organiza sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde. Assim, nas RAS, não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas sim a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de densidades tecnológicas distintas, 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 RAS; apenas se diferenciam pelas distintas densidades tecnológicas que caracterizam os diversos pontos de atenção à saúde.

As diferenças entre os sistemas fragmentados e os sistemas em redes estão no Quadro 1.

**Quadro 1.** Diferenças entre sistemas fragmentados e Redes de Atenção à Saúde

Sistema fragmentado	Redes de Atenção à Saúde
Organizado por componentes isolados	Organizado por um contínuo de atenção
Organizado por níveis hierárquicos	Organizado por uma rede poliárquica
Orientados para as condições agudas	Equilíbrio entre atenção às condições crônicas e eventos agudos
Voltados para indivíduos	Voltados para uma população
O sujeito é o paciente	O sujeito é o agente de sua saúde
Ação é reativa	Ação é proativa
Ênfase nas ações curativas	Equilíbrio entre ações promocionais, preventivas, curativas, reabilitadoras e paliativas
Ênfase no cuidado uniprofissional	Ênfase no cuidado interdisciplinar
Falta de coordenação	Coordenação feita na APS

Fonte: Mendes (2011)

O dilema entre os sistemas fragmentados e as RAS contém dois modos alternativos de organizar os sistemas de atenção à saúde: sistemas voltados para a atenção dos eventos agudos (somatório de condições agudas, traumas e condições crônicas agudizadas), inerentes à fragmentação, ou sistemas voltados para a atenção dos eventos agudos e das condições crônicas não agudizadas, as RAS. Ou seja, os sistemas fragmentados de atenção à saúde evidenciam a atenção aos eventos agudos, e as RAS voltam-se para os eventos agudos, mas, também, para as condições crônicas não agudizadas.

As lógicas subjacentes aos dois sistematipo são definidas pelas singularidades da atenção aos eventos agudos e às condições crônicas não agudizadas. Dadas essas características singulares, seus manejos, pelos sistemas de atenção à saúde, são inteiramente diversos. Um dos problemas centrais da crise dos sistemas contemporâneos de atenção à saúde consiste no enfrentamento das condições crônicas não agudizadas pela mesma lógica da atenção aos eventos agudos, ou seja, por meio de tecnologias destinadas a responder aos momentos de agudização dos agravos, na maioria das vezes, momentos de agudização das condições crônicas, autopercebidos pelas pessoas, por intermédio da atenção à demanda espontânea prestada, principalmente, em unidades ambulatoriais de pronto atendimento ou em hospitais 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 necessário compreender que há relações entre eventos agudos e condições crônicas não agudizadas, que podem ser subdivididas em condições crônicas não agudizadas estáveis, nas quais os desfechos clínicos são favoráveis (por exemplo, pessoas com diabetes e com hemoglobina glicada igual ou menor que 7%), e condições crônicas não agudizadas instáveis, em que os desfechos clínicos não estão controlados (por exemplo, uma pessoa com hemoglobina glicada de 10%). O problema dos sistemas fragmentados de atenção à saúde é que têm dificuldade de estabilizar as condições crônicas, levando-as à instabilização, com maior probabilidade de evolução para condições crônicas agudizadas, transformando-as em um evento agudo. Essa é uma razão adicional pela qual os sistemas de atenção às urgências e às emergências apresentam problemas de demanda excessiva.

Apesar dos resultados de o sistema fragmentado de atenção às condições agudas, quando aplicado às condições não agudizadas, serem desastrosos e muito insatisfatórios, esse modelo ainda conta com forte apoio dos decisórios políticos e da população, que, em geral, é sua maior vítima. É o que se vê quando se examina a situação do diabetes nos Estados Unidos da América, em que dados recentes mostram que a situação desses pacientes permanece muito grave: 38,4 milhões de pessoas com diabetes (11,5% da população); 29,7 milhões com diagnóstico e 8,7 milhões sem diagnóstico (22,8%); a prevalência de diabetes continua crescendo, subindo de 10,3% em 2001 para 13,2% em 2020; 97,6 milhões de pessoas adultas (38% da população total) com pré-diabetes; 47,4% da população com um valor de hemoglobina glicada igual ou superior a 7% (Centers for Disease Control and Prevention, 2024). Isso ocorre em um país que, em 2022, teve um orçamento anual de saúde de US\$ 4,5 trilhões e um gasto per capita de US\$ 13.493, o que aponta para o fato de que o modelo fragmentado que ali hegemonicamente se pratica carrega consigo uma brutal ineficiência estrutural.

Igualmente, situação muito ruim se dá, em escala global, no controle da hipertensão arterial sistêmica, uma condição crônica de grande prevalência. Uma pesquisa recente feita em vários países, por meio de 1.201 estudos populacionais envolvendo uma amostra de 104 milhões de pessoas, evidenciou os seguintes dados: população sem diagnóstico: mulheres 41% e homens 51%; população com diagnóstico: mulheres 59% e homens 49%; população em tratamento: mulheres 47% e homens 38%; população em tratamento, mas com hipertensão não controlada: mulheres 24% e homens 11%; população em tratamento e com hipertensão controlada: mulheres 23% e homens 18% (NCD Risk Factor Collaboration, 2021). Esses dados permitem afirmar que o manejo da hipertensão arterial sistêmica, em escala global, tem uma capacidade muito baixa de diagnosticar as pessoas com a doença, de tratá-las e de controlar sua pressão arterial. Isso indica que a Regra das Metade nas doenças crônicas, proposta por Tudor Hart no final do século passado a partir de dados da Inglaterra, parece resistir mundialmente: somente metade das pessoas com doenças crônicas está com diagnóstico; destas, somente a metade está em tratamento e, desta parcela, somente a metade está com a doença controlada (Hart, 1992).

A situação do enfrentamento das condições crônicas no Brasil não é diferente. Aproximadamente 50% das pessoas com diabetes estão sem diagnóstico. No SUS, da metade que tem diagnóstico de diabetes tipo 2, apenas 26% apresentaram níveis glicêmicos controlados; no sistema de saúde suplementar, somente 40% tiveram níveis glicêmicos controlados; em função disso e de outros fatores, 45% apresentaram sinais de retinopatias, 44% exibiram neuropatias, e 16%, alterações renais. No SUS, em 2023, fizeram-se 31.190 amputações de membros inferiores, metade delas por diabetes; 10% das pessoas amputadas morreram no pós-operatório, e 50%, no terceiro ano pós-amputação; e esses procedimentos médicos custaram ao SUS R\$ 80 milhões (Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular, 2023; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2020; Vianna *et al.*, 2013).

Vê-se, pois, que, no Brasil e no mundo, o manejo das condições crônicas por sistemas fragmentados é totalmente inadequado e leva a resultados epidemiológicos e econômicos desastrosos. É o que adverte a OMS (2003): “quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de atenção às condições agudas não funciona”. Ou como manifesta, de modo mais enfático, o diretor do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido (Ham, 2007):

O paradigma hegemônico da condição aguda é um anacronismo. Ele foi moldado pela noção, predominante no século 19, da doença produzida pela ruptura do estado normal por um elemento externo ou por um trauma. Nesse modelo a condição aguda é que representaria a ameaça. De fato, a epidemiologia moderna evidencia que os problemas contemporâneos de saúde, em termos sanitários e econômicos, são as condições crônicas.

A causa do problema da fragmentação da atenção à saúde explica-se pela ruptura do postulado da coerência, segundo o qual deve haver coerência entre a situação de saúde de uma população e as respostas dos sistemas de atenção à saúde. Quando essa coerência se rompe, como ocorre neste momento em escala global, o sistema de atenção à saúde entre em crise. Os sistemas de atenção à saúde constituem respostas sociais, deliberadamente organizadas, para atender às necessidades, demandas e preferências das sociedades. Nesse sentido, eles devem ser articulados às necessidades de saúde da população que se expressam, em boa parte, pelas situações demográficas e epidemiológicas singulares. Há, portanto, uma relação muito estreita entre a transição das condições de saúde e a transição dos sistemas de atenção à saúde, uma vez que, ambas, constituem a transição da saúde (Schramm *et al.*, 2004).

A transição das condições de saúde, em conjunto com outros fatores, como o desenvolvimento científico, tecnológico e econômico, determina a transição dos sistemas de atenção à saúde (Frenk *et al.*, 1991). A crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde reflete, portanto, o desencontro entre uma situação epidemiológica dominada por condições crônicas e um sistema de atenção à saúde voltado predominantemente a responder, de forma reativa, episódica e fragmentada, aos eventos agudos decorrentes de agudizações de condições crônicas. Essa crise

tem sido caracterizada pelos propositores do MACC como resultado da ditadura dos eventos agudos. Por consequência, a solução para essa crise está em acelerar a transição dos sistemas de atenção de um sistema fragmentado para um sistema organizado em RAS.

### 3. A SUPERAÇÃO DA FRAGMENTAÇÃO DO CUIDADO PELA INTEGRAÇÃO EM REDE DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

O problema da fragmentação dos sistemas de atenção à saúde tem sido universalmente constatado e, por essa razão, enfrentado em escala global, tanto nos sistemas públicos quanto nos privados. Há diferentes propostas de integração dos sistemas, como os *integrated health services* (World Health Organization, 2018), as *redes integradas de servicios de salud* da Opas (Organización Panamericana de la Salud, 2010), os *integrated care systems* do Reino Unido (Goodwin; Smith, 2012), as *organizaciones sanitarias integradas* da Catalunha, Espanha (Vazquez *et al.*, 2012), e os *integrated care model* da organização estadunidense Kaiser Permanente (2021).

A crise dos sistemas de atenção à saúde é, portanto, uma crise universal que se manifesta em todos os países, e a sua resposta tem sido dada de forma global por meio da transição dos sistemas fragmentados para sistemas integrados. Esse movimento está se dando mais fortemente em países desenvolvidos e em alguns países em desenvolvimento com os princípios da integração dos sistemas de atenção à saúde sendo aplicados. Contudo, há certos diferenciais nas propostas de diversos países e regiões do mundo.

A OMS propõe que os sistemas integrados apresentem algumas características, como coordenação e continuidade do cuidado, equidade, visão holística, ênfase na promoção da saúde e na prevenção das condições de saúde, orientação para objetivos, empoderamento das pessoas usuárias, coprodução dos cuidados, governança colaborativa, base em evidências, pensamento sistêmico e ética (World Health Organization, 2018). A proposta de organização em redes tem sido estimulada pelo Escritório Regional da OMS para Europa e aplicada em vários países (WHO Regional Office for Europe, 2016) europeus, como: Inglaterra (National Health Service England, 2020); Espanha (Polanco *et al.*; 2015; Vazquez *et al.*, 2012); Noruega (Bjerkkan *et al.*, 2011) e Suíça (Berchtold; Bridevaux, 2011).

Na mesma linha, a Opas elaborou um documento de posição sobre a construção de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), que são definidas como redes de organizações que prestam ou fazem arranjos para prestarem serviços de saúde equitativos e integrados a uma população definida e que estão dispostas a prestar contas pelos seus resultados clínicos e econômicos, bem como pelo estado

de saúde das populações a que servem (Organización Panamericana de la Salud, 2010). Essas redes devem ter alguns elementos essenciais, tais como: cobertura e acesso universal; primeiro contacto; atenção integral, integrada e contínua; cuidado apropriado; organização e gestão ótimos; orientação familiar e comunitária; e ação intersetorial. Essa proposta foi aprovada pela Resolução CD 49 R 22 na 49ª Reunião do Conselho Diretivo da OPS, em 2 de outubro de 2009, como orientação para a Região das Américas da OMS, e tem sido aplicada em países como Brasil Canadá, Chile, Costa Rica e Cuba. Outros países, como Estados Unidos da América (Kaiser Permanente, 2021) e Nova Zelândia (Timmins; Ham, 2013) têm, também, desenvolvido experiências de sistemas integrados.

No SUS, a opção para a superação da fragmentação vigente foram as RAS normatizadas pela Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (Brasil, 2010). A partir desse ato normativo, várias experiências de construção de RAS ocorreram; uma delas, aqui descrita, resultou de um movimento liderado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) em parceria com o Ministério da Saúde, com as SES, com as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), com o HIAE São Paulo, com o Hospital Beneficência Portuguesa São Paulo e, recentemente, com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), com a Opas e com a Associação Umame.

A proposta da PAS vem sendo concebida e implantada processualmente com base em fundamentos normativos, teórico-conceituais e operacionais que são detalhados a seguir.

## 4. OS FUNDAMENTOS NORMATIVOS DA PAS

Os fundamentos normativos da PAS derivam de um conjunto de normas constitucionais e infraconstitucionais que foram sendo construídas no SUS ao longo do tempo.

A primeira normativa é a da Constituição Federal de 1988 que criou o SUS de acordo com alguns princípios.

- A **universalização**: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas, e cabe ao Estado assegurar esse direito, sendo que o acesso às ações e aos serviços deve ser garantido a todos os cidadãos, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais.
- A **equidade**: o objetivo desse princípio é reduzir desigualdades, o que implica tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.
- A **integralidade**: esse princípio considera as pessoas em sua completude, atendendo a todas as suas necessidades, para o que é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento, a reabilitação e a palição.

A norma constitucional, ao criar um sistema em rede, indica claramente uma opção por uma organização sistêmica, diferentemente do sistema de saúde do Reino Unido, que foi instituído como um Serviço Nacional de Saúde sem instituir o dever de operar segundo os padrões derivados de fundamentos da teoria geral de sistemas e do pensamento sistêmico.

Uma segunda norma estruturante é a da Portaria nº 4.279, de 30 de outubro de 2010, que estabeleceu as diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS (Brasil, 2010). Posteriormente, o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamentou a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa (Brasil, 2011). Esse decreto fortaleceu a dimensão pelo federalismo cooperativo brasileiro na saúde e a dimensão colaborativa que deve informar o trabalho em rede e a governança do SUS.

Ao longo do tempo, várias resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) foram emitidas para fortalecer a descentralização do SUS e sua governança, o que atesta o caráter de aperfeiçoamento permanente do nosso sistema público de saúde. Especialmente, podem ser mencionados os casos da Resolução CIT nº 23, de 17 de agosto de 2017, que estabelece diretrizes para os processos de regionalização, planejamento regional integrado, elaborado de forma ascendente, e governança das RAS no âmbito do SUS (Brasil, 2017); e a Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018 (Brasil, 2018), que dispõe sobre o processo de planejamento regional integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Essa produção normativa constante mostra uma capacidade do SUS, por meio da colaboração de seus três níveis de governança, em permanentemente se atualizar em busca de seus objetivos. Além disso, como constatou Mendes (2023) em uma ampla revisão bibliográfica em âmbito internacional, pode-se dizer que a normativa brasileira de construção da sistemas integrados de saúde por meio das RAS é uma das mais avançadas mesmo quando comparada com os países mais desenvolvidos.

Como a PAS é uma forma de organizar o SUS em RAS, é preciso revisitar a Portaria nº 4.279/2010 para conhecer o que constitui a base normativa principal. Essa Portaria trata do conceito de RAS, dos seus elementos operativos e de seus componentes. Conceitualmente, as RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicos, que, integradas por meio de sistemas técnicos, logísticos e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Brasil, 2010). Disso resulta que as RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação colaborativa e interdependente, 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 responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população (Mendes, 2011).

Dessas definições, emergem os conteúdos básicos das RAS: têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; são estabelecidas sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde, organizando-se de forma poliárquica; implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, reabilitadoras e paliativas; operam sob coordenação da APS; e prestam atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis. As RAS constroem-se com base em alguns elementos operativos básicos. Como outras formas de produção econômica, elas 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, os serviços de maior densidade tecnológica, como hospitais, unidades de processamento de exames de patologia clínica, equipamentos de imagem e outros, tendem a ser concentrados (World Health Organization, 2000).

O modo de organizar as RAS define a singularidade de seus processos descentralizadores perante 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 resultará 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 RAS.

Os serviços que devem ser ofertados dispersamente 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, 2002; Bernet e Singh, 2015).

As economias de escala ocorrem quando os custos em médio e longo prazos diminuem à medida que aumenta o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um maior número destas atividades, sendo o longo prazo um período 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 modo que, além de um determinado volume crítico, os custos em médio e longo prazos começam a se elevar, configurando uma situação de deseconomia de escala. A economia de escala indica a habilidade de uma unidade produtiva de identificar seu tamanho ótimo de produção em termos de insumos utilizados, permitindo que ela obtenha benefícios, o que significa produzir

o máximo de produtos por unidade de insumo ou reduzir os custos médios unitários de produção (Giancotti; Guglielmo; Mauro, 2017).

Há várias fontes de economias de escala (Mendes, 2019). Primeiro, uma larga escala de operações permite maiores oportunidades para a divisão do trabalho e para a especialização. Segundo, há fatores tecnológicos que ampliam as vantagens de escala, como o acúmulo de custos fixos, o que implica que os custos unitários podem se reduzir em função da produção incrementada; ou quando uma unidade produtiva incrementa sua capacidade instalada sem aumentar, na mesma proporção, os custos de investimentos. Terceiro, há economias em reservas de trabalho ou de materiais em grandes unidades quando a demanda por seus serviços é variável. Quarto, a escala proporciona maior flexibilidade e gera possibilidades de diversas composições de insumos, o que pode conduzir a uma organização mais eficiente dos processos de produção. Quinto, a escala viabiliza a compra de insumos em maiores quantidades, gerando maior poder de negociação por parte dos compradores e baixando os custos desses insumos. Sexto, a escala pode estar associada à curva de aprendizagem porque uma unidade produtiva, ao longo do tempo, aprende com o aumento da produção derivado de uma maior escala. Portanto, a busca de escala é uma condição imprescindível para uma RAS eficiente.

Um exame da literatura universal identificou, aproximadamente, 100 estudos que mostraram evidências de economias de escala em hospitais. Esses estudos revelaram que as economias de escala são encontradas em hospitais de mais de 100 leitos, que o tamanho ótimo dos hospitais pode estar entre 100 e 450 leitos e que as deseconomias de escala vão se tornar importantes em hospitais de mais de 650 leitos (Aletras *et al.*, 1997; Andrade *et al.*, 2007).

Outro fator importante para o desenvolvimento das RAS 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, em geral, 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 das pessoas usuárias; implicam programas de controle de qualidade; são seguros para os profissionais de saúde e para as pessoas usuárias; fazem-se de forma humanizada; e satisfazem as expectativas das pessoas usuárias (Institute of Medicine, 2001).

Uma singularidade dos serviços de saúde é que costuma haver uma relação estreita entre escala e qualidade, ou seja, entre quantidade e qualidade. Essa relação estaria ligada a uma crença generalizada de que serviços de saúde ofertados em maiores volumes são mais prováveis de apresentar melhores qualidades; 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 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 *et al.*, 1997). Nos Estados Unidos da América, verificouse que a escala em uma determinada condição de saúde permitiu melhores resultados econômicos e sanitários, como é o caso St. Luke's Episcopal Hospital que realizou mais de 100 mil cirurgias de revascularização do miocárdio e em que o efeito combinado de escala, experiência e aprendizagem gerou um círculo virtuoso que aumentou o valor dos serviços para as pessoas (Porter; Teisberg, 2007).

Essas relações entre escala e mortalidade são fortes em cirurgias de revascularização do miocárdio, angioplastias coronarianas, aneurisma de aorta abdominal e cirurgia de câncer de esôfago. Isso parece ocorrer no campo do diagnóstico como mostraram SmithBindman *et al.* (2005). Autores enfatizam que os diagnósticos de câncer de mama são mais precisos quando o radiologista lê um número maior de mamografias por ano. No Rio de Janeiro, verificouse uma associação inversa entre volume de cirurgias cardíacas e taxas de mortalidade por estas cirurgias (Noronha *et al.*, 2003).

Diante dessas evidências, as RAS devem se configurar em desenhos institucionais que combinem elementos de concentração e de dispersão dos diferentes pontos de atenção à saúde. 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 gravidade 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 gravidade 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 *et al.*, 1997): a utilização da APS é sensível à distância, tanto para populações urbanas quanto rurais, sendo isso particularmente importante para os 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; e não há associação entre distância e acessibilidade a serviços hospitalares agudos.

O desenho das RAS, portanto, faz-se combinando, dialeticamente, 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, prevalecerá o critério do acesso. Assim, do ponto de vista prático, em algumas regiões brasileiras, alguns territórios sanitários estarão definidos por populações subótimas; dessa forma, também, certos serviços operarão em deseconomias de escala porque não se pode sacrificar o direito do acesso aos serviços de saúde a critérios puramente econômicos.

Na construção das RAS, devem ser observados os conceitos de integração horizontal e vertical. São conceitos que vêm da teoria econômica e que estão associados à teoria das 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, consequentemente, maior eficiência e competitividade. É o caso das fusões entre bancos ou entre provedores de Internet. A integração vertical, ao contrário, se dá 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 e, posteriormente, a produção de aço. No desenvolvimento das RAS, os dois conceitos se aplicam. A integração horizontal, que objetiva promover o adensamento da cadeia produtiva da saúde, faz-se por dois modos principais: a fusão ou a aliança estratégica. A fusão ocorre quando duas unidades produtivas, por exemplo, dois hospitais, fundem-se em uma 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 e outros.

A aliança estratégica se faz quando, mantendose as duas unidades produtivas, os serviços são coordenados de modo que cada uma se especialize em uma carteira singular, eliminandose a competição entre si. Um exemplo disso é 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, também na aliança estratégica, haverá ganhos de escala e maior produtividade. A integração vertical nas RAS faz-se por meio de uma completa integração, como nas redes de propriedade única (por exemplo, a Kaiser Permanente nos EUA) ou em redes de diversos proprietários (o mais comum no SUS, em que podem se articular serviços federais, estaduais, municipais e privados, lucrativos e não lucrativos), por meio de uma governança única, baseada em uma comunicação fluida entre as diferentes unidades produtivas dessa rede. Isso significa colocar, sob a mesma governança, todos os pontos de atenção à saúde, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos de uma rede, desde a atenção primária até a atenção terciária à saúde, e comunicá-

-los por meio de sistemas logísticos potentes. Na integração vertical, manifestase uma forma singular de geração de valor na rede de atenção, o que se aproxima do conceito econômico de valor agregado das cadeias produtivas.

As RAS podem ser, ou não, articuladas com territórios sanitários. As redes das organizações privadas, ainda que se dirijam a uma população definida, em geral, prescindem de territórios sanitários. Assim, os sistemas públicos de saúde baseados no princípio da competição gerenciada, como se organizam por uma forma singular de competição, não necessitam de uma base populacional/territorial. É o caso, por exemplo, de uma experiência que foi desenvolvida no sistema de saúde da Colômbia (Mendes, 2001). Ao contrário, os sistemas públicos de saúde que se estruturam pelo princípio da cooperação gerenciada, como é o caso do SUS, convocam necessariamente uma base populacional/territorial. Ou seja, nesses sistemas públicos de cooperação gerenciada, há que se construir os territórios sanitários. Contudo de que território se está falando quando se propõem RAS?

Cabe aqui diferenciar entre territórios políticoadministrativos e territórios sanitários. Os territórios políticoadministrativos são territórios de desconcentração dos entes públicos, Ministérios e Secretarias de Saúde, que se definem a partir de uma lógica eminentemente política. Diferentemente, os territórios sanitários são territórios recortados pelos fluxos e contrafluxos da população de responsabilidade de uma RAS em suas demandas pelos serviços de saúde. Os territórios sanitários devem se expressar em planos diretores de regionalização da saúde e ser construídos com base nos seguintes critérios (Pestana; Mendes, 2004): contiguidade intermunicipal, subsidiariedade econômica e social, escala adequada, herança e identidade cultural, endogenia microrregional, fluxos viários e fluxos das pessoas em busca da atenção secundária e terciária à saúde.

Esses territórios sanitários apresentam-se em diversos âmbitos. Tomandose o caso do SUS, poderseiam identificar vários territórios sanitários: o território microárea, o espaço de vida de mais ou menos cem famílias, sob responsabilidade de um agente comunitário de saúde; o território área de abrangência, o espaço de vida de mais ou menos mil famílias, sob responsabilidade de uma equipe de APS; o território municipal, o espaço de vida dos cidadãos de um município, sob responsabilidade da rede municipal de saúde, a quem cabe ofertar, no mínimo, as ações de APS; o território regional ou microrregional, o espaço de vida de um conjunto de municípios contíguos e onde devem se concentrar os serviços de atenção secundária à saúde (média complexidade); o território macrorregional, o espaço de vida de um conjunto mais amplo de municípios, onde devem se concentrar os serviços de atenção terciária (alta complexidade); o território estadual, o espaço de vida dos cidadãos de um estado; e o território nacional, o espaço de vida de todos os cidadãos de uma nação. Em 2023, o SUS se dividia em 1 território nacional, 27 territórios estaduais e Distrito Federal, em 166 macrorregiões, em 463 regiões e em 5.571 territórios municipais.

As RAS constituem-se de três componentes fundamentais: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. A população é o primeiro componente constitutivo das RAS. Não há possibilidade de estruturar uma RAS sem uma população adstrita.

Nos sistemas públicos, a população de responsabilidade das RAS vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos sociossanitários. Assim, a população total de responsabilidade de uma RAS deve ser plenamente conhecida e registrada em um sistema de informação robusto. Ainda assim, não basta o conhecimento da população total: ela deve ser subdividida em subpopulações por fatores de risco e estratificada por riscos em relação às condições de saúde estabelecidas.

O processo de identificação da população de uma RAS envolve: o processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos sociossanitários; a vinculação da população às equipes de APS; a identificação das subpopulações com fatores de risco; a identificação das subpopulações com doenças ou condições estabelecidas por graus de risco; e a identificação das subpopulações com muito alto risco.

A existência de uma população vinculada a uma RAS marca uma transição fundamental nos modelos de gestão da saúde: da gestão da oferta para a gestão da saúde da população (Mendes, 2019).

O modelo da gestão da oferta, que é hegemônico, não tem sido capaz de gerar valor para as pessoas usuárias porque apresenta as seguintes características: enfoque nos prestadores de serviços, opera com indivíduos não estratificados por risco, é estruturado para responder a demandas de indivíduos isoladamente, opera com parâmetros construídos por meio de séries históricas, não incorpora os determinantes sociais da saúde e enfrenta os desequilíbrios entre oferta e demanda com um viés de aumento da oferta. Esse modelo de gestão da oferta fracassou universalmente e se esgotou (Porter; Teisberg, 2007), bem como precisa ser transformado em um modelo de gestão da saúde da população, conceito cujas bases foram lançadas em um clássico livro de Evans *et al.* (1994) que tem o sugestivo nome de *Por que algumas pessoas são saudáveis e outras não?*.

O conceito de saúde da população apresenta alguns componentes: a população é mais que a soma dos indivíduos que a compõem; tem como alvo a redução das desigualdades sociais; considera os determinantes sociais da saúde; assume a responsabilidade pelo alcance de resultados sanitários; utiliza o enfoque epidemiológico na gestão da saúde, o que inclui medir estruturas, processos e resultados, compreender como eles se relacionam e estabelecer prioridades em consonância com as necessidades da população; e supõe a estratificação da população por vulnerabilidades socioeconômicas e por riscos sanitários (Stoto, 2013).

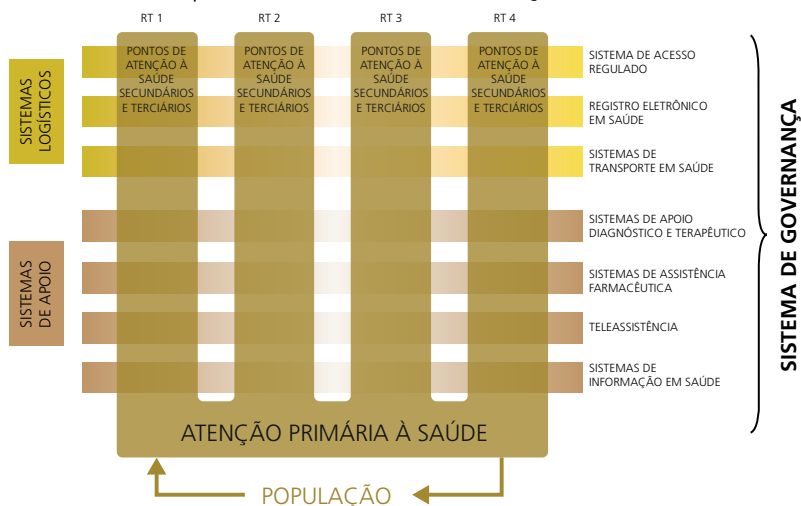
O modelo da gestão da saúde da população apresenta as seguintes características: tem enfoque em uma população vinculada a uma RAS e estratificada por riscos; opera com parâmetros construídos a partir das necessidades da população; incorpora os determinantes sociais da saúde; e enfrenta o desequilíbrio entre oferta e demanda dos serviços buscando racionalizar a demanda, racionalizar a oferta e, se necessário, aumentar a oferta. Esse modelo foi disseminado internacionalmente por meio de um projeto denominado Tripla Meta, que sugere que os sistemas de atenção à saúde devem ser orientados para atingir, simultaneamente, três metas: a melhoria da saúde da população, a melhoria da experiência das pessoas com os cuidados recebidos e a redução ou o controle dos gastos (Berwick; Nolan; Whittington, 2008). Posteriormente, foram adicionadas uma quarta meta de cuidar dos profissionais de saúde (Bodenheimer; Sinsky, 2014) e uma quinta meta da equidade em saúde (Itchaporia, 2021).

A estrutura operacional é o segundo componente constitutivo das RAS. Essa estrutura materializa-se em cinco subcomponentes: o centro de comunicação localizado na APS; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança da rede.

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; assim como 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 nós da rede.

As RAS estão compostas, além dos nós e do centro de comunicação, por sistemas logísticos, sistemas de apoio e o sistema de governança, conforme se vê na Figura 1.

**Figura 1.** Estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde



Fontes: Brasil (2010); Mendes (2011).

Nas RAS, os distintos pontos de atenção à saúde constituem os nós da rede. Contudo, não há uma hierarquização entre esses nós, mas apenas uma diferenciação dada por suas funções de produção específicas e por suas densidades tecnológicas respectivas. Ou seja, não há hierarquia, mas sim poliarquia entre os pontos de atenção à saúde.

Nas redes temáticas de atenção à saúde, os únicos elementos especializados são os pontos de atenção secundários e terciários; todos os demais componentes (APS, sistemas de apoio, sistemas logísticos e sistema de governança) são estruturas transversais, comuns a todas as redes. É importante entender essa característica de formatação das RAS porque isso a diferencia, fundamentalmente, dos programas verticais que estruturam todos os seus componentes de forma temática. Ou seja, as redes temáticas de atenção à saúde, definidas em função de determinadas condições de saúde e de linhas de cuidado (rede de atenção às doenças cardiovasculares, rede de atenção às pessoas idosas, redes de atenção à mulher e à criança e outras), nada têm a ver com os programas verticais de atenção à saúde, praticados no século passado, e que têm sido, com razão, objeto de críticas.

O centro de comunicação da RAS é o nó intercambiador no qual se coordenam os fluxos e os contrafluxos do sistema de atenção à saúde, constituído pela APS (equipe convencional ou equipe de estratégia da saúde da família). Para desempenhar seu papel de centro de comunicação de uma RAS, a APS deve cumprir três papéis essenciais (Mendes, 2012): o resolutivo, ou seja, resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população (entre 85% e 90%); o organizador, relacionado com sua natureza de centro de comunicação e de microintegração, o de coordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas pelos diversos pontos de atenção à saúde; e o de responsabilização, o de corresponsabilizar-se pela saúde das pessoas usuárias em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam.

As evidências, retiradas da literatura internacional, sobre os benefícios da APS nos sistemas de atenção à saúde são robustas (Araujo e Pontes, 2017; Health Evidence Network, 2004; Institute of Medicine, 1994; Macinko *et al.*, 2010; Mendes, 2021; Pan American Health Organization, 2005; Starfield; Shi; Macinko, 2005; World Health Organization, 2018). Os sistemas de atenção à saúde baseados em uma forte orientação para a APS, analisados em relação aos sistemas de baixa orientação para a APS, são: mais adequados porque se organizam a partir das necessidades de saúde da população; mais efetivos porque são a única forma de enfrentar a situação epidemiológica de hegemonia das condições crônicas e por impactar significativamente os níveis de saúde da população; mais eficientes porque apresentam menores custos e reduzem o número de procedimentos mais caros; mais equitativos porque discriminam positivamente grupos e regiões mais pobres e diminuem o gasto do bolso das pessoas e das famílias; e de maior qualidade porque colocam ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças e porque ofertam tecnologias mais seguras.

Entretanto, para que a APS resulte em todos esses benefícios e cumpra seus papéis nas RAS, é necessário que ela seja entendida como uma estratégia de reorganização dos sistemas de atenção à saúde, e não como um programa seletivo para os pobres ou como um simples nível de atenção à saúde. Para isso, a APS deve operar com sete atributos (Starfield, 2002): o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a orientação familiar, a orientação comunitária e a competência cultural. O primeiro contato 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 a equipe de saúde e as pessoas usuárias e suas famílias. A integralidade exige a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atenda às necessidades mais comuns da população adstrita, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que 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 função 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. A competência cultural convoca uma relação horizontal entre as equipes de saúde e a população que respeite as singularidades culturais e as preferências das pessoas usuárias e de suas famílias.

Os nós das RAS constituem-se dos pontos de atenção à saúde, que são os lugares institucionais onde se ofertam serviços de atenção secundária e terciária, produzidos por intermédio de uma função de produção singular. São exemplos de pontos de atenção à saúde: as unidades ambulatoriais especializadas; os centros de apoio psicossocial; as residências terapêuticas; os centros de especialidades odontológicas, os centros ambulatoriais especializados, as instituições de longa permanência de pessoas idosas, os lares abrigados, os centros de atenção paliativa e outros. Os hospitais, como organizações de altas densidades tecnológicas e como organizações complexas, 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 e outros.

Os sistemas de apoio são os lugares institucionais das redes onde 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 os serviços de diagnóstico por imagem, os serviços de medicina nuclear diagnóstica e terapêutica, a eletrofisiologia diagnóstica e terapêutica, as endoscopias, a hemodinâmica e a pa-

tologia clínica (anatomia patológica, genética, bioquímica, hematologia, imunologia e microbiologia e parasitologia). O subsistema de assistência farmacêutica envolve uma organização complexa exercitada por um grupo de atividades relacionadas com os medicamentos, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade, englobando, portanto, intervenções relativas à programação de medicamentos, à aquisição de medicamentos, ao armazenamento dos medicamentos, à distribuição dos medicamentos, à dispensação dos medicamentos e à farmacoeconomia, bem como ações de uso racional como os protocolos de medicamentos, a dispensação farmacêutica, a atenção farmacêutica, a conciliação de medicamentos, a adesão aos tratamentos medicamentosos e a farmacovigilância. Os sistemas de informação em saúde abrangem diferentes bancos de dados nacionais, regionais e locais. No SUS, há vários deles que operam sem uma desejável interoperabilidade.

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 pessoas usuárias nas RAS. Os principais sistemas logísticos das RAS são os cartões de identificação das pessoas usuárias, as centrais de regulação, os prontuários clínicos e os sistemas de transportes sanitários. O cartão de identificação dos usuários consiste em atribuir um número de identificação único a cada usuário do sistema de atenção à saúde. 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 de módulos, como o módulo de internações de urgência e emergência, o módulo de internações eletivas, o módulo de agendamento de consultas e exames básicos e especializados, o módulo de agendamento de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e outros. 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 da atenção prestada ao indivíduo. 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 de saúde.

O sistema de governança das RAS é bastante singular porque é o arranjo organizativo único, de composição pluri-institucional, que opera os processos de formulação e decisão estratégica que organizam e coordenam a interação entre seus atores, as regras do jogo e os valores e princípios, de forma a gerar um excedente cooperativo, a aumentar a interdependência e a obter resultados sanitários e econômicos para a população adstrita (Mendes, 2019). A governança da rede é, pois, diferente da gerência dos pontos de atenção à saúde (gerência hospitalar, gerência dos ambulatórios especializados, gerência da APS etc.). Também há que diferenciar a governança em rede da governança hierárquica, fortemente hegemônica nas organizações de atenção à saúde e no SUS.

Na governança por hierarquia, a coordenação é feita principalmente pelo uso de planos, rotinas e protocolos desenhados por aqueles que ocupam o topo da escala hierárquica da organização. Na hierarquia, o meio para garantir a obediência é o uso do poder hierárquico exercido pelos gestores. Diferentemente, na governança em rede, a coordenação é realizada por meio de interação entre gestores interdependentes, em processos de negociação e tomada de decisão coletiva sobre a distribuição e o conteúdo das tarefas. Os meios para realização da obediência nas redes são mais complexos do que nas hierarquias, pois as redes dependem fortemente da adesão voluntária às normas sociais com base em confiança e reciprocidade (Williamson, 1985). Para Francesc (2012), as características e os princípios de uma boa governança de RAS são: transparência e prestação de contas (*accountability*); participação de todos os atores relevantes; cooperação e interdependência entre os atores; os objetivos e as ações devem estar alinhados com a missão e coordenados entre si; conhecimento das necessidades da população e gestão da saúde populacional; visão e missão compartilhados; e liderança efetiva.

Os problemas a serem enfrentados pelos sistemas de atenção à saúde contemporâneos são complexos. Os problemas perversos se apresentam universalmente, envolvendo países desenvolvidos e em desenvolvimento, e manifestando-se em diferentes campos, como crise climática, migração mobilidade, educação e sistemas de atenção à saúde (McCrea, 2005). A recente pandemia da covid-19 desnudou a impossibilidade de ações descoordenadas em controlar a doença. Isso se deve ao fato de que os problemas perversos não podem ser enfrentados, de forma consequente, pelo Estado e por organizações operando de forma isolada porque não dispõem de recursos, conhecimentos e legitimidade para lidar com problemas de alta complexidade (Bianchi *et al.*, 2021; Escobar; Deshpande, 2019). Por essa razão, nas últimas décadas, tem sido proposta uma governança colaborativa estruturada por meio de redes que se tecem com o engajamento de diferentes atores estatais, empresariais e da sociedade civil, organizando uma governança em redes, o que levou à criação, por acadêmicos, de expressões como sociedade de redes (Raab; Kenis, 2009).

Essas redes se constroem pela colaboração entre atores interconectados e interdependentes que reúnem seus recursos para atingir objetivos individuais e coletivos (Kickert *et al.*, 1997). Nesse sentido, na governança em redes, a coordenação é realizada por meio da interação entre atores interdependentes em processos de negociação e tomada de decisão coletiva sobre a distribuição e conteúdo das tarefas. Em uma ampla revisão bibliográfica sobre governança colaborativa, Wegner e Verschoore (2022) fazem algumas proposições sobre a governança colaborativa. Proposição 1: os líderes desempenham funções de alinhamento, mobilização, organização, integração, arbitragem e monitoramento para governar essas redes. Proposição 2: os líderes desenvolvem práticas de concordância e engajamento para governar essas redes. Proposição 3: fatores contextuais internos e externos influenciam a utilização de funções e práticas para governar essas redes. Proposição 4: as funções e práticas de governança performadas pelos líderes influenciam a geração de um ambiente colaborativo (por exemplo, um ambiente colaborativo caracterizado por confiança,

legitimidade, aprendizagem, simetria de poder e justiça). Proposição 5: há uma interação recursiva entre a microgovernança de resultados intermediários (o ambiente interno caracterizado por confiança, legitimidade, aprendizagem, simetria de poder e justiça) e a microgovernança das funções e práticas desempenhadas pelos líderes. Alguns dos princípios da governança colaborativa são praticados pelo SUS, como a institucionalização de CIT e Comissão Intergestores Bipartite (CIB) que, contudo, devem ser muito aperfeiçoados, especialmente no item do sistema gerencial.

A governança das RAS deve ser organizada em distintas dimensões: territorial, institucional, do sistema gerencial, do sistema de financiamento e democrática (Mendes, 2019). Do ponto de vista territorial, é fundamental respeitar-se a singularidade do federalismo cooperativo intraestatal que vige no País. O componente cooperativo assenta na possibilidade de submeter o autointeresse ao interesse de todos, gerando um excedente cooperativo. O componente intraestatal incentiva as ações conjuntas nas políticas públicas em que a delimitação de competências é menos importante que a participação em colegiados de decisão e de monitoramento de políticas (Abrucio, 2002).

Nas RAS, devem ser combinados dois espaços de governança: no plano macro e no plano micro (Berwick; Nolan; Whittington, 2008; Maureen; Kenney, 2015). O macroespaço de governança é constituído por um ente que pode agregar, coordenar e otimizar os recursos para uma determinada população na macrorregião de saúde: CIB/Comissão Intergestores Regional — CIR/Comitê Executivo. Por seu turno, o microespaço de governança é constituído por um microsistema clínico que garante que o cuidado mais apropriado será prestado a cada pessoa usuária, no tempo certo e no lugar certo: a equipe de APS.

A dimensão institucional das RAS envolve, no âmbito federal, a CIT, no âmbito estadual, a CIB, e no âmbito macrorregional, as CIR e os Comitês Executivos. O sistema gerencial engloba o planejamento regional integrado, o sistema de contratualização, o sistema de comunicação e o sistema de monitoramento e avaliação. A dimensão democrática se manifesta quando os cidadãos representados em instituições formais de controle público — Conselhos de Saúde — e apoiados por uma ambiência democrática — Ministério Público, Sistema Judiciário, Mídia, Ouvidorias e movimentos sociais — participam das decisões políticas da saúde e de sua implementação e avaliação como entes externos ao aparelho de Estado.

O modelo de atenção à saúde é o terceiro componente constitutivo das RAS. Ele é um sistema lógico que organiza o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (Mendes, 2011).

Os modelos de atenção à saúde podem ser construídos para os eventos agudos e para as condições crônicas. Em função do predomínio das condições crônicas na carga de doença, diferentes modelos de atenção têm sido propostos para o manejo destas condições de saúde. Há, na literatura internacional, muitos deles: o modelo da atenção crônica (Wagner, 1998); o modelo dos cuidados inovadores para as condições crônicas (OMS, 2003); o modelo expandido da atenção às condições crônicas (British Columbia, 2003); o modelo de atenção social e à saúde do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido (Scotland's Health White Paper, 2003); o modelo da pirâmide de risco (Department of Health, 2005); o modelo EverCare, o modelo Pfizer, o modelo de fortalecimento, o modelo da atenção guiada e muitos outros (Sing; Ham, 2006). Contudo, pelas evidências disponíveis e pela frequência de utilização, destacam-se dois modelos: o modelo da atenção crônica e o modelo da pirâmide de risco.

O modelo seminal é o da atenção crônica, do qual derivam quase todos os demais. Os componentes desse modelo, definidos com base em evidências, são: os recursos e as políticas comunitárias, a organização da atenção à saúde, o desenho do sistema de prestação de serviços, o autocuidado apoiado, o sistema de apoio às decisões e os sistemas de informações clínicas. Para implantar, com sucesso, uma RAS, devem ser feitas mudanças nesses seis componentes. Esse modelo tem sido exaustivamente avaliado. Uma revisão sistemática desenvolvida pela Colaboração Cochrane sobre centenas de artigos sugeriu um efeito sinérgico quando os componentes do modelo são combinados; e um estudo avaliativo da Rand Corporation, realizado em mais de 40 organizações que implementaram o modelo nos Estados Unidos da América, concluiu que ele leva a melhores processos e resultados da atenção à saúde, incluindo resultados clínicos, satisfação dos pacientes e custos (Shortell *et al.*, 2004); além disso, uma metanálise feita com 112 estudos concluiu que a adoção de, pelo menos, um dos componentes do modelo da atenção crônica promove melhorias nos processos e resultados da atenção em asma, diabetes, insuficiência cardíaca e depressão (Tsai *et al.*, 2005).

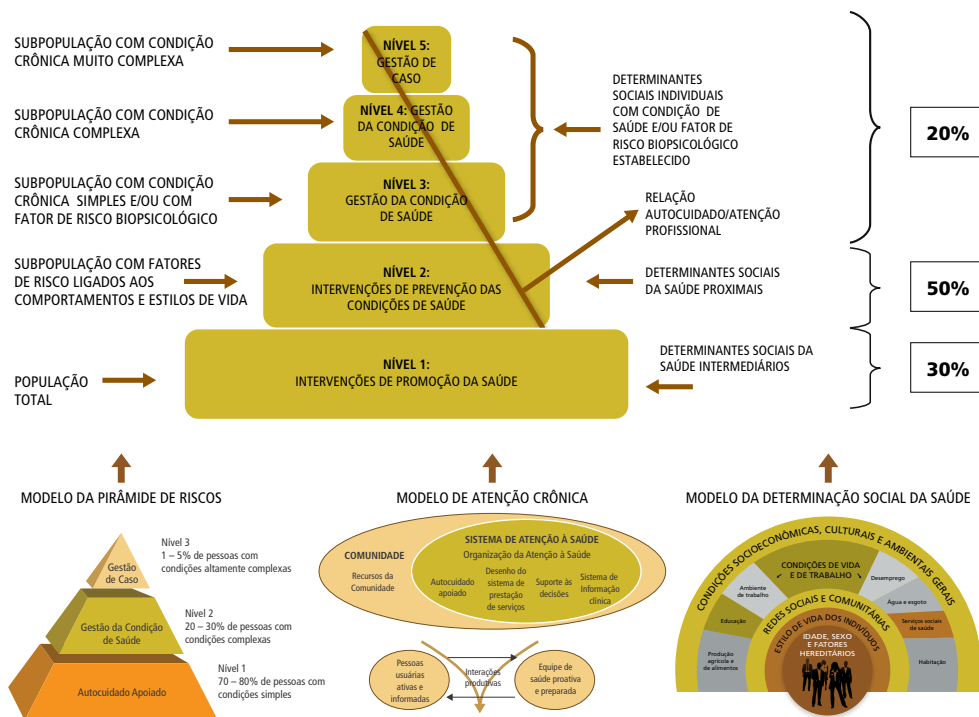
O modelo da pirâmide de risco estratifica as pessoas que usam a RAS em três níveis de complexidade: o nível 1, 70% a 80% de portadores de condições crônicas simples que utilizam intensivamente o autocuidado apoiado e que devem ser atendidas exclusivamente na APS; o nível 2, portadores de condições crônicas complexas que são cuidados pela tecnologia de gestão da condição de saúde; e o nível 3, portadores de condições crônicas de alta complexidade que são cuidados por meio da tecnologia de gestão de caso. Esse modelo promove a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e diminui as internações hospitalares e as taxas de permanência nos hospitais (Sing; Ham, 2006; Wallace, 2005).

Esses dois modelos têm enfoque muito concentrado nas ações clínicas. Por essa razão, Mendes (2011) agregou, a eles, o modelo de determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead (1991). Este último modelo inclui os determinantes sociais da saúde dispostos em diferentes camadas concêntricas, segundo seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima aos determinantes individuais até

outra distal, em que se situam os macrodeterminantes. O modelo de Dahlgren e Whitehead foi selecionado em função da recomendação para seu uso no Brasil pela Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (2008) por sua simplicidade e facilidade de compreensão.

A partir desses três modelos, Mendes (2011) desenvolveu o MACC para ser aplicado no SUS. Esse modelo está representado na Figura 2.

**Figura 2.** O Modelo de Atenção às Condições Crônicas



Fonte: Mendes (2011).

O MACC deve ser lido em três colunas. Na coluna da esquerda, sob influência da pirâmide de risco, está a população total estratificada em subpopulações por estratos de riscos. Na coluna da direita, sob influência dos modelos da determinação social da saúde, estão os diferentes níveis de determinação: os determinantes intermediários, proximais e individuais. Na coluna do meio estão, sob influência do modelo de atenção crônica, os cinco níveis das intervenções de saúde sobre os determinantes e suas populações: intervenções promocionais, preventivas e de gestão da clínica.

O lado esquerdo da Figura 2 corresponde a diferentes subpopulações de uma população total sob responsabilidade da APS. Essa população e suas subpopulações são ali cadastradas e são registradas segundo as subpopulações de diferentes níveis

do modelo: o nível 1, a população total, e em relação à qual se intervirá sobre os determinantes sociais da saúde intermediários; o nível 2, as subpopulações com diferentes fatores de riscos ligados aos comportamentos e aos estilos de vida; o nível 3, as subpopulações de pessoas com riscos individuais e/ou com condição crônica estabelecida, mas de baixo e médio riscos; o nível 4, as subpopulações de pessoas com condição crônica estabelecida, mas de alto e muito alto riscos; e o nível 5, as subpopulações de condições de saúde muito complexas.

O lado direito da Figura 2 corresponde ao enfoque das diferentes intervenções de saúde em função dos determinantes sociais da saúde. No nível 1, o alvo das intervenções são os determinantes sociais da saúde intermediários que se manifestam no âmbito local de atuação da APS, especialmente aqueles ligados às condições de vida e de trabalho: produção agrícola e de alimentos, ambiente de trabalho, educação, emprego, água e esgoto, habitação, serviços sociais de saúde e habitação.

O meio da Figura 2 representa as principais intervenções de saúde em relação à população/subpopulações e aos enfoques prioritários das intervenções sanitárias. No nível 1, as intervenções são de promoção da saúde, em relação à população total e com enfoque nos determinantes sociais intermediários. O modo de intervenção é por meio de projetos intersetoriais que articulem as ações de serviços de saúde com ações de melhoria habitacional, de geração de emprego e renda, de ampliação do acesso ao saneamento básico, de melhoria educacional, de melhoria na infraestrutura urbana etc. Os projetos intersetoriais geram sinergias entre as diferentes políticas públicas produzindo resultados positivos na saúde da população (Public Health Agency of Canada, 2007). No nível 2, as intervenções são de prevenção das condições de saúde e com enfoque nos determinantes proximais da saúde ligados aos comportamentos e aos estilos de vida. Utiliza-se a expressão prevenção das condições de saúde, e não prevenção das doenças, porque se podem prevenir condições de saúde, como gravidez nas mulheres e incapacidade funcional das pessoas idosas, que não são doenças. Esses determinantes são considerados fatores de risco modificáveis e são potenciados pelos determinantes sociais intermediários e distais. Os mais significativos são o tabagismo, a alimentação inadequada, a inatividade física, o excesso de peso e o uso excessivo de álcool (Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, 2008). Até o segundo nível, não há uma condição de saúde estabelecida ou a manifestação de um fator de risco biopsicológico, à exceção dos riscos por idade ou gênero. Somente a partir do nível 3 do MACC é que se passa a operar com um fator de risco biopsicológico e/ou com uma condição de saúde cuja gravidade, expressa na complexidade, convoca intervenções diferenciadas do sistema de atenção à saúde. Por isso, as intervenções relativas às condições de saúde estabelecidas implicam a estratificação dos riscos, segundo as evidências produzidas pelo modelo da pirâmide de risco.

Os níveis 3, 4 e 5 do MACC estão vinculados aos indivíduos com suas características de idade, sexo, fatores hereditários e fatores de risco biopsicológicos, a camada central do modelo de determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead. As

intervenções são predominantemente clínicas, operadas por tecnologias de gestão da clínica, a partir da gestão da saúde da população. Aqui é o campo privilegiado da clínica no seu sentido mais estrito. A partir do nível 3, exige-se a definição de subpopulações recortadas segundo a estratificação de riscos da condição de saúde. Nesse nível 3, estruturam-se as intervenções sobre os fatores de risco biopsicológicos, como idade, gênero, hereditariedade, hipertensão arterial, dislipidemias, depressão, pré-diabetes e outros. Ademais, vai-se operar com subpopulações da população total que apresentam uma condição crônica simples, de baixo ou médio risco, em geral prevalente na grande maioria dos portadores da condição de saúde, por meio da tecnologia de gestão da condição de saúde. A estratificação dos riscos de cada condição crônica é feita nas diretrizes clínicas respectivas (por exemplo, hipertensão de baixo, médio, alto e muito alto risco ou gestante de riscos habitual, intermediário e alto).

Ainda que os níveis 3 e 4 sejam enfrentados pela mesma tecnologia de gestão da condição de saúde, a lógica da divisão em dois níveis explica-se pela linha transversal que cruza o MACC, representada na Figura 2, e que expressa uma divisão na natureza da atenção à saúde prestada às pessoas usuárias. Isso decorre de evidências que demonstram que 70% a 80% das pessoas portadoras de condições crônicas de baixo ou médio riscos são atendidas, principalmente, por tecnologias de autocuidado apoiado, com baixa concentração de cuidados profissionais. Assim, no nível 3, vai-se operar principalmente por meio das intervenções de autocuidado apoiado, ofertadas por uma equipe da APS, com ênfase na atenção multiprofissional interdisciplinar; já no nível 4, opera-se equilibradamente entre o autocuidado apoiado e o cuidado profissional — é nesse **nível que se necessita de uma atenção** colaborativa dos generalistas da APS e dos especialistas localizados nas unidades de AAE.

Por fim, o nível 5 destina-se à atenção às condições crônicas muito complexas e que estão, também, relacionadas nas diretrizes clínicas das respectivas condições de saúde. Essas condições muito complexas são aquelas previstas na lei da concentração dos gastos e da severidade das condições de saúde que define que uma parte pequena de uma população, em função da gravidade de suas condições de saúde, determina os maiores dispêndios dos sistemas de atenção à saúde (Berk; Monheint, 1992). Além disso, e principalmente, são as pessoas que mais sofrem. Por isso, as necessidades dessas pessoas convocam uma tecnologia específica da governança da clínica: a gestão de caso.

Os níveis 3, 4 e 5 do MACC são operacionalizados por tecnologias de governança clínica. A governança clínica é um conjunto de tecnologias de microgestão da clínica, construído com base em evidências científicas e destinado a prover uma atenção à saúde centrada nas pessoas; efetiva: estruturada com base em evidências científicas; segura; que não cause danos às pessoas usuárias e aos profissionais de saúde; eficiente: provida com custos ótimos; oportuna: prestada no tempo certo; equitativa: oferecida de forma a reduzir as desigualdades injustas; e ofertada de forma humanizada (Mendes, 2011). A governança clínica constitui-se de tecnologias sanitárias que partem da tecnologia-mãe, as diretrizes clínicas baseadas em evidência para, a

partir delas, desenvolver as tecnologias de gestão da condição de saúde, gestão de caso, auditoria clínica e lista de espera.

Nos níveis 3, 4 e 5 opera-se com a gestão das condições de saúde e com a gestão de caso. A gestão da condição de saúde é o processo de microgerenciamento de um fator de risco biopsicológico ou de uma determinada condição de saúde estabelecida, por meio de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e clínicas, com o objetivo de alcançar bons resultados clínicos e de reduzir os riscos para os profissionais e para as pessoas usuárias, contribuindo para a melhoria da eficiência e da qualidade da atenção à saúde. A gestão da condição de saúde envolve cinco componentes: plano de cuidado individual, gestão dos riscos de atenção, educação permanente, educação em saúde e programação da condição de saúde (Mendes, 2011). O nível 5 convoca a tecnologia da gestão de caso conceituada como o processo cooperativo que se desenvolve entre um profissional gestor de caso (ou uma equipe de gestão de caso) e uma pessoa com uma condição de saúde muito complexa, envolvendo a família e a rede de suporte desta pessoa, para planejar, monitorar e avaliar opções de cuidados e de coordenação da atenção à saúde, de acordo com as necessidades da pessoa e com o objetivo de propiciar um cuidado de qualidade, humanizado, capaz de aumentar a capacidade funcional e de preservar a autonomia individual e familiar (Mendes, 2011). A gestão de caso envolve várias etapas: a seleção do caso, a identificação do problema, a elaboração e a implantação do plano de cuidado e o monitoramento do plano de cuidado (Powel, 2000).

## 5. OS FUNDAMENTOS TEÓRICO-CONCEITUAIS DA PAS

A PAS tem suas bases teórico-conceituais na teoria da complexidade, na teoria de sistemas, no pensamento sistêmico e na teoria da ação sinérgica. As bases teórico-conceituais das RAS assentam-se fortemente na teoria da complexidade — e isso se deve ao fato de que o problema a ser resolvido, a fragmentação do cuidado, é um problema complexo. Isso deriva do fato de que os sistemas de atenção à saúde são muito complexos, podendo apresentar oito dimensões internas: a dimensão ética, a dimensão ecológica, a dimensão epidemiológica, a dimensão estratégica, a dimensão econômica e política, a dimensão educacional, a dimensão psicossocio-cultural e a dimensão transcendental (Chaves, 1988). Os fundamentos das RAS é a teoria da complexidade.

A discussão sobre problemas complexos não é nova. Ela foi colocada por Mencken (1919), no início do século XX, por meio de uma célebre frase que permanece muito atual: “para cada problema humano há sempre uma solução clara e simples, mas que é sempre errada”. Na visão de Morin (2015), para conhecer a complexidade, é necessário explicitar certas propriedades: ela coloca o paradoxo do uno e do múltiplo; é um fenômeno quantitativo que se expressa na enorme quantidade de interações e de interferências em um número grande de unidades; compreende incertezas, indeterminações e fenômenos aleatórios; tem relação com o acaso; mistura inti-

mamente ordem e desordem; liga-se a uma mistura de certeza e incerteza; transita não do simples ao complexo, mas da complexidade para maior complexidade; não recusa a ordem e o determinismo, mas os considera insuficientes; e convoca uma estratégia desde que surja o incerto e o inesperado.

A definição da complexidade pode ser feita por meio de seus elementos teóricos, que são vários (Almeida Filho, 2005): são sistemas dinâmicos; não lineares; caóticos; emergentes; apresentam borrosidade pela imprecisão de limites; e demonstram fractalidade. O estudo da complexidade leva a uma distinção entre complicado e complexo (Morin, 1984; Almeida Filho, 2023). Complicado é um sistema que apenas multiplica nexos da mesma natureza, como nexos causais, entre elementos do sistema de um mesmo nível hierárquico. Multiplicar os elementos de um dado sistema não é suficiente para nele introduzir complexidade. Complexo é um sistema que se estrutura com conexões de múltiplas naturezas, em distintos planos, dimensões e interfaces hierárquicas em que a complexidade surge como uma articulação da pluralidade de níveis hierárquicos, da diversidade das relações entre os componentes, da borrosidade dos limites entre os componentes e da recursividade dos processos que geram objeto modelo sobredeterminado.

As relações entre teoria da complexidade e RAS foram bem estabelecidas a partir dos princípios definidos por Morin e Le Moigne (2021). O princípio hologramático: não apenas a parte está no todo, mas o todo está em cada uma das partes que o compõem. O princípio do círculo reativo: a ideia de circularidade ou recursividade, na qual os efeitos retroagem sobre as causas e as alimentam. O princípio da autoeco-organização: as organizações têm a sua capacidade de se organizarem (auto-organização), mas sua autonomia depende de energia e informação do mundo exterior ou do meio ambiente. O princípio dialógico: a importância de conviver com a diversidade de ideias e situações que, embora algumas vezes sejam antagônicas, fazem parte do contexto do cuidado em saúde. O princípio do conhecimento como movimento circular: todo conhecimento é uma reconstrução ou tradução por um cérebro, em uma cultura e em um tempo determinados, o que significa que as RAS se estruturarão de acordo com as características regionais, culturais e sociais dos espaços em que se inserem (Arruda *et al.*, 2015).

De acordo com Allen e Kivingston (2018), como os sistemas não são os mesmos, é possível estabelecer uma tipologia de problemas, cruzando o grau de concordância com o grau de incerteza e gerando problemas complicados e problemas complexos (*wicked problems*). Os problemas complicados caracterizam-se por serem de pequena escala e bem definidos, e se definem por: escala de tempo limitada, prioridades claras, aplicações limitadas, limitado número de pessoas envolvidas, conhece-se o que deve ser feito e há solução reconhecida. Por seu turno, os problemas perversos se caracterizam por serem grandes problemas, pobremente definidos, e se definem por: escala de tempo longa, prioridades questionadas, grande incerteza, não pode ser separado de seu contexto, há muitas pessoas envolvidas, não há concordância sobre o que o problema é e não há uma solução óbvia.

Os problemas perversos envolvem muitos fatores interdependentes que são sistêmicos, incompletos, dinâmicos e difíceis de definir. Não são meramente complicados ou técnicos, solucionáveis por aplicação simples da lógica ou do poder computacional ou pelos programas de melhoria da qualidade; ao contrário, são complexos, envolvendo valores humanos contestados (Runnels *et al.*, 2021). Por suas características, os problemas perversos exigem intervenções amplas de reimaginação dos sistemas. Daí derivam duas condições para seu enfrentamento: organização em redes e inovações disruptivas capazes de gerar um novo conceito (Kreuter, 2004).

A teoria geral dos sistemas foi proposta originalmente a partir de uma reflexão sobre a biologia e expandiu-se fortemente na segunda metade do século XX, atingindo rapidamente todas as esferas do conhecimento (von Bertalanffy, 1968). Uma noção fundamental da teoria dos sistemas é que o comportamento de um sistema autônomo único é diferente de seu comportamento quando interage com outros elementos. Os conceitos básicos da teoria geral de sistemas são: globalidade, em que todos os sistemas funcionam integralmente e as mudanças em uma parte provocam mudanças no todo; não somatividade, em que o sistema não é a soma das partes; homeostase, que é um processo de autorregulação responsável pela estabilidade do sistema; morfogênese, que significa as peculiaridades dos sistemas abertos de incorporar fatores externos do meio e transformar sua organização; circularidade, que é a relação bilateral entre os elementos do sistema que é não linear; e equifinalidade, que afirma que, em um sistema aberto o resultado é independente do ponto de partida (Vasconcellos, 2008).

Os sistemas de atenção à saúde são sistemas adaptativos complexos e sistemas abertos. Os sistemas adaptativos complexos foram definidos como uma coleção de agentes individuais com liberdade para agir de modos que não são totalmente previsíveis e cujas ações são interconectadas de tal maneira que as ações de mudanças em um agente podem alterar o contexto de outros agentes. Os sistemas abertos são o contrário dos sistemas fechados e, assim, são aqueles que na linguagem da termodinâmica não dispõem de fonte energética ou material exterior a si próprios. Diferentemente, os sistemas abertos, sejam físicos ou vivos, dependem de uma alimentação externa material e energética, mas também organizacional e informacional. Isso gera uma nova ideia, oposta às noções físicas de equilíbrio e desequilíbrio e que está além de uma ou de outra, contudo contendo ambas (Maruyama, 1974; Morin, 2015).

A gestão dos sistemas adaptativos complexos implica que os objetivos e os recursos devem ser estabelecidos para o todo o sistema ou para um pool de recursos alocados de forma compatibilizada entre os diferentes pontos de atenção, e não artificialmente alocados por suas partes. Esse novo modelo alocativo de recursos encoraja relações generativas entre os diversos prestadores de serviços que estimulam a criatividade e as novas ideias (Plsek; Greenhalgh, 2001). Cabe ressaltar que o SUS foi instituído na Constituição Federal de 1988 como um sistema, diferentemente do aparato de atenção à saúde do Reino Unido, que foi constituído como um serviço.

Por isso, há quem proponha que o National Health Service deva ser transformado em um National Health System (Plsek; Greenhalgh, 2001).

Conexo à teoria geral de sistemas, surgiu, no início do século XX, o conceito de pensamento sistêmico aplicado a diferentes campos, como a engenharia, a economia, a ecologia, a educação e a saúde. Para Capra e Luisi (2014), o pensamento sistêmico é essencial para compreender ambientes complexos e para propor soluções aos problemas contemporâneos. Para esses autores, o pensamento sistêmico implica mudanças fundamentais: das partes para o todo; dos objetos para os relacionamentos; da medição para o mapeamento; do conhecimento objetivo para o conhecimento contextual; e da estrutura para o processo. A característica fundante do pensamento sistêmico é a mudança das partes para o todo, pois, na perspectiva sistêmica, os objetos constituem redes de relacionamentos que se integram em redes maiores. Para o pensamento sistêmico, as relações são primárias, e os objetos são secundários, o que muda o enfoque analítico dos objetos para as relações. A mudança do foco nas partes para o foco no todo convoca uma mudança do pensamento analítico para o pensamento contextual e do conhecimento objetivo para o conhecimento contextual. As propriedades das partes são propriedades não intrínsecas, e suas existências derivam de seus relacionamentos com o todo. Assim, pensar sistemicamente é pensar de modo contextual, o que implica pensar em uma dimensão ambiental ou ecossistêmica.

Para Mendes (2019), a aplicação do pensamento sistêmico nas organizações de saúde tem algumas implicações: a capacidade de ver a floresta, e não somente cada árvore; a transição de relações lineares de causa e efeito para inter-relações entre diversos subsistemas; a compreensão das interconexões que existem entre diferentes unidades e processos dos sistemas de atenção à saúde; e o entendimento de que não há solução para os problemas a partir de mudanças em pontos de atenção isolados (silos) e que, muitas vezes, a solução de um ponto de atenção depende de mudanças em outros pontos de uma rede.

Uma das propostas mais significativas da utilização do pensamento sistêmico é a das organizações de aprendizagem feita por Senge (2023), definidas como aquelas que incentivam a aprendizagem adaptativa e generativa, estimulando seus funcionários a pensarem fora da caixa e a trabalharem em conjunto com outros funcionários para encontrar a melhor resposta para qualquer problema. As organizações de aprendizagem apresentam cinco características: domínio pessoal ou como o indivíduo vê o mundo; modelos mentais ou suposições profundamente arraigadas de um indivíduo; visão compartilhada que incentiva a experimentação e inovação entre vários membros; aprendizagem em equipe ou mais de uma pessoa agindo em conjunto; e pensamento sistêmico, ou visão geral, em vez do problema individual.

Das abordagens sistêmicas apresentadas, resulta o princípio da interdependência nas RAS. Esse princípio expressa que as RAS se desenvolvem e existem em função da interdependência entre os atores que a compõem, e essa interdependência se dá

porque esses autores são dependentes uns dos outros e necessitam dos recursos dos outros para atingir seus objetivos. Nesse sentido, as RAS consistem em uma variedade de atores que têm seus próprios objetivos e estratégias. Nenhum ator dispõe de uma amplitude de poder para determinar ações estratégicas para os outros atores. Não há um ator central em cada RAS do que resultam interrelações complexas e processos constantes de barganha e cooperação entre eles.

Como exemplo prático do princípio da interdependência nas RAS, pode-se recorrer a um estudo sobre eficiência do SUS, no qual se verificou que o aumento da eficiência dos hospitais dependia, em boa parte, do aumento da eficiência da APS, por exemplo, reduzindo as internações por condições sensíveis à atenção primária (Araújo, 2019). Ademais, da abordagem sistêmica, resulta o fenômeno da geração da sinergia que produz. A sinergia é um dos conceitos-chave da ciência dos sistemas, que constitui um fenômeno ubíquo na natureza e nas sociedades humanas, podendo ser definida como os efeitos cooperativos, literalmente os efeitos produzidos pelas coisas que operam juntas (partes, elementos ou indivíduos). Ou seja, a sinergia refere-se ao fenômeno em que o efeito combinado de dois ou mais elementos operando juntos é maior do que a soma de seus efeitos individuais. Há quem defina sinergia como os resultados positivos derivados da interação entre componentes de um sistema (Mendeleev, 2010). Esse conceito está frequentemente associado ao *slogan* “o todo é maior que a soma das partes”, que se expressa matematicamente como  $2 + 2 = 5$ . Há quem entenda que a sinergia se manifesta quando os efeitos produzidos pelos todos são maiores do que aqueles que as partes podem produzir isoladamente (Corning, 2015).

As sinergias se manifestam em fenômenos emergentes, em complementaridades funcionais e estruturais, na divisão do trabalho, nas simbioses, nas simetrias, na coevolução, na cooperação e nos efeitos sistêmicos e em diversos campos, como na física quântica, na termodinâmica, na biofísica, na química, na biologia molecular, na neurobiologia, na antropologia, na ecologia e, certamente, nos sistemas de atenção à saúde. Por exemplo, no SUS de um município do estado do Paraná, a integração em rede da APS com a AAE na rede materno-infantil, articulando as ações das equipes desses dois níveis de atenção, fez com que o percentual de partos pré-termos atingisse 4%, um terço da média do estado, que era de 12%. Essa ação sinérgica melhorou significativamente a qualidade do pré-natal, apresentando, além desse resultado sanitário, um expressivo resultado econômico porque reduziu substancialmente a utilização das unidades de terapia intensiva neonatais no SUS municipal, diminuindo os custos do sistema.

## 6. OS FUNDAMENTOS OPERACIONAIS DA PAS

Com base nos fundamentos teórico-conceituais mencionados, estabeleceu-se um conjunto de propostas de intervenção, já testadas no campo dos cuidados em saúde, para a implementação do processo de construção social das RAS no SUS: os microssistemas clínicos, os laboratórios de inovações, o projeto colaborativo, a ciência da melhoria, o *kit* de ferramentas de melhoria, as estratégias sistêmicas, o gerenciamento de processos, o processo educacional, a teoria da coprodução de serviços, a ciência da difusão das inovações e a ciência da implementação.

O enfoque da ação organizadora das RAS é dirigido aos microssistemas clínicos. Esse conceito deriva de observações feitas por Quinn (1992), as quais mostraram que as empresas de maior sucesso progressivamente aprenderam a focalizar suas ações em menores unidades replicáveis. A teoria de Quinn sugere que as organizações se constituem dessas menores unidades replicáveis para conectar a competência central da empresa com os seus clientes. Godfrey *et al* (2004) transplantaram o conceito de pequenas unidades replicáveis para o campo das organizações de saúde, denominando-as de unidades de microssistemas clínicos. Uma característica essencial dos microssistemas clínicos é que eles estão onde se dão os encontros clínicos entre as unidades de saúde e as pessoas usuárias, por exemplo, uma equipe de APS. Esses microssistemas clínicos são definidos como uma unidade entre um pequeno grupo de pessoas que trabalham juntas de forma regular para prestar cuidados de saúde e uma população que recebe estes cuidados. Além disso, eles buscam objetivos claros, estruturam processos, compartilham um ambiente de informações e produzem serviços e cuidados que podem ser medidos por resultados de desempenho.

Em um microssistema clínico, o *input* são pessoas com necessidades, que são atendidas por uma equipe de saúde por meio de processos clínicos, sendo o *output* pessoas com necessidades atendidas. Os microssistemas clínicos têm sido considerados o lugar em que as pessoas usuárias, as famílias e os profissionais de saúde se encontram e em que o cuidado é prestado, a qualidade e a segurança são garantidas, a eficiência e a inovação são alcançadas e o moral da equipe e a satisfação das pessoas usuárias são altos. Cada microssistema clínico constitui um complexo e dinâmico sistema adaptativo em que interagem vários elementos que, atuando de forma interdependente, permitem produzir resultados superiores. Esses elementos são: no campo da liderança, liderança competente e suporte organizacional; no campo da equipe de saúde, foco na equipe, educação permanente e interdisciplinaridade; no campo das pessoas usuárias, alvo nas pessoas e na comunidade; no campo do desempenho, melhoria de processos e de resultados de desempenho; no campo da informação, tecnologia da informação e comunicação. Os microssistemas clínicos têm cinco componentes, os 5 Ps: propósito, pessoas usuárias, profissionais, processos que o microssistema utiliza na prestação dos cuidados e padrões que caracterizam a funcionalidade do microssistema clínico. O microssistema clínico é parte de uma macro-organização que o contém.

O laboratório de inovações é um espaço de produção e/ou identificação de inovações e de gestão do conhecimento, a partir da análise de práticas, processos, ferramentas, programas e políticas inovadoras na área da saúde. Foi desenvolvido como uma proposta metodológica para produzir, qualificar, sistematizar e divulgar as inovações em saúde, buscando incentivar a produção e adoção de inovações e aplicado na terceira geração da PAS nos municípios de Curitiba, Paraná; Santo Antônio de Monte, Minas Gerais; e Tauá, Ceará (Andrade *et al.*, 2016; Moysés *et al.*, 2013). A proposta de laboratórios parte do pressuposto de que o SUS é um imenso “laboratório”, em que muitas ideias, processos, ferramentas e práticas são desenvolvidas a partir da iniciativa de gestores municipais, estaduais ou federais que precisam de apoio para sistematização e divulgação das experiências que se caracterizam como inovações em saúde.

O laboratório, diferentemente da pesquisa, opera com alguns pressupostos: objeto: melhoria do cuidado; método: observação do mundo real com conformação antes/depois; vieses: aceitam-se vieses consistentes; tamanho da amostra: dados suficientes obtidos por meio de hipóteses flexíveis que mudam à medida em que são testadas; estratégia de teste: vários testes sequenciais; avaliação de resultados: gráficos de controle; e confidencialidade dos dados: dados usados pelas equipes envolvidas nos testes (Hoover, 2013). O laboratório considera que muitas experiências significativas são produzidas, porém, carecem de sistematização, de avaliações mais rigorosas e de espaços que propiciem a análise mais aprofundada dos problemas e o compartilhamento de soluções. A estratégia dos laboratórios está voltada para o desenvolvimento, a detecção e a qualificação de inovações em saúde, as quais promovem mudanças que resultam em melhoria na saúde, em diferentes aspectos como satisfação, qualidade, eficiência, eficácia, transparência e acessibilidade, enfim, que produzem resultados positivos e agregam valor para a sociedade. Os laboratórios são operacionalizados por um conjunto de estratégias como: fase preparatória: seleção do tema, revisão bibliográfica e formação de grupo de trabalho; fase operacional: seleção de experiências e práticas bem-sucedidas, estudos de caso, ciclos de debates e visitas de intercâmbio; e avaliação, sistematização dos resultados, divulgação e produção de conhecimento.

O projeto colaborativo é uma proposta desenvolvida como base em um processo de mudança deliberado e que se estrutura na ideia de que a melhor maneira de se introduzirem mudanças nos sistemas de atenção à saúde é por meio da aprendizagem colaborativa entre equipes de distintas organizações de saúde (Institute for Healthcare Improvement, 2003). Esse projeto tem forte base educacional, e uma série completa de aprendizagem pode durar de 6 a 15 meses e envolver muitas equipes para buscar melhorias em temas de interesse comum. Cada um dos projetos se denomina de projeto colaborativo. A concepção básica do processo está, de um lado, em uma combinação de expertos em áreas clínicas com expertos em gestão na busca de mudanças significativas e, de outro, na constatação de que processos educacionais convencionais não geram mudanças. Para que mudanças ocorram, é

necessário um processo de aprendizagem, mais ou menos longo, que articule oficinas presenciais com períodos de dispersão pós-oficina.

Nos períodos presenciais, as diferentes equipes, que podem variar de 10 a mais de 100 pessoas, reúnem-se para aprender, em conjunto e colaborativamente, sobre o tema em questão e para planificar o período de dispersão. Após a atividade presencial, os membros de cada equipe retornam às suas organizações para implementar as mudanças definidas no planejamento feito durante a oficina. O projeto colaborativo apresenta cinco elementos essenciais: a seleção do tema, o recrutamento dos facilitadores, a definição das organizações participantes e de seus membros, as oficinas presenciais e os períodos de dispersão. Na seleção, recrutam-se entre 5 e 15 profissionais com capacidade de facilitar o processo educacional, envolvendo especialistas em educação e em clínica, bem como profissionais de experiências bem-sucedidas; um desses facilitadores vai coordenar o projeto.

As organizações participantes são definidas e devem indicar uma equipe multiprofissional com capacidade de aprendizagem, de implantação de um projeto-piloto e de sua extensão em maior escala. As oficinas presenciais são intervenções educacionais que envolvem os facilitadores e as equipes das diferentes organizações participantes do projeto. Os períodos de dispersão são as intervenções que devem ser realizadas nesse tempo e que foram planejadas nas oficinas presenciais, tendo, obrigatoriamente, de trabalhar com indicadores que meçam as mudanças pretendidas. Todo trabalho é acompanhado por informes mensais de medição dos impactos de mudanças que são compartilhados por todos os participantes de todas as organizações, especialmente em um ambiente *web*.

A ciência da melhoria foi proposta inicialmente por Langley *et al.* (2011) com base no suposto de que mudanças organizacionais não ocorrem a menos que alguém tome a iniciativa e que devem ter um impacto positivo e significativo ao longo do tempo. É importante saber que toda melhoria requer mudança, mas que nem toda mudança resulta em melhoria. A aplicação da ciência da melhoria em cada área específica precisa ser informada pela experiência, pelo conhecimento e pela opinião de especialistas que se encontram mais próximos aos problemas de cada uma delas (Portela *et al.*, 2016). O conceito de melhoria é da sua utilidade estabelecida por características como mais rápido, mais fácil, mais eficiente, mais efetivo, mais barato, mais seguro etc. Assim, mudanças resultam em melhorias quando: alteram a maneira como o trabalho ou a atividade é feita ou a composição de um produto; produzem diferenças visíveis e positivas nos resultados referentes a padrões históricos; e têm um impacto duradouro.

A ciência da melhoria estrutura-se com base em cinco princípios centrais de melhoria. Os dois princípios iniciais de melhoria são: entender por que se precisa mudar; e dispor de um sistema que mostre que a melhoria está ocorrendo. Muitas mudanças são, simplesmente, fazer mais do mesmo. O terceiro princípio é desenvolver uma mudança que resultará em melhoria, o que implica saber se a mudança

proposta levará a uma melhoria real. O quarto princípio é testar uma mudança antes de implementá-la em escala, planejando o teste, executando-o, analisando os resultados, resumindo o que foi aprendido e decidindo qual a ação justificada com base no que foi aprendido com o teste. O quinto princípio é implementar a mudança. O grande risco da implementação é que a mudança não seja sustentável (Langley *et al.*, 2011).

A ciência da melhoria define uma estrutura para operacionalizar os seus cinco princípios centrais; três questões fundamentais que direcionam as melhorias e o ciclo PDSA (Planejar, Fazer, Verificar e Agir). As três questões, aplicadas ao campo da saúde, são: o que se quer alcançar com as mudanças? Como se sabe se as mudanças representam uma melhoria na atenção à saúde? Que mudanças podem ser feitas que resultarão na melhoria da atenção à saúde? Essas três questões dizem respeito aos três primeiros princípios centrais. Elas podem ser respondidas em qualquer ordem (Associates in Process Improvement, s.d.).

Colocadas as três questões, será utilizado o ciclo PDSA para facilitar a implantação das mudanças identificadas (Matos *et al.*, 2022). O ciclo PDSA é um instrumento para o conhecimento e a ação. Ele é usado para construir conhecimento que ajude a responder a qualquer uma das três questões essenciais do modelo, testar e implementar uma mudança. A ciência da melhoria constitui uma abordagem iterativa de tentativa e aprendizagem para a melhoria, o que convoca um ciclo iterativo de aprendizagem. Podem ocorrer melhorias sem o PDSA, mas mudanças intencionais e complexas, como são comuns na atenção à saúde, em geral, requerem mais de um ciclo desse instrumento. É desejável que sejam implantados ciclos sequenciais de PDSA, iniciando-se em pequena escala para reduzir os riscos e ir gradativamente ampliando as mudanças.

A finalização de cada ciclo do PDSA leva, imediatamente, ao início de um novo ciclo pela equipe que está conduzindo as mudanças que deve responder a questões como: o que funcionou e o que não funcionou? O que deve ser introduzido, o que deve ser mudado e o que deve ser descartado? Frequentemente, uma equipe testa mais de uma mudança ao mesmo tempo, o que exige a implantação simultânea de vários ciclos. As melhorias alcançadas devem ser disseminadas, o que significa levá-las para serem implementadas em outras organizações. Para isso, é necessário dispor de uma estrutura para disseminação que envolve: uma liderança forte; uma descrição das ideias a serem disseminadas e das evidências que fundamentam essas melhores ideias; um plano de disseminação que envolva um plano de comunicação, um plano de medição e um plano de trabalho; um sistema social, fundamentado na comunicação, que atraia adeptos e compartilhe os conteúdos técnicos necessários para realizar as melhorias; um sistema de medição e *feedback* e de gestão do conhecimento para monitorar o trabalho de disseminação e para facilitar a outras organizações a adotarem as melhorias (Langley *et al.*, 2011).

Os resultados da implantação da ciência da melhoria, em conjunto com uma filosofia educacional de “*todos ensinam, todos aprendem*”, em centenas de Projetos Colaborativos aplicados em vários países, são muito favoráveis em relação a: redução de efeitos adversos de medicamentos, controle da hipertensão arterial, controle de gestantes de alto risco, controle glicêmico em portadores de diabetes, redução do tempo de espera na APS, tratamento do câncer, controle da tuberculose, cuidados intensivos e redução de custos da atenção à saúde (Berwick 1994; Flamm; Berwick; Kabcenell, 1998; Ovretveit *et al.*, 2002; Wilson *et al.*, 2003).

Um *kit* de ferramentas pode ser utilizado como suporte ao PDSA. No planejar (P), pode ser útil a utilização de mapa estratégico, diagrama de causa e efeito ou diagrama espinha de peixe, diagrama de Pareto, grau de evitabilidade, matriz 5W2H e mapeamento de processos. No fazer (D), os fluxogramas e a matriz de operacionalização de processo crítico. No verificar (C), as folhas de verificação, as cartas de controle e a matriz para monitoramento de processos. No atuar (A), a matriz para avaliação de resultados. Outras ferramentas podem também ser utilizadas como diagrama direcionador, análise de modos e efeitos de falhas, histograma, formulário de planejamento de projetos, gráficos de tendências e de controle diagrama de dispersão (Institute for Healthcare Improvement, 2017).

As estratégias sistêmicas são definidas como aquelas que aplicam *insights* científicos a fim de compreender os elementos que influenciam os resultados sanitários e modelam as relações entre estes elementos e alteram desenhos, processos ou políticas baseados no conhecimento, de modo a produzirem melhor saúde a custos mais baixos (Kaplan *et al.*, 2013). Outros setores, especialmente industriais, têm lidado com problemas semelhantes aos da saúde como acesso e agendamento, os quais obtiveram resultados utilizando estratégias sistêmicas (Brandenburg *et al.*, 2015). Tudo indica que isso também pode ocorrer nas organizações de saúde, não obstante a presença de preconceitos culturais que colocam dúvidas e resistências sobre a aplicabilidade dessas estratégias advindas, especialmente do campo da engenharia de produção, serem utilizáveis no setor saúde (Agwunobi; London, 2009). Contudo, o sucesso da utilização dessas estratégias na área da saúde depende da possibilidade de obter uma integração entre os vários elementos das RAS e de sua aplicação em todos os pontos dessas redes, e não somente em um ponto de atenção ou em um departamento isolados (Institute of Medicine, 2015).

Entre essas estratégias sistêmicas, podem ser considerados o sistema Lean, o Seis Sigma, os 5S, a teoria das filas e a teoria das restrições. O sistema Lean foi utilizado originalmente pela Toyota e constitui uma abordagem sistemática que permite a identificação e eliminação de perdas nos processos produtivos, que têm como objetivo agregar qualidade e entregar às pessoas somente o que elas consideram como valor (Graban, 2009). A essência desse sistema é a eliminação contínua de atividades desnecessárias, expressas em desperdícios que permeiam praticamente todos os tipos de processos assistenciais, de suporte e administrativo, sobrando tempo e recursos para fazer acontecer as coisas realmente importantes. A aplicação do

sistema Lean nas organizações de saúde tem apresentado bons resultados (Institute of Medicine, 2015).

Outra estratégia sistêmica é a Seis Sigma, que pode ser conceituada como uma ação gerencial planejada, com enfoque em resultados de qualidade e financeiros, com o objetivo de promover mudanças significativas nas organizações, buscando melhorias nos processos, produtos e serviços oferecidos às pessoas usuárias. O objetivo principal da Seis Sigma é a satisfação das pessoas usuárias por meio da redução de defeitos nos processos e o ótimo desempenho da organização. Essa ferramenta é aplicada por uma estratégia de definir, mensurar, analisar, incrementar e controlar, e tem apresentado bons resultados quando aplicada nas organizações de saúde (Kwak; Anbary, 2006).

A teoria dos 5S é voltada para a organização e limpeza do ambiente de trabalho, propiciando que nele existam apenas os equipamentos e materiais necessários, estruturados de acordo com padrões preestabelecidos e que sejam facilmente encontráveis, tornando a vida das pessoas mais fácil e produtiva e contribuindo para motivá-las nos seus trabalhos (Bertani, 2012).

A teoria das filas aplica o estudo matemático para desenhar sistemas capazes de prever ou minimizar filas, analisando as relações entre as demandas e as ofertas de serviços e buscando um ponto de equilíbrio (Arenales, 2007). A teoria das filas tem sido utilizada com bons resultados na organização dos fluxos assistenciais e no manejo racional as filas (Jensen *et al.*, 2014).

A teoria das restrições é uma metodologia que busca identificar os recursos escassos e as conexões mais fracas em uma cadeia de serviços em que se consideram as restrições de todo o sistema (Goldratt; Cox, 2007). O conceito central dessa teoria é que cada processo tem uma única restrição e que o fluxo total do processo só pode ser melhorado quando a restrição for melhorada. Para utilizar a teoria das restrições, deve-se evidenciar cinco passos. Identificar: conhecer a restrição atual; Explorar: estabelecer melhorias rápidas no fluxo da restrição usando os recursos existentes. Regras de conexão: revisar todas as atividades do processo para alinhá-las. Elevar: se a restrição permanecer, desenvolver ações contínuas até superar a restrição. Repetir: quando uma restrição é resolvida, passar a uma seguinte restrição.

O gerenciamento por processos é uma forma de dar respostas às necessidades das organizações para que possam promover a melhoria no planejamento e na execução de processos cotidianos, fazendo-as aprender continuamente a gerir seus processos. Hall (1982) define processo como uma série de atividades e tarefas lógicas inter-relacionadas, organizadas com a finalidade de produzir resultados específicos para a realização de uma meta, caracterizando-se por entradas mensuráveis, valor agregado e saídas mensuráveis. A orientação por processos permite planejar e executar melhor as atividades pela definição de responsabilidades, utilização mais adequada dos recursos, eliminação de etapas redundantes e refinamento das in-

interfaces entre os processos executados. Reconhecer e mapear detalhadamente os processos organizacionais e aperfeiçoá-los para evitar o risco de automatizar erros e/ou atividades não agregadoras de valor é, hoje, um grande diferencial na gestão das organizações, inclusive as da área da saúde (Lima *et al.*, 2010).

Os processos organizacionais podem ser divididos em processos estratégicos, finalísticos e de apoio. A gestão por processos implica três etapas: o mapeamento dos processos, o redesenho dos processos e a implantação e o monitoramento dos processos redesenhados. O mapeamento do processo objetiva registrar a situação atual para compreender os trabalhos e os resultados, a forma de organização das pessoas para executá-los e as principais oportunidades de melhoria relacionadas ao processo, principalmente aquelas que possibilitam ganhos de produtividade e tempo. O redesenho dos processos é feito com as pessoas que nele estão envolvidas, englobando: geração, seleção e priorização de ideias (*brainstorming*) para melhoria e inovação dos processos; elaboração de novos mapas dos processos redesenhados; identificação das tarefas críticas dos processos redesenhados e elaboração de Procedimentos Operacionais Padrão (POP); definição dos indicadores de desempenho dos processos redesenhados; treinamento dos gestores na realização das análises de desvios de metas, proposição de contramedidas e elaboração de POP.

A implantação dos processos redesenhados exige a elaboração dos planos de implantação dos novos processos. O monitoramento dos processos é feito por auditores internos e externos que periodicamente fazem uma avaliação de tipo *checklist* dos processos implantados. Os processos implantados são auditados, por meio de auditorias internas e externas, periodicamente, segundo a natureza singular de cada processo. O processo educacional de implantação das melhorias implica a utilização de uma estratégia baseada na andragogia e que se utiliza de oficinas tutoriais, cursos e auditoria de produtos. Para alcançar esse objetivo, o processo educacional deve se fazer a partir de grandes tendências: a educação como um processo permanente; a educação permanente evoluindo para o desenvolvimento educacional nos planos técnico-científico, gerencial, social e pessoal; a articulação da educação permanente com a melhoria das práticas profissionais; o movimento da educação baseada em evidência; e a sua base operacional nos princípios da andragogia ou da educação de adultos.

As principais características da andragogia são: centralidade no aprendiz, na independência e na autogestão da aprendizagem; as pessoas aprendem o que realmente precisam saber ou aprendizagem para a aplicação prática na vida; a experiência é fonte rica de aprendizagem por meio da discussão e da solução de problemas em grupos (Mamede, 2005). As oficinas tutoriais alternam momentos presenciais e de dispersão, estes com tarefas bem definidas a serem executadas. O trabalho de mudança inicia-se com a escolha de unidades laboratórios que são aquelas em que serão implantadas as mudanças estruturais e processuais com a participação de um tutor externo que desenvolve uma estratégia educacional de fazer junto.

As unidades laboratórios cumprem duas funções principais. A primeira é de gerar, a partir da metodologia geral, um padrão customizado para a realidade do local em que se trabalha. A segunda é tornar-se um ponto de visita para as demais unidades, acenando que a proposta é viável na realidade específica daquele local. Em todas as circunstâncias, começa-se o trabalho com uma unidade-laboratório. O trabalho com unidades-laboratório é diferente de um trabalho-piloto porque ela constitui apenas um primeiro momento de intervenção em um processo de implantação em escala que já está estabelecido. As figuras-chave desses processos de implantação são os tutores que desenvolvem um trabalho educacional nas unidades-laboratório, utilizando a estratégia de fazer junto com as equipes locais. Os tutores devem conhecer a metodologia e dominar os processos que vão implantar. Ou seja, caracterizam-se pela experiência de chão de fábrica em unidades de saúde. Ainda que o trabalho de tutoria aqui recomendado, baseado na tutoria presencial em ambiente de trabalho, seja diferente da tutoria da educação a distância, algumas competências semelhantes devem ser consideradas na seleção dos tutores (Lima; Rosatelli, 2005): conhecer a metodologia; ter domínio sobre os processos a serem implantados; possuir atitude crítica e criativa no desenvolvimento de suas atribuições; desenvolver a capacidade de estimular a resolução de problemas; possibilitar uma aprendizagem dinâmica; ser capaz de abrir caminhos para a expressão e a comunicação; fundamentar-se na produção de conhecimentos; apresentar atitude pesquisadora; possuir uma clara concepção de aprendizagem; estabelecer relações empáticas com seus interlocutores; possuir capacidade de inovação; e facilitar a construção de conhecimentos.

O trabalho feito nas unidades-laboratório é difundido pelos tutores para outras unidades de saúde na fase de expansão do processo de construção das RAS, usando uma estratégia de fazer juntos. Em alguns processos mais complexos, além das oficinas tutoriais, há que se complementar com cursos breves. Por exemplo, uma oficina tutorial não é suficiente para um processo como da estratificação de risco das condições crônicas, sendo necessário, portanto, ofertar um curso breve sobre o tema para capacitar as equipes de saúde.

A teoria da coprodução da saúde constitui uma evolução do conceito de atenção centrada na pessoa considerada como um dos seis domínios da qualidade em saúde (Institute of Medicine, 2001). Contudo, contemporaneamente, a atenção centrada nas pessoas parece comprometida com um paradigma que sugere que os serviços de saúde são um produto manufaturado pelos sistemas de atenção à saúde para uso pelas pessoas usuárias dos serviços de saúde. Esse paradigma de produto fragiliza os esforços de colocar as pessoas e os profissionais de saúde em relações adequadas.

A atenção à saúde deve ser mais adequadamente entendida como serviços, do que decorre que eles, diferentemente dos bens manufaturados, são necessariamente coproduzidos pelos profissionais de saúde e as pessoas usuárias desses serviços. A coprodução dos serviços tem sido constatada em diferentes disciplinas, como justiça, educação, governança e meio ambiente. A partir de uma distinção entre a produção de bens e a produção de serviços, Vargo *et al.* (2008) mostraram as dife-

renças entre uma lógica dominante de bens e uma lógica dominante de serviços. Osborne *et al.* (2012) descreveram três características de serviços que convocam a lógica dominante dos serviços na teoria da gestão: um produto é sempre concreto, enquanto o serviço é um processo intangível; diferentemente dos bens, os serviços são produzidos e consumidos simultaneamente; nos serviços, os usuários são obrigatoriamente coprodutores dos resultados. Loeffler *et al.* (2013), analisando o sistema de atenção à saúde da Escócia, afirmaram que essa coprodução é ampla e observada nas parcerias potenciais que existem entre profissionais e pessoas usuárias em vários níveis: na contratação dos serviços, no coplanejamento das políticas de saúde e de assistência social, na copriorização dos serviços e no cofinanciamento; no codesenho dos serviços; na coprestação de serviços e na gestão dos serviços.

Uma revisão da literatura permite identificar três modelos principais de coprodução dos serviços de saúde: o modelo da atenção crônica (Wagner, 1998), o modelo da casa do cuidado (Coulter *et al.*, 2013) e o modelo da coprodução dos serviços de saúde (Batalden *et al.*, 2016). A implantação do processo da coprodução dos serviços de saúde convoca a utilização de, pelo menos, três tecnologias clínicas leves: o autocuidado apoiado, o cuidado compartilhado a grupo e a atenção por pares.

As intervenções de autocuidado apoiado não prescindem de uma relação entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias, mas o enfoque principal está em apoiar as pessoas para que, por meio do autocuidado, tornem-se agentes produtoras sociais de sua saúde. O autocuidado apoiado foi definido como a prestação sistemática de serviços educacionais e de intervenções de apoio para aumentar a confiança e as habilidades das pessoas usuárias dos sistemas atenção à saúde em gerenciar seus problemas, o que inclui o monitoramento regular das condições de saúde, o estabelecimento de metas a serem alcançadas e o suporte para a solução desses problemas (Institute of Health, 2003). Ele sustenta-se em alguns pilares: a informação e a educação para o autocuidado, a elaboração e o monitoramento de um plano de autocuidado e o apoio material para o autocuidado (Lorig *et al.*, 2006).

O cuidado compartilhado a grupo tem sido adotado como uma maneira de superar os problemas dos sistemas de atenção à saúde estruturados no atendimento uniprofissional face a face com forte centralidade na consulta médica de curta duração e para dar consequência a práticas multiprofissionais interdisciplinares efetivas (Masley *et al.*, 2000). Essa tecnologia não se destina a uma pessoa individualmente, nem é provida por um único profissional, mas se volta para grupos de pessoas com condições de saúde semelhantes (atenção a grupo), contando com a participação de vários profissionais da equipe de saúde ao mesmo tempo (atenção compartilhada). Nesse modelo, a equipe de saúde facilita um processo interativo de atenção à saúde que ocorre em encontros periódicos de um grupo, especialmente com condições crônicas.

Tem sido sugerido que, para obter êxito no manejo das condições crônicas, é necessária a introdução de uma nova tecnologia de encontro clínico: a atenção por

pares. Isso significa institucionalizar, especialmente na APS, atividades de grupos de pessoas com condições crônicas conduzidas por pessoas leigas portadoras dessas condições (Barlow *et al.*, 2005). Esses programas de atenção por pares surgiram em função de observações de alguns médicos e enfermeiros de que algumas pessoas conheciam melhor sua condição de saúde que eles e que as pessoas usuárias detêm conhecimento maior em relação: à experiência com a condição crônica; às circunstâncias sociais em que essa condição se dá; e às atitudes ante os riscos, os valores e as preferências individuais (Coulter *et al.*, 1998). Bodenheimer e Grumbach (2007) afirmam que, quando um grupo interage com o problema, apresentado por um deles com uma condição similar, pode se beneficiar tanto ou mais do que a intervenção de um médico ou de outro profissional de saúde. Nesses grupos, as interações humanas são exponencialmente multiplicadas, beneficiando a atenção à saúde. O grupo de pares tem sido introduzido como política oficial de sistemas públicos de atenção à saúde, como o do Ministério da Saúde do Reino Unido (Department of Health, 2001) e na Catalunha, Espanha (Generalitat de Catalunya, 2007).

A ciência da difusão das inovações é um importante fundamento operacional da PAS. A forma como expandir inovações dentro de uma organização ou para outras organizações para melhorar o cuidado constitui um dos principais desafios dos sistemas de atenção à saúde contemporâneos. Há tempo, esse tema da lentidão da expansão das inovações nas organizações de saúde tem sido debatido em todo o mundo. Um ponto de ruptura foi dado pela publicação do clássico livro *Difusão de Inovações*, escrito por Everett Rogers, que contribuiu para a catalogação de uma ciência da difusão tecnológica Rogers, 2003). Esse autor sugeriu que a disseminação efetiva de um novo sistema ocorre quando vários elementos estão presentes em uma organização, o que inclui a existência de uma forte liderança executiva no dia a dia, uma disponibilidade de amplas informações às pessoas usuárias sobre como implementar o novo sistema, uma campanha de comunicação com uma potente mensagem sobre os benefícios do novo sistema, uns dados sobre os resultados a serem alcançados e a identificação e capacitação de pessoas-chave que possam explicar o novo sistema para outras pessoas (Rogers, 2003).

Para Rogers (2003), a difusão das inovações é um processo no qual elas são comunicadas por meio de certos canais ao longo do tempo aos membros de um sistema social. Dessa conceituação, emergem os quatro componentes-chave da difusão: inovação, canal de comunicação, tempo e sistema social. O processo de decisão de inovação é uma atividade de processamento de informação em que um indivíduo é motivado para reduzir as incertezas a respeito das vantagens e desvantagens de uma inovação, e envolve cinco estágios: conhecimento, persuasão, decisão, implementação e confirmação. Esses estágios tipicamente seguem-se uns aos outros de forma ordenada.

A difusão da inovação constitui um processo de redução da incerteza e, por essa razão, liga-se aos atributos da inovação que ajudam a reduzir as incertezas a seu respeito. Esses atributos incluem cinco características da inovação: vantagem rela-

tiva, compatibilidade, complexidade, testabilidade e observabilidade. As inovações que apresentem mais vantagens relativas, compatibilidades, simplicidades, testabilidades e observabilidades serão adotadas mais rapidamente que outras inovações. Na literatura sobre expansão de inovações, alguns conceitos são frequentemente utilizados (Horton; Illingworth; Warburton, 2018): intervenção, inovador, programa de expansão, adotador inicial, maioria inicial, maioria tardia e refratário.

Há duas formas de implementar inovações: a expansão e a replicabilidade. A expansão é intencionalmente guiada, diferentemente de uma difusão espontânea, e enfatiza a institucionalização e a sustentabilidade das inovações nos sistemas de atenção à saúde (Zamboni *et al.*, 2019). Na prática, isso significa que os projetos-piloto desenhados devem considerar uma fase posterior de escalabilidade, que é a habilidade de uma intervenção de saúde em se mostrar efetiva em pequena escala e sob condições controladas para ser expandida sob condições do mundo real, a fim de atingir uma grande proporção de população elegível, mas mantendo a efetividade. Esse conceito de escalabilidade é relativamente novo e, na prática, é frequentemente confundido com a habilidade de ampliar o alcance de uma intervenção, sem dar muita atenção a continuar um desempenho robusto sob condições de rotina.

Em termos de busca da expansão, identificaram-se os seguintes fatores facilitadores: evidências experienciais e relações pessoais são críticas para descobrir novos adotadores, mas o alcance de uma rede ampla deles requer alinhar as inovações com as prioridades existentes e engajar redes relevantes de pessoas usuárias e de profissionais; a utilização de evidências quantitativas e qualitativas de forma efetiva é importante para capturar corações e mentes para o processo de expansão; o balanceamento de qualidade e adaptabilidade como escalas de inovação cria um processo flexível de adaptação aos novos contextos ao tempo que garante os mesmo resultados; a expansão de uma inovação é frequentemente um trabalho de tempo integral e dificilmente pode ser feito por indivíduos isoladamente convocando a organização de equipes.

Há consenso da importância do contexto na determinação do sucesso da expansão e, por essa razão, os adotadores devem conhecer os fatores contextuais quando buscam expandir as inovações (Albury *et al.*, 2018). O Institute for Healthcare Improvement (2006), analisando sua experiência, define: comece testando em uma experiência local pequena por meio de vários ciclos de PDSA; faça da expansão um esforço de uma equipe; sustente os ganhos com uma infraestrutura capaz de dar suporte a eles; permita alguma customização contanto que isso seja controlado e que os elementos essenciais da melhoria estejam claros; escolha estrategicamente uma equipe para conduzir a expansão e inclua o escopo da expansão como parte da decisão; monitore uma pequena amostra de dados diariamente ou frequentemente de forma que possa decidir como customizar o processo de expansão; crie processos confiáveis antes de começar a expansão e, então, escale o piloto.

A ciência da implementação é outro instrumento fundamental para a implantação da PAS. Curran (2020) refere-se às estratégias de implementação como a coisa que devemos utilizar para ajudar pessoas e lugares a fazerem a coisa. Para Glasgow, Eckstein e Elzarrad (2013), a ciência da implementação é a aplicação e integração da evidência da pesquisa na prática e na política.

No entanto, muitas intervenções que são efetivas nas pesquisas falham em promover resultados significativos para as pessoas usuárias em diferentes contextos (Burnes, 2004). As barreiras à implementação ocorrem em múltiplos níveis da prestação dos serviços de saúde: no nível das pessoas usuárias, no nível das equipes de saúde, no nível organizacional ou no nível político. Pesquisadores devem reconhecer a necessidade de avaliar não somente os indicadores de resultados, mas também a extensão na qual a implementação é efetiva em um contexto específico, capaz de otimizar os benefícios das intervenções, prolongar a sustentabilidade da intervenção nesse contexto e promover a disseminação dos achados em outros contextos (Legro *et al.*, 2006).

A ciência da implementação é o estudo de métodos e estratégias para promover a incorporação sistemática de práticas comprovadas na rotina de serviços e de políticas públicas, para preencher a lacuna entre conhecimento e prática, ou seja, entre o que se sabe que funciona e o que é realmente aplicado. Tem como objetivos: identificar barreiras que dificultam a adoção de intervenções eficazes, desenvolver estratégias para facilitar a implementação e garantir a sustentabilidade dessas práticas. Essa ciência tem sido usada em diferentes campos dos sistemas de saúde para melhorar programas de vacinação, controlar as condições crônicas e a saúde mental e para enfrentar pandemias, ajudando entender por que certas intervenções funcionaram em um local e não em outro.

Essa ciência tem sido aplicada em áreas como saúde pública, psicologia, sociologia, políticas públicas, melhoria de qualidade e gestão de serviços. Há vários desafios à ciência da implementação, como: contexto variável: intervenções que funcionam bem em um lugar podem falhar em outro por diferenças culturais, políticas, econômicas ou estruturais; resistências às mudanças: profissionais e instituições, muitas vezes, têm rotinas consolidadas e podem resistir a novas práticas ainda que baseadas em evidências; falta de recursos: implementar uma intervenção exige tempo, dinheiro, pessoal capacitado e infraestrutura nem sempre disponíveis, especialmente em contextos de baixa renda; comunicação entre pesquisa e prática: pesquisadores nem sempre conseguem traduzir seus achados de forma acessível para gestores e profissionais da ponta; a linguagem técnica e a falta de canais eficazes de disseminação criam um abismo entre teoria e prática; sustentabilidade: é difícil sustentar os resultados obtidos ao longo do tempo porque mudanças políticas, falta de orçamento e rotatividade do pessoal podem comprometer a continuidade; avaliação de impacto: medir o sucesso da implementação exige indicadores e informações claros, dados confiáveis e tempo suficiente; engajamento das partes interessadas: é essen-

cial envolver pessoas usuárias, profissionais, gestores e comunidades desde o início para que a intervenção não seja percebida como imposta de fora e gerar rejeição.

As soluções para esses desafios envolvem: adaptar-se ao contexto local: mapeamento contextual por meio de ferramentas para entender os problemas locais e cocriação entre todos os atores; superar a resistência à mudança: capacitação e treinamento contínuo e liderança engajada; gerenciar recursos limitados: implementação em fases, parcerias estratégicas e trabalho em redes das organizações estatais, privadas e do terceiro setor; melhorar a comunicação entre pesquisa e prática: tradução do conhecimentos científico em materiais acessíveis como guias, vídeos e infográficos, utilizar intermediários de conhecimentos que atuem como pontes entre pesquisadores e tomadores de decisões; avaliação eficaz: usar indicadores mistos combinando dados quantitativos e qualitativos e avaliação participativa; engajamento das partes interessadas: diálogo constante e valorização da experiência local reconhecendo os saberes práticos.

Há dezenas de metodologias propostas pela ciência da implementação, tendo Tabak *et al.* (2012) identificado 61 delas. Uma das mais utilizadas é a metodologia Consolidated Framework for Implementation Research — CFIR (Damschroder *et al.*, 2009). Essa metodologia oferece uma tipologia abrangente expressa em uma lista de construtos para promover uma teoria de verificação e desenvolvimento a respeito do que funciona, onde e porque, em múltiplos contextos. A metodologia CFIR ajuda a ciência da implementação ao prover uma consistente terminologia e taxonomia e definições nas quais uma base de conhecimentos de achados em múltiplos contextos pode ser construída.

## REFERÊNCIAS

ABRÚCIO, F. **Federação e mecanismos de cooperação intergovernamental: a caso brasileiro em perspectiva comparada.** São Paulo: Relatório final de pesquisa para o NPP, 2002.

AGWUNOBI, J.; LONDON, P. A. Removing costs from the health care supply chain: lessons from mass retail. **Health Affairs**, [S. l.], v. 28, n. 5, p. 1336-1342, 2009.

ALBURY, D. B. *et al.* **Against the odds: successfully scaling up innovation in the NHS.** London: Innovation Unit and the Health Foundation, 2018.

ALETRAS, V. *et al.* Economies of scale and scope. In: FERGUSON, B. *et al.* (ed.). **Concentration and choice in health care.** London: Financial Times Healthcare; 1997.

ALLEN, W.; KIVINGSTON, M. **An introduction to systems thinking and system design: concepts and tools.** [S. l.]: Learning for Sustainability, 2018. Disponível

em: <https://learningforsustainability.net/pubs/systemicdesign-intro.pdf>. Acesso em: 25 out. 2025.

ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia en la pos-pandemia**: de una ciencia tímida a una ciencia emergente. Buenos Aires: EDUNLA Cooperativa, 2023.

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 14, n. 3, p. 30-50, 2005.

AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS. **Group visits**: shared medical appointments. [S. l.]: AAFP, 2005. Disponível em: <http://www.aafp.org/online/en/home/practicemgt/quality/qitools/pracredesign/january05.html>. Acesso em: 25 out. 2025.

ANDRADE, M. V. *et al.* **Análise da eficiência hospitalar em Minas Gerais**. Belo Horizonte: Cedeplar/Universidade Federal de Minas Gerais, 2007.

ANDRADE, M. V. *et al.* **Pesquisa de avaliação do Laboratório de Inovações no cuidado de condições crônicas na APS de Santo Antônio do Monte**. Belo Horizonte: CEDEPLAR UFMG/Universidade Federal de São João del-Rei, 2016.

ARAUJO, E. **Análise da eficiência do gasto público em saúde**. Brasília: The World Bank; 2019.

ARAUJO, E. C.; PONTES, E. **Análise da eficiência do gasto público em saúde**. Brasília: Banco Mundial; 2017.

ARENALES, M. *et al.* **Pesquisa operacional**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

ARRUDA, C. *et al.* Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Escola Anna Nery**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 169-173, 2015.

ASSOCIATES IN PROCESS IMPROVEMENT. **Model for Improvement**. [S. n.]: Associates in Process Improvement, s/ data. Disponível em: [http://www.apiweb.org/API\\_home\\_page.htm](http://www.apiweb.org/API_home_page.htm). Acesso em: 25 out. 2025.

BANTA, H. D.; BOS, M. The relation between quantity and quality with coronary artery bypass surgery. **Health Policy**, [s. l.], v. 18, n. 1, 1-10, 1991.

BARLOW, J. *et al.* Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. **Patient Education and Counseling**, [s. l.], v. 48, n. 2, p. 177-187, 2002.

BATALDEN, M. *et al.* Coproduction of healthcare service. **BMJ Quality & Safety**, [s. l.], v. 25, n. 7, p. 509-517, 2016.

BAUER, M. S.; KIRCHNER, J. Implementation science: what is it and why should I care? **Psychiatric Research**, [s. l.], v. 238, p. 112376, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.04.025>. Acesso em: 15 fev. 2021.

BERCHTOLD, P.; BRIDEVAUX, I. P. Integrated health care in Switzerland. **International Journal of Integrated Care**, [s. l.], v. 11, n. 10, 2011. Edição especial.

BERNET, P. M.; SINGH, S. Economies of scale in the production of public health services: an analysis of local health districts in Florida. **American Journal of Public Health**, [s. l.], v. 105, n. 2, p. 260-267, 2015.

BERTANI, T. M. **Lean healthcare**: recomendações para implantações dos conceitos de produção enxuta em ambientes hospitalares. 2012. Dissertação (Mestrado em Processos e Gestão de Operações) – Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Carlos, 2012.

BERWICK, D. M. Eleven worthy aims for clinical leadership of health system reform. **Journal of the American Medical Association**, [s. l.], v. 272, n. 10, p. 797-802, 1994.

BERWICK, D. M.; NOLAN, T. W.; WHITTINGTON, J. The triple aim: care, health, and cost. **Health Affairs**, [s. l.], v. 27, n. 3, p. 759-769, 2008.

BIANCHI, C. ; NASI, G. ; RIVENBARK, W. C. Implementing collaborative governance: models, experiences, and challenges. **Public Management Review**, [s. l.], v. 23, n. 11, p. 1581-1589, 2021.

BJERKAN J *et al.* Integrated care in Norway: the state of affairs. **International Journal of Integrated Care**, [s. l.], v. 11, p. e001, 2011.

BODENHEIMER, T.; GRUMBACH, K. **Improving chronic care**: strategies and tools for a better practice. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill, 2007.

BODENHEIMER, T.; SINSKY, C. From triple to quadruple aim: care of patient requires care of the providers. **Annals of Family Medicine**, v. 12, n. 6, p. 573-576, 2014.

BRANDENBURG, L. *et al.* **Innovation and best practices in health care scheduling**. [S. l.]: Institute of Medicine, 2015. Disponível em: <http://www.iom.edu/Global/Perspectives/2015/Innovation-and-Best-Practices-in-Health-Care-Scheduling.aspx>. Acesso em: 25 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 23, de 17 de agosto de 2017. Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito

do SUS. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, ano 154, n. 159, p. 96-97, 18 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 37, de 22 de março de 2018. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, ano 155, n. 58, p. 135, 26 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 147, n. 251, p. 88-93, 31 dez. 2010.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 148, n. 123, p. 1-3, 29 jun 2011.

BRITISH COLUMBIA. Ministry of Health. **A framework for a provincial chronic disease prevention initiative**. Victoria: Ministry of Health Planning of British Columbia, 2003.

BUNKER, J. P.; LUFT, H. S.; ENTHOVEN, A. Should surgery be regionalized? **The Surgical clinics of North America**, [s. l.], v. 62, n. 4, p. 657-668, 1982.

BURNES, B. Emergent change and planned changes, competition or allies? The case of XYZ construction. **International Journal of Operations & Production Management**, [s. l.], v. 24, n. 9, p. 886-902, 2004

CAPRA, F.; LUISI, P. L. **The systems view of life: a unifying vision**. Cambridge: Cambridge University Press, 2014.

CARRHILL, R. *et al.* Access and the utilization of healthcare services. *In*: FERGUSON, B. *et al.* (ed.). **Concentration and choice in health care**. London: Financial Times Healthcare, 1997.

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

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Diabetes Statistics Report. **CDC**, [s. l.], 15 maio 2024. Disponível em: <https://www.cdc.gov/diabetes/php/data-research/index.html>. Acesso em: 25 out. 2025.

CHAVES, M. M. Complexidade e transdisciplinaridade: uma abordagem multidimensional do setor saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 7-18, jan. 1998.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

CORNING, P. **The synergism hypothesis: on the concept of synergy and it's role on evolution of complex systems**. Cambridge: Institute for the Study of Complex Systems, 2015.

COULTER, A. *et al.* **Delivering better services for people with long-term conditions: building the house of care**. London: Kings Fund; 2013.

COULTER, A. *et al.* **Informing patients**. London: The King's Fund, 1998.

CURRAN, G. M. Implementation science made too simple: a teaching tool. **Implementation Science Communications**, v. 1, n. 27, 2020.

DAHLGREN, G.; MARGARET, W. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Stocolm: Institute for Future Studies, 1991.

DAMSCHRODER, L. J. *et al.* Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation. **Implementation Science**, [s. l.], v. 4, n. 50, 2009.

DEPARTMENT OF HEALTH. **Supporting people with long-term conditions: a NHS and social model to support local innovation and integration**. Leeds: Department of Health, 2005.

DEPARTMENT OF HEALTH. **The expert patient: a new approach to chronic disease management for the 21st century**. London: Department of Health, 2001.

ECCLES, M. P.; MITTMAN, B. S. Welcome to implementation science. **Implement Sci**, [s. l.], v. 1, n. 1, p. 1-3, 2006.

ESCOBAR, L. F.; DESHPANDE, S. A focal organization perspective toward interorganizational colabration: the case of the HIV/AIDS epidemic in India. **Administration & Society**, [s. l.], v. 51, n. 9, p. 1455-1485, 2019.

EVANS, R. *et al.* **Why are some people healthy and others not?** The determinants of Health of population. New York: Aldine de Gruyter, 1994.

FERGUSON, B. *et al.* Introduction. *In*: Ferguson, B. *et al* (ed.). **Concentration and choice in healthcare**. London: Financial Times Healthcare, 1997.

FLAMM, B. L.; BERWICK, D. M.; KABCENELL, A. Reducing cesarean section rates safely: lessons from a “breakthrough series” collaborative. **Birth**, [s. l.], v. 25, n. 2, p. 117-124, 1998.

FOGERTY INTERNATIONAL CENTER. **Frequently asked questions about implementation sciences**. Bethesda: Fogerty International Center, 2013. Disponível em: <http://www.fic.nih.gov/News/Events/Implementation-science/Pages/faqs.aspx>. Acesso em: 25 out. 2025.

FRANCESCA, J. M. *et al.* **La gobernanza de las redes integradas de salud (RISS): contextos, modelos y actores en América Latina**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2012.

FRENK, J. *et al.* La transición epidemiológica en América Latina. **Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana**, [s. l.], v. 111, n. 16, p. 458-496, 1991.

GDB 2016 DALYs and HALEs Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **Lancet**, [s. l.], v. 390, n. 10100, p. 1260-1344, 2017.

GENERALITAT DE CATALUNYA. **Pla d’Innovació de l’Atenció Primària i Salut Comunitària 2007-2010**. Barcelona: Departament de Salut, 2007.

GIANCOTTI, M.; GUGLIELMO, A.; MAURO, M. Efficiency and optimal size of hospitals: Results of a systematic search. **PloS one**, [s. l.], v. 12, n. 3, p. e0174533, 2017.

GLASGOW, R. E.; ECKSTEIN, E. T.; ELZARRAD, M. K. Implementation science perspectives and opportunities for HIV/AIDS research. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, [s. l.], v. 63, n. 1, p. S26-S31, 2013.

GODFREY, M. M. *et al.* **Clinical microsystem action guide**. Hanover: Center for the Evaluative Clinical Sciences at Dartmouth/Institute for Healthcare Improvement; 2004.

GOLDRATT, E. M.; COX, J. **A meta**: um processo de melhoria contínua. São Paulo: Nobel, 2007.

GOODWIN, N.; SMITH, J. **The evidence base of integrated care**. London: The King’s Fund/The Nuffield Trust, 2012.

GUIMARÃES, A. M. D’Á. N. *et al.* **Planificação da atenção à saúde**: um instrumento de gestão e organização da atenção primária à saúde e da atenção ambulatorial

especializada nas redes de atenção à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2018. (Documenta nº 31).

HAM, C. **Evaluations and impact of disease management programs**. Bonn: Bonn Conference, 2007.

HART, T. Rules of halves: : implications of increasing diagnosis and reducing dropout for future workload and prescribing costs in primary care. **British Medical Journal**, [s. l.], v. 42, n. 356, p. 116-119, 1992.

HEALTH EVIDENCE NETWORK. **What are the advantages and disadvantages of restructoring a health care system to be more focused on primary care services?** Copenhagen: World Health Organization, 2004.

HOLMAN, H.; LORIG, K. Patients as partners in managing chronic disease. Partnership is a prerequisite for effective and efficient health care. **British Medical Journal**, [s. l.], v. 320, n. 7234, p. 526527, 2000.

HORTON, T.; ILLINGWORTH, J.; WARBURTON, W. **The spread challenge**: how to suport the successful uptake of innovations and improvement in health care. London: The Health Foundation, 2018.

HOWER, J. **Evidence-based, quality and nursing research**. Buffalo: State University of Buffalo, 2013.

INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION. **Global Burden of Disease: GDB Brasil-2017**. Seattle: IHME, 2017.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **IHI's collaborative model for achieving breakthrough improvement**. Cambridge: IHI Innovations Series, 2003.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **Kit de ferramentas essenciais para melhoria da qualidade**. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement, 2017.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **Practical tips for successful sharing**. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement, 2006.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Crossing the quality chasm**: a new health system for the 21 st century. Washington: The National Academy Press, 2001.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Defining primary care**: an interim report. Washington: The National Academy Press, 1994.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Transforming health care scheduling and access**: Getting to now. Washington: The National Academies Press, 2015.

ITCHAPORIA, D. The evolution of quintuple aim: health equity, health outcomes, and the economy. **Journal of American College of Cardiology**, [s. l.], v. 78, n. 22, p. 2262-2264, 2021.

JENSEN, K. *et al.* **Leadership for smooth patient flow**: improved outcomes, improved services, improved bottom line. Chicago: Health Administration Press, 2014.

KAISER PERMANENTE. **Kaiser Permanente's integrated care and coverage model**. Oakland: Institute for Health Police, 2021.

KAPLAN, G. G. *et al.* **Bringing a systems approach to health**. NAM Perspectives. Discussion Paper. Washington, DC: National Academy of Medicine, 2013. Disponível em: <https://nam.edu/wp-content/uploads/2015/06/SAHIC-Overview.pdf>

KICKERT, W. J. *et al.* **Managing complex networks**: strategies and for the public sector. Thousand Oaks: SAGE; 1997.

KREUTER, M. W. *et al.* Understanding wicked problems: a key to advancing environmental health promotion. **Health Education & Behavior**, [s. l.], v. 31, n. 4, p. 441-454, 2004.

KWAK, Y. H.; ANBARI, F. T. Benefits, obstacles, and future of Six Sigma approach. **Technovation**, [s. l.], v. 26, n. 5-6, p. 708-715, 2006.

LANGLEY, G. J. *et al.* **Modelo de melhoria**. Campinas: Mercado de Letras, 2011.

LEGRO, M. W. *et al.* The role of formative evaluation in implementation research and the QUERI experience. **Journal of General Internal Medicine**, [s. l.], v. 21, n. 2, p. S1-S8, 2006. Suplemento.

LIMA, D. R.; ROSATELLI, M. C. **Um sistema tutorial inteligente para um ambiente virtual de ensino-aprendizagem, módulo tutorias**. Programa de Formação Continuada em Mídias na Educação. Brasília: SEED/Ministério da Educação e Cultura, 2005.

LOEFFLER, E. *et al.* **Co-production of health and wellbeing in Scotland**. Birmingham: Governance International, 2013.

LORIG, K. *et al.* **Living a healthy life with chronic condition**: self management of heart disease, arthritis, diabetes, asthma, bronchitis, emphysema and others. 3. ed. Boulder: Bull Publishing Company, 2006.

MACINKO, J. *et al.* Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. **Health Affairs**, [s. l.], v. 29, n. 12, p. 2149-2160, 2010.

MAMEDE, S. **A educação permanente na saúde**. Fortaleza: Instituto Innovare, 2005.

MASLEY, S. et al. Planning groups visits for high-risk patients. **Family Practice Management**, [s. l.], v. 7, n. 6, p. 33-37, 2000.

MATOS, M. A. B. et al. **Ciclos de melhoria na atenção primária à saúde**. Brasília: Conass, 2022. (CONASS Documenta; v. 40).

MAUREEN, B.; KENNEY, C. **Buscando o Triple Aim na saúde**: 8 inovadores mostram o caminho para melhor tratamento, melhor saúde e menores custos. São Paulo: Atheneu Editora, 2015.

MAYURAMA, M. Paradigmatology and its application to crosss-disciplinary, cross-Professional and cross-cultural communication. **Cybernetika**, [s. l.], v. 17, p. 136-156, 1974.

McCREA, A. M. Can administrative capacity address wicked problems? Evidence from the frontlines of the American opioid crisis. **Administration & Society**, [s. l.], v. 52, n. 7, p. 983-1008, 2020.

MENCKEN, A. L. **Prejudices**: first series. New York: Alfred A Knop Inc, 1919.

MENDELEY, C. Theoretic insights on the nature of performance synergies in human resource systems: toward greater precision. **Human Resource Management Review**, v. 20, n. 2, p. 85-101, 2010.

MENDES, E. V. **A coprodução dos serviços de saúde**. Brasília: Conass, 2023. Documento preparado para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2019.

MENDES, E. V. **Os cuidados das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

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

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.

MENDES, E. V. **Revisão bibliográfica sobre a integração de sistemas de atenção à saúde numa perspectiva internacional.** Brasília: Conass, 2022. Documento preparado para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS:** avanços e ameaças. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo.** Porto Alegre: Editora Sulina, 2015.

MORIN, E. **On the definition of complexity:** the science and praxis of complexity. Tokio: United Nations University, 1984.

MOYSÉS, S. *et al.* **Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS:** a implantação do modelo de atenção às condições crônicas na UBS Alvorada, em Curitiba, Paraná. Brasília: OPAS/CONASS, 2013.

NATIONAL HEALTH SERVICE ENGLAND. **The NHS Long Term Plan.** London: NHS England, 2020.

NCD RISK FACTOR COLLABORATION. Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. **Lancet**, [s. l.], v. 398, n. 10304, p. 957-980, 2021.

NORONHA, J. C. *et al.* Avaliação da relação entre volume de procedimentos e a qualidade do cuidado: o caso da cirurgia coronariana. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1781-1789, 2003.

OMRAN, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Milbank Memorial Fund**, [s. l.], v. 49, p. 509-583, 1971.

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

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Redes Integradas de Servicios de Salud:** conceptos, opciones de políticas e hoja de ruta para su implementación. Washington: HSS/IHS/OPS, 2010.

OSBORNE, S. P. *et al.* The service framework: a public service dominant approach to sustainable public services. **British Journal of Management**, [s. l.], v. 26, n. 3, p. 424-438, 2015.

OVRETVEIT, J. *et al.* Quality collaboratives lessons from research. **Quality and Safety in Health Care**, [s. l.], v. 11, n. 4, p. 345-351, 2002.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Renewing primary health care in the Americas**: a position paper of the Pan American Health Organization. Washington: PAHO, 2005.

PESTANA, M.; MENDES, E. V. **Pacto de gestão**: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 2004.

PLSEK, P. E.; GREENHALGH, T. The challenge os complexity in health care. **British Medical Journal**, [s. l.], v. 323, n. 7313, p. 625-628, 2001.

PLSEK, P. E.; WILSON, T. Complexity, leadership, and management in health care. **British Medical Journal**, [s. l.], v. 323, n. 7315, p. 746-749, 2001.

POLANCO, N. T. *et al.* Building integrated care systems: a case study of Bidasoa Integrated Health Organisation. **International Journal of Integrated Care**, v. 15, p. e026, 2015.

PORTELA, M. C. *et al.* Ciência da melhoria do cuidado em saúde: bases conceituais e teóricas para a aplicação na melhoria do cuidado em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, p. e00105815, 2016.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde**: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman Companhia Editora, 2007.

POWEL, S. K. **Case management**: a practical guide to success in managed care. Philadelphia: Lippincott Williams & Williams, 2000.

PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA. **Crossing sectors**: experiences in intersectorial action, public policy and health. Ottawa: Minister of Health, 2007.

QUINN, J. B. Intelligent enterprise: a new paradigm. **Academy of Management**, [s. l.], v. 6, n. 4, p. 48-63, 1992.

RAAB, J.; KENIS, P. Heading toward a society of networks: empirical developments and theoretical challenges. **Journal of Management Inquiry**, [s. l.], v. 18, n. 3, p. 198-210, 2009.

ROGERS, E. **Diffusion of innovations**. 4. ed. New York: The Free Press, 2003.

RUNNELS, P. *et al.* NEJM CATALYST. Designing for value in specialty refferrals: a new framework for eliminating defects and wicked problems. **NEJM Catalyst**, [s. l.], v. 2, n. 6, 2021. Disponível em: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.21.0062>. Acesso em: 25 out. 2025.

SCHRAMM, J. M. *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SCOTLAND'S HEALTH WHITE PAPER. **Partnership for care**. [S. l.]: Scottish Government, 2003. Disponível em: <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2003/02/16476/18730>. Acesso em: 25 out. 2025.

SENGE, P. **A quinta disciplina: arte e prática da organização que aprende**. 40. ed. Rio de Janeiro: Best Seller, 2023.

SHORTELL, S. M. *et al.* The role of perceived team effectiveness in improving chronic illness care. **Medical Care**, [s. l.], v. 42, n. 11, p. 1040-1048, 2004.

SING, D.; HAM, C. **Improving care for people with long term conditions: a review of UK and international frameworks**. Birmingham: Institute for Innovation and Improvement, University of Birmingham; 2006.

SMITHBINDMAN, R. *et al.* Physician predictors of mammographic accuracy. **Journal of National Cancer Institute**, [s. l.], v. 97, n. 5, p. 358-367, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR. Brasil bate recordes de amputações de pés e pernas em decorrência do diabetes. **SBAVC**, [s. l.], 20 set. 2023. Disponível em <https://sbacv.org.br/brasil-bate-recorde-de-amputacoes-de-pes-e-pernas-em-decorrencia-do-diabetes/>. Acesso em: 25 out. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Dados epidemiológicos do diabetes mellitus no Brasil**. São Paulo: SDB, 2020.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **The Milbank Quarterly**, [s. l.], v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.

STOTO, M. A. **Population health in the Affordable Care Act era**. Washington: Academy Health, 2013.

TABAK, R. G. *et al.* Bridging research and practice: models for dissemination and implementation research. **American Journal of Preventive Medicine**, [s. l.], v. 43, n. 3, p. 337-350, 2012.

TIMMINS, N.; HAM, C. **The quest for integrated health and social care: a case study in Canterbury, New Zealand**. London: The King's Fund, 2013.

TSAI, A. C. *et al.* A metaanalysis of interventions to improve care for chronic illnesses. **American Journal of Managed Care**, [s. l.], v. 11, n. 8, p. 478-488, 2005.

VASCONCELLOS, M. J. E. **Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência**. Campinas: Papirus Editora, 2010.

VAZQUEZ, M. L. *et al.* Organizaciones sanitarias integradas y otros ejemplos de colaboración entre proveedores. **Gaceta Sanitaria**, [s. l.], v. 26, n. 51, p. 94-101, 2012.

VIANNA, L. V. *et al.* Poor glycemic control in Brazilian patients with type 2 diabetes attending the public healthcare system: a cross-sectional study. **BMJ Open**, [s. l.], v. 3, n. 9, p. e003336, 2013.

VON BERTALANFFY, L. **General system theory: foundations, development, applications**. New York: George Braziller, 1968.

VON KORFF, M. *et al.* Collaborative management of chronic illness. **Annals of Internal Medicine**, v. 127, n. 12, p. 1097-1102, 1997.

WAGNER, E. H. *et al.* Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? **Effective Clinical Practice**, [s. l.], v. 1, n. 1, p. 2-4, 1998.

WALLACE, P. J. Physician involvement in disease management as part of the CCM. **Health Care Financing Review**, [s. l.], v. 27, n. 1, p. 19-31, 2005.

WEBWE, E. P.; KHADEMIAN, A. M. Wicked problems, knowledge challenges, and collaborative capacity builders in network settings. **Public Administration Review**, [s. l.], v. 68, n. 2, p. 334-349, 2008.

WEGNER, D.; VERSCHOORE, J. Network governance in action: functions and practices to foster collaborative environments. **Administration & Society**, [s. l.], v. 54, n. 3, p. 479-499, 2022.

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. **The European framework for action on integrated health services delivery: an overview**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2016.

WILLIAMSON, O. E. **The economic institutions of capitalism**. New York: Free Press, 1985.

WILSON, T. *et al.* What do collaborative improvement projects do? Experiences from seven countries. **Joint Commission Journal of Quality and Safety**, [s. l.], v. 29, n. 2, p. 85-93, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Integrating health services**. Geneva: WHO/HIS/SDS, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2000: health systems, improving performance**. Geneva: WHO, 2000.

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

ZAMBONI, K. *et al.* Assessing scalability of an intervention. **Health Policy Plan**, [s. l.], v. 34, n. 7, p. 544-552, 2019.

## Capítulo 2

# A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) E DA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA (AAE)

As intervenções da Planificação da Atenção à Saúde (PAS) visam à organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) nos territórios macrorregionais. No entanto, ao longo dessas duas décadas de progressivo amadurecimento da proposta metodológica, destaca-se aquela voltada para a qualificação da Atenção Primária à Saúde (APS) integrada à Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), pela grande resolutividade que esses dois níveis de atenção têm em relação às demandas e expectativas da população.

A sistematização proposta neste capítulo é resultado de inúmeras discussões realizadas no âmbito da PAS, relevante contribuição do Conass para implantação e qualificação das RAS. A experiência conduzida por seu grupo de assessores, consultores e facilitadores é preciosa pela interação direta com as secretarias estaduais e municipais, com seus profissionais e gestores, e até mesmo com seus usuários beneficiados, constituindo um espaço efetivo de construção social, em que teorias são verificadas; hipóteses, testadas; resultados, avaliados; e o fruto de tudo isso, sistematizado.

As principais referências teóricas são os modelos da Construção Social da APS e do Ponto de Atenção Secundário Ambulatorial, voltado para a Construção Social da AAE, elaborados pelo Professor Eugênio Vilaça Mendes e repropostos sinteticamente a seguir.

### O MODELO DA CONSTRUÇÃO SOCIAL DA APS

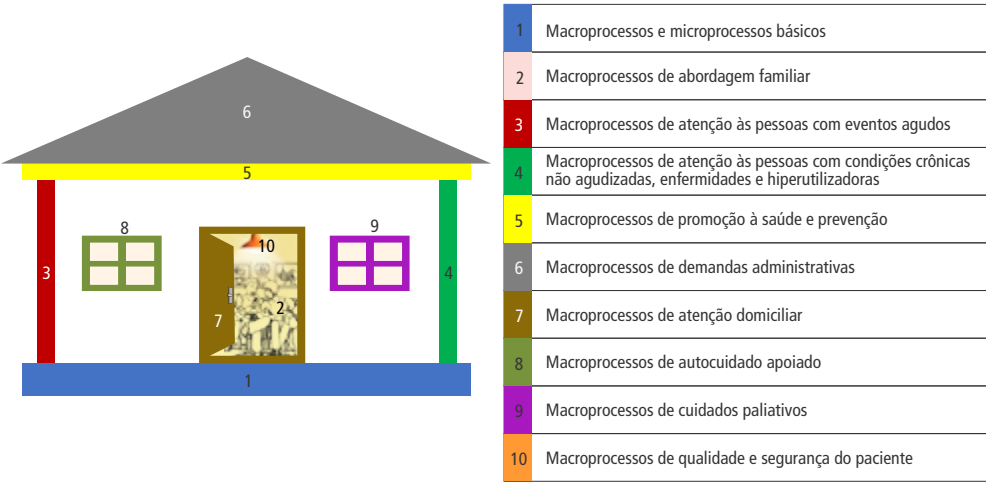
As três principais funções da APS são o conhecimento da população residente no território de saúde, a resolutividade para grande parte de suas demandas e expectativas e a coordenação do cuidado na rede de atenção, quando é necessário o compartilhamento do cuidado com a atenção especializada, atenção hospitalar e serviços de apoio.

O cumprimento dessas funções requer a organização de processos assistenciais e gerenciais em cada unidade de saúde, de modo a responder aos diversos tipos de demandas apresentadas pelas pessoas usuárias e com um nível de qualidade que gere valor a elas. Trata-se de uma resposta complexa a problemas igualmente complexos.

O modelo da Construção Social da APS foi desenvolvido para ser uma contribuição efetiva para essa necessária qualificação da APS. Trata-se de conjunto de recursos educacionais, metodológicos, tecnológicos e instrumentais que, de maneira simples e didática, são apresentados utilizando-se da metáfora da construção de uma casa, a Casa da APS, em que o alicerce, as paredes, o teto, o telhado, a porta, as janelas e a luminária correspondem ao conjunto de macroprocessos desenvolvidos pelas equipes nas respectivas unidades e territórios.

Operacionalmente, a Planificação da APS desenvolve etapas de organização dos macroprocessos seguindo a metáfora da construção da casa, como será descrito nos tópicos seguintes.

**Figura 1.** A metáfora da construção da casa da APS



Fonte: Mendes *et al.*, 2019

## O MODELO DO PONTO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIO AMBULATORIAL

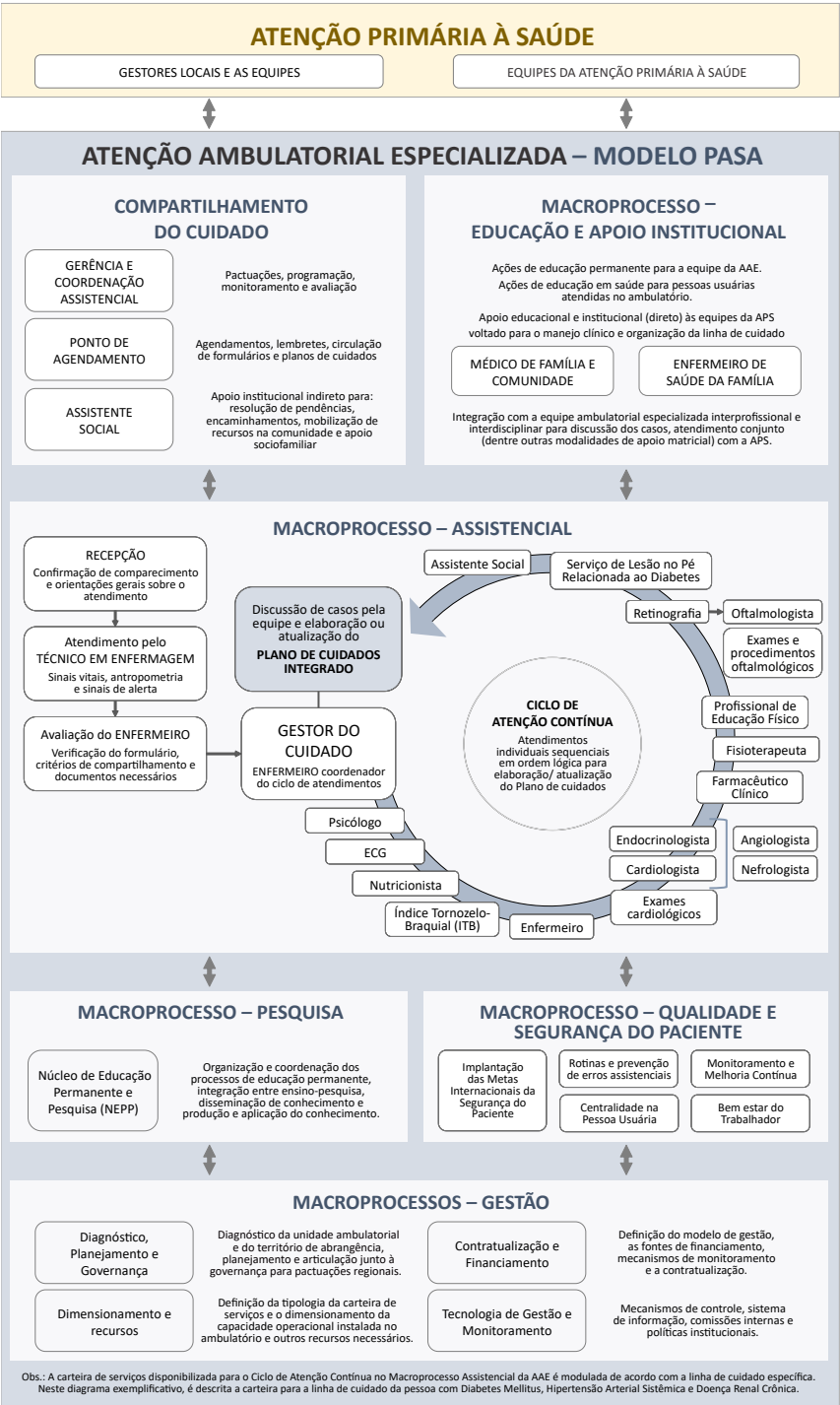
O objetivo primordial da AAE é responder às demandas relativas ao cuidado de pessoas usuárias com condições de saúde de maior gravidade ou complexidade, conforme estabelece o MACC. Assim, a sua organização só se justifica se possibilitar a continuidade do cuidado em uma RAS, especialmente integrando o cuidado com a APS.

No SUS, ainda é vigente uma atenção especializada organizada como centros de especialidade médicas, modalidade caracterizada por desenvolver uma função meramente assistencial, enfocada no cuidado do profissional médico especialista, em unidades isoladas, sem comunicação fluida com outros níveis de atenção e sem trabalho conjunto com a equipe da APS; com acesso regulado pelos gestores da saúde, diretamente no complexo regulador; com uma lógica baseada na oferta de serviços, vinculada a pagamentos por produção, sem apropriação sobre as necessidades de saúde da população.

O modelo Pasa se contrapõe a esse modelo vigente nos vários aspectos citados: desenvolve funções assistencial, supervisonal, educacional e de pesquisa; a atenção é voltada para o cuidado multiprofissional, em ambulatórios que estabelecem comunicação em rede com os outros níveis de atenção; com várias modalidades de trabalho conjunto com a equipe da APS; com acesso regulado diretamente pela equipe de APS; com uma lógica baseada nas necessidades de saúde da população, vinculada a pagamentos por orçamento global ou capitação ajustada.

A sua operacionalização corresponde ao processo de Construção Social da AAE, que propõe o desenvolvimento de seis macroprocessos principais – gestão, assistência, educação, apoio institucional (supervisão), pesquisa e qualidade e segurança do paciente – representados no diagrama abaixo.

Figura 2. Os macroprocessos da AAE



Fonte: elaborado por Barra RP, Chomatas VER, Lopes PRR e Matos MAB

Da mesma maneira que para a APS, a implantação do modelo Pasa na Planificação da AAE se desenvolve por meio de etapas de organização dos macroprocessos, seguindo o diagrama da construção social da AAE, como será descrito nos tópicos seguintes.

## 1. A FASE PRELIMINAR DA PLANIFICAÇÃO

Construir socialmente a APS e a AAE é reunir atores como gestores, profissionais de saúde, prestadores de serviço e controle social para tecer um grande propósito em comum: organizar um sistema de saúde que realmente responda às necessidades de uma população, por meio da implantação das RAS. Para isso, é primordial que tanto a APS quanto a AAE tenham os seus processos qualificados e sejam resolutivas.

É necessário refletir, revisitar processos, assumir desafios, implantar ações disruptivas e inovadoras, readequar mecanismos de gestão, repactuar etc. É preciso decisão, envolvimento, articulação, planejamento, ação e institucionalização do projeto para tecer esse propósito.

A SES e as SMS são as executoras do projeto, apoiadas tecnicamente pelo Conass. Elas precisam constituir um time de profissionais dos níveis central, regional e municipal, denominados tutores, que desenvolverão as atividades nos territórios e garantirão a expansão e a sustentação do projeto ao longo do tempo, devendo apropriar-se da metodologia e das ferramentas de forma autônoma uma vez que a presença do Conass é por um tempo determinado.

A Planificação, enquanto metodologia para a implantação da RAS, inicia-se com a decisão política e técnica de uma SES para sua implantação. O Conass é então acionado por meio de ofício, e é realizada uma reunião no estado demandante com a participação do Conass, da SES e do Cosems para discussão da viabilidade, início da fase preliminar e constituição de uma parceria institucional.

A SES, em conjunto com o Cosems, elege uma macrorregião para iniciar a planificação. Deve ser pactuada com os atores, ainda durante a fase preliminar, a elaboração de um plano de expansão e sustentação que permita disseminar e manter a metodologia para o restante do estado ao longo do tempo com qualidade e de forma autônoma.

A planificação desenvolve uma série de atividades relacionadas com diversos setores das secretarias, tanto em nível estadual quanto municipal, sendo muito importante que todos sejam acionados e se envolvam no planejamento da planificação desde o início do projeto.

**Quadro 1.** Exemplos de ações necessárias dos diversos setores da SES e SMS para a organização dos processos da APS e AAE por meio da PAS

<b>Gabinete/Assessoria do Secretário</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• É o ponto focal para a PAS na SES/SMS</li> <li>• Articula os diversos setores</li> <li>• Monitora o projeto/viabiliza os recursos e insumos para o andamento do projeto</li> <li>• Articula o Grupo Condutor</li> </ul>	<b>Planejamento</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contratos</li> <li>• Cofinanciamento</li> <li>• Notas Técnicas</li> <li>• Integração projetos</li> <li>• PRI</li> <li>• Inserção PAS nos PES e PMS</li> </ul>	<b>Vigilância Epidemiologia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Imunização</li> <li>• Indicadores</li> <li>• Prevenção Ca</li> <li>• IST</li> </ul> <b>Vigilância Sanitária</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambiência</li> <li>• Segurança do Paciente</li> <li>• POPs</li> <li>• Gerenciamento de resíduos</li> </ul>
<b>Administrativo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Logística (transporte e diárias para atividades de campo)</li> <li>• Transporte Sanitário</li> <li>• Recursos Humanos</li> <li>• Equipamentos</li> <li>• Insumos</li> </ul>	<b>Urgência/Emergência</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fluxos para demais pontos de atenção</li> <li>• Regulação da urgência</li> <li>• Time de resposta rápida</li> <li>• Insumos</li> <li>• Transporte/SAMU</li> <li>• Capacitação das equipes</li> </ul>	<b>Atenção Primária</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cobertura eSF, eSB e eMulti</li> <li>• Modelo de Atenção e de gestão</li> <li>• Diretrizes clínicas</li> <li>• Organização e Qualidade</li> <li>• Financiamento</li> <li>• Integração com outros projetos</li> <li>• Monitoramento</li> </ul>
<b>Atenção Especializada/ Regulação</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelo de Atenção, gestão e acesso regulado</li> <li>• Diretrizes clínicas</li> <li>• Carteira de serviços</li> <li>• Contratos</li> <li>• Organização e Qualidade</li> <li>• Monitoramento</li> <li>• Financiamento</li> <li>• Integração com outros projetos</li> </ul>	<b>Farmácia/Apoio diagnóstico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Padronização de medicamentos para APS e AAE</li> <li>• Apoio Diagnóstico para APS e AAE</li> <li>• Insumos</li> </ul>	<b>Segurança do Paciente</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoio aos municípios para implantação dos Núcleos Municipais SP e Times de Segurança do Paciente na APS e AAE</li> <li>• Apoio técnico às equipes nas ações de Qualidade e SP</li> <li>• Cadastro no CNES e Notivisa e o monitoramento das Notificações com <i>feedback</i> para equipes</li> <li>• Integração dos Núcleos Municipais de Segurança do Paciente (NMSP) com os Negesp para subsidiar decisões de gestão em saúde para a SP.</li> </ul>
<b>Escola de Saúde</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Educação Permanente</li> <li>• Customização dos materiais</li> <li>• Aplicação do ACIC</li> <li>• Cursos curtos</li> </ul>	<b>Tecnologia da Informação</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema eletrônico de gerenciamento de indicadores da RAS</li> <li>• Incorporação de tecnologias de saúde digital</li> <li>• Telessaúde</li> <li>• Apoio às equipes nos sistemas do Ministério da Saúde e próprios</li> </ul>	<b>Equidade/ Saúde Prisional/Políticas de Saúde/ Redes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Notas Técnicas</li> <li>• Customização dos materiais</li> <li>• Monitoramento</li> <li>• Apoio Técnico às equipes</li> <li>• Cursos rápidos</li> </ul>

Fonte: elaborado por Barra RP, Chomatas VER, Lopes PRR e Matos MAB

Na primeira reunião, a SES apresenta um diagnóstico situacional da macrorregião onde pretende implantar a PAS, com caracterização dos municípios; dados demográficos; perfil epidemiológico (dados de morbimortalidade e principais indicadores);

número de UBS e equipes por município; dados de cobertura de APS, eSF, equipes de Saúde Bucal (eSB) e Equipes Multiprofissionais (eMulti); outros pontos de atenção existentes na macrorregião.

Após a discussão e a confirmação da macrorregião, deve ser composto o Grupo Condutor com representatividade dos diversos setores da SES e do Cosems. Os membros do Grupo Condutor precisam ser fixos, com poder de decisão e nomeados pelo Secretário por meio de portaria. A função desse Grupo Condutor é reunir-se pelo menos mensalmente; monitorar o projeto e seus indicadores; discutir nós e entraves reconhecidos durante o desenvolvimento da PAS e propor os encaminhamentos para superá-los; conciliar as atividades e agendas da PAS com demais projetos desenvolvidos pela SES/SMS; elaborar e monitorar o plano de ação e subsidiar o Secretário com informações relevantes sobre o projeto e ações que necessitam de tomada de decisão pelo gestor. O Grupo Condutor não necessariamente deverá ser exclusivo da PAS, podendo ser um grupo que abrace diversos projetos estratégicos da SES, como PRI, outros projetos Proadi-SUS etc., desde que a programação da pauta seja compartilhada e atenda às necessidades da PAS.

A SES e as SMS devem apresentar o projeto e discuti-lo com as instâncias de Controle Social do SUS, apresentando dados do monitoramento periodicamente nas reuniões ordinárias dos Conselhos de Saúde.

Nessa primeira reunião, ainda devem ser acordados como premissas para a implantação da PAS:

- a. Fortalecimento da APS e decisão pela ESF como modelo preferencial para organização da APS (Brasil, 2017), favorecendo também a presença das eSB e eMulti nos territórios.
- b. A implantação do modelo Pasa na AAE exige uma APS com maior adensamento tecnológico, o que implica oferecer uma carteira de serviços mais ampla, que envolva consultas médicas, consultas de enfermagem, consultas com outros profissionais, dispensação de medicamentos e farmácia clínica, atenção domiciliar, solicitação/coleta/realização de exames complementares, estratificação de risco, manejo clínico por estrato de risco, monitoramento de metas terapêuticas, grupos operativos, grupos terapêuticos, vacinações, rastreamento de doenças, atendimentos compartilhados a grupos, atenção contínua, atendimentos a distância, atendimentos por pares, apoio ao autocuidado, gestão de casos, matriciamento de generalistas e especialistas, acesso a segunda opinião, acesso a serviços comunitários e, quando possível, pesquisa clínica. (Conass, 2015).
- c. Pactuação acerca do modelo Pasa como lógica para atenção especializada.
- d. Definição do Ponto Focal da PAS na SES.

- e. Definição da equipe técnica de facilitadores/tutores/articuladores dos níveis central, regional, municipal e local para a APS e AAE, em número adequado, com carga horária suficiente e protegida para atividades presenciais, monitoramento das atividades de dispersão/expansão e para educação permanente.
- f. Escolha da macrorregião de saúde e respectivos municípios, com pactuação e adesão formalizadas nos devidos espaços institucionais.
- g. Definição das unidades formativas da APS e do ambulatório de especialidades de referência.
- h. Identificação de outros projetos e/ou parcerias da SES com outras instituições. É muito importante elencar todos os projetos, destacar a sinergia com a PAS, pactuar agendas que não conflitem e estabelecer estratégias para os pontos comuns.
- i. Pactuação e organização da logística necessária para o desenvolvimento das atividades (garantia de transporte e diárias para tutores dos níveis central e regional).
- j. Definição das condições crônicas prioritárias (com base na análise da situação de saúde) e, conseqüentemente, das RAS que serão implantadas. Recomendamos que a abordagem seja realizada por ciclo de vida por exemplo:
  - Criança: Linha de cuidado da criança e condições mais prevalentes, como prematuridade, doenças respiratórias, TEA.
  - Adolescente: IST, sobrepeso e obesidade, Saúde Mental.
  - Adulto: HAS, DM, DRC, Saúde da mulher (CA de colo de útero, CA de mama), gestação, CA de próstata, CA de cólon, CA de pele, Saúde Mental.
  - Pessoa Idosa: Linha de Cuidado da Pessoa Idosa, HAS, DM, DRC, Demência Senil, Alzheimer, Parkinson, CA de colo de útero, CA de mama, CA de próstata, CA de cólon, CA de pele.
- k. Formação de grupo técnico para revisão/customização ou elaboração das diretrizes clínicas/Notas Técnicas das condições crônicas selecionadas para a APS e AAE com as definições necessárias para a organização da atenção (identificando, entre outros, parâmetros assistenciais, critérios para estratificação de risco, e manejo adequado dessas condições, indicadores). A SES pode adotar as Notas Técnicas construídas pelo Conass/Einstein\* ou construir/revisar as suas próprias notas técnicas baseadas em diretrizes já existentes. Para facilitar esse processo, o Conass disponibiliza um roteiro com os elementos essenciais que devem estar contidos

---

\* Disponíveis em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/outras-publicacoes/publicacoes-tematicas-planificacao-da-atencao-a-saude/>

na Nota Técnica/Diretriz Clínica (*site* do Conass). Esse processo da definição e disponibilização da Nota Técnica deve ser ágil, uma vez que ela é ferramenta primordial para o desenvolvimento da PAS nos territórios.

A decisão da gestão pela Planificação é formalizada por meio da assinatura de um protocolo de intenção dos parceiros envolvidos, em solenidade pública, por ocasião do lançamento estadual, quando também se realiza a primeira oficina “Redes de Atenção à Saúde”, denominada de **Oficina-Mãe**. Esta tem como objetivo principal o alinhamento conceitual e as macrodefinições “sobre o que fazer”, bem como identificar os facilitadores que conduzirão o processo na macrorregião selecionada. Todo o conteúdo da Planificação deve ser customizado para a realidade estadual.

A macrorregião de saúde deve respeitar os seguintes critérios de seleção:

- adesão dos prefeitos e secretários municipais de saúde, por meio do estabelecimento de um termo de cooperação técnica;
- equipe de saúde da família implantada no território municipal, mesmo que com cobertura inferior a 100%;
- equipes de profissionais (médicos, enfermeiros e outros) com cumprimento efetivo da carga horaria contratada (40 horas para os profissionais da eSF);
- ambulatório de atenção especializada funcionando com carga horária da eMulti adequada para implantação do modelo Pasa;
- e decisão pela regionalização da AAE.

**Quadro 2.** Responsabilidades e competências dos entes envolvidos na Planificação de Atenção à Saúde

INSTITUIÇÕES	COMPETÊNCIAS
<b>Conass</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoio técnico para condução dos ciclos mensais de oficinas e tutorias nas unidades formativas dos municípios-polo e no ambulatório de especialidades.</li> <li>• Apoio a distância nos períodos de dispersão.</li> <li>• Registro geral, monitoramento e avaliação do projeto.</li> </ul>
<b>SES e COSEMS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação nas oficinas e tutorias nas unidades-laboratório dos municípios-polo e no ambulatório de especialidades.</li> <li>• Condução das oficinas teóricas regionais.</li> <li>• Tutoria mensal nas unidades-formativas dos demais municípios-polo. Supervisão do processo e apoio aos tutores municipais e à equipe do ambulatório de especialidades no período de dispersão.</li> <li>• Elaboração geral da linha de base do projeto.</li> <li>• Registro geral, monitoramento e avaliação do projeto.</li> </ul>

INSTITUIÇÕES	COMPETÊNCIAS
<b>MUNICÍPIOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilização de toda a equipe assistencial e gestora da APS para a implantação da PAS.</li> <li>• Participação nas oficinas e tutorias nas unidades formativas dos municípios-polo.</li> <li>• Condução na organização dos macroprocessos na unidade formativa do próprio município.</li> <li>• Garantia da disponibilidade de insumos, medicamentos, apoio diagnóstico e transporte relacionados aos macroprocessos organizados.</li> <li>• Tutoria das demais unidades municipais para expansão.</li> <li>• Colaboração na elaboração da linha de base do projeto.</li> <li>• Registro do desenvolvimento do projeto no município, monitoramento e avaliação.</li> <li>• Garantia de horário protegido.</li> <li>• Garantia de cumprimento de carga horária pelos profissionais.</li> </ul>
<b>AMBULATÓRIO ESPECIALIDADES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação nas oficinas e tutorias no ambulatório de especialidades.</li> <li>• Condução na organização dos macroprocessos no ambulatório de especialidades.</li> <li>• Integração com as equipes da APS dos municípios da área de abrangência.</li> <li>• Colaboração na elaboração da linha de base do projeto.</li> <li>• Registro do desenvolvimento do projeto no ambulatório de especialidades, monitoramento e avaliação.</li> <li>• Garantia de horário protegido.</li> <li>• Garantia de carga horária compatível com o modelo Pasa.</li> </ul>

Fonte: elaborado por Barra RP, Chomatas VER, Lopes PRR e Matos MAB

## O PAPEL DO PONTO FOCAL DA PAS NO ESTADO (COORDENADOR DA PAS)

O Ponto Focal da PAS deve estar ligado ao gabinete do Secretário e exercer papel fundamental para o desenvolvimento do projeto no estado. Deve trabalhar de forma integrada com o articulador das RAS, coordenador da APS e da AAE. Entre suas funções, estão:

- Coordenar os processos de implantação da PAS no estado;
- Identificar e coordenar os tutores estaduais do estado;
- Assegurar a representatividade das áreas técnicas da SES e de gestão no grupo condutor estadual;
- Organizar e participar da reunião do grupo condutor estadual, estruturando a pauta, a ata e o plano de ação;
- Participar do ciclo de formação de tutores da PAS;
- Acompanhar as atividades da PAS nos territórios;
- Articular com os atores externos para garantir o desenvolvimento da PAS no estado;

- Pactuar cronograma anual das tutorias da PAS nos diversos setores da SES, as regionais e municipais, evitando sobreposição de agendas;
- Planejar e articular as ações relacionadas com a logística (diárias e transporte) que garantam o desenvolvimento da PAS nos territórios;
- Mobilizar as áreas técnicas para institucionalizar a PAS na SES;
- Articular com as áreas técnicas a elaboração e/ou atualização das Notas Técnicas, diretrizes, protocolos clínicos temáticos;
- Articular a realização de cursos curtos temáticos relacionados com as etapas da planificação. Em tempo oportuno;
- Articular com as áreas técnicas a atualização dos contratos para que eles estejam em consonância com o modelo Pasa;
- Apresentar o desenvolvimento da PAS (APS e AAE) como pauta permanente da CIB;
- Articular para que a PAS seja incluída nos instrumentos de gestão, por exemplo, no Plano Estadual de Saúde;
- Participar, quando necessário, dos encontros de acompanhamento do projeto no Conass.

## AS LINHAS DE BASE DA PAS

A linha de base do projeto é um ponto de referência fixo que registra o estado inicial de um projeto, permitindo que o progresso seja medido e comparado ao longo do tempo. Na PAS, são utilizados como linha de base:

- a. Assessment of Chronic Illness Care (ACIC);
- b. Instrumento de avaliação dos macroprocessos (*checklist*) da APS;
- c. Instrumento de avaliação dos macroprocessos (*checklist*) do ambulatório Pasa.

A aplicação desses três instrumentos deve ser realizada antes ou no início da planificação, constituindo um diagnóstico da macrorregião antes da implantação do projeto; e devem ser novamente aplicados em outros momentos do projeto e ao final, permitindo avaliar os avanços e os pontos que ainda estão frágeis e necessitam ser fortalecidos. Esses instrumentos estão ancorados no *site* do Conass.

Destacamos a importância do envolvimento da Escola de Saúde na construção da linha de base do projeto, inclusive desencadeando outras ações consideradas importantes e que estejam relacionadas com a realidade local.

### **ACIC — Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção às Condições Crônicas para profissionais das equipes:**

- O Chronic Care Model (CCM) é um dos três modelos utilizados por Mendes para a construção do MACC. Para avaliar e monitorar a implementação do CCM, os idealizadores do MacColl Institute for Health Care Innovation propuseram dois instrumentos vinculados aos princípios e elementos norteadores que podem orientar sua adequação em sistemas de atenção à saúde. Esses instrumentos são o ACIC ou Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção às Condições Crônicas, na sua tradução para o português, e o Patient Assessment of Care for Chronic Conditions (PACIC) ou Avaliação do usuário sobre o Cuidado às Condições Crônicas (Opas, 2013). Este último não tem sido aplicado na linha de base da PAS.
- O ACIC permite a avaliação, pelos profissionais, da capacidade institucional local para desenvolver o MACC e, assim, apoiar as equipes para melhorar a atenção a essas condições na comunidade, nos serviços e na relação com as pessoas usuárias. Esse instrumento, construído com base em evidências, é composto pelos seis elementos-chave vinculados aos requisitos para o desenvolvimento do modelo de atenção, além de um sétimo elemento que considera a integração de seus componentes.
- Deve ser preenchido um instrumento por Unidade de Saúde ou Ambulatório da Atenção Especializada. A equipe deve estar reunida, e, por consenso dos seus membros, deve ser escolhida a melhor resposta que reflita a realidade do momento. A pontuação mais alta em cada dimensão ou avaliação final indica um local com recursos e estrutura ótima para a atenção às condições crônicas. A menor pontuação possível (0 pontos) corresponde a um local com recursos e estrutura muito limitados para a atenção às condições crônicas. O quadro abaixo apresenta as dimensões avaliadas e a interpretação dos resultados do ACIC.

#### **Quadro 3.** Dimensões e interpretação de resultados do instrumento ACIC

DIMENSÕES	CONCEITO
Organização da Atenção à Saúde	A atenção às condições crônicas pode ser mais efetiva se todo o sistema (organização, instituição, unidade) no qual a atenção é prestada esteja orientado e permite maior ênfase no cuidado às condições crônicas.
Articulação com a comunidade	A articulação entre o sistema de saúde (instituições/unidades básicas de saúde) e os recursos comunitários tem um importante papel na gestão/manejo de condições crônicas.

DIMENSÕES	CONCEITO
Autocuidado Apoiado	O autocuidado apoiado efetivo pode ajudar as pessoas com condições crônicas e suas famílias a lidar com os desafios de conviver e tratar a condição crônica, além de reduzir as complicações e sintomas da doença.
Suporte à Decisão	O manejo efetivo de condições crônicas assegura que os profissionais de saúde tenham acesso a informações baseadas em evidência para apoiar as decisões na atenção às pessoas usuárias. Isso inclui diretrizes e protocolos baseados em evidência, consultas a especialistas, educadores em saúde, e envolvimento dos usuários de forma a tornar as equipes de saúde capazes de identificar estratégias efetivas de cuidado.
Desenho do sistema de prestação de serviços	A evidência sugere que a gestão efetiva da atenção às condições crônicas envolve mais que a simples adição de intervenções a um sistema focado no cuidado de condições agudas. São necessárias mudanças na organização do sistema, realinhando a oferta do cuidado.
Sistema de Informação Clínica	Informação útil e oportuna, individualizada por pessoa usuária e por populações usuárias com condições crônicas, é um aspecto crítico de modelos de atenção efetivos, especialmente aqueles que empregam abordagens populacionais.
Integração dos Componentes do MACC	Sistemas de saúde efetivos integram e combinam todos os elementos do modelo, por exemplo, associando as metas de autocuidado com os registros nos sistemas de informação, ou associando políticas locais com atividades dos planos terapêuticos dos pacientes (locais para desenvolvimento de atividades físicas, estruturação de hortas comunitárias etc.).
<p>Interpretação dos resultados</p> <p>Pontuações entre "0" e "2" = capacidade limitada para a atenção às condições crônicas. Pontuações entre "3" e "5" = capacidade básica para a atenção às condições crônicas. Pontuações entre "6" e "8" = razoável capacidade para a atenção às condições crônicas. Pontuações entre "9" e "11" = capacidade ótima para a atenção às condições crônicas.</p>	

Fonte: Moysés ST, Moysés SJ, Silveira Filho AD. 2013.

### **Checklist dos Macroprocessos da APS**

- É um instrumento que avalia os principais itens relacionados aos macroprocessos da APS. Ele é preenchido por meio da reflexão e do consenso entre os profissionais de cada equipe de eSF, permitindo avaliar as potencialidades e os pontos com necessidade de melhoria. Esse instrumento deve ser aplicado no início e no decorrer da planificação, permitindo que a equipe e a gestão acompanhem o desenvolvimento dos processos.

### **Checklist dos Macroprocessos do ambulatório modelo Pasa**

- É um instrumento que avalia os principais itens relacionados aos macroprocessos da AAE. Ele é preenchido por intermédio da reflexão e do consenso entre os profissionais da equipe do ambulatório do modelo Pasa, permitindo avaliar as potencialidades e os pontos com necessidade de melhoria. Esse instrumento deve ser aplicado no início e no decorrer da planificação, permitindo que a equipe e a gestão acompanhem o desenvolvimento dos processos.

## 2. A METODOLOGIA DA PLANIFICAÇÃO

A estratégia educacional da PAS se utiliza de oficinas tutoriais, cursos curtos e auditoria de produtos. Ela é desenvolvida por tutores preparados e atuantes em unidades formativas, a partir da qual se desdobra a expansão para todas as unidades do município.

### A UNIDADE FORMATIVA

O campo de trabalho do tutor são as unidades de APS e os ambulatorios de atenção especializada. Em todas as circunstâncias, inicia-se o trabalho com a escolha de uma “Unidade Formativa”.

As unidades formativas cumprem três funções principais: a primeira é de gerar, a partir da metodologia aqui proposta, um padrão customizado para a realidade do local em que se trabalha; a segunda é tornar-se um ponto de visita para as demais unidades, acenando que a proposta é viável na realidade específica daquele local; e a terceira é oportunizar o conhecimento teórico e prático, possibilitando o desenvolvimento de tutores em cada momento de organização dos macroprocessos.

Para a APS em municípios maiores, onde haja regionais ou distritos sanitários, devem ser estabelecidas unidades formativas em cada região ou distrito. Inicialmente, nas unidades formativas, serão implantadas as mudanças estruturais e processuais com a participação de um tutor externo. O trabalho com unidades formativas é diferente de um trabalho-piloto porque ela constitui, apenas, um primeiro momento de intervenção em um processo de implantação em escala, que já está estabelecido (Mendes *et al.*, 2019). A unidade formativa serve como um modelo para a implantação da proposta em outras unidades, permitindo a disseminação da metodologia e a melhoria da atenção à saúde. É fundamental para o sucesso da implantação da proposta, pois permite a customização da metodologia para a realidade local e a formação de tutores capacitados para liderar o processo de mudança.

Para garantir o sucesso da implantação da proposta, é fundamental escolher unidades formativas que atendam a determinados critérios:

- Ter **equipe completa**: eSF com Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Agentes de Combate às Endemias (ACE), auxiliar/técnico em enfermagem, enfermeiro e médico; onde for possível, eSB com Auxiliar/Técnico de Saúde Bucal (ASB/TSB) e cirurgião-dentista.
- Cumprir a **carga horária completa** semanal recomendada pelas portarias do Ministério da Saúde, garantindo a disponibilidade real dos profissionais para a implantação ou melhoria dos processos.
- Dispor de **eMulti** para garantir uma abordagem integral da saúde.

- Ter uma **relação adequada de população adscrita** por equipe, dentro dos parâmetros estabelecidos pela PNAB.
- Ter um gerente ou um profissional com capacidade de **liderança** para garantir a gestão eficaz da unidade e a implantação da PAS.
- Ter condições adequadas de **infraestrutura** para garantir a segurança e o conforto dos usuários e profissionais.
- Dispor dos **recursos necessários** para o desenvolvimento das atividades: espaço próprio ou comunitário para atividades de grupo e recursos audiovisuais para atividades presenciais ou a distância.
- **Sistema de informação**: ter o e-SUS implantado, preferencialmente a versão Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), ou sistema equivalente.
- Ter **abastecimento regular** de materiais, insumos e medicamentos padronizados na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume).
- Dispor de horário protegido para as ações de **educação permanente** para a organização dos macro e microprocessos da construção social da APS.

Para garantir o sucesso da implantação do modelo Pasa na AAE, é fundamental escolher unidades ambulatoriais formativas que atendam a determinados critérios.

- O ambulatório deve ter **abrangência regional**, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR).
- **Integração com APS**: deve estar integrado a um território regional, com cobertura adequada de APS, que já tenham ou estejam organizando os macroprocessos da Construção Social da APS.
- Definição da **Linha de Cuidado** (LC) que será reorganizada com o modelo Pasa, antes do início das atividades das oficinas tutoriais.
- **Estrutura física** suficiente ou que possa ser adequada para a implantação do modelo Pasa.
- Contratação de profissionais com **carga horária** coerente com o dimensionamento da capacidade operacional do ambulatório para cada linha de cuidado.
- Disponibilidade de **exames e procedimentos** conforme carteira de serviço da linha de cuidado.
- Garantia de horário protegido para **educação permanente** dos profissionais.

- Carga horária disponível para o desenvolvimento das ações de **apoio matricial** para a APS.
- Ter **abastecimento regular** de materiais, insumos e medicamentos padronizados.

É importante garantir que as unidades ambulatoriais formativas tenham as condições necessárias para proporcionar uma atenção à saúde de qualidade e integral.

A unidade de saúde e os ambulatorios formativos desempenharão um papel fundamental como pontos de referência para a expansão da proposta de organização dos macroprocessos nas demais unidades do município e em outros ambulatorios regionais. Tanto o tutor quanto os demais profissionais poderão apoiar as outras equipes em seus municípios e nos ambulatorios regionais, replicando o processo de tutoria de que foram beneficiados. Isso permitirá que as melhores práticas sejam compartilhadas e que as equipes sejam capacitadas para implementar os macroprocessos de forma eficaz.

Além disso, as unidades de saúde e os ambulatorios formativos serão espaços destinados a receber outros profissionais para que possam experimentar os processos implantados. Isso permitirá que os profissionais aprendam com a prática e sejam inspirados a implementar mudanças semelhantes em suas próprias unidades.

A existência de unidades de saúde e ambulatorios formativos como pontos de referência é fundamental para garantir a sustentabilidade e a expansão da proposta. Isso permitirá que as equipes sejam apoiadas e capacitadas para implementar os macroprocessos de forma eficaz e que as melhores práticas sejam compartilhadas em todo o município e na região.

## A ATUAÇÃO DO TUTOR

Os tutores são figuras-chave nos processos de implantação dos macroprocessos, atuando como atores estratégicos que desenvolvem um trabalho educacional nas unidades formativas. Eles utilizam a estratégia de “fazer junto” com as equipes da APS e AAE, caracterizando-se pela experiência de “chão de fábrica” (Mendes *et al.*, 2019).

Para ser eficaz, o tutor deve ser protagonista, inovador e proativo, sentindo-se como o construtor da “casa da APS” e/ou ambulatorio de atenção especializada. É necessário que ele tenha interesse e disponibilidade para as atividades de tutoria, conhecimento da metodologia proposta, estudo e apropriação do arcabouço conceitual e domínio sobre os processos a serem implantados (Mendes *et al.*, 2019).

O tutor deve desenvolver habilidades para estabelecer uma relação de parceria com a equipe de profissionais; promover a curiosidade e a criticidade; interagir frequentemente com as equipes em formação; mobilizar, acompanhar e apoiar a

equipe na apropriação do conteúdo das oficinas tutoriais; organizar e conduzir ciclos de melhoria dos macroprocessos nas unidades de saúde e ambulatórios.

A atuação do tutor é fundamental para garantir a implantação eficaz dos macroprocessos e alcançar os resultados esperados. Com sua liderança e habilidades, ele pode promover mudanças significativas nos processos de trabalho.

**Figura 3.** As características do tutor



Fonte: PlanificaSUS. 2022

Para a operacionalização do processo da construção social na APS e do modelo Pasa, os tutores desempenham um papel fundamental. Abaixo, estão suas atribuições segundo o nível de atuação.

**Quadro 4.** Papel dos tutores

TUTOR APS	TUTOR AAE
Nível SES Central	
<p>Coordenar a implantação dos macro e microprocessos da APS no seu âmbito de atuação, garantindo que as equipes sejam capacitadas para implementar os processos de forma eficaz;</p> <p>Pactuar cronograma de oficinas tutoriais com o facilitador e os tutores da regional de saúde, garantindo que as atividades sejam planejadas e executadas de forma eficaz;</p> <p>Articular as ações relacionadas a logística para o desenvolvimento da tutoria nos municípios, garantindo que os recursos necessários estejam disponíveis;</p> <p>Avaliar a carteira de serviços e dimensionamento de recursos humanos conforme PNAB, verificando se as equipes estão adequadamente dimensionadas;</p> <p>Participar da formação em processo de tutoria, apoiando para, que o tutor tenha as habilidades e conhecimentos necessários para desempenhar seu papel;</p> <p>Apoiar os tutores regionais e municipais na implantação dos macro e microprocessos, possibilitando que as equipes sejam capacitadas para implementar os processos de forma eficaz;</p> <p>Receber informações epidemiológicas e outras identificadas nos territórios para tomada de decisões, garantindo que as ações sejam baseadas em evidências;</p> <p>Customizar para a realidade do local os materiais sugeridos, que serão utilizados nas oficinas tutoriais, possibilitando que as atividades sejam relevantes e eficazes;</p> <p>Apoiar a realização da oficina tutorial na unidade formativa do município sede, possibilitando que as atividades sejam executadas de acordo com a metodologia;</p> <p>Acompanhar a expansão simultânea em todos os municípios e equipes da APS das regionais, garantindo que as ações sejam implementadas de forma uniforme;</p> <p>Acompanhar mensalmente os indicadores de processo, qualidade, resultado e produtividade, possibilitando que as ações sejam avaliadas e ajustadas conforme necessário.</p>	<p>Coordenar no seu âmbito de atuação a implantação dos macroprocessos da AAE, garantindo que as equipes sejam capacitadas para implementar os processos de forma eficaz;</p> <p>Pactuar cronograma de oficinas tutoriais com o facilitador e os tutores da regional de saúde e do ambulatório, garantindo que as atividades sejam planejadas e executadas de forma eficaz;</p> <p>Articular as ações relacionadas a logística para o desenvolvimento dos macroprocessos da AAE, garantindo que os recursos necessários estejam disponíveis;</p> <p>Avaliar a carteira de serviços e dimensionamento de recursos humanos conforme instrumentos orientadores do modelo Pasa, verificando se as equipes estão adequadamente dimensionadas;</p> <p>Participar da formação em processo de tutoria, possibilitando que o tutor tenha as habilidades e conhecimentos necessários para desempenhar seu papel;</p> <p>Apoiar os tutores regionais e do ambulatório na implantação dos processos, possibilitando que as equipes sejam capacitadas para implementar os processos de forma eficaz;</p> <p>Receber informações epidemiológicas e outras identificadas nos territórios para tomada de decisões, garantindo que as ações sejam baseadas em evidências;</p> <p>Customizar os materiais sugeridos que serão utilizados nas oficinas tutoriais a realidade do local, possibilitando que as atividades sejam relevantes e eficazes;</p> <p>Apoiar a realização da oficina tutorial da unidade ambulatorial, possibilitando que as atividades sejam executadas de forma eficaz;</p> <p>Acompanhar a expansão simultânea do modelo Pasa para unidades ambulatoriais das regionais, garantindo que as ações sejam implementadas de forma uniforme;</p> <p>Avaliar e monitorar os processos implantados, garantindo que as ações sejam eficazes e que os resultados sejam alcançados;</p> <p>Apoiar na organização dos fluxos assistenciais da rede temática no âmbito municipal, regionais, macrorregionais e estadual, possibilitando que as ações sejam eficazes e que os resultados sejam alcançados;</p> <p>Identificar vazios assistenciais na RAS regional e/ou macrorregião reportando as áreas técnicas estadual responsáveis, possibilitando que as ações sejam coordenadas e eficazes;</p> <p>Acompanhar mensalmente os indicadores de processo, resultado, produtividade e o consolidado da pesquisa de satisfação das pessoas usuárias do ambulatório, possibilitando que as ações sejam avaliadas e ajustadas conforme necessário;</p> <p>Acompanhar e monitorar o plano de ação regional e do ambulatório, apoiando no desenvolvimento das ações, garantindo que as ações sejam executadas de forma eficaz e que os resultados sejam alcançados.</p>

TUTOR APS	TUTOR AAE
Nível SES Regional	
<p>Coordenar a implantação dos macro e microprocessos da APS no seu âmbito de atuação, garantindo que as equipes sejam capacitadas para implementar os processos de forma eficaz;</p> <p>Articular as ações relacionadas a logística para o desenvolvimento da tutoria nos municípios, garantindo que os recursos necessários estejam disponíveis;</p> <p>Avaliar a carteira de serviços e dimensionamento de recursos humanos conforme PNAB, verificando se as equipes estão adequadamente dimensionadas;</p> <p>Apoiar os tutores municipais na implantação dos macro e microprocessos nas unidades de saúde, possibilitando que as equipes sejam capacitadas para implementar os processos de forma eficaz;</p> <p>Receber informações epidemiológicas e outras identificadas dos territórios e reportar as áreas técnicas da regional para tomada de decisões, garantindo que as ações sejam baseadas em evidências;</p> <p>Customizar para a realidade do local os materiais sugeridos, que serão utilizados nas oficinas tutoriais, possibilitando que as atividades sejam relevantes e eficazes;</p> <p>Participar da formação em processo de tutoria, possibilitando que as atividades sejam executadas de acordo com a metodologia;</p> <p>Realizar a oficina tutorial da unidade formativa do município sede e apoiar nas demais unidades formativas dos municípios, garantindo que as atividades sejam executadas de forma eficaz;</p> <p>Acompanhar a expansão simultânea em todos os municípios e equipes da APS das regionais, garantindo que as ações sejam implementadas de forma uniforme;</p> <p>Avaliar e monitorar os processos implantados, garantindo que as ações sejam eficazes e que os resultados sejam alcançados;</p> <p>Participar ativamente do grupo condutor regional, apresentando as pautas referentes aos processos de tutoria na APS, nas regiões, possibilitando que as ações sejam coordenadas e eficazes;</p> <p>(cont.)</p>	<p>Coordenar no seu âmbito de atuação a implantação dos processos da AAE, garantindo que as equipes sejam capacitadas para implementar os processos de forma eficaz;</p> <p>Pactuar cronograma de oficinas tutoriais com o facilitador, os tutores do nível central e do ambulatório, garantindo que as atividades sejam planejadas e executadas de forma eficaz;</p> <p>Articular as ações relacionadas a logística para o desenvolvimento da tutoria visitas técnicas aos municípios, garantindo que os recursos necessários estejam disponíveis;</p> <p>Avaliar a carteira de serviços e dimensionamento de recursos humanos conforme instrumentos orientadores do modelo Pasa, verificando se as equipes estão adequadamente dimensionadas;</p> <p>Articular com o ambulatório a proteção do horário da equipe para o desenvolvimento das funções de educação, apoio institucional e pesquisa, garantindo que as ações sejam coordenadas e eficazes;</p> <p>Participar da formação em processo de tutoria, possibilitando que o tutor tenha as habilidades e conhecimentos necessários para desempenhar seu papel;</p> <p>Apoiar os tutores do ambulatório na implantação dos macroprocessos, possibilitando que as equipes sejam capacitadas para implementar os processos de forma eficaz;</p> <p>Receber informações epidemiológicas e outras, identificadas nos territórios e reportar as áreas técnicas da regional para tomada de decisões, garantindo que as ações sejam baseadas em evidências;</p> <p>Customizar os materiais que serão utilizados nas oficinas tutoriais de acordo com a realidade do local, possibilitando que as atividades sejam relevantes e eficazes;</p> <p>Apoiar a realização da oficina tutorial da unidade ambulatorial, possibilitando que as atividades sejam executadas de forma eficaz;</p> <p>Acompanhar a expansão simultânea do modelo Pasa para unidades ambulatoriais das regionais, garantindo que as ações sejam implementadas de forma uniforme;</p> <p>Apoiar na organização dos fluxos assistenciais da rede temática no âmbito municipal, regionais, macrorregionais e estadual, possibilitando que as ações sejam coordenadas e eficazes;</p> <p>Identificar vazios assistenciais na RAS regional e/ou macrorregião reportando as áreas técnicas estaduais responsáveis, possibilitando que as ações sejam coordenadas e eficazes;</p> <p>Realizar reunião periódica com o tutor e o profissional de assistência social do ambulatório de atenção especializada para avaliação dos registros de ocorrências da RAS, elaborar e atualizar plano de ação para a organização do apoio educacional e institucional aos municípios da região;</p> <p>(cont.)</p>

TUTOR APS	TUTOR AAE
<p>Apresentar a PAS/APS como pauta permanente na CIR, garantindo que as ações sejam discutidas e coordenadas com os gestores municipais.</p>	<p>Realizar e manter atualizado o mapeamento dos pontos de atenção, apoio diagnóstico, terapêutico e logístico do território regional de saúde;</p> <p>Organizar e acompanhar as visitas técnicas com a equipe do ambulatório aos municípios da região para as atividades de apoio institucional, garantindo que as ações sejam executadas de forma eficaz;</p> <p>Participar ativamente do grupo condutor regional, apresentando as pautas referentes aos processos de tutoria da AAE, possibilitando que as ações sejam coordenadas e eficazes;</p> <p>Apresentar a PAS/AAE como pauta permanente na CIR, garantindo que as ações sejam discutidas e coordenadas com os gestores municipais;</p> <p>Acompanhar mensalmente os indicadores de processo, resultado, produtividade e o consolidado da pesquisa de satisfação das pessoas usuárias do ambulatório, garantindo que as ações sejam avaliadas e ajustadas conforme necessário;</p> <p>Acompanhar e monitorar o plano de ação do ambulatório, apoiando no desenvolvimento das ações, garantindo que as ações sejam executadas de forma eficaz e que os resultados sejam alcançados;</p> <p>Apoiar a equipe do ambulatório na realização das atividades de dispersão, garantindo que as ações sejam implementadas de forma uniforme.</p>
Nível Municipal (Coordenador da APS)	
<p>Coordenar no seu âmbito de atuação a implantação dos macro e microprocessos, garantindo que as equipes sejam capacitadas para implementar os processos de forma eficaz;</p> <p>Articular as ações relacionadas a logística para o desenvolvimento da tutoria, garantindo que os recursos necessários estejam disponíveis;</p> <p>Avaliar a carteira de serviços e dimensionamento de recursos humanos conforme PNAB, garantindo que as equipes sejam adequadamente dimensionadas;</p> <p>Implantar os macro e microprocessos nas unidades de saúde do município, garantindo que as equipes sejam capacitadas para implementar os processos de forma eficaz;</p> <p>Identificar informações epidemiológicas e outras nos territórios e reportar as áreas técnicas do município, garantindo que as ações sejam baseadas em evidências; (cont.)</p>	

TUTOR APS	TUTOR AAE
<p>Customizar os materiais sugeridos que serão utilizados nas oficinas tutoriais à realidade do local, possibilitando que as atividades sejam relevantes e eficazes;</p> <p>Realizar a oficina tutorial da unidade formativa do município e apoiar as demais unidades do município, garantindo que as atividades sejam executadas de forma eficaz;</p> <p>Acompanhar a expansão simultânea em todas as equipes da APS do município, garantindo que as ações sejam implementadas de forma uniforme;</p> <p>Acompanhar o plano de ação da equipe de saúde, garantindo que as ações sejam executadas de forma eficaz e que os resultados sejam alcançados;</p> <p>Registrar, avaliar e monitorar os processos implantados, garantindo que as ações sejam eficazes e que os resultados sejam alcançados.</p>	
<b>Nível Serviço APS (local)</b> <b>Serviço AAE (Coordenador do ambulatório)</b>	
<p>Coordenar a implantação dos macro e microprocessos na UBS, garantindo que as equipes sejam capacitadas para implementar os processos de forma eficaz.</p> <p>Pactuar cronograma de oficinas tutoriais com as equipes da unidade, garantindo que as atividades sejam planejadas e executadas de forma eficaz;</p> <p>Conduzir a oficina tutorial na UBS, garantindo que as equipes sejam capacitadas para implementar os processos de forma eficaz;</p> <p>Realizar a visita técnica (giro na unidade) na UBS de acordo com a etapa a ser implantada, seguindo as orientações do instrumento para a realização da visita técnica.</p> <p>Elaborar, atualizar e monitorar o Plano de Ação da UBS, garantindo que as ações sejam executadas de forma eficaz e que os resultados sejam alcançados;</p> <p>Reportar as oportunidades de melhoria que fogem da sua governabilidade, ao coordenador municipal da APS, possibilitando que os processos possam ser melhorados;</p> <p>(cont.)</p>	<p>Coordenar no seu âmbito de atuação a implantação dos macroprocessos da AAE, garantindo que as equipes sejam capacitadas para implementar os processos de forma eficaz;</p> <p>Articular as ações relacionadas a logística para o desenvolvimento do apoio matricial e institucional nos municípios da região, garantindo que os recursos necessários estejam disponíveis;</p> <p>Avaliar se a carteira de serviços e o dimensionamento de recursos humanos e cumprimento da carga horária, estão conforme aos instrumentos orientadores do modelo Pasa, articulando com a gestão do ambulatório as adequações necessárias;</p> <p>Apoiar a gestão do ambulatório para a proteção do horário da equipe para as funções de educação, apoio institucional e pesquisa, garantindo, que as ações sejam coordenadas e eficazes;</p> <p>Elaborar, conjuntamente com a gestão do ambulatório, o cronograma anual de férias da equipe do ambulatório, assegurando que os ciclos de atenção contínua não sejam interrompidos.</p> <p>Pactuar cronograma de oficinas tutoriais com o facilitador, tutores do nível central, regional e com a equipe da unidade ambulatorial, garantindo que as atividades sejam planejadas e executadas de forma eficaz;</p> <p>Conduzir a oficina tutorial no ambulatório e a visita guiada, possibilitando que as equipes sejam capacitadas para implementar os processos de forma eficaz;</p> <p>(cont.)</p>

TUTOR APS	TUTOR AAE
<p>Identificar informações epidemiológicas e outras, na área de abrangência da UBS, garantindo que as ações sejam tomadas baseadas em evidências;</p> <p>Apoiar as atividades de dispersão, garantindo que as ações sejam implementadas de forma eficaz e que os resultados sejam alcançados.</p>	<p>Realizar monitoramento da atenção contínua, possibilitando que as ações sejam coordenadas e eficazes;</p> <p>Apoiar na organização dos fluxos assistenciais da rede temática no âmbito municipal, regionais, macrorregionais e estadual, possibilitando que as ações sejam coordenadas e eficazes;</p> <p>Participar da reunião mensal com a equipe para discutir os indicadores de processo, resultado, produtividade e o consolidado da pesquisa de satisfação das pessoas usuárias do ambulatório, garantindo que as ações sejam avaliadas e ajustadas conforme necessário;</p> <p>Participar da reunião do grupo condutor regional, para discutir e planejar ações conjuntas que promovam a melhoria da implantação da PAS;</p> <p>Apoiar a equipe do ambulatório na realização das atividades de dispersão, garantindo que as ações sejam executadas de forma eficaz;</p> <p>Capacitar e apoiar o guardião do plano de ação na elaborar, atualizar e monitorar o Plano de Ação do ambulatório, garantindo que as ações sejam eficazes e que os resultados sejam alcançados.</p> <p>Reportar as oportunidades de melhoria que fogem da sua governabilidade ao coordenador administrativo e assistencial (quando esse não for o tutor), possibilitando que as ações sejam coordenadas e eficazes;</p> <p>Realizar reunião periódica com o tutor regional e o profissional de assistência social do ambulatório para avaliação dos registros de ocorrências da RAS, elaborar e atualizar plano de ação para a organização do apoio educacional e institucional aos municípios da região;</p> <p>Registrar, avaliar e monitorar os processos implantados, garantindo que as ações sejam eficazes e que os resultados sejam alcançados.</p>

Fonte: elaborado por Barra RP, Chomatas VER, Lopes PRR e Matos MAB

O tutor deve estar apto para conduzir as atividades necessárias para a organização dos macroprocessos da APS e da AAE. Isso inclui: executar a tutoria de acordo com os macroprocessos a serem implantados, observando os princípios da melhoria contínua e garantindo que as ações sejam eficazes e que os resultados sejam alcançados; dedicar tempo à tutoria, considerando que a mudança de processos implica mudança da cultura organizacional, muitas vezes com costumes já bem estabelecidos.

Os tutores deverão ter horário protegido para todo o processo de tutoria, incluindo os momentos de formação, entre eles, os cursos de EAD, execução das oficinas tutoriais, visitas técnicas na APS e na AAE, e acompanhamento das atividades durante o período de dispersão. Deverão ser apoiados pelos tutores dos níveis central estadual e regional.

## O PROCESSO DE TUTORIA

A tutoria não é um processo de fiscalização ou de avaliação de desempenho, nem mesmo de definição sobre o que os profissionais devem fazer. Pelo contrário, é um “fazer junto”, sem substituir o profissional nas suas funções e responsabilidades, ajudando-o na reflexão sobre a própria prática, na identificação de fragilidades e nas ações corretivas necessárias (Mendes *et al.*, 2019).

O processo de tutoria é organizado em três momentos principais:

- **Oficinas tutoriais:** momentos breves e objetivos, de alinhamento conceitual sobre os conteúdos propostos, inseridos na discussão dos macroprocessos, e remetendo ao processo de educação permanente, quando necessário; realização do monitoramento do plano de ação relacionado ao macroprocesso discutido na etapa anterior e atualização do plano de ação de acordo com o macroprocesso trabalhado na oficina atual, além das ações referentes a oportunidades de melhorias identificadas na visita técnica.
- **Visita técnica APS (giro na unidade):** momento de observação *in loco* das atividades, com a unidade de saúde em funcionamento. Deve anteceder a realização da oficina tutorial e tem como objetivo verificar a implantação das temáticas já desenvolvidas, identificar oportunidades de melhoria e verificar a existência de processos organizados relacionados ao novo macroprocesso a ser implantado.
- **Visita técnica AAE:** momento de observação *in loco* dos fluxos, das rotinas, dos processos de trabalho nos setores do ambulatório em funcionamento, identificando oportunidades de melhorias que deverão ser inseridas no plano de ação. Deve ser planejada e realizada de acordo com a programação pactuada na pré-tutoria.
- **Período de dispersão:** momento das ações que foram planejadas na oficina tutorial e listadas no plano de ação serem executadas.

Durante todo o processo de tutoria, seguem-se as fases do ciclo de melhoria Planejar-Fazer-Estudar-Agir (PDSA, do inglês *Plan-Do-Study-Act*) (Mendes *et al.*, 2019). As fases do PDSA são seguidas e repetidas para garantir a melhoria contínua dos processos de trabalho e a qualidade da atenção à saúde.

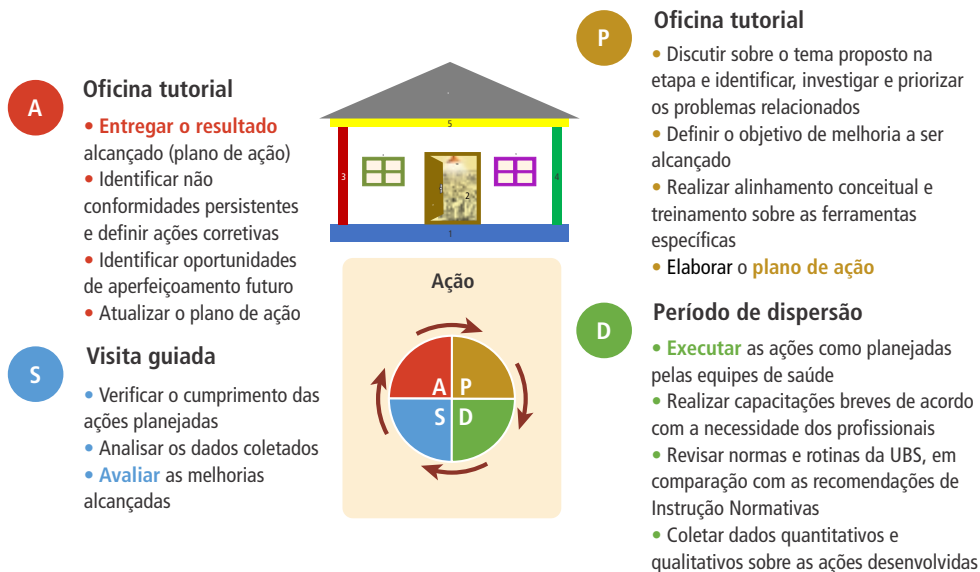
Durante a oficina tutorial, acontecem as seguintes fases:

- **Fase P (*Plan*) – Planejar:** com a participação de toda a equipe de saúde, é o momento de discutir sobre o macroprocesso que vai ser implantado, investigar e priorizar os problemas relacionados; definir as melhorias a serem alcançadas; realizar o alinhamento conceitual e treinamento sobre as ferramentas e instrumentos específicos. O resultado do planejamento é representado por meio da

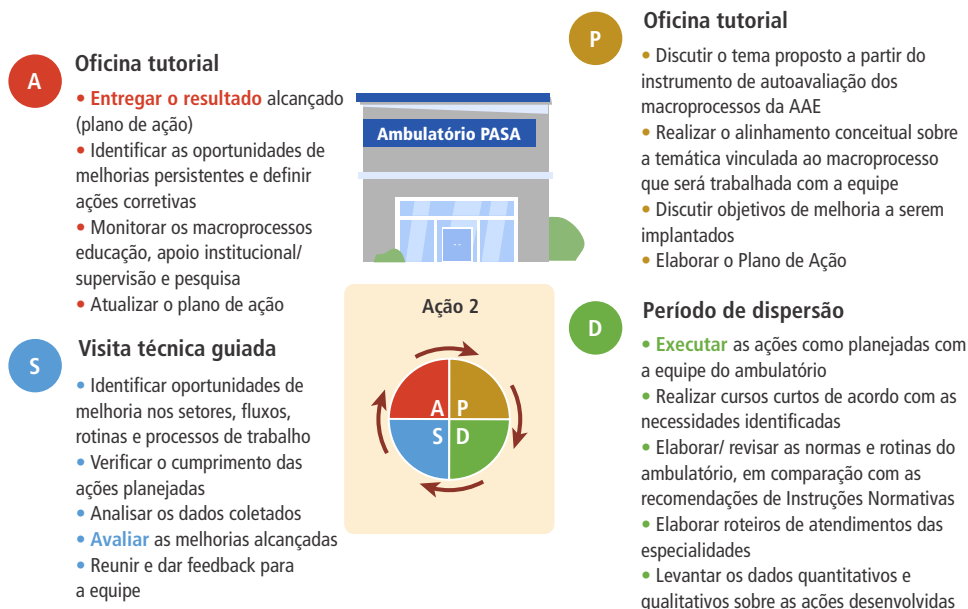
elaboração do plano de ação, que é uma ferramenta que permite a construção progressiva e integrada do conjunto de macroprocessos.

- **Fase D (Do) – Fazer:** Coincide com as atividades de dispersão. Hora de executar o que foi planejado na oficina tutorial, com a equipe de saúde e documentado no plano de ação. Momento também de realizar cursos breves de acordo com a necessidades dos profissionais; revisar normas e rotinas das UBS e ambulatório, em comparação com as recomendações de instruções normativas; coletar dados quantitativos e qualitativos sobre as ações desenvolvidas.
- **Fase S (Study) – Estudar:** com a unidade formativa em funcionamento, será verificado, *in loco*, se a organização dos processos de trabalhos discutidos pela equipe de saúde e pactuados no plano de ação está funcionando conforme o planejado. Momento também de analisar os dados coletados e avaliar as melhorias alcançadas, que serão discutidas na oficina tutorial na fase A – Agir.
- **Fase A (Act) – Agir:** discussão com a equipe de saúde se o resultado esperado foi alcançado. Hora de identificar não conformidades persistentes, definir ações corretivas, identificar oportunidades de aperfeiçoamento no futuro que serão atualizadas no plano de ação. Nesse momento, também são discutidos e analisados os dados coletados na visita técnica.

**Figura 4.** Ciclo de melhoria do PDSA e o processo de tutoria na APS



Fonte: elaborado por Barra RP, Chomatas VER, Lopes PRR e Matos MAB

**Figura 5.** Ciclo de melhoria do PDSA e o processo de tutoria na AAE

Fonte: elaborado por Barra RP, Chomatas VER, Lopes PRR e Matos MAB

Para a organização de cada macroprocesso, dentro da metodologia proposta, é sugerido que o processo de tutoria se desenvolva em momentos presenciais, em que serão realizadas a visita técnica, a oficina tutorial e o acompanhamento do período de dispersão.

Esses momentos devem ser conduzidos pelo tutor capacitado, por meio do ciclo de desenvolvimento do tutor, sendo necessário que tenha domínio do referencial teórico e da metodologia. As atividades estão distribuídas em três momentos de acordo com a carga horária disponível.

**Quadro 5.** Atividades dos momentos de tutoria na APS

ATIVIDADES DOS MOMENTOS DE TUTORIA NA APS	CARGA HORÁRIA
Visita técnica (giro na unidade)	4 horas
Oficina tutorial com a equipe	4 horas
Período de dispersão	45 a 60 dias

Fonte: elaborado por Barra RP, Chomatas VER, Lopes PRR e Matos MAB

**Quadro 6.** Atividades dos momentos de tutoria na AAE

ATIVIDADE	PERÍODO
Visita técnica	8 horas
Oficina tutorial com a equipe	8 horas
Monitoramento dos macroprocessos educação, apoio institucional e pesquisa	8 horas
Período de dispersão	45 a 60 dias

Fonte: elaborado por Barra RP, Chomatas VER, Lopes PRR e Matos MAB

A periodicidade das oficinas tutoriais depende da maturidade da equipe, mas os encontros devem ser definidos de maneira sistemática. Normalmente, os primeiros ciclos do PDSA requerem mais dedicação, podendo ser necessário mais de um ciclo do PDSA para o mesmo macroprocesso. Conforme os processos são organizados, e os resultados se tornam palpáveis, a presença do tutor no período de dispersão pode ser menos frequente. No entanto, é fundamental que a equipe garanta a continuidade dos ciclos de melhoria na organização de cada macroprocesso (Mendes *et al.*, 2019).

A tutoria propõe a utilização de ferramentas de gestão, como a matriz de gerenciamento de processos e o plano de ação, que devem ser introduzidas na rotina da unidade. Tutoriais com as equipes da APS e AAE são fundamentais para a realização das oficinas. Utiliza-se também o *checklist* de autoavaliação dos macroprocessos da APS e AAE.

### A MATRIZ DE GERENCIAMENTO DE PROCESSOS DA OFICINA TUTORIAL

É um passo a passo a ser seguido em cada oficina, que utiliza uma versão adaptada da matriz 5W2H, com um cabeçalho que inclui as perguntas *Como?* e *Quem?*, além de campos para registrar os participantes e material de apoio, como documentos de referência (diretrizes clínicas, POPs, normativas) e arquivos úteis (instrumentos, fluxogramas e planilhas).

A matriz de gerenciamento dos processos da oficina tutorial contém tópicos listados a seguir (Figura 6):

1. Apresentação dos objetivos, resultado esperado e as metas a serem alcançadas em cada oficina;
2. Atividades a serem desenvolvidas na visita técnica acompanhando os processos na unidade de saúde;
3. Atividades a serem desenvolvida na oficina tutorial com a participação da equipe de saúde.

A matriz de gerenciamento de processos é um método simples, objetivo, ágil e eficaz, que requer uma apropriação prévia e adequada pelo tutor. É uma ferramenta fundamental para garantir a organização e a eficácia das oficinas tutoriais.

**Figura 6.** Matriz de Gerenciamento de Processo de Tutoria – APS

<b>MATRIZ DE GERENCIAMENTO DE PROCESSO DE TUTORIA – APS</b>			
<b>TÍTULO DA OFICINA TUTORIAL:</b>			
<b>MACROPROCESSO:</b>			
Objetivo			
Resultado esperado			
Metas a serem alcançadas			
<b>ACOMPANHAMENTO DOS PROCESSOS NA UNIDADE</b>			
Atividade relacionada a visita técnica			
<b>Como</b>	<b>Quem</b>	<b>Participantes</b>	<b>Material de apoio</b>
<b>OFICINA TUTORIAL</b>			
Atividade relacionada ao monitoramento plano de ação			
Atividade relacionada ao monitoramento dos indicadores			
Atividades relacionadas a temática do macroprocesso a ser implantada			
Atividade de atualização do plano de ação			

Fonte: elaborado por Barra RP, Chomatas VER, Lopes PRR e Matos MAB

## O PLANO DE AÇÃO

O plano de ação é uma ferramenta importante para a implantação de todos os processos relacionados à tutoria. Ele é elaborado com base na matriz de gerenciamento de processos das oficinas tutoriais.

As ações descritas na matriz, para serem organizadas na unidade de saúde, devem constar no plano de ação e ser consideradas ações essenciais. A elaboração do plano de ação e seu monitoramento mensal são dois grandes diferenciais para a implantação de todos os processos relacionados à tutoria.

Na APS, o gerente da unidade é responsável pela condução e pelo monitoramento do plano de ação. Na ausência do gerente, o tutor exerce essa função. No ambulatório, um membro da equipe é identificado como guardião do plano de ação, que é encarregado de elaborar, atualizar e monitorar o plano de ação da equipe.

O plano de ação deverá ser elaborado, discutido e atualizado com a participação de toda a equipe, registrando a ação, o responsável, outros profissionais corresponsáveis pelas atividades secundárias de operacionalização da ação, prazos e recursos necessários, além de contar com um campo para observações, caso necessário.

O guardião do plano de ação deve se apropriar do método e da ferramenta, além de envolver os demais membros da equipe para o desenvolvimento das ações pactuadas. Recomenda-se alternar periodicamente o profissional na função de guardião, para que todos os membros da equipe se familiarizem com a metodologia.

Na oficina tutorial da APS, cada responsável pela ação deve apresentar o seu *status*; na oficina tutorial da AAE, o guardião do plano de ação deve apresentar o *status* do plano. Além disso, é fundamental que o tutor do ambulatório monitore o plano de ação, garantindo que as ações sejam executadas de forma eficaz e que os resultados sejam alcançados (Figura 7).

**Figura 7.** Plano de Ação para Organização dos Processos da Unidade Formativa

PLANO DE AÇÃO PARA ORGANIZAÇÃO DOS PROCESSOS DA UNIDADE FORMATIVA					
Unidade de saúde/Ambulatório					Data:
Ação	Responsável	Quem participa	Como	Prazo	Recursos/ observações

Fonte: elaborado por Barra RP, Chomatás VER, Lopes PRR e Matos MAB

O plano de ação deve ser elaborado na primeira oficina tutorial e monitorado em cada tutoria subsequente, como primeira atividade da ofical. A equipe deve apresentar o *status* de cada ação planejada, demonstrando o seu cumprimento de acordo com o definido (item de verificação) ou justificando o não cumprimento. Cada ação não realizada dentro do prazo pactuado deve ser discutida, com uma rápida investigação de possíveis fatores causais, reformulação, se necessário, e pactuação de novo prazo (Figura 8).

**Figura 8.** Passo a passo para elaboração e monitoramento do plano de ação na APS



Fonte: elaborado por Barra RP, Chomatas VER, Lopes PRR e Matos MAB

O plano de ação deve ser acompanhado continuamente, garantindo que as ações sejam executadas de forma eficaz e que os resultados sejam alcançados.

## O PROCESSO EDUCACIONAL

Para implantar os macroprocessos da construção social da APS e AAE, é necessária a formação de tutores, de modo a multiplicar a metodologia e operacionalizar os processos de trabalho com as equipes.

A formação de tutores requer um processo educacional que os capacite para multiplicar a metodologia e operacionalizar os processos de trabalho com as equipes de saúde de forma eficaz, envolvendo a aquisição de habilidades e conhecimentos específicos.

Para isso, os tutores são formados por facilitadores experientes que devem possuir apropriação do arcabouço conceitual e da metodologia da PAS, experiência prática na sua implementação e habilidades para a condução de processos formativos.

Os facilitadores e tutores precisam ter disponibilidade de carga horária para preparação e realização das atividades presenciais e a distância, e acompanhamento das atividades nos territórios.

O campo de atuação dos facilitadores é composto pelas unidades formativas da APS e AAE, onde eles desempenham um papel fundamental na formação de tutores e na implementação dos macroprocessos da construção social da APS e AAE.

### **Competência dos facilitadores na formação dos tutores**

- Customização dos materiais de acordo com a realidade local;
- Condução do alinhamento pré-tutoria;
- Condução da visita técnica nas unidades formativas da APS e AAE;
- Condução das oficinas tutoriais nas unidades formativas da APS e AAE;
- Condução do alinhamento pós tutoria;
- Condução da Inter tutoria e mentoria na AAE.

## **O CICLO DE DESENVOLVIMENTO DO TUTOR**

Para que o processo de tutoria na APS seja bem-sucedido, é fundamental desenvolver os tutores para a organização dos macroprocessos nas unidades formativas e nas demais unidades de atenção primária dos municípios. Já na AAE, o desenvolvimento do tutor acontece no ambulatório formativo, organizado segundo o modelo Pasa, no qual a expansão do processo de tutoria pode ocorrer de forma gradual, começando com unidades ambulatoriais regionais de uma mesma macrorregião e linha de cuidado ou sendo ampliada para outras linhas de cuidado em um mesmo ambulatório. Dessa forma, é possível garantir a qualidade e a eficácia do processo de tutoria ao mesmo tempo que se amplia a cobertura e o impacto da formação dos profissionais de saúde.

O processo educacional para os tutores é fundamentado na andragogia, uma abordagem pedagógica específica para adultos. Isso significa que os tutores precisam

entender o propósito e o processo de aprendizado para se sentirem motivados e engajados. Considerando que a maioria dos tutores possui uma rica experiência e conhecimento na área da saúde, adquiridos ao longo da vida, é fundamental:

- Valorizar e aproveitar essa bagagem de conhecimento;
- Integrar as experiências e conhecimentos prévios dos tutores no processo de aprendizado;
- Fomentar a reflexão crítica e a troca de experiências entre os tutores.

Dessa forma, o processo educacional pode ser mais eficaz e significativo, permitindo que os tutores desenvolvam as habilidades e competências necessárias para realizar a tutoria de forma qualificada. O uso de exemplos práticos é essencial para manter os tutores engajados. Isso ocorre porque os adultos precisam enxergar qual é a utilidade das novas informações que recebem no seu trabalho diário, para que, assim, sintam-se dispostos a aprender. É importante oferecer conteúdo em diferentes formatos, atividades em grupo, exposições dialogadas, dramatizações, exercícios dirigidos, como vídeos, *podcasts*, mapas mentais; e metodologias ativas, como *games*, aprendizagem baseadas em problemas (PBL) e aprendizagem baseada em equipes (TBL), que envolvem os tutores no processo de aprendizagem em vez de apenas os tornarem receptores de conteúdo.

Para tornar o processo educacional mais eficaz e significativo, é fundamental utilizar exemplos práticos que demonstrem a aplicabilidade das novas informações no trabalho diário dos tutores. Isso porque os adultos tendem a se sentir mais motivados a aprender quando percebem a utilidade do conhecimento adquirido.

O objetivo é promover a aprendizagem autônoma e participativa, permitindo que os tutores desenvolvam as habilidades e competências necessárias para realizar a tutoria de forma qualificada.

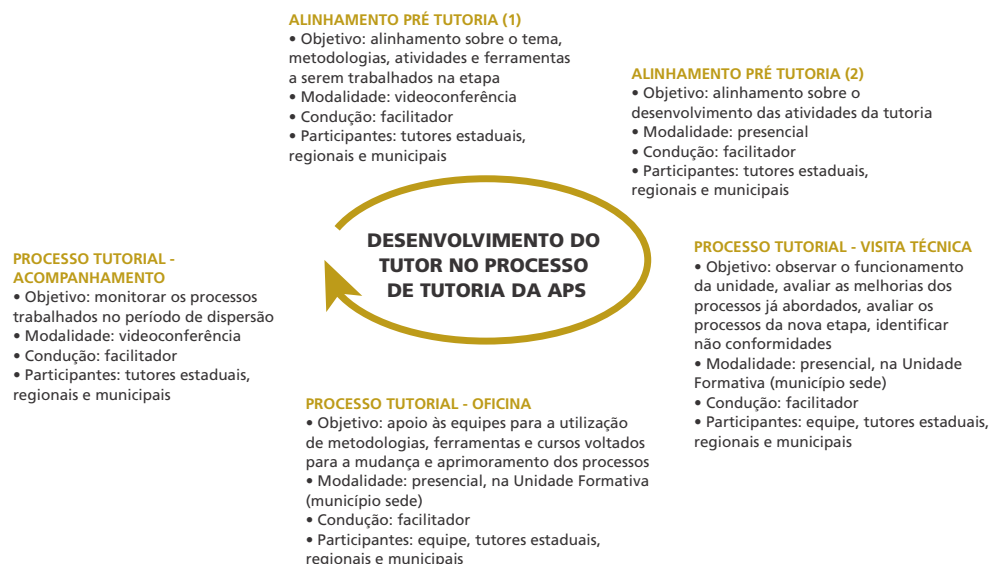
O ciclo de desenvolvimento do tutor na APS é um processo estruturado que ocorre para cada macroprocesso da construção social ou outros temas envolvidos. Esse ciclo visa proporcionar conhecimento teórico e prático, permitindo o desenvolvimento do tutor em cada etapa da organização dos macroprocessos (Figura 9). A unidade formativa serve como campo de prática para o desenvolvimento das habilidades e competências dos tutores. É composta por quatro momentos:

1. Curso de EAD: é uma etapa inicial de aprendizado *on-line* que fornece as bases teóricas necessárias.
2. Alinhamento pré-tutoria: realizado por videoconferência e presencial, visando preparar os tutores para as atividades práticas.

3. Realização de visita técnica e oficina tutorial: momentos presenciais consecutivos, preferencialmente no mesmo dia, em dias úteis de trabalho das equipes, nos quais os tutores aplicam os conhecimentos adquiridos e recebem orientação prática.
4. Alinhamento pós-tutoria: uma etapa final de avaliação e reflexão, realizada por videoconferência, para consolidar o aprendizado e planejar futuras ações.

Essa sequência lógica de momentos visa garantir o desenvolvimento eficaz dos tutores, preparando-os para realizar as oficinas tutoriais.

**Figura 9.** Ciclo de desenvolvimento do tutor para a APS



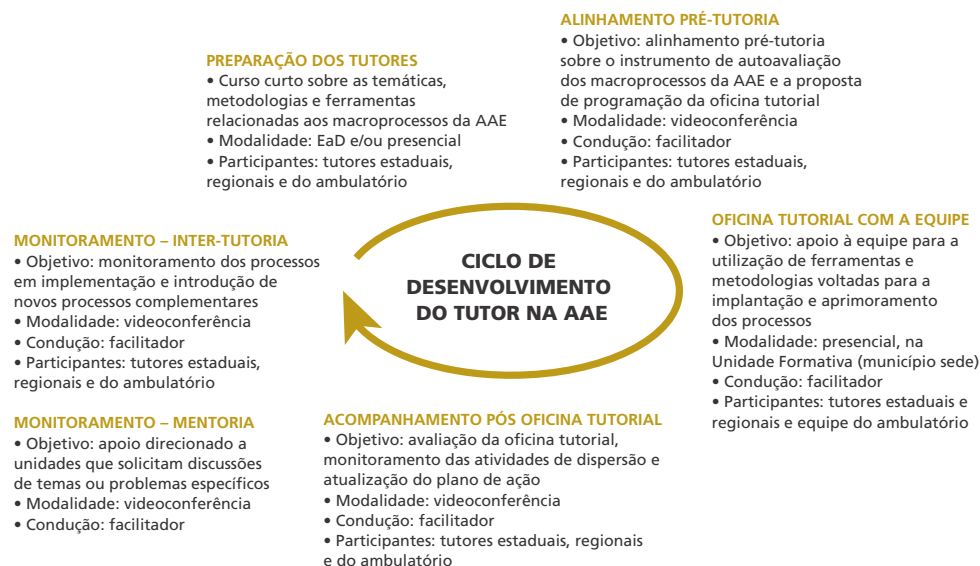
Fonte: elaborado por Barra RP, Chomatas VER, Lopes PRR e Matos MAB

O ciclo de desenvolvimento do tutor na AAE, assim como na APS, é um processo estruturado que ocorre por temática vinculada a cada macroprocesso da construção social (Figura 10). É composto por quatro momentos principais:

1. Alinhamento pré-tutoria: realizado por videoconferência, visando preparar os tutores para as atividades práticas e fornecer orientações iniciais.
2. Oficina tutorial e visita técnica: momentos presenciais consecutivos, preferencialmente na mesma semana, em dias úteis de trabalho das equipes, em que os tutores aplicam os conhecimentos adquiridos e recebem orientação prática.
3. Alinhamento pós-tutoria: uma etapa de avaliação e reflexão, realizada por videoconferência, para consolidar o aprendizado e planejar futuras ações.

4. Intertutoria e mentoria: uma etapa adicional de apoio e orientação, realizada por videoconferência, para garantir o desenvolvimento contínuo dos tutores.
5. Na mentoria, as equipes ou tutores solicitam o apoio para discussões de conteúdos ou problemas específicos. Na Intertutoria, são realizados o monitoramento dos processos em implantação e/ou a introdução de novos processos complementares que não necessariamente precisam ocorrer no formato presencial.

**Figura 10.** Ciclo de desenvolvimento do tutor para a AAE



Fonte: elaborado por Barra RP, Chomatas VER, Lopes PRR e Matos MAB

Os momentos presenciais acontecem em uma unidade formativa em um dos municípios da região de saúde, onde o facilitador do processo formativo vai ao território, tanto na APS quanto no ambulatório de especialidade.

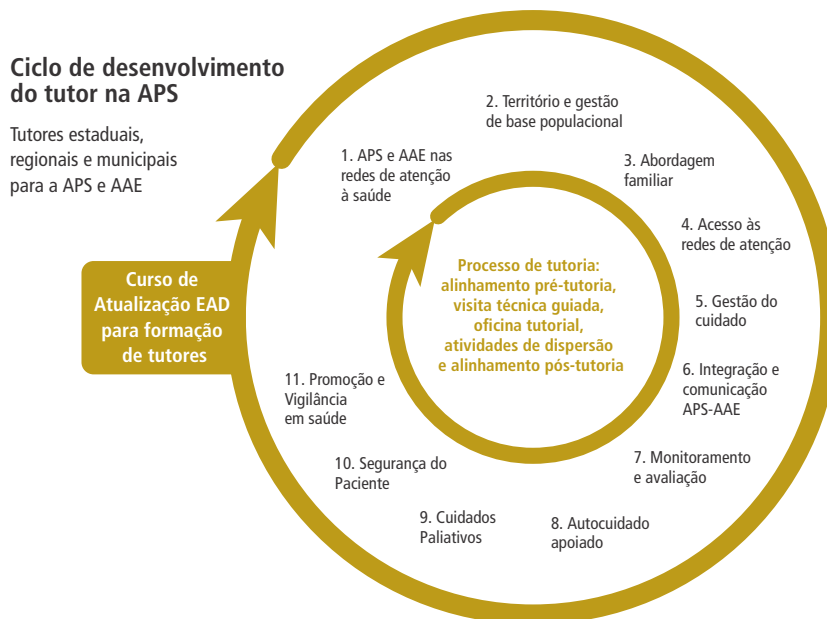
## CURSO DE ATUALIZAÇÃO EAD

O Curso de Atualização em Tutoria na Planificação da Atenção à Saúde é um recurso educacional a distância, desenvolvido pelo Instituto Israelita de Responsabilidade Social Albert Einstein (PlanificaSUS) dentro do Proadi-SUS, em parceria com o Conass. O objetivo principal é apoiar as secretarias estaduais e municipais na implantação da PAS, fortalecendo o papel da APS e da AAE na organização da RAS.

O curso é dividido em módulos que abordam temáticas e macroprocessos da construção social da APS e AAE, incluindo: APS e AAE nas RAS; território e gestão de base populacional; acesso às RAS; gestão do cuidado; integração e comunicação

entre APS e AAE; monitoramento e avaliação na APS e AAE; autocuidado apoiado na APS e AAE; cuidados Paliativos na APS e AAE; segurança do Paciente na APS e AAE; e macroprocesso de vigilância em saúde. São disponibilizados dois módulos específicos para a AAE: aprimoramento da gestão de agendas e processos de agendamento dos ambulatórios Pasa (Figura 11).

**Figura 11.** Curso EaD para formação de tutores



Fonte: elaborado por Barra RP, Chomatas VER, Lopes PRR e Matos MAB

O curso pode ser acessado por meio do *link* <https://proadi.ensinoeinstein.com/>. Essa iniciativa visa desenvolver teoricamente tutores, facilitadores e profissionais de saúde que atuam nos serviços de APS e AAE, organizados pela lógica da PAS.

Dentro da estratégia do ciclo de desenvolvimento do tutor na APS, o processo educacional começa com a participação dos tutores nos cursos de formação. Para garantir a eficácia do processo, é fundamental que os gestores pactuem e garantam o horário protegido para que todos os profissionais envolvidos participem do curso.

Além disso, é importante estabelecer uma estratégia de motivação e monitoramento da participação de todos os profissionais, garantindo que eles estejam engajados e comprometidos com o processo de desenvolvimento.

No caso da AAE, os cursos serão indicados de acordo com a temática que está sendo trabalhada, observando o estágio de desenvolvimento de cada ambulatório. Isso permitirá que os tutores da AAE recebam formação específica e relevante para as necessidades de cada ambulatório, garantindo um desenvolvimento mais eficaz e direcionado às necessidades reais.

## ALINHAMENTO PRÉ-TUTORIA

O alinhamento pré-tutoria é uma etapa fundamental no desenvolvimento dos tutores da APS e AAE. Na APS, o alinhamento pré-tutoria é realizado em dois momentos. O primeiro momento ocorre por videoconferência, seguido de um momento presencial. Essa abordagem permite uma preparação mais abrangente e personalizada para os tutores. Na AAE, o alinhamento pré-tutoria é realizado em um único momento por videoconferência. Essa abordagem visa garantir que os tutores estejam preparados e alinhados às necessidades específicas da AAE.

Em ambos os casos, a presença do facilitador é essencial para preparar os tutores estaduais dos níveis central, regional e municipal, garantindo que eles desenvolvam habilidades e conhecimentos necessários para realizar a tutoria de forma eficaz.

O alinhamento por videoconferência deve ocorrer preferencialmente uma semana antes do alinhamento presencial, possibilitando que os tutores tenham tempo suficiente para se preparar e absorver as informações necessárias.

### Quadro 7. Alinhamento pré-tutoria por videoconferência na APS

Ações que deverão ser discutidas
1. <b>Localização dos Tutores:</b> identificar em que momento do ciclo de formação os tutores se encontram, garantindo que todos estejam alinhados.
2. <b>Apresentação do Módulo do Curso EaD:</b> apresentar o módulo do curso EaD referente à etapa que será desenvolvida, reforçando a importância da realização dos módulos anteriores e garantindo que os tutores estejam familiarizados com o conteúdo.
3. <b>Verificação de Dúvidas:</b> verificar se existem dúvidas relacionadas às oficinas anteriores, retomando as ações essenciais que deveriam ser realizadas no período de dispersão.
4. <b>Introdução à Temática da Oficina Atual:</b> introduzir a temática da oficina atual, identificando com qual macroprocesso as atividades se relacionam, garantindo que os tutores tenham entendimento sobre a construção social da APS.
5. <b>Apresentação do Material:</b> apresentar todo o material disponível para a realização da oficina, incluindo: guia da oficina tutorial; matriz de gerenciamento, apresentação padrão em PPT; instrumento de visita técnica, textos de apoio e matrizes e <i>checklist</i> que serão utilizados no período de dispersão.
6. <b>Ações Essenciais:</b> destacar as ações essenciais relacionadas a esta etapa que deverão ser atualizadas no plano de ação, garantindo que os tutores discutam com as equipes de saúde, a necessidade de realizarem estas ações no período de dispersão.
7. <b>Leitura Prévia:</b> combinar com todos os tutores que deverão realizar uma leitura prévia de todo o material apresentado, destacando a matriz de gerenciamento da oficina tutorial, a apresentação de slides, o instrumento da visita técnica e os textos de apoio, antes do próximo alinhamento pré-tutoria que será realizado presencialmente.
8. <b>Solicitação de Informações:</b> se houver necessidade de que a equipe de saúde traga alguma informação que será utilizada no desenvolvimento da próxima oficina, já lembrar os tutores de solicitarem, garantindo que todos estejam preparados e alinhados.

Fonte: elaborado por Barra RP, Chomatas VER, Lopes PRR e Matos MAB

**Quadro 8.** Alinhamento pré-tutoria presencial (APS)

Ações que deverão ser discutidas
<p>1. <b>Localização dos Tutores:</b> identificar em que momento do ciclo de formação os tutores se encontram, garantindo que todos estejam alinhados.</p> <p>2. <b>Apresentação de Indicadores:</b> apresentar os indicadores por município e por equipes, relacionados à realização das oficinas tutoriais anteriores, bem como as ações a serem realizadas no período de dispersão, referentes à implantação de cada macroprocesso. Essa ação é importante para realizar o monitoramento com os tutores de todos os municípios, possibilitando a discussão sobre as dificuldades apresentadas e garantindo que todos estejam no mesmo tempo de implantação.</p> <p>3. <b>Reforço de Ações:</b> aproveitar o momento para reforçar alguma ação das oficinas anteriores que, durante o período de dispersão, foi identificada como difícil para as equipes realizarem.</p> <p>4. <b>Compartilhamento de Experiências:</b> solicitar que algum município que tenha uma experiência exitosa apresente como aconteceu, induzindo uma discussão sobre o processo apresentado e permitindo que os tutores aprendam com as experiências bem-sucedidas.</p> <p>5. <b>Introdução à Temática da Oficina Tutorial:</b> entrar então na temática da oficina tutorial que será desenvolvida, perguntando sobre as dúvidas sobre o material estudado e garantindo que os tutores estejam preparados para a próxima etapa. Para garantir a compreensão e a aplicação do material, podem ser realizadas atividades em grupo, como:</p> <p><b>Grupo 1:</b> fazer a leitura e discussão da matriz de gerenciamento da oficina tutorial, levantando as dúvidas para serem apresentadas em plenária.</p> <p><b>Grupo 2:</b> realizar uma aproximação com a apresentação de slides referentes ao alinhamento conceitual, discutindo e fazendo a apresentação em plenária.</p> <p><b>Grupo 3:</b> ler os textos de apoio e responder a perguntas disparadoras.</p> <p>A partir das discussões em plenária, o facilitador pode avaliar os pontos em que os tutores apresentam dificuldades, reforçando a metodologia e os conceitos e garantindo que todos estejam preparados para a próxima etapa.</p>

Fonte: elaborado por Barra RP, Chomatas VER, Lopes PRR e Matos MAB

**Quadro 9.** Alinhamento pré-tutoria por videoconferência na AAE

Ações que deverão ser discutidas
<p>1. <b>Avaliação Conjunta:</b> avaliar conjuntamente com os tutores a última versão do instrumento de auto-avaliação dos macroprocessos da AAE, identificando o estágio de avançamento em que o ambulatório se encontra na implantação do modelo Pasa.</p> <p>2. <b>Apresentação da Proposta de Programação:</b> apresentar a proposta de programação da oficina tutorial elaborada pelo facilitador a partir da análise da autoavaliação dos macroprocessos da AAE e do Plano de Ação do ambulatório, para que os tutores possam avaliar e contribuir com a sua elaboração.</p> <p>3. <b>Verificação de Demandas:</b> verificar com os tutores se eles têm alguma demanda que tem dificultado os processos de trabalho no ambulatório e que precisam ser abordadas na oficina tutorial.</p> <p>4. <b>Explicação dos Objetivos e Resultados:</b> explicar os objetivos e resultados esperados, os dias e horários de cada atividade, as ações que serão desenvolvidas, o local, público-alvo e os materiais necessários.</p>

### Ações que deverão ser discutidas

**5. Introdução à temática:** introduzir a temática da oficina atual, identificando com qual macroprocesso as atividades se relacionam.

**6. Apresentação do curso EaD:** sempre que houver um módulo ou curso EaD relacionado ao tema da oficina, este deve ser apresentado aos tutores. Demonstre o acesso à plataforma e reforce a importância de sua conclusão pelo público-alvo antes do encontro presencial.

**7. Apresentação do Material:** apresentar o material disponível que será utilizado na oficina, incluindo: matriz de gerenciamento; apresentação em slide; instrumento de visita técnica guiada; textos de apoio e instrumentos e *checklist*, dentre outros.

**8. Atividades integradas com a APS:** quando a programação incluir atividades integradas com a APS (como oficinas, visitas técnicas, monitoramento cruzado ou apoio matricial), a sua realização durante a oficina tutorial deverá ser previamente pactuada. A pactuação deve envolver o Facilitador da APS, os Tutores, o Coordenador da APS Municipal e o Coordenador da UBS onde a atividade ocorrerá.

**9. Preparação para a oficina tutorial:** destacar as ações que os tutores deverão preparar para a oficina tutorial, como: dados epidemiológicos para o monitoramento dos indicadores essenciais; lista de espera para atendimentos; consolidado de instrumentos de registros coletivos de percurso de cuidado das linhas de cuidados.

**10. Apresentação do Plano de Ação:** reforçar que o guardião do plano de ação deverá apresentar (em *slides*) o *status* das ações pactuadas no plano de ação.

**11. Pactuação da Agenda:** pactuar com o tutor do ambulatório a organização da agenda de atendimentos, permitindo a realização das atividades previstas na proposta de programação e reforçando a necessidade de participação de toda equipe no momento de alinhamento.

**12. Manutenção do funcionamento:** garantir a manutenção do funcionamento dos setores e dos ciclos de atendimentos para a realização da visita técnica guiada.

**13. Disponibilização da Programação:** disponibilizar a programação aos tutores, garantindo que todos estejam informados e preparados para a oficina tutorial.

Fonte: elaborado por Barra RP, Chomatas VER, Lopes PRR e Matos MAB

**Figura 12.** Fases para implantação do modelo Pasa



Fonte: elaborado por Barra RP, Chomatas VER, Lopes PRR e Matos MAB

## VISITA TÉCNICA NA APS

Durante a formação do tutor, ele acompanha o facilitador na visita técnica. É um momento essencial, pois permite verificar, *in loco*, o avançamento das ações planejadas pela equipe de saúde. Ela deve ser realizada com a unidade de saúde em funcionamento e antes da oficina tutorial.

Devem participar da visita técnica: os tutores estaduais e regionais, o coordenador da APS do município, o tutor municipal, o gerente da unidade de saúde ou o profissional responsável pelas ações de gestão da unidade e o tutor de serviço.

Em casos em que não é possível que todos os tutores municipais em formação acompanhem a visita técnica na unidade formativa, uma estratégia desenvolvida foi realizar a visita com os atores descritos acima e, ao final do período, reunir-se com os demais tutores em formação, no auditório da regional de saúde do município sede. O facilitador discutirá o instrumento da visita técnica com os tutores municipais, relatando como se deu a visita e quais pontos foram observados.

A visita técnica tem dois objetivos principais:

1. Avaliar as melhorias alcançadas das ações pactuadas no plano de ação das oficinas anteriores.
2. Conhecer a situação atual do macroprocesso que será discutido na nova oficina tutorial.

Durante a visita técnica, é importante identificar oportunidades de melhorias relacionadas ao funcionamento da unidade de saúde e a atenção à pessoa usuária. Os processos que foram identificados não devem ser corrigidos nem adequados. Em vez disso, é importante anotar as oportunidades de melhoria e apresentá-las ao gerente da unidade e ao coordenador da APS ao final da visita, e já elaborar um plano de ação específico para a gestão, no caso de serem ações que não são da governança da equipe.

Caso seja observada alguma oportunidade de melhoria relacionada a processos já implantados nas tutorias anteriores, realizar a discussão na oficina tutorial com a participação dos profissionais de saúde.

A visita técnica também pode incluir discussões com grupos de profissionais específicos de acordo com o macroprocesso. Por exemplo, no macroprocesso territorialização, será importante alinhar alguns passos com os ACS e os ACE.

Para que o tutor possa conduzir a visita técnica de forma eficaz, é disponibilizado um instrumento orientador que o auxiliará na avaliação e identificação de oportunidades de melhoria.

**Quadro 10.** Ações que deverão ser realizadas na visita técnica

Ações que deverão ser realizadas na visita técnica
<p>1. <b>Preparação:</b> ler com antecedência e ter o instrumento orientador para a visita em mãos, para garantir que todas as ações importantes previstas sejam realizadas.</p> <p>2. <b>Observação do Funcionamento da Unidade:</b> observar o funcionamento da unidade, iniciando pela recepção e observando os demais setores. O tutor deve treinar seu olhar para observar as ações que foram planejadas pela equipe e pactuadas no plano de ação.</p> <p>3. <b>Avaliação do Macroprocesso:</b> avaliar a situação atual do macroprocesso a ser implantado, verificando se ele já existe, se funciona adequadamente e se há oportunidades de melhorias.</p> <p>4. <b>Monitoramento do Plano de Ação:</b> monitorar com o gerente da unidade ou o profissional responsável pelas ações de gestão da unidade de saúde o que foi acordado no plano de ação. Isso permitirá alinhar o que foi realizado no período de dispersão para discutir com a equipe na oficina tutorial.</p> <p>5. <b>Ouvir os usuários:</b> conversar com alguns usuários e conhecer a impressão deles sobre o atendimento oferecido. O tutor deve relatar essas informações para a equipe de saúde na oficina tutorial.</p>

Fonte: elaborado por Barra RP, Chomatás VER, Lopes PRR e Matos MAB

**VISITA TÉCNICA NA AAE**

A visita técnica é uma atividade fundamental desenvolvida com os tutores para que conheçam em detalhes o funcionamento da unidade formativa da AAE Modelo Pasa. Essa ação deve ser planejada para proporcionar uma visão prática e interativa sobre a rotina de funcionamento do ambulatório, as funções de cada setor e a integração entre as equipes de saúde. Tem como objetivos:

- Proporcionar uma visão prática e interativa sobre a rotina de funcionamento do ambulatório;
- Apresentar o funcionamento de cada área e o fluxo de atendimentos das pessoas usuárias;
- Mostrar os processos de cuidado adotados pela eMulti;
- Oferecer a oportunidade de observar como a equipe trabalha, desde o acolhimento até a discussão de caso para a elaboração do plano de cuidados.

Deve ser realizada de forma sequencial, em todos os setores, com pausas em cada ambiente, para que os participantes possam fazer perguntas e entender a dinâmica de funcionamento do ambulatório. O guia da visita deve ser o tutor do ambulatório, que deverá explicar e apresentar os setores, os fluxos de atendimentos e os processos assistenciais. É uma oportunidade para os tutores conhecerem em detalhes o funcionamento da unidade formativa e entender como a eMulti trabalha. Além disso, é fundamental para identificar oportunidades de melhorias e discutir questões importantes com a equipe.

O facilitador deve preparar e apoiar o tutor para a realização da visita técnica, orientando sobre os pontos que devem ser observados em cada ambiente. A realização da visita técnica não deve prejudicar o funcionamento do ambulatório.

Ao final da visita técnica, deve haver um momento para discussões e *feedbacks* entre os tutores. Isso permitirá que os participantes compartilhem suas impressões e identifiquem oportunidades de melhorias.

Durante a visita técnica, é importante aproveitar o momento para conversar com alguns usuários e conhecer a impressão deles sobre os atendimentos oferecidos pelo ambulatório. Isso permitirá que os tutores entendam melhor as necessidades e expectativas dos usuários e identifiquem oportunidades de melhorias.

#### Quadro 11. Preparação do Tutor da AAE para a Visita Técnica

Preparação do Tutor da AAE para a Visita Técnica
<p><b>OBJETIVO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantir que a visita seja eficaz e produtiva.</li> </ul> <p><b>RESPONSÁVEL:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitador da AAE.</li> </ul> <p><b>PASSOS PARA PREPARAÇÃO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunião com o tutor de serviço AAE: antes da visita técnica, reunir-se com o tutor de serviço AAE e prepará-lo sobre a organização e objetivos da visita técnica guiada; tempo conforme programação; materiais necessários, incluindo o guia da visita técnica de cada linha de cuidado; discutir pontos a serem abordados; necessidades e expectativas.</li> </ul> <p><b>BENEFÍCIOS DA PREPARAÇÃO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mapear as etapas a serem realizadas;</li> <li>• Reduzir falhas no desenvolvimento da atividade;</li> <li>• Reduzir a variabilidade do processo;</li> <li>• Otimizar o tempo para a execução da visita guiada.</li> </ul> <p><b>APÓS A VISITA TÉCNICA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Discussão com os tutores da AAE e gestão do ambulatório sobre os avanços e as oportunidades de melhorias identificadas durante a visita e, posteriormente, atualizar o plano de ação com base nas oportunidades de melhorias</li> </ul> <p><b>VERIFICAÇÃO DA EFETIVIDADE DA VISITA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para verificar a efetividade da visita, é fundamental que o tutor em serviço da AAE compreenda a organização de todos os setores e os processos implantados no ambulatório. Dependendo do tempo disponibilizado, pode ser necessário dividir a visita técnica guiada em mais de um momento.</li> </ul>

Fonte: elaborado por Barra RP, Chomatas VER, Lopes PRR e Matos MAB

## A OFICINA TUTORIAL E SUA OPERACIONALIZAÇÃO

A oficina tutorial é um momento importante na estratégia educacional para a formação dos tutores para APS e AAE. Realizada na unidade e no ambulatório formativo no município sede da região, permite que os tutores aprendam a partir da observação da condução da oficina por um facilitador.

A aprendizagem por observação é baseada na teoria da aprendizagem social e envolve os processos de atenção, retenção, reprodução e motivação. É uma forma de aprendizagem em que a pessoa aprende a partir da observação de outra pessoa. É também conhecida como aprendizagem observacional. Ela permite que os tutores aprendam de forma mais rápida e eficiente, evitando a necessidade de experimentar todas as ações e comportamentos por si mesmos. Além disso, a aprendizagem por observação também permite que os tutores aprendam com os erros e acertos dos outros, sem ter que passar pelas mesmas experiências (Rizzi, 2023).

O primeiro processo da aprendizagem por observação é a atenção. Para aprender por meio da observação, é necessário que o tutor preste atenção nas ações e nos comportamentos da pessoa que está sendo observada. O segundo processo da aprendizagem por observação é a retenção. Após prestar atenção nas ações observadas, o tutor precisa ser capaz de reter essas informações na memória. A retenção é influenciada pela capacidade de memória do indivíduo, bem como pela forma como as informações são codificadas e organizadas na memória. O terceiro processo da aprendizagem por observação é a reprodução. Após reter as informações observadas, o tutor precisa ser capaz de reproduzir essas ações e comportamentos. A reprodução envolve a transformação das informações retidas em ações concretas. O quarto processo da aprendizagem por observação é a motivação. Para que a aprendizagem por observação ocorra, o indivíduo precisa estar motivado a reproduzir as ações observadas (Rizzi, 2023). É necessário que o facilitador utilize técnicas motivacionais para estimular o interesse e o desempenho dos tutores. Isso permitirá que eles aprendam de forma mais eficiente e eficaz.

Durante a oficina tutorial, acontecem momentos técnico-operacionais de reflexão e instrução com as equipes envolvidas. Essas atividades são realizadas para organizar e qualificar os processos de trabalho das unidades de saúde, permitindo que os tutores aprendam a partir da prática e da experiência dos outros. Tem como objetivo fortalecer as competências de conhecimento, habilidade e atitude, para que eles possam organizar os processos de trabalho das unidades de saúde de acordo com a construção social da APS e o modelo Pasa. Isso permitirá uma melhor gestão da assistência oferecida aos usuários, à família e à comunidade.

A oficina tutorial oferece vários benefícios, incluindo: fortalecimento das competências dos tutores; melhoria da gestão da assistência ofertada aos usuários e organização e qualificação dos processos de trabalho das unidades de saúde.

Para sua realização eficaz, o passo a passo guiará a equipe na execução das atividades necessárias para alcançar os objetivos e metas estabelecidos, garantindo a melhoria contínua dos processos de trabalho.

## Quadro 12. Passo a passo para realizar a oficina tutorial com a equipe da APS

Passo a passo para realizar a oficina tutorial com a equipe da APS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Localizar qual macroprocesso da construção social da APS será desenvolvido na temática.</li> <li>• Apresentar a programação da oficina, planejando o tempo de forma eficaz para garantir a realização das atividades. É importante pactuar com um profissional da equipe para ser o guardião do tempo.</li> <li>• Monitorar o plano de ação:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrar em contato com o tutor de serviço com antecedência e solicitar que seja incluído na apresentação, um slide para cada ação do plano e como se deu o desfecho;</li> <li>- Cada responsável pela ação apresentará a ação na oficina tutorial, promovendo o envolvimento e o sentimento de pertencimento da equipe;</li> <li>- Verificar a necessidade de atualizar ou introduzir nova ação relacionada ao desdobramento do que foi apresentado;</li> </ul> </li> <li>• Discutir sobre os apontamentos relacionados na visita técnica:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentar os avanços observados dos processos já organizados;</li> <li>- Apresentar os pontos de oportunidade de melhorias relacionados aos processos em organização;</li> <li>- Apresentar o relato das impressões de algum usuário realizada durante a visita técnica;</li> </ul> </li> <li>• Realizar o alinhamento conceitual sobre o macroprocesso da oficina tutorial:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar a apresentação de <i>slides</i> sobre o macroprocesso da oficina tutorial;</li> <li>- Chamar a atenção para os textos de apoio relacionados à temática, sugeridos na matriz de gerenciamento;</li> <li>- Acrescentar <i>slides</i> que possam ajudar a reflexão sobre ações das oficinas anteriores e já destacar as da oficina atual.</li> </ul> </li> <li>• Apresentar os instrumentos, matrizes e <i>checklist</i> relacionados, que deverão ser usados no período de dispersão.</li> <li>• Atualizar o plano de ação:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planejar o tempo de forma eficaz para garantir a atualização do plano de ação;</li> <li>- Garantir que, durante a atualização do plano de ação, tenha a participação de toda a equipe;</li> <li>- Antecipar e incluir <i>slides</i> com as ações essenciais referentes ao plano de ação, descritas na matriz de gerenciamento da oficina tutorial;</li> <li>- Preencher a coluna “ação” e a coluna do “como”, deixando as colunas do “responsável”, “quem participa” e “prazo”, para serem preenchidas com a equipe;</li> <li>- Definir prazos factíveis com a equipe, pondere, se achar que a ação pode ser realizada em um prazo menor ou maior.</li> <li>- Confirmar se todos entenderam cada ação e como fazer.</li> </ul> </li> </ul>

Fonte: elaborado por Barra RP, Chomatas VER, Lopes PRR e Matos MAB

**Quadro 13.** Passo a passo para realizar a oficina tutorial com a equipe da AAE

Passo a passo para realizar a oficina tutorial com a equipe da AAE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Repassar a programação da oficina tutorial da AAE pactuada na pré-tutoria:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Checar se as atividades previstas poderão ser desenvolvidas, se o público-alvo para cada momento estará disponível ou se necessitará serem feitas adequações.</li> </ul> </li> <li>• Monitorar dos indicadores assistenciais do ambulatório e de resultados regional da linha de cuidado que está sendo organizada:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Os tutores do ambulatório e da SES regional deverão preparar a apresentação dos indicadores conforme relação pactuada na pré-tutoria;</li> <li>- Discutir os indicadores e refletir sobre os processos, buscando identificar pontos fortes e áreas que necessitam de melhorias.</li> </ul> </li> <li>• Monitorar a pesquisa de satisfação da pessoa usuária:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a aplicação da pesquisa de satisfação da pessoa usuária;</li> <li>- O tutor do ambulatório deverá preparar apresentação com o consolidado da pesquisa de satisfação da pessoa usuária;</li> </ul> </li> <li>• Monitorar a agenda de atendimentos, o fluxo de agendamento e a lista de espera:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar como estão sendo agendados os atendimentos;</li> <li>- Checar o fluxo de atendimento da APS para o ambulatório, verificar como estão sendo agendados os primeiros atendimentos e subsequentes;</li> <li>- Verificar a lista de espera de cada linha de cuidado e especialista, observar o tempo médio para acessar o primeiro atendimento e subsequente;</li> </ul> </li> <li>• Monitorar os processos educacionais para as pessoas usuárias, para equipe do ambulatório e para as equipes da APS do território regional:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar a realização das atividades de acolhimento coletivo e sala de espera;</li> <li>- Checar o cronograma e as atividades realizadas de educação permanente para os profissionais da equipe do ambulatório;</li> <li>- Checar o cronograma e as atividades de apoio matricial realizadas para os profissionais da APS;</li> </ul> </li> <li>• Monitorar o fluxo de compartilhamento do cuidado APS-AAE:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- O tutor deverá apresentar o percentual de compartilhamentos do cuidado APS-AAE equivocados; as principais dificuldades identificadas para o compartilhamento adequado; as intervenções feitas nas equipes da APS para qualificar o compartilhamento do cuidado, o percentual de pessoas usuárias que alcançaram estabilidade clínica e que foi feita a transição do cuidado com a APS.</li> </ul> </li> </ul> <p>Realizar visita técnica guiada no ambulatório incluindo o monitoramento da atenção contínua de cada linha de cuidado;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A visita deverá ser conduzida pelo tutor de serviço apoiado pelo facilitador, durante o horário de funcionamento do ambulatório e realização dos ciclos atendimentos da atenção contínua, conforme roteiro previamente apresentado na pré-tutoria;</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar visita técnica a uma UBS que apresente dificuldades recorrentes no cuidado compartilhado:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- A visita técnica a uma UBS tem por objetivo praticar os processos de integração, deverá ser programada na pré-tutoria, pactuada com a APS e com o facilitador da APS;</li> </ul> </li> <li>• Realizar alinhamento conceitual sobre a temática relacionada aos macroprocessos da AAE que será trabalhado na oficina:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conduzir a apresentação de slides sobre a temática relacionada aos macroprocessos da AAE. Até que o tutor da AAE tenha concluído o seu ciclo de formação o facilitador deverá conduzir a apresentação.</li> </ul> </li> <li>• Apresentar os instrumentos, matrizes, planilhas e <i>checklist</i> relacionados, que deverão ser usados no período de dispersão.</li> </ul>

### Passo a passo para realizar a oficina tutorial com a equipe da AAE

- Atualizar o plano de ação:
  - É muito importante planejar o tempo, para não correr o risco de não ser suficiente para a elaboração/atualização do plano de ação;
  - O plano de ação deve ser elaborado pela equipe, deverá ser definida as ações, como, quem responsável e o prazo. O facilitador deverá orientar quanto a elaboração, atualização e o monitoramento do plano de ação;
  - Fazer a leitura do plano de ação e verificar a compreensão da equipe;
  - O plano de ação deve estar acessível para toda a equipe.

Fonte: elaborado por Barra RP, Chomatas VER, Lopes PRR e Matos MAB

## O PERÍODO DE DISPERSÃO NA APS E NA AAE

O período de dispersão é um momento crucial para a implantação das ações de melhoria planejadas pela equipe de saúde durante a oficina tutorial. É a fase D (Fazer) do ciclo PDSA, na qual as ações descritas no plano de ação são executadas e incorporadas à rotina dos serviços. A equipe de saúde deve executar as ações planejadas e pactuadas no plano de ação.

Momento também de realizar cursos breves de acordo com a necessidades dos profissionais; revisar normas e rotinas das UBS e no ambulatório, em comparação com as recomendações de instruções normativas; coletar dados quantitativos e qualitativos sobre as ações desenvolvidas.

O tutor deve acompanhar e monitorar continuamente as atividades definidas e os processos implantados ou em implantação, garantindo que as ações sejam executadas de forma eficaz e que os resultados sejam alcançados.

**Quadro 14.** Passo a passo para monitoramento das atividades pactuadas no plano de ação

### Passo a passo para monitoramento das atividades pactuadas no plano de ação

- Retomar periodicamente, com a equipe, cada atividade do plano de ação, incluindo as ações da última oficina tutorial e as que não foram concluídas das oficinas anteriores.
- Embora o plano de ação tenha um guardião, o monitoramento deverá ser feito com cada responsável pela ação, garantindo que as atividades sejam executadas de forma eficaz;
- A periodicidade do monitoramento dependerá do andamento da realização da ação. Algumas ações podem necessitar de um apoio maior do tutor, especialmente aquelas que estão enfrentando desafios ou atrasos;
- Na APS, o monitoramento deverá ser realizado pelo tutor de serviço, apoiado pelo tutor municipal e regional.
- Na AAE, o monitoramento deverá ser realizado pelo tutor de serviço, apoiado pelo tutor regional.

Fonte: elaborado por Barra RP, Chomatas VER, Lopes PRR e Matos MAB

Algumas ações do tutor de serviço da APS deverão ser alinhadas com os tutores regionais e municipais, pois pode não estar na governança deles resolver, por exemplo:

Ação	Responsável	Quem participa	Como	Prazo	Recursos/ Observações	Monitoramento
Realizar curso para estratificação de risco das condições crônicas	Gerente da unidade	Equipe de saúde	Participar do curso segundo cronograma definido			

A equipe de saúde só poderá concluir a ação se o curso estiver disponibilizado e com cronograma pactuado com o município e com os profissionais e realizados por eles.

É necessário garantir estratégias para o monitoramento:

- Tutor de serviço — Presencial, em reuniões com a equipe em horário protegido, semanalmente;
- Tutores nível central e regional — Remoto, em reuniões mensais com os tutores de serviço.

Além das reuniões presenciais, o uso de aplicativo de mensagens é uma estratégia potente que pode ser utilizada. Os grupos podem melhorar a comunicação e o acompanhamento da implantação dos macroprocessos na APS e AAE, permitindo maior integração e colaboração entre os diferentes níveis de gestão e equipes de saúde.

#### Quadro 15. Sugestão para tipos de grupos de aplicativo de mensagens na APS

Sugestão para tipos de grupos de aplicativo de mensagens na APS
<p><b>Grupo unidade formativa município sede</b></p> <p>Administrador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitador</li> </ul> <p>Participantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tutor de serviço, tutor municipal, tutor estadual, regional e a equipe de saúde.</li> </ul> <p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompanhar a implantação dos macroprocessos e discussão com o tutor de serviço e a equipe, as ações a serem implantadas pactuadas no plano de ação.</li> </ul> <p>Função:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parabenizar a equipe pelas ações concluídas, motivá-la para a conclusão das demais, compartilhar avisos, instruções normativas, protocolos e informações do Ministério da Saúde, SES e SMS.</li> </ul>

### Sugestão para tipos de grupos de aplicativo de mensagens na APS

#### Grupo tutores municipais

Administrador:

- Tutor Regional

Participantes:

- Tutor estadual, tutor municipal (preferencialmente o coordenador da APS) e o facilitador da implantação dos macroprocessos.

Objetivo:

- Acompanhar a implantação dos macroprocessos na região de saúde e discussão do desenvolvimento da implantação dos macroprocessos da APS em todos os municípios

Funções:

- Compartilhar avisos, NT, protocolos, orientações e informações do Ministério da Saúde e SES;

#### Grupo tutores de serviço

Administrador:

- Tutor municipal

Participantes:

- Tutores de serviço do município, tutor regional e facilitador.

Objetivo:

- Acompanhar a implantação dos macroprocessos em cada equipe de saúde dos municípios e de um espaço para o tutor municipal com o apoio do tutor regional, discutir as ações a serem implantadas, pactuadas no plano de ação de cada equipe, parabenizando a equipe pelas ações concluídas e motivando-a para a conclusão das demais.

Funções:

- Compartilhar avisos, NT, protocolos, orientações e informações do Ministério da Saúde, SES e SMS.

Fonte: elaborado por Barra RP, Chomatas VER, Lopes PRR e Matos MAB

### Quadro 16. Sugestão para tipos de grupos de aplicativo de mensagens instantânea na AAE

#### Sugestão para tipos de grupos de aplicativo de mensagens instantânea na AAE

##### Grupo dos Tutores da AAE

Participantes:

- Tutores da SES, níveis central e regional, tutor do ambulatório e o gerente do ambulatório.

Objetivo:

- Discutir, apoiar e resolver questões relacionadas à implantação dos macroprocessos da AAE, fluxos da rede temática, integração com a APS, relação com outros pontos da RAS, ausência de medicamentos e insumos, dificuldades identificadas no território regional etc.

Funções:

- Compartilhar materiais, ferramentas, documentos técnicos (portarias, diretrizes, notas técnicas, guias, protocolos) etc.

##### Grupo do ambulatório Pasa

Administrador:

- Tutor do ambulatório

Participantes:

- Tutores nível central e regional, facilitador, guardião do plano de ação e profissionais da equipe do ambulatório.

Objetivo:

- Facilitar a comunicação, promover a interação e o compartilhamento de informações, conteúdos e documentos técnicos.

#### Sugestão para tipos de grupos de aplicativo de mensagens instantânea na AAE

Funções:

- Monitorar o plano de ação, discutir e resolver problemas, fornecer atualizações sobre o andamento das atividades para implantação dos macroprocessos da AAE, compartilhar registros fotográficos e vídeos das ações desenvolvidas pela equipe, desde que observadas as recomendações da lei brasileira que protege o direito de imagem e a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

Fonte: elaborado por Barra RP, Chomatas VER, Lopes PRR e Matos MAB

### 3. O PROCESSO DA CONSTRUÇÃO SOCIAL DA APS

A proposta operacional do processo da Construção Social da APS é organizada em três passos fundamentais

#### Passo 1 — Definição do propósito

O propósito da construção social da APS é organizar os macroprocessos da APS com vista ao cumprimento dos seus papéis:

- Instituir e manter a base populacional das redes de atenção;
- Resolver a grande maioria dos problemas de saúde demandados;
- Coordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações ao longo das redes.

#### Passo 2 — Definição do método

O método utilizado na PAS inclui estratégias educacionais presenciais e/ou a distância, tais como:

- Ciclos de formação do tutor: EaD e alinhamentos pré-tutoria;
- Processos tutoriais: visitas técnicas, oficinas e acompanhamento dispersão;
- Cursos curtos.

#### Passo 3 — Definição da operação

A operação da PAS envolve:

- Seleção de tutores;
- Escolha da unidade formativa;

- Definição da estratégia de expansão;
- Mobilização e pactuação com gestores e profissionais;
- Cronograma de implantação e de expansão.

## O PROCESSO DE EXPANSÃO NA APS

O processo de expansão é fundamental para garantir que a organização dos macroprocessos da construção social da APS alcance todas as equipes de saúde de todos os municípios envolvidos, disseminando o conhecimento e as habilidades necessárias para a organização dos processos de trabalho para a melhoria da atenção à saúde. Esse processo é dividido em etapas, que incluem:

- Etapa 1 — Formação dos Tutores Municipais

A formação dos tutores municipais ocorre na unidade formativa do município sede da regional de saúde, com o apoio de facilitadores e tutores estaduais e regionais. Essa etapa é crucial para garantir que os tutores municipais tenham as habilidades e os conhecimentos necessários para realizar a tutoria em seus municípios.

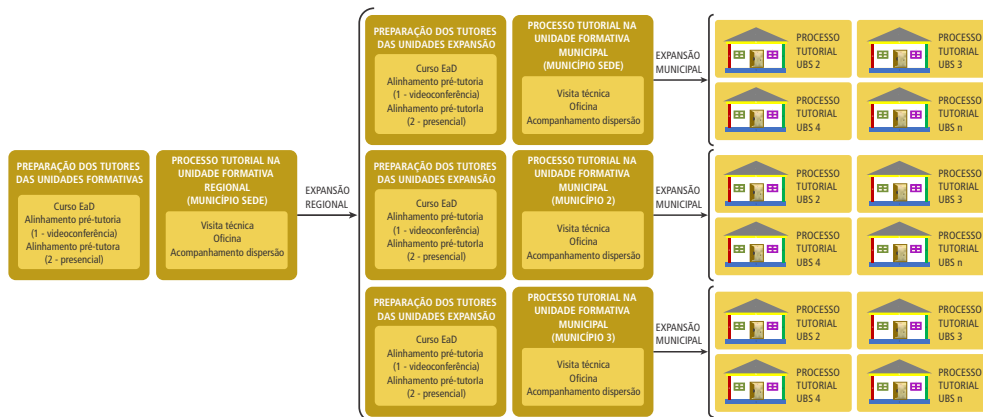
- Etapa 2 — Expansão Regional

Após a formação dos tutores municipais, inicia-se a expansão regional. Nessa etapa, os tutores municipais, apoiados pelos tutores regionais, realizam o processo de tutoria nas unidades formativas de seus municípios, formando tutores de serviço municipais.

- Etapa 3 — Expansão Municipal

Em seguida, ocorre a expansão municipal, na qual os tutores capacitados realizam o processo de tutoria em cada unidade de saúde do município. Essa etapa é fundamental para garantir que todos os profissionais de saúde do município tenham acesso às habilidades e conhecimentos necessários para organizar os macroprocessos nas unidades de saúde.

Recomenda-se que a expansão regional seja concluída em até uma semana após a oficina tutorial na unidade formativa do município sede. Além disso, recomenda-se que as demais oficinas sejam realizadas em todas as unidades de saúde do município até o final do período de dispersão (Figura 13).

**Figura 13.** Representação da expansão da PAS em uma regional de saúde

Fonte: elaborado por Barra RP, Chomatas VER, Lopes PRR e Matos MAB

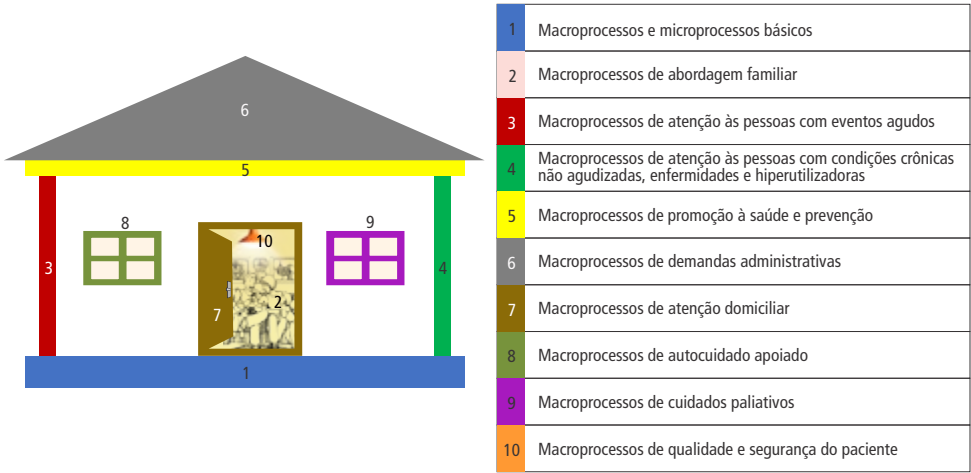
## ORGANIZANDO OS MACRO E MICROPROCESSOS DA CONSTRUÇÃO SOCIAL DA APS

A operacionalização da construção social nas unidades de APS, após a formação do tutor, envolve a organização dos macro e microprocessos básicos; macroprocessos de abordagem familiar; macroprocessos de atenção aos eventos agudos; macroprocessos de atenção às condições crônicas não agudizadas, aos usuários muito frequentes e as enfermidades; macroprocessos de promoção/prevenção; macroprocessos das demandas administrativas; macroprocessos da atenção domiciliar; macroprocessos do autocuidado apoiado; macroprocessos da atenção paliativa e macroprocessos de qualidade e segurança do paciente.

A inclusão dos macroprocessos de qualidade e segurança do paciente e dos macroprocessos de abordagem familiar na nova versão da construção social da APS reflete a importância desses processos para a melhoria da atenção à saúde na APS.

Os macroprocessos são representados na Metáfora da Construção da Casa (Figura 14), como já descrito em tópico anterior, e são detalhados no quadro em seguida (Quadro 17).

Figura 14. Metáfora da casa na construção social da APS



Fonte: Mendes et al., 2019

Quadro 17. Macro e microprocessos da Atenção Primária à Saúde

Macroprocessos básicos
<ul style="list-style-type: none"><li>• Territorialização</li><li>• Cadastro individual e domiciliar/familiar</li><li>• Diagnóstico local</li><li>• Identificação das subpopulações-alvo por fator de risco ou condição de saúde</li><li>• Programação da atenção à saúde</li><li>• Pactuações de metas e monitoramento das intervenções de cuidado</li><li>• Agenda de atendimentos</li><li>• Organização da carteira de serviços da unidade</li><li>• Educação permanente dos profissionais de saúde</li></ul>
Microprocessos básicos
<ul style="list-style-type: none"><li>• Recepção</li><li>• Acolhimento</li><li>• Aferição de dados vitais e antropométricos</li><li>• Vacinação</li><li>• Curativo</li><li>• Farmácia</li><li>• Coleta de exames</li><li>• Eletrocardiograma</li><li>• Procedimentos terapêuticos</li><li>• Esterilização de materiais</li><li>• Gerenciamento de resíduos</li></ul>
Macroprocessos de abordagem familiar
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cadastro familiar</li><li>• Estratificação de risco familiar</li><li>• Avaliação das relações familiares (Genograma) e comunitárias (Ecomapa)</li><li>• Elaboração do plano de cuidados familiares</li></ul>

Macroprocessos de atenção às pessoas com eventos agudos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acolhimento</li> <li>• Classificação de risco</li> <li>• Atendimento aos eventos agudos de menor gravidade</li> <li>• Primeiro atendimento aos eventos agudos de maior gravidade e encaminhamento, se necessário, para pronto atendimento ou pronto-socorro</li> <li>• Integração vertical com os pontos de urgência da rede de atenção</li> <li>• Identificação de pessoas com condições crônicas agudizadas e reinserção no acompanhamento longitudinal</li> </ul>
Macroprocessos de atenção às pessoas com condições crônicas não agudizadas, enfermidades e hiperutilizadoras
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestão das condições crônicas de saúde</li> <li>• Estratificação de risco</li> <li>• Acompanhamento longitudinal por estrato de risco</li> <li>• Elaboração e monitoramento do plano de cuidados</li> <li>• Ações de fortalecimento do autocuidado apoiado</li> <li>• Gestão de caso das condições de maior complexidade</li> <li>• Novos formatos de prática clínica: atenção contínua e atenção compartilhada em grupo</li> <li>• Integração vertical com a AAE</li> <li>• Matriciamento com a equipe de atenção especializada</li> <li>• Telessaúde</li> <li>• Educação em saúde: grupo operativo; mapeamento de recursos comunitários e educação popular</li> <li>• Abordagem das pessoas muito frequentes (hiperutilizadores) e com enfermidades</li> </ul>
Macroprocessos de promoção à saúde e prevenção
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ações intersetoriais e comunitárias que promovam ambientes, relações e hábitos saudáveis de vida</li> <li>• Ações para mudança de comportamento e hábitos de vida: atividade física, reeducação alimentar, controle de peso, controle do tabagismo, controle do álcool e drogas</li> <li>• Rastreamento e diagnóstico precoce de condições crônicas (câncer de mama, colo do útero e intestino; hipertensão, diabetes e doença renal crônica; triagem neonatal; transtornos do espectro autista; IST; outras doenças)</li> </ul> <p>(cont.)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vacinação</li> <li>• Prevenção de quedas</li> <li>• Prevenção de doenças bucais</li> <li>• Controle das arboviroses</li> <li>• Prevenção de iatrogenias (medicação, exames e procedimentos desnecessários e prejudiciais)</li> </ul>
Macroprocessos de demandas administrativas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistenciais: atestados médicos, renovação de receitas, entrega de resultados de exames, marcação de consultas e exames especializados, relatórios periciais</li> <li>• Gestão da unidade: CNES, segurança do trabalho, sistemas de informação e relatórios de gestão, prontuário</li> </ul>
Macroprocessos de atenção domiciliar
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita domiciliar</li> <li>• Atendimento domiciliar pela equipe</li> <li>• Integração com as equipes de assistência domiciliar</li> <li>• Integração com as equipes de internação</li> <li>• Vigilância domiciliar</li> </ul>

Macroprocessos de autocuidado apoiado
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tecnologias leves para mudanças de comportamento e estilos de vida</li> <li>• Ações educacionais para apoio e fortalecimento da capacidade de autocuidado</li> <li>• Elaboração e monitoramento do plano de autocuidado apoiado</li> </ul>
Macroprocessos de cuidados paliativos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação de usuários com critérios de elegibilidade</li> <li>• Abordagem paliativa completa</li> <li>• Cuidados frente a perdas e lutos</li> <li>• Ações de suporte familiar</li> <li>• Mobilização da rede social de suporte</li> </ul>
Macroprocessos de qualidade e segurança do paciente
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meta 1 – Identificar corretamente o paciente</li> <li>• Meta 2 – Melhorar a comunicação entre profissional de saúde e pessoas usuárias (Adaptada para a APS)</li> <li>• Meta 3 – Melhorar a segurança de medicamentos/vacinas (Adaptada para a APS)</li> <li>• Meta 4 – Assegurar procedimentos em paciente e local de intervenção corretos (Adaptada para a APS)</li> <li>• Meta 5 – Reduzir o risco de infecções associados aos cuidados de saúde (Adaptada para a APS)</li> <li>• Meta 6 – Reduzir o risco de quedas e lesões por pressão (Adaptada para a APS)</li> <li>• Organização dos times de segurança do paciente</li> </ul>

Fonte: elaborado por Barra RP, Chomatas VER, Lopes PRR e Matos MAB

A organização dos macro e microprocessos na APS pode ser entendida como uma construção progressiva, utilizando a metáfora da construção de uma casa. Nessa analogia, o alicerce representa a base sólida que garante a estabilidade e a eficácia da APS. A partir do alicerce, os demais elementos da casa são construídos de forma sequencial e lógica, incluindo as paredes, o teto, o telhado, a porta e as janelas.

A construção da casa da APS segue uma sequência lógica. Não podemos colocar as paredes, o teto, o telhado e as janelas sem antes construirmos um alicerce consistente o suficiente para sustentar todos os elementos da casa. Por exemplo, para construirmos uma parede, é necessário organizar vários processos de trabalho, desenvolvendo essa construção como se colocássemos vários tijolos, até que aquela parede esteja totalmente erguida. Da mesma forma, não será possível instalar uma janela se as paredes não estiverem construídas. Diante disso, para essa construção, é necessário que os macroprocessos sejam implantados sequencialmente, por meio de oficinas tutoriais, utilizando materiais disponíveis, como o guia da oficina, instrumento para a realização da visita técnica, matriz de gerenciamento da oficina tutorial e materiais de apoio.

Cada oficina tutorial congrega macroprocessos que devem ser organizados pela equipe da APS na unidade de saúde e no território de abrangência, garantindo a implementação sequencial e integrada. A matriz de gerenciamento da oficina tutorial sugere um passo a passo para auxiliar o tutor durante a condução da oficina, podendo ser adaptada ou modificada para atender à realidade de cada local.

A oficina tutorial está estruturada para estimular a participação ativa de todos os envolvidos no processo de construção coletiva da organização dos macroprocessos da APS. É possível que seja necessário realizar mais de uma oficina ou abordar mais de um macroprocesso em uma única oficina, dependendo das necessidades e dos objetivos específicos.

Com relação à matriz de gerenciamento da oficina tutorial, a coluna “Como” apresenta as ações que devem ser desenvolvidas para a organização do processo de tutoria. Essas ações serão descritas para cada oficina tutorial, segundo os macroprocessos, e identificarão o material de apoio necessário, quando aplicável.

Após a descrição das ações de cada oficina tutorial, será apresentado um quadro com a sequência lógica das oficinas para a melhor construção da casa da APS. Esse quadro visa garantir que as oficinas sejam realizadas de forma ordenada e integrada, permitindo a construção progressiva e eficaz dos macroprocessos na APS.

A construção da casa só é finalizada quando todos os elementos estiverem devidamente construídos e integrados, garantindo a continuidade e a melhoria contínua dos serviços de saúde. Essa abordagem busca assegurar que a APS seja sólida, eficaz e responsiva às necessidades da população.

## PREPARANDO PARA INICIAR A CONSTRUÇÃO DA CASA DA APS

As ações preparatórias são fundamentais para garantir que a equipe de saúde esteja pronta para iniciar a construção da casa da APS e que os macroprocessos sejam implantados de forma eficaz e sustentável. É o primeiro contato do tutor com a equipe da unidade de saúde, apresentando as ações que incluem:

- Apresentação da PAS: introduzir a PAS como uma metodologia para a organização das RAS e seus principais referenciais teóricos.
- Pactuação com a equipe: realizar a pactuação com as equipes sobre os compromissos e a organização geral na unidade para o desenvolvimento da tutoria.
- Diagnóstico situacional: conhecer o diagnóstico situacional da unidade de saúde e elaborar o primeiro plano de ação.
- Referencial teórico: apresentar o referencial teórico da construção social da APS, o MACC, a metodologia do modelo de melhoria contínua e o desenvolvimento da tutoria por meio de encontros para realização da oficina tutorial, visitas técnicas, monitoramento do plano de ação e período de dispersão.
- Instrumento para Avaliação dos Macroprocessos: apresentar o Instrumento para Avaliação dos Macroprocessos da Atenção Primária à Saúde, em formato de

um *checklist*, que servirá como linha de base para o monitoramento contínuo durante a implantação.

As ações preparatórias são realizadas a partir da primeira oficina tutorial.

Oficina: Pactuação com a equipe e apresentação da unidade de saúde	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pactuar os compromissos com a equipe de saúde para a realização das oficinas tutoriais</li> <li>• Discutir diagnóstico situacional da unidade de saúde</li> </ul>
Resultado esperado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pactuação realizada</li> <li>• Elaboração do primeiro plano de ação</li> </ul>
Ações que antecedem o dia da Oficina Tutorial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar contato com o gestor da unidade de saúde</li> <li>• Verificar o bloqueio da agenda dos profissionais para realização da oficina tutorial e horário protegido para realização das atividades de dispersão</li> <li>• Garantir participação de 100% da equipe nas oficinas tutoriais</li> <li>• Verificar o espaço, computador, <i>datashow</i> ou outro equipamento para projeção, para a realização da oficina tutorial</li> </ul>
<b>Acompanhamento dos processos na unidade de saúde</b>	
Visita técnica guiada	
Fase do PDSA: Estudar – S	
Como	Material de apoio
<p>Realizar visita técnica na Unidade Laboratório</p> <p>Apresentar ao gerente da unidade de saúde, a metodologia da visita técnica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acontece preferencialmente no período da manhã no dia da oficina tutorial</li> <li>• Será observado os processos implantados com a unidade em funcionamento</li> <li>• Explicar que as observações são subsídios na discussão de monitoramento do Plano de Ação na oficina tutorial com a participação da equipe</li> </ul> <p>Percorrer os espaços da unidade com o objetivo de observar como se dá o seu funcionamento, aplicando o instrumento de avaliação de ambiência</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Discutir em momento oportuno com a gerente da unidade e coordenadora da APS, os resultados do instrumento de avaliação de ambiência</li> </ul>	Instrumento de avaliação de ambiência
<p>Apresentar o Instrumento de avaliação dos macroprocessos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar que se trata de um <i>checklist</i>, que deverá ser respondido em reunião de equipe com a participação de todos</li> <li>• Explicar que foi elaborado de acordo com os macroprocessos da APS, e os itens com oportunidade de melhoria (“não preenchido”, “não existe” ou “parcialmente”) deverão ser incluídos no plano de ação</li> <li>• Explicar que os itens com conformidade (“concluído”), devem permanecer sendo monitorados</li> </ul>	Instrumento de avaliação dos macroprocessos da APS
<b>Oficina tutorial com as equipes</b>	
<b>Atividade 1 – Conhecendo a equipe – 30 min</b>	
Fase do PDSA: Estudar – S	

Oficina: Pactuação com a equipe e apresentação da unidade de saúde	
Como	Material de apoio
<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar uma dinâmica de apresentação dos profissionais da unidade.</li> <li>Verificar como a equipe se organiza para reunião de equipe e educação permanente</li> <li>Verificar se a unidade utiliza o dispositivo de colegiado gestor, caso tenha mais de três eSF, como estratégia potente de democratização, propiciando a construção coletiva. É importante reforçar como a estratégia se aplica na execução da metodologia da PAS.</li> </ul> <p>Estabelecer ações:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se a equipe não tem colegiado gestor e o tutor identificar a necessidade de implantar, incluir no plano de ação</li> <li>Se a equipe não tem horários protegidos para reunião e ações de educação permanente, incluir no plano de ação a definição de cronograma para reuniões e momentos de estudo.</li> </ul>	<p>Texto de Apoio: Colegiado Gestor</p>
<b>Atividade 2 – Apresentação da Planificação e pactuação de compromisso – 1 hora</b>	
Fase do PDSA Estudar – S	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Apresentar a Planificação, as etapas e processos que serão abordados no percurso. Compreender como os macroprocessos estão relacionados ao processo de trabalho da equipe e UBS</li> <li>Pactuar os compromissos com a equipe sobre dia, horário e dinâmica do processo de tutoria</li> </ul>	<p>Apresentação Power-Point® Padrão</p>
<b>Atividade 3 – Alinhamento sobre melhoria contínua: PDSA – 30 min</b>	
Fase do PDSA: Planejamento – P	
<p>Alinhamento conceitual sobre PDSA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>O conceito de melhoria contínua</li> <li>Monitoramento de indicadores</li> <li>Apresentar a matriz de monitoramento dos indicadores</li> </ul> <p>Discutir sobre indicadores disponibilizados pelas SES, SMS e e Ministério da Saúde.</p> <p>Apresentar os indicadores de processos, para implantação dos macroprocessos.</p> <p>Caso a unidade de saúde tenha mais de uma eSF, destacar que os indicadores serão discutidos por equipe.</p>	<p>Apresentação Power-Point® Padrão (ajustar acrescentar o Painel de monitoramento)</p> <p>Painéis de indicadores disponibilizados pelas Secretarias de Saúde e Ministério da Saúde</p> <p>Painel de monitoramento</p>
<b>Atividade 4 – Introdução da segurança do paciente na APS</b>	
<p>Apresentar o vídeo sobre segurança do paciente adaptadas para a APS</p> <p>Realizar discussão sobre a segurança do paciente na APS, após a apresentação de vídeo.</p>	<p>Vídeo Segurança do Paciente: Texto de apoio – As metas de segurança do paciente adaptadas para a APS  <a href="https://www.youtube.com/watch?v=96K84lf2Cvo&amp;list=PLbWxzCpfF_-TPyXe1oOTrUVF-_tn9F6xl&amp;index=1">https://www.youtube.com/watch?v=96K84lf2Cvo&amp;list=PLbWxzCpfF_-TPyXe1oOTrUVF-_tn9F6xl&amp;index=1</a></p> <p>Texto de apoio – as metas de segurança do paciente adaptadas para a APS</p> <p>Texto de apoio – conceitos relacionados a segurança do paciente na APS</p>

Oficina: Pactuação com a equipe e apresentação da unidade de saúde	
<b>Atividade 5 – Diagnóstico situacional da unidade de saúde – 1 hora</b>	
Apresentar o diagnóstico situacional da unidade (atividade definida em reunião para o Planejamento da PAS) Discutir e identificar quais são os principais desafios a serem trabalhados do ponto de vista da equipe	Apresentação Power-Point® Padrão
Apresentar o Instrumento de avaliação dos macroprocessos da APS Explicar que se trata de um <i>checklist</i> , que deverá ser respondido em reunião de equipe com a participação de todos Explicar que foi elaborado de acordo com os macroprocessos da APS, e os itens com oportunidade de melhoria (“não preenchido”, “não existe” ou “parcialmente”) deverão ser incluídos no plano de ação Explicar que os itens com conformidade (“concluído”), devem permanecer sendo monitorados	Instrumento de avaliação dos macroprocessos da APS
<b>Atividade 6 – Elaborar o primeiro plano de ação – 30 min</b>	
Fase do PDSA: Planejamento – P	
• Incluir ações referentes ao diagnóstico situacional da unidade considerando os macroprocessos da APS e as etapas das oficinas tutoriais, de forma que ações que sejam das etapas posteriores não sejam inseridas neste momento	Plano de ação
<b>Atividade 7 – Ações essenciais a serem realizadas no período de dispersão</b>	
Fase do PDSA: fazer – D	
• Implantar ações referentes ao diagnóstico situacional da unidade de saúde • Implantar colegiado gestor, caso ache necessidade • Implantar horário protegido para reuniões de equipe e planificação caso não exista.	
<b>Atividade 8 – Entregar o resultado esperado</b>	
Fase do PDSA: Estudar – S e Agir – A	
• Identificar não conformidades persistentes e definir ações corretivas. • Reavaliar as estratégias para melhoria dos indicadores • Inserir novas estratégias quando necessário	

Fonte: elaboração dos autores.

## MACROPROCESSOS E MICROPROCESSOS BÁSICOS — CONSTRUINDO O ALICERCE DA CASA

Os macroprocessos básicos são fundamentais para a estruturação da APS e estão representados pelo alicerce da casa, simbolizado pela cor azul. Esses processos fornecem o suporte necessário para atender às diversas demandas da população.

Para a construção desses macroprocessos, são necessárias minimamente cinco oficinas tutoriais, que abordam os seguintes temas:

1. Território e gestão de base populacional: discussão dos processos de territorialização e cadastramento familiar, com enfoque na revisão do território, atualização dos cadastros familiares e individuais, estratificação de risco das famílias e identificação das subpopulações-alvo.
2. O acesso à APS: análise do acesso à APS e identificação de oportunidades de melhoria.
3. A programação assistencial das condições crônicas na APS: desenvolvimento de estratégias para a programação assistencial das condições crônicas na APS.
4. O monitoramento e a avaliação na APS: implementação de processos de monitoramento e avaliação na APS.
5. Avaliação e implementação do microprocesso de vacinação: avaliação e implementação do microprocesso de vacinação, garantindo a segurança e a eficácia da vacinação.

### Oficina tutorial: Território e gestão de base populacional

A oficina tutorial “Território e Gestão de Base Populacional” é essencial para a construção do alicerce da casa da APS. Nessa oficina, serão discutidos os processos de territorialização e cadastramento familiar, com enfoque na revisão do território e atualização dos cadastros familiares e individuais. Além disso, serão abordadas a estratificação de risco familiar e a identificação de subpopulações com condições crônicas.

Nessa etapa, também será trabalhada a Meta 1 da Segurança do Paciente, relacionada à identificação correta, considerando que um cadastro individual bem preenchido é importante para garantir a identificação segura dos usuários.

As ações a serem realizadas e o material de apoio serão apresentados a seguir, organizados por processo em cada oficina tutorial, garantindo a implementação eficaz dos macroprocessos básicos na APS.

Oficina: Território e Gestão de Base Populacional	
Objetivo	Revisar e organizar os macroprocessos básicos relacionados a territorialização, cadastro familiar, estratificação de risco familiar e subpopulação com condições crônicas
Resultado esperado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Territorialização: áreas de abrangências e microáreas revisadas, com ajustes necessários nos limites do território microárea e área e caracterização em mapa inteligente da distribuição populacional, riscos e vulnerabilidades e recursos existentes</li> <li>• Cadastro individuais e das famílias: atualizados e inseridos no e-SUS/sistema eletrônico municipal</li> <li>• Estratificação de risco familiar</li> <li>• Registro coletivo das pessoas usuárias com condições de saúde implantado</li> </ul>

Oficina: Território e Gestão de Base Populacional	
Metas a serem alcançadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percentual das pessoas e famílias cadastradas</li> <li>• Percentual das famílias estratificadas por risco</li> <li>• Percentual das pessoas com condições crônicas identificadas e inseridas no registro coletivo</li> </ul>
<b>Acompanhamento dos processos na unidade de saúde</b>	
<b>Visita técnica</b>	
Fase do PDSA: Estudar – S	
Como	Material de apoio
Realizar visita técnica na unidade de saúde As observações são subsídios na discussão de monitoramento do plano de ação na oficina tutorial com a participação da equipe	Roteiro para a visita técnica da oficina território e gestão de base populacional
Analisar o consolidado da avaliação dos macroprocessos da APS: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o percentual de cumprimento da anterior e o percentual total, relacionando-os à construção da “Casa da APS”</li> <li>• Discutir de maneira geral os itens com não conformidade (“não preenchido”, “não existe” ou “parcialmente”), para uma compreensão ampla das melhorias necessárias para a APS</li> <li>• Discutir de maneira geral os itens com conformidade (“concluído”), para uma compreensão das melhorias já alcançadas</li> </ul> Obs.: as ações corretivas para os itens não conformes da etapa anterior serão discutidas e revisadas, sendo mantidas no plano de ação	Instrumento de avaliação dos macroprocessos da APS
<b>Oficina tutorial com as equipes</b>	
<b>Atividade 1 – Monitoramento do plano de ação da etapa 1 – 30 min</b>	
Fase do PDSA: Estudar – S	
Como	Material de apoio
Realizar o monitoramento do plano de ação, verificando cada item da etapa anterior <ul style="list-style-type: none"> <li>• A realização da atividade planejada</li> <li>• O cumprimento do prazo</li> <li>• A conformidade com o planejado</li> <li>• A avaliação do resultado ou produto elaborado</li> <li>• O registro/documentação</li> </ul>	Plano de Ação
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar ações não realizadas, parcialmente ou totalmente:</li> <li>• Discutir a justificativa pelo não cumprimento</li> <li>• Investigar possíveis fatores causais</li> <li>• Confirmar a necessidade da ação planejada</li> <li>• Definir novo prazo</li> </ul>	Plano de Ação
<b>Atividade 2 – Monitoramento dos Indicadores – 30 min</b>	
Fase do PDSA: Estudar – S	

Oficina: Território e Gestão de Base Populacional	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisar os indicadores de acesso desempenho e qualidade</li> <li>• Avaliar as melhorias alcançadas</li> </ul>	Painéis de indicadores disponibilizados pelas Secretarias de Saúde e Ministério da Saúde
<b>Atividade 3 – Territorialização, Cadastro familiar, Estratificação de riscos familiares, identificar subpopulações com condições crônicas – 1 hora e 30 min</b>	
Fase do PDSA: Planejamento – P	
Realizar discussões com a equipe de saúde para compreensão do processo de territorialização e identificação de problemas relacionados e oportunidades de melhoria. Obs.: apesar de ser um processo já estabelecido na ESF, deve ser considerado o aspecto dinâmico do território, que reflete as constantes mudanças da população. Assim, onde o processo já está realizado, essa ação deve ser considerada a título de revisão do processo	<p>Apresentação PowerPoint@ Padrão</p> <p>Texto de apoio – Gestão de base populacional</p>
Realizar discussões com a equipe de saúde para compreensão do processo de cadastro individual e familiar e identificar problemas relacionados e oportunidades de melhoria. Avaliar o cadastro atual da população: <ul style="list-style-type: none"> <li>• A periodicidade e regularidade da atualização</li> <li>• Dificuldades encontradas para a visita de cadastro</li> <li>• O perfil da população: cadastrada, por microárea; não cadastrada, mas moradora das áreas de abrangência, por motivo de casa fechada, moradores trabalhando e casa vazia, entre outros; não cadastrada, moradora de áreas vizinhas não cobertas e utilizadora dos serviços da unidade.</li> <li>• A digitalização do cadastro no e-SUS: proporção da população com cadastro realizado e digitalizado no e-SUS; qualidade do registro eletrônico.</li> </ul> Obs.: apesar de ser um processo já estabelecido na ESF, deve ser considerado o aspecto dinâmico do território, que reflete as constantes mudanças da população. Assim, onde o processo já está realizado, essa ação deve ser considerada a título de revisão e atualização do processo	<p>Apresentação PowerPoint@ Padrão</p> <p>Texto de apoio – Gestão de base populacional</p>
Realizar discussões na equipe de saúde para compreensão do processo de estratificação de risco das famílias e identificação de problemas relacionados e oportunidades de melhoria. Obs.: o objetivo é determinar os diferentes estratos de risco das famílias adscritas, de acordo com os critérios da Escala de Estratificação de Risco de Coelho e Savassi, para a definição de intervenções de cuidado familiar, fundamentadas no princípio da equidade	Texto de Apoio – A escala de Coelho e Savassi
Organizar o registro coletivo das subpopulações com condições crônicas, para reavaliação clínica, estratificação de risco e acompanhamento longitudinal	Matriz de Registro Coletivo das condições crônicas
<b>Atividade 4 – Atenção domiciliar – 30 min</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentar o roteiro para visita domiciliar, com o objetivo de qualificar as visitas dos ACS</li> <li>• Identificar a subpopulação acamada e domiciliada</li> <li>• Discutir com a equipe a melhor forma de realizar a vigilância domiciliar</li> </ul>	<p>Apresentação PowerPoint@ Padrão</p> <p>Roteiro para visita domiciliar</p>

Oficina: Território e Gestão de Base Populacional		
<b>Atividade 5 – As metas de segurança do paciente – 30 min</b>		
<p>Apresentar o vídeo: A construção social e as metas de segurança do paciente na APS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar discussões na equipe de saúde para compreensão da construção social e as metas de segurança do paciente adaptadas para a APS, por meio de apresentação de vídeo</li> <li>Apresentar o <i>checklist</i> da segurança do paciente na construção social da APS</li> </ul> <p>Obs.: o <i>checklist</i> deverá ser respondido em reunião de equipe com a participação de todos os profissionais</p> <p>Apresentar o vídeo da Meta 1 – A identificação correta do paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar discussões na equipe de saúde sobre a Meta 1 de Segurança do Paciente</li> </ul>		<p>Vídeo – A construção social e as metas de segurança do paciente na APS  <a href="https://www.youtube.com/watch?v=ofJv-916ohs&amp;list=PLbWxzCpfF_-TPyXe1oOTrUVF-_tn9F6xl&amp;index=2">www.youtube.com/watch?v=ofJv-916ohs&amp;list=PLbWxzCpfF_-TPyXe1oOTrUVF-_tn9F6xl&amp;index=2</a></p> <p><i>Checklist</i> – A segurança do paciente na construção social da Atenção Primária à Saúde</p> <p>Apresentação PowerPoint® Padrão</p> <p>Vídeo – A Meta 1: A identificação correta do paciente  <a href="https://www.youtube.com/watch?v=JaJxSUBQoQU&amp;list=PLbWxzCpfF_-TPyXe1oOTrUVF-_tn9F6xl&amp;index=3">https://www.youtube.com/watch?v=JaJxSUBQoQU&amp;list=PLbWxzCpfF_-TPyXe1oOTrUVF-_tn9F6xl&amp;index=3</a></p>
<b>Atividade 6 – Atualizar o plano de ação – 30 min</b>		
Fase do PDSA de Planejamento – P		
Incluir as ações de enfrentamento de problemas e melhoria dos processos de territorialização, cadastro familiar, estratificação de risco familiar e identificação das subpopulações com condições crônicas, segundo a atividade 6.		Plano de ação
<b>Atividade 7 – Ações essenciais a serem realizadas no período de dispersão</b>		
Fase do PDSA: fazer – D		
<b>Territorialização</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Revisar os territórios da área de abrangência e microáreas, com relação à delimitação geográfica, população residente e caracterização sugerida no roteiro de territorialização</li> </ul>		Texto de apoio: Gestão de base populacional
<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar ajustes necessários, com foco na superação de barreiras, melhoria do acesso e equilíbrio população-equipe/ACS, de acordo com os parâmetros propostos</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar no território ações relacionadas a vigilância em saúde</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Discutir a possibilidade da unificação do território do ACS e ACE</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaborar proposta de reterritorialização caso necessário e apresentar a solicitação de mudanças para a coordenação da APS</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Atualizar o mapa da UBS (com microáreas e áreas de abrangência da equipe) com os ajustes de delimitação efetivados</li> </ul>		Mapa do território
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sinalizar no mapa todas as informações relevantes (mapa inteligente da distribuição populacional, riscos e vulnerabilidades e recursos existentes)</li> </ul>		Mapa do território

Oficina: Território e Gestão de Base Populacional	
• Enviar cópia ou fotografia do mapa atualizado para a Coordenação Municipal da APS	Mapa atualizado
<b>Cadastro familiar</b>	
• Realizar visita domiciliar para o cadastramento de novas famílias e atualização dos cadastros existentes, verificando se houve alteração importante da composição ou condição familiar	Ficha de cadastramento individual e familiar
• Identificar as famílias por microárea, digitalizar os dados no e-SUS ou sistema eletrônico do município	
• Realizar a vinculação pessoa – família – microárea	e-SUS
• Estabelecer a rotina para atualização contínua do cadastro familiar, considerando a periodicidade mínima anual e sempre que houver mudança significativa nos integrantes da família, efetivando também a atualização do registro eletrônico no e-SUS	e-SUS
<b>Estratificação de risco familiar</b>	
• Capacitar os ACS para a aplicação da Escala de Estratificação de Risco Familiar de Coelho-Savassi	Escala de Coelho e Savassi
• Realizar a estratificação por risco das famílias	Escala de Coelho e Savassi
• Registrar os dados da estratificação no prontuário eletrônico	PEC
• Elaborar o Plano de Cuidado Familiar para as famílias estratificadas como alto risco	Plano de cuidado familiar
• Identificar pessoas residentes nas microáreas e com condições crônicas durante o cadastramento e visitas domiciliares	Ficha individual Instrumento de registro coletivo
• Revisar a lista de usuários com condições crônicas (saúde da mulher na gestação e rastreamento do câncer de mama e do colo do útero; saúde da criança; saúde da pessoa idosa; saúde da pessoa com hipertensão arterial e diabetes mellitus) utilizada pela equipe. • Transcrever os dados para o Instrumento de Registro Coletivo proposto, verificar a situação atual relacionada ao cadastro e acompanhamento longitudinal	Matriz de registro coletivo
<b>Atenção domiciliar</b>	
• Capacitar os ACS sobre o roteiro de visita domiciliar	Roteiro para visita domiciliar
• Identificar subpopulações acamadas e domiciliadas	
• Discutir com a equipe a melhor forma de realizar a vigilância domiciliar	
• Reservar espaço na agenda de atendimentos para reavaliação clínica e estratificação de risco progressiva dos grupos de pessoas com condições crônicas identificados	Agenda de atividades
• Organizar a participação nos cursos de estratificação de risco que serão disponibilizados	Curso curto de estratificação de risco

Oficina: Território e Gestão de Base Populacional	
<b>Metas de segurança do paciente na APS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar o <i>checklist</i> da segurança do paciente na construção social da APS em reunião de equipe</li> <li>• Implantar a Meta 1 – A identificação correta do paciente</li> </ul>	<i>Checklist</i> – A segurança do paciente na construção social da APS
<b>Atividade 8 – Entregar o resultado esperado</b>	
Fase do PDSA: Estudar S e Agir – A	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar não conformidades persistentes e definir ações corretivas.</li> <li>• Reavaliar as estratégias para melhoria dos indicadores</li> <li>• Inserir novas estratégias quando necessário</li> </ul>	

Fonte: elaborado por Barra RP, Chomatas VER, Lopes PRR e Matos MAB

### Oficina tutorial: O acesso à Rede de Atenção à Saúde

A oficina “O Acesso à Rede de Atenção à Saúde” tem como objetivo compreender o acesso como a capacidade do sistema de saúde de atender às necessidades da população de forma eficaz.

Para garantir o acesso eficaz, é necessário encontrar um equilíbrio entre a demanda e a oferta de serviços de saúde. Isso requer balancear a oferta e a demanda em diferentes escalas de tempo, seja diária, semanal ou mensal, para garantir que os serviços de saúde sejam acessíveis e eficazes, compreender profundamente a dinâmica entre oferta e demanda, incluindo as necessidades da população e a capacidade do sistema de saúde, e estabelecer uma comunicação eficaz em todos os níveis de atenção à saúde, garantindo que as informações sejam compartilhadas e utilizadas para melhorar o acesso.

A oficina abordará estratégias para melhorar o acesso à APS, incluindo a análise da demanda e oferta dos serviços de saúde para identificar oportunidades de melhoria e planejamento e organização dos serviços de saúde para garantir que sejam acessíveis e eficazes.

A oficina é fundamental para garantir que os profissionais de saúde tenham as habilidades e os conhecimentos necessários para melhorar o acesso à APS e atender às necessidades da população de forma eficaz.

Oficina Organização do acesso na APS	
Objetivo	Organizar o acesso na APSAtenção Primária à Saúde
Resultado esperado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipe apropriada sobre o conceito, princípios e ferramentas de acesso na APS</li> <li>• Melhoria dos fluxos e tempo de atendimento</li> <li>• Bloco de horas implantado</li> <li>• Processos da recepção da unidade organizados</li> </ul>
Metas a serem alcançadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redução do número de dias para agendar primeiras consultas de condições crônicas e eletivas</li> <li>• Tempo de permanência total do usuário na unidade otimizado</li> <li>• Diminuição da taxa de hiperutilização pelos usuários do atendimento por médico ou enfermeiro</li> <li>• Diminuição da taxa de absenteísmo geral e por profissional</li> </ul>
<b>Acompanhamento dos processos na unidade de saúde</b>	
<b>Visita técnica</b>	
Fase do PDSA: Estudar – S	
Como	Material de apoio
<p>Realizar visita técnica na unidade de saúde</p> <p>Verificar como estão os processos relacionados ao território e gestão de base populacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O território está sendo revisto?</li> <li>• Os cadastros estão sendo atualizados?</li> <li>• Já foi iniciada a estratificação de risco familiar?</li> <li>• As pessoas com condições crônicas identificadas já estão sendo inseridas na matriz de registro coletivo?</li> </ul> <p>Observar os processos relacionados a recepção: o fluxo de pessoas, volume de atendimentos e ações realizadas, para isso, é importante estar atento a diversos fatores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de pessoas aguardando atendimentos diversos</li> <li>• Como as pessoas são acolhidas?</li> <li>• Existem fluxos definidos?</li> <li>• São confirmados os três identificadores dos usuários?</li> <li>• A ambiência é adequada?</li> </ul> <p>Essas observações são subsídios na discussão de monitoramento do Plano de Ação na oficina tutorial com a participação da equipe</p>	Roteiro para a visita técnica da oficina acesso na APS
<p>Analisar o consolidado da avaliação dos macroprocessos da APS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o percentual de cumprimento das Etapas 1 e 2</li> <li>• Discutir os itens com não conformidade na oficina tutorial e manter no plano de ação</li> </ul>	Instrumento de avaliação dos macroprocessos da APS
<b>Oficina tutorial com as equipes</b>	
<b>Atividade 1 – Monitoramento do plano de ação – 30 min</b>	
Fase do PDSA de Estudar – S	

Oficina Organização do acesso na APS	
Como	Material de apoio
<p>Realizar o monitoramento do plano de ação, identificando ações não realizadas, parcialmente ou totalmente, discutindo as ações que ainda não foram concluídas, definindo novos prazos.</p> <p>Com relação a oficina de território e gestão de base populacional, considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• População geral cadastrada na unidade e população estimada não cadastrada: analisar o parâmetro de cobertura da população e a taxa de cobertura de cadastro</li> <li>• Subpopulações com condições crônicas: número de pessoas acompanhadas e número de pessoas estimadas e não acompanhadas e quantas pessoas estão nas listas de registro coletivo por condições crônicas</li> </ul> <p>Hipóteses para serem verificadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Caso a população esteja dentro dos parâmetros propostos, manter o cadastro sempre atualizado e definir ações para conhecimento e acompanhamento das pessoas com suas necessidades</li> <li>• Caso haja uma sobre população na área de abrangência da equipe e/ou barreiras de acesso difíceis de serem superadas, considerar a possibilidade de redivisão das áreas com as unidades vizinhas e/ou implantação de novas equipes</li> </ul>	Plano de Ação
<b>Atividade 2 – Monitoramento dos Indicadores – 30 min</b>	
Fase do PDSA: Estudar – S	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisar os indicadores de acesso, desempenho e qualidade</li> <li>• Avaliar as melhorias alcançadas</li> </ul>	Painéis de indicadores disponibilizados pelas Secretarias de Saúde e MSMinistério da Saúde
<b>Atividade 3 – Discutindo acesso na APS – 90 min</b>	
Fase do PDSA de Planejamento – P	
<p>Realizar alinhamento conceitual sobre acesso, resgatando conceitos e os enfoques e ferramentas para a organização do acesso da população à unidade de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Microssistemas clínicos</li> <li>• Enfoque do alisamento dos fluxos de agendamento</li> <li>• O balanceamento entre a demanda e a oferta</li> <li>• As pessoas usuárias frequentes</li> </ul> <p>Discutir se existem barreiras para o acesso e investigar suas possíveis causas (por que existem pessoas residentes no território e que não estão cadastradas e acompanhadas?)</p>	<p>Apresentação PowerPoint® Padrão (Rever apresentação)</p> <p>Texto de apoio – Gestão de base populacional</p>
<b>Atividade 4 – Organização da recepção e fluxo de atendimento 30 min</b>	
<p>Apresentar os achados observados na recepção durante o giro da unidade. Realizar discussão sobre a importância de conhecer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Balanço de atendimento semanal;</li> <li>• Processos de trabalho da recepção;</li> <li>• Fluxo de atendimento</li> </ul>	<p>Instrumento para mapeamento da recepção</p> <p>Instrumento para análise do balanço do atendimento semanal</p>

Oficina Organização do acesso na APS	
Apresentar os instrumentos para mapeamento da recepção, instrumento para análise do balanço do atendimento semanal e o instrumento para avaliação de mapa de fluxo e ciclos de atendimento Identificar necessidade de adequação dos instrumentos para a realidade local	Texto de apoio: O mapa de fluxo e o ciclo de atendimento Instrumento para avaliação do mapa de fluxo e ciclos de atendimento
<b>Atividade 5 – Organizar o atendimento por bloco de horas 30 min</b>	
Realizar alinhamento conceitual sobre atendimento por blocos de horas • Os tipos de agendamentos na APS • Definir ações para implantação	Apresentação PowerPoint@ Padrão
<b>Atividade 6 – Atualizar o plano de ação – 30 min</b>	
Fase do PDSA de Planejamento – P	
Incluir as ações de enfrentamento de problemas e melhoria do acesso na APS, segundo a atividade 7	Plano de ação
<b>Atividade 7 – Ações essenciais a serem realizadas no período de dispersão</b>	
Fase do PDSA de fazer – D	
Analisar o balanço do atendimento semanal	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar levantamento sobre o perfil da demanda para verificar o tipo e volume de usuários (por turno e dia da semana) que procuram a unidade para: atendimento agendado (individual e em grupo); demanda espontânea com queixa aguda e não aguda; vacinação; curativo; coleta de exames; renovação de receita; resultado de exames; marcação de consultas e exames especializados; dispensação de medicamentos e outros</li> <li>Realizar levantamento sobre o tipo e volume de demandas por atendimento não respondidas, por turno e dia da semana</li> <li>Realizar cálculo da capacidade operacional da equipe para atendimentos, por dia e semana</li> <li>Confrontar o número de atendimentos da capacidade operacional com o número total de atendimentos demandados e respondidos e atendimentos demandados e não respondidos</li> <li>Apresentar os resultados na próxima oficina tutorial</li> </ul> <p>Hipóteses para serem verificadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Balanço favorável (oferta maior ou igual à demanda): aperfeiçoar os processos de cuidado, principalmente com relação ao cuidado das condições crônicas e às ações de promoção e prevenção</li> </ul>	Matriz para análise do balanço do atendimento semanal
<ul style="list-style-type: none"> <li>Balanço desfavorável (demanda maior que a oferta): realizar investigação de possíveis causas relacionadas à sobre população (item anterior); hiperutilização por pequeno grupo de usuários (próximo item); não realização da estratificação de risco das condições crônicas; restrição da oferta (não cumprimento ou horário reduzido do trabalho; pouca colaboração dos profissionais; falta de espaço de atendimento para todos os profissionais; ou outras e definir as ações para seu enfrentamento</li> </ul>	

## Oficina Organização do acesso na APS

### Usuários muito frequentes (pessoas hiperutilizadoras)

<p>Identificar os usuários frequentes (pessoas hiperutilizadoras)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Consideram-se usuários frequentes aqueles que extrapolam o número de consultas esperadas para o acompanhamento longitudinal da sua condição de saúde, pelo médico ou enfermeiro.</li> </ul> <p>Para todas as pessoas muito frequentes identificadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Discutir o caso, preferencialmente por eMulti, e investigar os motivos da hiperutilização</li> <li>Identificar os usuários com hiperutilização apropriada e não apropriada</li> <li>Realizar o genograma e o ecomapa desses usuários</li> <li>Planejar ações específicas para estas pessoas, como por exemplo atendimento em grupo com a eMulti</li> <li>Monitorar os dados da hiperutilização, com vistas à sua redução</li> </ul>	<p>Texto de apoio sobre abordagem familiar</p>
--	--

### Agenda de atendimento

<p>Realizar análise da agenda de atendimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Calcular a taxa de absenteísmo por profissional</li> <li>Verificar o número de dias para agendar consultas de condições crônicas e eletivas</li> </ul> <p>Hipóteses para serem verificadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Para situações de alto absenteísmo: investigar a motivação da ausência junto aos próprios usuários; estabelecer mecanismos de lembrete; fortalecer a vinculação com os usuários; fortalecer o apoio familiar; estudar possibilidades de acesso a trabalhadores</li> <li>Para situações com longos tempos de espera: agendamento de acordo com a estratificação de risco; monitoramento clínico para estabilização; redução da hiperutilização; otimização da presença do usuário na unidade, para resolução de vários problemas no mesmo dia; novas práticas clínicas para atendimento em grupos; entre outras intervenções</li> </ul>	<p>Instrumento para mapeamento da recepção</p>
---	--

### Gestão dos fluxos assistenciais

<ul style="list-style-type: none"> <li>Analisar os fluxos de atendimento da unidade:</li> <li>Realizar a medição dos tempos do ciclo de atendimento, registrando a duração e o intervalo entre cada etapa do fluxo mapeado</li> <li>Identificar: gargalos no fluxo e analisar suas possíveis causas para superá-lo; processos que não geram valor para os usuários; manifestações de insatisfação do usuário e do profissional; possíveis etapas desnecessárias</li> <li>Redesenhar os fluxos, eliminando todas as inconformidades identificadas, com vistas à redução dos tempos de espera a parâmetros adequados e maximização do tempo que a pessoa gasta com o atendimento direto com o profissional</li> <li>Apresentar os fluxos na oficina tutorial subsequente</li> </ul>	<p>Texto de apoio: O mapa de fluxo e o ciclo de atendimento</p> <p>Instrumento para avaliar o mapa de fluxo e ciclo de atendimento</p> <p>Texto de apoio: Fluxogramas de processos</p>
<p>Organizar a recepção:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mapear dos processos realizados</li> <li>Medir do volume de atendimento das várias atividades</li> <li>Realizar análise crítica sobre procedimentos que são próprios da recepção e necessidade de melhoria da qualidade e procedimentos que não são próprios da recepção e podem ser transferidos para outros setores</li> </ul>	<p>Instrumento para mapeamento da recepção da unidade básica</p> <p>POP Recepção</p>

Oficina Organização do acesso na APS	
<b>Agendamento por bloco de horas</b>	
Organizar o agendamento por bloco de horas:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discutir as razões, objetivos e operacionalização do agendamento por bloco de horas e pactuar com a equipe a sua implantação</li> <li>• Pactuar sobre a possibilidade de escolha pelo usuário do dia e horário mais oportuno para o agendamento</li> <li>• Definir estratégias para esclarecimento dos usuários</li> </ul>	
<b>Atividade 8 – Entregar o resultado esperado</b>	
Fase do PDSA: Estudar – S e Agir – A	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar não conformidades persistentes e definir ações corretivas.</li> <li>• Reavaliar as estratégias para melhoria dos indicadores</li> <li>• Inserir novas estratégias quando necessário</li> </ul>	

Fonte: elaborado por Barra RP, Chomatás VER, Lopes PRR e Matos MAB

### Oficina tutorial: Programação do cuidado das condições crônicas

A oficina tutorial “Programação do Cuidado das Condições Crônicas” tem como objetivo organizar a programação assistencial, utilizando parâmetros epidemiológicos em uma planilha de programação. Define as atividades para cada usuário com condição crônica de acordo com a sua estratificação de risco. Isso permitirá organizar a agenda de atendimentos da equipe de saúde da família de forma eficaz e personalizada, garantindo que os usuários sejam atendidos de acordo com as suas necessidades. Planeja a realização de consultas e outros tipos de atendimento ao longo do ano, garantindo a atenção aos usuários com condições crônicas, melhorando a qualidade da atenção à saúde.

Oficina: A programação do cuidado das condições crônicas	
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar a programação assistencial para as condições crônicas</li> </ul>
Resultado esperado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantia de acesso a assistência das pessoas com condições crônicas de acordo com a estratificação de risco</li> <li>• Organização da agenda de atividades da equipe de saúde</li> </ul>
Metas a serem alcançadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percentual de pessoas usuárias com condições crônicas com suas consultas programadas de acordo com sua estratificação de risco</li> <li>• Percentual de pessoas usuárias com condições crônicas estratificadas com suas consultas garantidas na agenda da equipe de saúde</li> </ul>
<b>Acompanhamento dos processos na unidade de saúde</b>	
<b>Visita técnica</b>	
Fase do PDSA: Estudar – S	

Oficina: A programação do cuidado das condições crônicas	
Como	Material de apoio
<p>Realizar visita técnica na Unidade de Saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompanhar a pactuação de um plano de autocuidado apoiado de uma pessoa com condição crônica que passou pela atenção contínua.</li> <li>• Verificar se aprofundaram as discussões sobre plano de cuidado interdisciplinar com a participação da eSF, eSB e eMulti</li> <li>• Verificar se aconteceu o primeiro ciclo de Atenção Contínua na unidade de saúde</li> <li>• Se foram realizados os primeiros planos de cuidados</li> </ul> <p>Essas observações são subsídios na discussão de monitoramento do plano de ação na oficina tutorial com a participação da equipe</p>	Roteiro para a visita técnica guiada da oficina programação das condições crônicas
<p>Analisar o consolidado da avaliação dos macroprocessos da APS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o percentual de cumprimento dos macroprocessos em implantação</li> <li>• Discutir de maneira geral os itens com não conformidade (“não preenchido”, “não existe” ou “parcialmente”), para uma compreensão ampla das melhorias necessárias para a APS</li> <li>• Discutir de maneira geral os itens com conformidade (“concluído”), para uma compreensão das melhorias já alcançadas</li> </ul> <p>Obs.: as ações corretivas para os itens não conformes serão discutidas na oficina tutorial e revisadas, sendo mantidas no plano de ação</p>	Instrumento de avaliação dos macroprocessos da APS
<b>Oficina tutorial com as equipes</b>	
<b>Atividade 1 – Monitoramento do plano de ação – 30 min</b>	
Fase do PDSA de Estudar – S	
Como	Material de apoio
<p>Realizar alinhamento conceitual e explicar todos os passos da programação das condições crônicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relacionar a programação com a Construção Social da APS (Programação é um Macroprocesso Básico, localizado no alicerce da casa)</li> </ul> <p>Realizar o monitoramento do plano de ação, identificando ações não realizadas, parcialmente ou totalmente, discutindo as ações que ainda não foram concluídas, definindo novos prazos.</p> <p>As ações propostas no plano de ação deverão ser apresentadas e discutidas com ênfase nos resultados encontrados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização da pactuação do plano de autocuidado apoiado das pessoas com condições crônicas</li> <li>• Número e percentual de pessoas com condições crônicas estratificadas</li> <li>• Monitoramento dos macroprocessos da construção da casa da APS</li> </ul>	Plano de Ação
<p>Questões a serem discutidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• As pessoas com condições crônicas foram estratificadas por risco</li> <li>• A equipe está apropriada para realizar a pactuação do plano de autocuidado apoiado</li> <li>• A equipe se sente capacitada para a aplicação do instrumento dos 5A</li> <li>• A equipe se sente capacitada para as abordagens para mudança de comportamento dentre elas a entrevista motivacional</li> <li>• Foi elaborado e pactuado o Plano de Autocuidado Apoiado de uma pessoa usuária que passou pela Atenção Contínua</li> <li>• Como está a construção dos macroprocessos da APS</li> </ul>	

### Oficina: A programação do cuidado das condições crônicas

#### Atividade 2 – A programação assistencial das condições crônicas – 1 hora e 30 min

Fase do PDSA: Estudar – S

Realizar alinhamento conceitual e explicar todos os passos da programação das condições crônicas:

- Relacionar a programação com a Construção Social da APS (Programação é um Macroprocesso Básico, localizado no alicerce da casa)
- Relacionar a programação com o conhecimento da população proposto pelo MACC (cadastro, identificação das subpopulações com condições crônicas e estratificação de risco)
- Relacionar o acesso com a programação das condições crônicas
- Rediscutir o balanceamento entre a oferta e demanda
- Relacionar a programação com a agenda de atividades

Apresentar a planilha de programação assistencial para a APS, discutindo as seguintes questões:

- Refletir sobre a importância da programação para as condições crônicas.
- Apresentar o instrumento da programação, que é organizada por ciclo de vida, patologia ou condição e estratificação por grau de risco
- Chamar a atenção para os parâmetros epidemiológicos que são aplicados para dimensionar uma subpopulação com condição de risco de maneira geral e por estratos de riscos e para os parâmetros assistenciais aplicados para dimensionar a resposta a essas necessidades

Questões a serem discutidas

- Cobertura das subpopulações-alvo
- Definição da meta de cobertura para o período
- Balanço do atendimento semanal
- Número de atendimentos para a construção da agenda semanal da equipe
- Demanda para a atenção especializada
- O dimensionamento dos exames laboratoriais e de imagem

Como a programação pode ajudar na gestão do cuidado das pessoas com condições crônicas

Apresentação PowerPoint® Padrão

Texto de Apoio: A programação do cuidado para as condições crônicas

Planilha de programação assistencial para a APS

#### Atividade 3 – A agenda de atividades para condições crônicas na APS – 1 hora

Fase do PDSA: Planejamento – P

Realizar alinhamento conceitual sobre a agenda de atividades para as condições crônicas:

- Retomar o acesso na APS, relacionado ao equilíbrio da demanda espontânea e demanda programada
- O acesso da pessoa usuária com condições crônicas aos serviços da unidade, de maneira ágil e não burocrática
- Sua relação com a atenção das pessoas com condições crônicas

Questões a serem discutidas

- Como organizar a agenda de atividades para pessoas com condições crônicas a partir da programação da atenção

Apresentação PowerPoint® Padrão

Texto de Apoio: A agenda de atividades para condições crônicas na APS

Planilha de programação assistencial para a APS

Organizar o macroprocesso de renovação de receitas de uso contínuo não controlado, segundo a programação das consultas, coincidindo com o dia da consulta agendada de acordo com a estratificação de risco.

Questões a serem discutidas:

- Não ter necessidade de ocupar a agenda do médico com dias apenas para troca de receitas
- Evitar a renovação de receitas sem a presença da pessoa usuária

Oficina: A programação do cuidado das condições crônicas	
<b>Atividade 4 – As metas de segurança do paciente 15 min</b>	
<p>Relembrar a Meta 1 da Segurança do Paciente – Identificação Segura e a Meta 2 da Segurança do Paciente – Melhorar a comunicação segura entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias, que foi adaptada para a atenção primária e Meta 6 – Reduzir o risco de quedas e lesões por pressão. Questões a serem discutidas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Foram realizados os planos de intervenção para cada meta de segurança?</li> <li>• A equipe está se apropriando das metas de segurança do paciente?</li> </ul> <p>Apresentar a Meta 4 de segurança do Paciente – Assegurar procedimentos em paciente e local de intervenção corretos (Adaptado para APS)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentar o vídeo da Meta 2 da Segurança do Paciente</li> </ul> <p>Questões a serem discutidas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Como assegurar que os procedimentos serão realizados em pessoas usuárias e local correto?</li> <li>• Relacionar aos procedimentos de saúde bucal e vacinas</li> </ul>	<p>Apresentação Power-Point® Padrão</p> <p>Vídeo: Meta 5 da Segurança do Paciente</p> <p>Texto de Apoio: A meta 5 de segurança do paciente – Reduzir o risco de infecções associados aos cuidados de saúde</p> <p>Vídeo Meta 4 – Assegurar procedimentos em paciente e local de intervenção corretos</p> <p><a href="https://www.youtube.com/watch?v=i50R2iD30_A&amp;list=PLbWxzCpfF_-TPyXe1oOTrUVF-tn9F6xl&amp;index=6">https://www.youtube.com/watch?v=i50R2iD30_A&amp;list=PLbWxzCpfF_-TPyXe1oOTrUVF-tn9F6xl&amp;index=6</a></p>
<b>Atividade 5 – Atualizar o plano de ação – 30 min</b>	
Fase do PDSA: Planejamento – P	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incluir ações sobre programação assistencial das condições crônicas</li> <li>• Incluir ações sobre as metas de segurança do paciente</li> </ul>	Plano de ação
<b>Atividade 6 – Ações essenciais a serem realizadas no período de dispersão</b>	
Fase do PDSA: Fazer – D	
<p>Programação do cuidado das condições crônicas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Em reunião de equipe, inserir as informações na planilha de programação assistencial para a APS nas abas CADASTRO E POP. ALVO</li> <li>• A partir da programação, construir uma agenda de atividades para o cuidado das pessoas com condição crônica</li> <li>• Apresentar na próxima oficina tutorial</li> </ul>	Planilha de programação assistencial para a APS
<b>Atividade 7 – Entregar o resultado esperado</b>	
Fase do PDSA: Estudar – S e Agir – A	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar não conformidades persistentes e definir ações corretivas.</li> <li>• Reavaliar as estratégias para melhoria dos indicadores</li> <li>• Inserir novas estratégias quando necessário</li> </ul>	

Fonte: elaborado por Barra RP, Chomatas VER, Lopes PRR e Matos MAB

## OFICINA TUTORIAL: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO NA APS

A oficina tutorial “Monitoramento e Avaliação na APS” é fundamental para garantir que as equipes de saúde tenham as habilidades e conhecimentos necessários para monitorar e avaliar os processos de trabalho na APS. Nessa oficina, será discutida a importância de medir e monitorar os processos de trabalho e os resultados

alcançados, incluindo: a utilização de indicadores de saúde para avaliar a situação de saúde da população e monitorar a efetividade das ações de saúde; a importância de um sistema de informações eficaz para coletar e analisar dados de saúde; e a utilização de dados e indicadores para melhorar continuamente os processos de trabalho na APS.

Será discutido como os dados são registrados, fazendo associações com a qualidade do registro e como isso pode impactar na tomada de decisões. Além disso, será abordado como as equipes podem utilizar os indicadores na rotina do trabalho para avaliar a efetividade das ações de saúde e identificar oportunidades de melhoria, bem como realizar tomada de decisões baseadas em evidências.

Oficina: Monitoramento e avaliação na APS	
Objetivo	• Implantar sistema de monitoramento e avaliação dos indicadores na APS
Resultado esperado	• Implantação de instrumento gerencial para monitoramento e avaliação dos indicadores da APS
Metas a serem alcançadas	• Percentual de avaliação mensal dos indicadores relacionados a APS
<b>Acompanhamento dos processos na unidade de saúde</b>	
<b>Visita técnica</b>	
Fase do PDSA: Estudar – S	
Como	Material de apoio
<p>Realizar visita técnica na Unidade de Saúde</p> <p>Etapas anteriores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar giro na unidade com o objetivo de observar os processos já implantados nas oficinas tutoriais anteriores (cobertura da estratificação de risco; atualização da lista de registros coletivos; coberturas das pessoas com condições crônicas com plano de cuidado e autocuidado apoiado; acompanhamento da planilha de programação; funcionamento da agenda de atividades para as condições crônicas, implementação da atenção aos eventos agudos.</li> </ul> <p>Etapas atuais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar a existência de indicadores utilizados pela equipe</li> <li>• Verificar como os dados são registrados pela equipe de saúde; quais indicadores são monitorados; como é realizado o monitoramento, a avaliação e qual a periodicidade.</li> </ul>	<p>Roteiro para a visita técnica guiada da oficina programação das condições crônicas</p>
<p>Analisar o consolidado da avaliação dos macroprocessos da APS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o percentual de cumprimento dos macroprocessos em implantação</li> <li>• Discutir de maneira geral os itens com não conformidade (“não preenchido”, “não existe” ou “parcialmente”), para uma compreensão ampla das melhorias necessárias para a APS</li> <li>• Discutir de maneira geral os itens com conformidade (“concluído”), para uma compreensão das melhorias já alcançadas</li> </ul>	<p>Instrumento de avaliação dos macroprocessos da APS</p>

Oficina: Monitoramento e avaliação na APS	
Obs.: as ações corretivas para os itens não conformes serão discutidas na oficina tutorial e revisadas sendo mantidas no plano de ação	
Oficina tutorial com as equipes	
Atividade 1 – Monitoramento do plano de ação – 30 min	
Fase do PDSA: Estudar – S	
Como	Material de apoio
Realizar o monitoramento do plano de ação, identificando ações não realizadas, parcialmente ou totalmente, discutindo as ações que ainda não foram concluídas, definindo novos prazos. As ações propostas no plano de ação deverão ser discutidas, apresentando os resultados encontrados:	Plano de Ação
<ul style="list-style-type: none"> <li>Foram Identificadas as pessoas usuárias com necessidade de compartilhamento de cuidado com a AAE</li> <li>Foram definidos critérios de acesso para o compartilhamento do cuidado: momentos de integração entre APS e AAE (macroprocesso educacional e supervisional)</li> <li>Foram verificados o número e percentual de pessoas com condições crônicas que possuem plano de cuidado elaborado e plano de autocuidado pactuado</li> <li>Foram definidas estratégias para elaboração de planos de cuidados interdisciplinares para as pessoas usuárias que ainda não possuem</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Estão sendo monitoradas as metas de segurança do paciente implantadas</li> </ul>	Plano de Ação
Atividade 2 – Monitoramento dos Indicadores – 30 min	
Fase do PDSA: Estudar – S	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Analisar os indicadores de acesso desempenho e qualidade</li> <li>Avaliar as melhorias alcançadas</li> <li>Rever estratégias em casos de necessidades</li> </ul>	Painéis de indicadores disponibilizados pela SES, SMS e Ministério da Saúde
Atividade 3 – O monitoramento e avaliação para o fortalecimento da gestão do cuidado – 40 min	
Fase do PDSA: Planejamento – P	
Realizar um resgate conceitual sobre o sistema de monitoramento e avaliação Questões a serem discutidas	Apresentação PowerPoint® Padrão Texto de Apoio: Objetivos, metas e indicadores: o que medir
<ul style="list-style-type: none"> <li>O que é o monitoramento?</li> <li>O que é avaliação?</li> <li>O que é sistema de monitoramento e avaliação?</li> <li>Como definir quais informações são relevantes para o monitoramento?</li> </ul>	

Oficina: Monitoramento e avaliação na APS	
<b>Atividade 4 – Sistema de monitoramento e avaliação – 20 min</b>	
Realizar alinhamento conceitual sobre painel de monitoramento Questões a serem discutidas <ul style="list-style-type: none"> <li>• O que são indicadores de acompanhamento?</li> <li>• Como os Indicadores se relacionam aos macroprocessos da APS?</li> <li>• O que são Indicadores de resultados?</li> <li>• De que depende a qualidade do indicador?</li> </ul>	Apresentação PowerPoint® Padrão Texto de Apoio – Sistemas de informação nas redes de atenção à saúde
<b>Atividade 5 – Painel de monitoramento – 60 min</b>	
Apresentar a matriz de painel de monitoramento Questões a serem discutidas <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quais são os componentes do painel de monitoramento?</li> <li>• O que são parâmetros?</li> <li>• Dados informações e conhecimento em saúde: por que medir?</li> <li>• Como preencher a matriz de painel de monitoramento com as informações referentes a melhorar a assistência do pré-natal, parto, puerpério; crianças menores de 2 anos; pessoas com hipertensão e diabetes e pessoas idosas</li> </ul>	Apresentação PowerPoint® Padrão Matriz de painel de monitoramento Texto de Apoio: Dados, informações e conhecimento em saúde: por que medir?
<b>Atividade 6 – Atualizar o plano de ação – 30 min</b>	
Fase do PDSA: Planejamento – P	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incluir as ações sobre o monitoramento e avaliação na APS, segundo a atividade 7</li> </ul>	Plano de ação
<b>Atividade 7 – Ações essenciais a serem realizadas no período de dispersão</b>	
Fase do PDSA: Fazer – D	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preencher a matriz do painel de monitoramento com as informações referentes a melhorar a assistência do pré-natal, parto, puerpério; crianças menores de 2 anos; pessoas com hipertensão e diabetes e pessoas idosas</li> <li>• Monitorar as metas de segurança do paciente que foram implantadas</li> </ul>	Matriz de painel de monitoramento
<b>Atividade 8 – Entregar o resultado esperado</b>	
Fase do PDSA: Estudar – S e Agir – A	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar não conformidades persistentes e definir ações corretivas.</li> <li>• Reavaliar as estratégias para melhoria dos indicadores</li> <li>• Inserir novas estratégias quando necessário</li> </ul>	

Fonte: elaborado por Barra RP, Chomatás VER, Lopes PRR e Matos MAB

### Oficina tutorial: Avaliação e implementação do microprocesso de vacinação

A oficina “Avaliação e Implementação do Microprocesso de Vacinação” visa desenvolver competências para gerenciar os processos da sala de vacina, garantindo a qualificação das atividades e a segurança das pessoas usuárias.

O objetivo é desenvolver competências para gerenciar os processos da sala de vacina, buscando a qualificação das atividades, com a implantação ou implementação de POPs e *checklist*, para garantir a segurança e a eficácia das atividades, bem como padronizar a supervisão, realizada pelo responsável técnico da sala de vacina.

As ações propostas para a organização do microprocesso de vacinação incluem:

- Validar o instrumento de “Avaliação do Microprocesso de Vacinação”, customizando-o, se necessário, para a realidade local.
- Montar um grupo de trabalho envolvendo a coordenação da APS, coordenação de imunização, enfermeiros, técnicos de enfermagem e tutores.
- Revisar os POP e o Instrumento de Supervisão na Sala de Vacina, elaborando-os a partir do Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação (MS, 2014).
- Realizar a oficina “Microprocessos Sala de Vacina”, para desenvolver competências para gerenciar e operacionalizar os processos da sala de vacina, com a participação de todos os profissionais envolvidos com a sala de vacina. A oficina deverá ser organizada pelo coordenador da APS, coordenador de imunização e tutores.

Oficina: Avaliação e implementação do microprocesso de vacinação	
Objetivo	• Revisar e organizar o microprocesso básico de vacinação
Resultado esperado	• Desenvolver atividades direcionadas a organização dos processos de trabalhos na sala de vacina • Aplicar o Instrumento de avaliação do microprocesso de vacinação
Metas a serem alcançadas	• Percentual das unidades de saúde avaliadas pelo instrumento de avaliação do microprocesso de vacinação • Percentual de cobertura vacinal segundo as metas propostas pelo PNI
<b>Atividade 1 – Fase preparatória</b>	
Fase do PDSA: Planejar P	
Como	Material de apoio
Apropriar-se das orientações para implementação do microprocesso de vacinação	Documento orientador – Avaliação e implementação do microprocesso de vacinação
Montar grupo de trabalho para validar o instrumento de avaliação do microprocesso validação, POPs e atualizar a Matriz de Gerenciamento Sala de Vacina e POPs	
Validar o instrumento de avaliação do microprocesso de vacinação	Instrumento de avaliação do microprocesso de vacinação

<b>Oficina: Avaliação e implementação do microprocesso de vacinação</b>	
Capacitar os tutores para a aplicação do instrumento de avaliação do microprocesso de vacinação	Instrumento de avaliação do microprocesso de vacinação
Revisar os POP e os Instrumento de Supervisão na Sala de Vacina <ul style="list-style-type: none"> <li>• Montar grupo de trabalho</li> <li>• Realizar a customização e validação dos POP da sala de vacina para a realidade local</li> </ul>	POPs referentes a gestão da sala de vacina e aplicação de vacina
<b>Atividade 2 – Aplicar o instrumento de avaliação do microprocesso de vacinação (Avaliação 1)</b>	
Fase do PDSA: fazer – D	
Como	Material de apoio
• Aplicar o instrumento de avaliação do microprocesso de vacinação em todas as unidades de saúde	Instrumento de avaliação do microprocesso de vacinação
• Analisar minuciosamente os itens de não conformidade, pois estes possibilitam a identificação de áreas críticas do desempenho	Instrumento de avaliação do microprocesso de vacinação
• Elaborar um plano para correção das não conformidades, aqui denominado “Plano de Ação para Melhoria dos Processos Sala de Vacina”	Plano de ação
<b>Atividade 3 – Organizar o microprocesso de vacinação</b>	
Fase do PDSA de Fazer – D	
• Planejar a oficina microprocesso sala de vacina com a participação de todas as equipes de sala de vacina do município	Documento orientador – Avaliação e implementação do microprocesso de vacinação
Realizar a oficina Microprocesso sala de vacina <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante a oficina implantar a Meta 3 – Melhorar a segurança dos medicamentos/Vacinas</li> <li>• Relacionar a Meta 3 aos processos de organização da sala de vacina</li> <li>• Apresentar o vídeo da Meta 3 da Segurança do Paciente</li> </ul>	Guia da Oficina Microprocesso Sala de Vacina Vídeo Meta 3 – Melhorar a segurança dos medicamentos/Vacinas <a href="https://www.youtube.com/watch?v=-u-OYbLZ5pc&amp;list=PLbWxzCpfF_-TPyXe1oOTrUVF_-tn9F6xl&amp;index=5">https://www.youtube.com/watch?v=-u-OYbLZ5pc&amp;list=PLbWxzCpfF_-TPyXe1oOTrUVF_-tn9F6xl&amp;index=5</a>
Fase do PDSA de Planejamento – P	
<b>Atividade 4 – Replicar o instrumento de avaliação do microprocesso de vacinação (Avaliação 2)</b>	
Fase do PDSA: Estudar – S e Agir – A	
• Reaplicar o Instrumento de avaliação do microprocesso de vacinação após seis meses	Instrumento de avaliação do microprocesso de vacinação
• Identificar não conformidades persistentes e reavaliar as estratégias para melhoria dos processos e dos indicadores	
• Identificar o grau de conformidade e atualizar o plano de ação para melhoria dos processos sala de vacina	

Fonte: elaborado por Barra RP, Chomatas VER, Lopes PRR e Matos MAB

## MACROPROCESSOS DE ABORDAGEM FAMILIAR — DESTACANDO A FAMÍLIA NA CASA

A presença de uma família no interior da casa simboliza a importância de considerar a família como unidade central de cuidado na APS. Isso implica que todas as mudanças e intervenções realizadas nas diversas partes da casa devem ser orientadas por cuidados centrados em pessoas, organizadas socialmente em famílias, que vivem em territórios sanitários singulares conhecidos e apropriados pelas equipes de APS.

Para organizarmos esses macroprocessos, é necessário realizar as seguintes etapas:

- Efetuar cadastro familiar para conhecer a composição e as características das famílias.
- Estratificar o risco das famílias para identificar aquelas que necessitam de maior atenção e cuidado.
- Avaliar as relações familiares por meio da elaboração de genogramas, que permitem visualizar a estrutura e as relações familiares.
- Avaliar as relações comunitárias usando ecomapas, que permitem identificar as redes de apoio e recursos disponíveis na comunidade.
- Elaborar o plano de cuidado familiar, que deve ser personalizado e baseado nas necessidades e prioridades da família.

Esses macroprocessos são organizados na oficina tutorial de território e gestão de base populacional, que inclui o desenvolvimento de competências para gerenciar os processos de cuidado familiar e comunitário.

## MACROPROCESSOS DE ATENÇÃO AOS EVENTOS AGUDOS — CONSTRUINDO A PAREDE VERMELHA DA CASA

Os macroprocessos de atenção aos eventos agudos são representados pela parede vermelha da casa e se referem à resposta social única e informada para lidar com os eventos agudos.

Os eventos agudos são o somatório das condições agudas, das agudizações das condições crônicas e das condições gerais e inespecíficas que se manifestam de forma aguda, e que podem se apresentar em três formas de demandas diferentes (Mendes *et al.*, 2019):

- Condições agudas que se desenvolvem rapidamente e requerem atenção imediata.

- Agudizações de condições crônicas, representadas pelo agravamento dessas condições que requerem atenção e intervenção.
- Condições gerais e inespecíficas que não são específicas de uma doença ou agravo, mas que requerem atenção e cuidado.

Apesar de se apresentarem em três formas de demandas diferentes, o padrão da resposta social é único e informado por um modelo de atenção aos eventos agudos.

O modelo de atenção aos eventos agudos estabelece-se por níveis de atenção, que incluem (Mendes *et al.*, 2019):

- Promoção da saúde com ações que visam promover a saúde e prevenir doenças.
- Prevenção das condições de saúde com ações que visam prevenir as condições de saúde e reduzir o risco de doenças.
- Gestão das Condições de Saúde com ações que visam gerenciar as condições de saúde e tratar as doenças.

Para garantir a atenção eficaz aos eventos agudos, é fundamental adotar uma classificação de risco baseada em algoritmos decisórios construídos por sinais de alertas. Isso permite identificar os casos que requerem atenção imediata e priorizar a atenção às necessidades dos usuários (Mendes, 2011).

Para a organização dos macroprocessos de atenção aos eventos agudos, é necessário entender a gestão do cuidado e desenvolver competências específicas, em que é necessário minimamente uma oficina tutorial.

Nessa oficina, serão abordados os seguintes temas:

- Discussão sobre a organização dos processos de acolhimento de forma eficaz e humanizada.
- Classificação de risco para atenção aos eventos agudos, garantindo que os casos sejam priorizados conforme a gravidade.
- Atendimento aos eventos agudos de menor gravidade e o primeiro atendimento das pessoas com eventos agudos de maior gravidade, bem como o encaminhamento necessário para o pronto atendimento ou ponto de socorro.

Isso requer a capacitação das equipes de APS para realizar o atendimento às urgências menores de forma eficaz e segura, e o primeiro atendimento às urgências maiores, com encaminhamento aos serviços de referência.

Além disso, a oficina introduz a Meta 5 da Segurança do Paciente, que visa reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde. Isso é fundamental para garantir a segurança dos pacientes e prevenir complicações.

Oficina – A atenção aos eventos agudos	
Objetivo	• Organizar os macroprocessos de atenção aos eventos agudos
Resultado esperado	• Acolhimento eficaz e humanizado com classificação de risco • Atendimento das urgências menores e o primeiro atendimento as urgências maiores, com encaminhamento aos serviços de urgência
Metas a serem alcançadas	• Percentual dos usuários com eventos agudos classificados por risco
<b>Acompanhamento dos processos na unidade de saúde</b>	
<b>Visita técnica</b>	
Fase do PDSA Estudar – S	
Como	Material de apoio
<p>Realizar visita técnica na Unidade de Saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar giro na unidade com o objetivo de observar os processos já implantados nas oficinas tutoriais anteriores (cobertura da estratificação de risco; atualização da lista de registros coletivos; acompanhamento da planilha de programação; funcionamento da agenda de atividades para as condições crônicas)</li> <li>• Observar a organização dos macroprocessos de atenção aos eventos agudos (como se dão o acolhimento e o atendimento aos eventos agudos? Existe classificação de risco? A equipe está preparada para o primeiro atendimento das urgências maiores? Possui caixa emergência?)</li> </ul> <p>Essas observações são subsídios na discussão de monitoramento do Plano de Ação na oficina tutorial com a participação da equipe</p>	<p>Roteiro para a visita técnica guiada da oficina de organização das linhas de cuidado</p>
<p>Analisar o consolidado da avaliação dos macroprocessos da APS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o percentual de cumprimento dos macroprocessos em implantação</li> <li>• Discutir de maneira geral os itens com não conformidade (“não preenchido”, “não existe” ou “parcialmente”), para uma compreensão ampla das melhorias necessárias para a APS</li> <li>• Discutir de maneira geral os itens com conformidade (“concluído”), para uma compreensão das melhorias já alcançadas</li> <li>• Dar ênfase aos itens referentes aos macroprocessos de atenção aos eventos agudos</li> </ul> <p>Obs.: as ações corretivas para os itens não conformes serão discutidas na oficina tutorial e revisadas sendo mantidas no plano de ação</p>	<p>Instrumento de avaliação dos macroprocessos da APS</p>
<b>Oficina tutorial com as equipes</b>	
<b>Atividade 1 – Monitoramento do plano de ação – 30 min</b>	
Fase do PDSA de Estudar – S	

Oficina – A atenção aos eventos agudos	
Como	Material de apoio
<p>Realizar o monitoramento do plano de ação, identificando ações não realizadas, parcialmente ou totalmente, discutindo as ações que ainda não foram concluídas, definindo novos prazos.</p> <p>As ações propostas no plano de ação sobre a programação das condições crônicas deverão ser apresentadas por cada responsável e discutidas com ênfase nos resultados encontrados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentar a planilha de programação assistencial para a APS</li> <li>• Apresentar a proposta da agenda de atividades para o cuidado das pessoas com condição crônica.</li> </ul> <p>Questões a serem discutidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A planilha de programação foi preenchida com a participação da equipe? Existe dúvidas relacionadas a algum item?</li> <li>• Houve o entendimento de que a agenda está relacionada a programação do cuidado segundo a estratificação de risco das condições crônicas?</li> </ul>	Plano de Ação
<b>Atividade 2 – Monitoramento dos Indicadores – 30 min</b>	
Fase do PDSA de Estudar – S	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisar os indicadores de acesso desempenho e qualidade</li> <li>• Avaliar as melhorias alcançadas</li> <li>• Rever estratégias em casos de necessidades</li> </ul>	Painéis de indicadores disponibilizados pela SES, SMS e Ministério da Saúde
<b>Atividade 3 – Alinhamento sobre os macroprocessos de atenção aos eventos agudos – 40 min</b>	
Fase do PDSA de Planejamento – P	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar alinhamento conceitual sobre o modelo de atenção ao evento agudo e sua operacionalização como acolhimento, classificação de risco e atendimento resolutivo, considerando a segurança do paciente.</li> <li>• Discutir como está organizado o processo de acolhimento com classificação de risco, relacionando aos achados identificados no giro na unidade no período da manhã.</li> <li>• Planejar implantação ou necessidade de revisitar o processo de acolhimento, considerando: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitação;</li> <li>• Estrutura física, materiais, equipamentos e insumos;</li> <li>• Comunicação com a comunidade (controle social);</li> </ul> </li> <li>• Apresentar o <i>checklist</i> para implantação dos macroprocessos de atenção ao evento agudo.</li> <li>• Apresentar a matriz de gerenciamento de processos de atenção aos eventos agudos.</li> </ul> <p>Questões a serem discutidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acesso ao atendimento aos eventos agudos: contínuo, durante todo o horário de funcionamento, ou apenas em horários específicos?</li> <li>• Vinculação com a equipe: o usuário com evento agudo é atendido pela própria equipe sempre que estiver na unidade ou por equipe de referência por turno ou dia?</li> <li>• Fluxo de atendimento à demanda espontânea elaborado: análise para identificação de gargalos, comparando com o fluxograma de referência do MS/CAB 28;</li> </ul>	<p>Apresentação PowerPoint® Padrão</p> <p>Cadernos de Atenção Básica, número 28:</p> <p>Volume I  <a href="https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_d_emanda_espontanea_cab28v1.pdf">https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_d_emanda_espontanea_cab28v1.pdf</a></p> <p>Volume II  <a href="https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf">https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf</a></p> <p>Texto de Apoio: Os macroprocessos da atenção aos eventos agudos</p> <p><i>Checklist</i> para implantação dos macroprocessos de atenção ao evento agudo</p>

Oficina – A atenção aos eventos agudos	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medição do ciclo de atendimento: análise do volume de atendimentos para demanda espontânea por evento agudo e dos tempos medidos para a espera e atendimento</li> <li>• Protocolos de classificação de risco: verificar a disponibilidade na unidade, apropriação pela equipe e utilização na rotina;</li> <li>• Protocolos para atendimento em urgência e emergência: verificar disponibilidade na unidade, apropriação pela equipe e utilização na rotina.</li> </ul>	<p>Matriz de gerenciamento de processos de atenção aos eventos agudos</p> <p>Classificação geral dos casos de demanda espontânea na atenção básica (para impressão)</p> <p>Ficha de classificação de risco</p>
<b>Atividade 4 – Atenção ao evento agudo – 40 min</b>	
<p>Realizar alinhamento conceitual sobre atenção ao evento agudo.</p> <p>Atendimento das urgências menores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisitar o atendimento da urgência menor, em casos clínicos ou do trauma, de acordo com a capacidade resolutive da unidade, incluindo a saúde bucal e saúde mental.</li> </ul> <p>Atendimento das urgências maiores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisitar o atendimento da urgência maior, em casos clínicos e do trauma e saúde mental.</li> <li>• Apresentar o <i>checklist</i> de material e medicamentos da caixa de urgência; escalas de avaliação de dor e os POP (ressuscitação cardiovascular e caixa de emergência) e planilha de solicitação de transporte sanitário de urgência.</li> </ul>	<p>Apresentação PowerPoint® Padrão</p> <p>Texto de Apoio: Materiais e procedimentos para a assistência as urgências e emergências na APS</p> <p><i>Checklist</i> de material e medicamentos da caixa de urgência</p> <p>Escala de avaliação de dor, nível de consciência, temperatura e termos na área da saúde</p> <p>POP Ressuscitação cardiovascular</p> <p>POP Caixa de emergência</p> <p>Planilha de solicitação de transporte sanitário de urgência</p>
<b>Atividade 5 – Como trabalhar as arboviroses na Planificação da Atenção à Saúde – 30 min</b>	
<p>Realizar discussão sobre o modelo de atenção às condições agudas e às arboviroses</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar discussão sobre os processos de trabalho a serem organizados segundo os macroprocessos da construção social da APS</li> </ul>	<p>Apresentação PowerPoint® Padrão</p>
<b>Atividade 6 – O atendimento da demanda espontânea da APS e as metas de segurança do paciente – 30 min</b>	
Fase do PDSA: Planejamento – P	
<p>Revisitar as metas de segurança do paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar os processos relacionados a Meta 1 – Identificação Segura; Meta 2 – Melhorar a comunicação segura entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias, que foi adaptada para a APS; Meta 6 – Reduzir o risco de quedas e lesões por pressão.</li> <li>• Implantar a Meta 5 – Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde</li> </ul>	<p>Apresentação PowerPoint® Padrão</p> <p>Vídeo Meta 5 – Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde</p> <p><a href="https://www.youtube.com/watch?v=wC8vyQ4S7sU&amp;list=PLbWxzCpf_-TPyXe1oOTrUVF_-tn9F6xl&amp;index=7">https://www.youtube.com/watch?v=wC8vyQ4S7sU&amp;list=PLbWxzCpf_-TPyXe1oOTrUVF_-tn9F6xl&amp;index=7</a></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentar o vídeo da Meta 5 da Segurança do Paciente</li> <li>• Identificar as metas de segurança do paciente no fluxo de atendimento da demanda espontânea da APS.</li> </ul>	
<b>Atividade 7 – Atualização do plano de ação</b>	
Fase do PDSA de Planejamento – P	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incluir as ações sobre a atenção aos eventos agudos, segundo a atividade 8</li> </ul>	

## Oficina – A atenção aos eventos agudos

## Atividade 8 – Ações essenciais a serem realizadas no período de dispersão

Fase do PDSA: Fazer – D

Aplicar o *checklist* para implantação dos macroprocessos de atenção ao evento agudo.

Apropriar da Matriz de gerenciamento de processos de atenção aos eventos agudos.

Urgências menores:

- Organizar os procedimentos terapêuticos disponíveis (terapia inalatória, anti-hipertensivos, suturas e outros), para alcançar a maior resolutividade em casos de urgência menor, na própria unidade de saúde.
- Organizar o atendimento à demanda espontânea em saúde bucal, em todos os dias e turnos de atendimento, com reserva de vagas na agenda.
- Organizar o atendimento à urgência em saúde mental, pactuando o apoio de profissionais da equipe de saúde mental e dos fluxos específicos para o Caps ou hospital de referência.

Urgências maiores:

- Organizar maleta/caixa/ carrinho de emergência contendo materiais, equipamentos e medicamentos para o primeiro atendimento.
- Organizar equipamentos, insumos e medicamentos e POP para atendimento.
- Identificar adequadamente os medicamentos e insumos dentro das datas de validade e equipamentos com funcionamento adequado.
- Formar “Time Resposta Rápida” ao evento de urgência maior: time de profissionais, local, recursos necessários e tempo de resposta.
- Organizar capacitação específica dos profissionais.
- Realizar pactuação para acionamento do transporte e fluxos de encaminhamento para o hospital de referência, com registro do monitoramento da utilização do transporte em planilha específica.
- Implantar o evento sentinela para condições crônicas agudizadas, identificando os usuários ainda não acompanhados pela equipe.
- Monitorar as metas de segurança do paciente já implantadas

*Checklist* para implantação dos macroprocessos de atenção ao evento agudo

Matriz de gerenciamento de processos de atenção aos eventos agudos

*Checklist* de material e medicamentos da caixa de urgência

Escalas de avaliação de dor, nível de consciência, temperatura e termos na área da saúde

POP Ressuscitação cardiovascular

POP Caixa de emergência

Planilha de solicitação de transporte sanitário de urgência

## Atividade 9 – Entregar o resultado esperado

Fase do PDSA: Estudar – S e Agir – A

- Identificar não conformidades persistentes e definir ações corretivas.
- Reavaliar as estratégias para melhoria dos indicadores
- Inserir novas estratégias quando necessário

Fonte: elaborado por Barra RP, Chomatas VER, Lopes PRR e Matos MAB

## **MACROPROCESSOS DA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NÃO AGUDIZADAS, AOS USUÁRIOS MUITO FREQUENTES E ÀS ENFERMIDADES — CONSTRUINDO A PAREDE VERDE DA CASA**

Esses macroprocessos são representados pela parede verde da casa. Embora eles envolvam três diferentes padrões de demanda, a resposta social pela APS é da mesma natureza (Mendes *et al.*, 2019).

A implantação desses macroprocessos exige um MACC e entendimento sobre a gestão do cuidado, desenvolvendo competências específicas para gerenciar as condições de saúde.

Para a organização desses macroprocessos, são essenciais minimamente três oficinas tutoriais, descritas a seguir:

1. Estratificação de risco das condições crônicas para identificar os usuários que necessitam de maior atenção e cuidado.
2. Organização das linhas de cuidado, para garantir que os usuários recebam atenção personalizada e contínua.
3. Integração da APS e AAE para garantir que os usuários recebam atenção coordenada e eficaz.

### **Oficina tutorial: A estratificação de risco das condições crônicas**

A oficina tutorial “A Estratificação de Risco das Condições Crônicas” visa desenvolver competências para identificar os usuários que necessitam de maior atenção e cuidado, de acordo com o estrato de risco. Permite priorizar a atenção às necessidades dos usuários com maior risco, garantindo que recebam a atenção necessária e personalizada.

Nessa oficina, serão apresentadas as notas técnicas ou diretrizes clínicas sugeridas para as condições crônicas priorizadas, incluindo como estratificar o risco de gestante, crianças, pessoas idosas, pessoas com hipertensão e diabetes, bem como a capacitação dos profissionais para a estratificação de risco, garantindo que tenham as competências necessárias para identificar os usuários que necessitam de maior atenção e cuidado.

Oficina – A estratificação de risco das condições crônicas	
Objetivo	• Realizar a estratificação de risco das pessoas com condições crônicas
Resultado esperado	• Equipe apropriada sobre o conceito de condições de saúde e estratificação de risco
Metas a serem alcançadas	• Percentual das pessoas usuárias com condições crônicas prioritárias estratificadas por risco
<b>Acompanhamento dos processos na unidade de saúde</b>	
<b>Visita técnica</b>	
Fase do PDSA: Estudar – S	
Como	Material de apoio
<p>Realizar visita técnica na unidade de saúde</p> <p>Verificar como estão os processos relacionados ao território e gestão de base populacional e acesso.</p> <p>Observar a organização dos processos de acesso disparados na oficina anterior:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Permanecer na recepção no mínimo por uma hora e observar se houve alguma mudança nos fluxos da unidade de saúde;</li> <li>• Se existe fila para ser atendido; se já foi implantado o atendimento por blocos de hora e se sim se as pessoas estão chegando no horário combinado; se existem pessoas que não são atendidas no dia; que querem marcar consultas para renovar receitas; mulheres que querem agendar para fazer o exame preventivo; gestantes procurando agendar consultas; se as pessoas procuram a recepção para agendar retorno.</li> </ul> <p>Essas observações são subsídios na discussão de monitoramento do plano de ação na oficina tutorial com a participação da equipe</p>	Roteiro para a visita técnica da oficina de estratificação de risco das condições crônicas
<p>Analisar o consolidado da avaliação dos macroprocessos da APS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o percentual de cumprimento dos macroprocessos em implantação</li> <li>• Discutir de maneira geral os itens com não conformidade (“não preenchido”, “não existe” ou “parcialmente”), para uma compreensão ampla das melhorias necessárias para a APS</li> <li>• Discutir de maneira geral os itens com conformidade (“concluído”), para uma compreensão das melhorias já alcançadas</li> </ul> <p>Obs.: as ações corretivas para os itens não conformes serão discutidas na oficina tutorial e revisadas sendo mantidas no plano de ação</p>	Instrumento de avaliação dos macroprocessos da APS
<b>Oficina tutorial com as equipes</b>	
<b>Atividade 1 – Monitoramento do plano de ação – 30 min</b>	
Fase do PDSA: Estudar – S	
Como	Material de apoio
<p>Realizar o monitoramento do plano de ação, identificando ações não realizadas, parcialmente ou totalmente, discutindo as ações que ainda não foram concluídas, definindo novos prazos.</p> <p>As ações propostas no plano de ação referentes à oficina de acesso deverão ser discutidas, apresentando os resultados encontrados:</p>	Plano de Ação

Oficina – A estratificação de risco das condições crônicas	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Balanço de atendimento semanal;</li> <li>• Processos de trabalho da recepção;</li> <li>• Fluxo de atendimento.</li> </ul> <p>Durante a apresentação dos resultados do mapa de fluxo e ciclo de atendimento, discutir os casos apresentados, considerando os gargalos, as atividades que impactam no fluxo. Solicitar que, para essa apresentação, eles desenhem um <i>croqui</i> da unidade e façam o caminho que a pessoa usuária faz dentro da UBS.</p> <p>Questões a serem discutidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quais os gargalos identificados no fluxo?</li> <li>• Quais suas possíveis causas e como fazer para superá-las? Quais processos que não geram valor para os usuários? Existem possíveis etapas desnecessárias? Como fazer para eliminá-las? Como ficam os novos fluxos?</li> </ul>	
<b>Atividade 2 – Monitoramento dos Indicadores – 30 min</b>	
Fase do PDSA: Estudar – S	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisar os indicadores de acesso desempenho e qualidade</li> <li>• Avaliar as melhorias alcançadas</li> <li>• Rever estratégias em casos de necessidades</li> </ul>	Painéis de indicadores disponibilizados pela SES, SMS e Ministério da Saúde
<b>Atividade 3 – Organização da atenção às condições crônicas – 60 min</b>	
Fase do PDSA: Planejamento – P	
<p>Realizar um resgate conceitual sobre o macroprocesso de atenção às condições crônicas não agudizadas, enfermidades e pessoas hiperutilizadoras, MACC e gestão da condição de saúde</p> <p>Questões a serem discutidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se a planilha de registro coletivo está sendo atualizada;</li> <li>• Se todas as pessoas referidas com condições crônicas possuem confirmação diagnóstica e se foram atendidas pelo médico e enfermeiro no último ano</li> <li>• Se são acompanhadas por estrato de risco</li> <li>• Se acontece o compartilhamento do cuidado dos usuários estratificados com alto e muito alto risco com a AAE</li> <li>• Se acontece o monitoramento clínico-funcional</li> </ul>	<p>Apresentação PowerPoint® Padrão</p> <p>Texto de Apoio: Construindo os Macroprocessos de Atenção às Condições Crônicas</p>
<b>Atividade 4 – A estratificação de risco das condições crônicas – 60 min</b>	
<p>Realizar alinhamento conceitual sobre estratificação de risco das condições crônicas</p> <p>Questões a serem discutidas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentar as Nota Técnica ou Diretriz Clínica adotada para as condições crônicas priorizadas (Gestante, crianças, pessoas idosas, hipertensão e diabetes)</li> <li>• Discutir a capacitação dos profissionais para a estratificação de risco</li> <li>• Discutir estratégias para o início da estratificação de risco das pessoas com condições crônicas</li> </ul>	<p>Apresentação PowerPoint® Padrão</p> <p>Notas Técnicas ou Diretrizes Clínicas</p> <p>Texto de Apoio: A estratificação de risco das condições crônicas</p>
<b>Atividade 5 – Atualizar o plano de ação – 30 min</b>	
Fase do PDSA: Planejamento – P	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incluir as ações sobre a estratificação de risco, segundo a atividade 6</li> </ul>	Plano de ação

Oficina – A estratificação de risco das condições crônicas	
Atividade 6 – Ações essenciais a serem realizadas no período de dispersão	
Fase do PDSA: Fazer – D	
Estratificação de risco das condições crônicas	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar se a planilha de registro coletivo para estratificação de risco ou outro arquivo para registro utilizado pela equipe, está atualizada</li> <li>• Fazer a relação do número de pessoas na planilha de registro coletivo com o parâmetro de pessoas com condições crônicas relacionadas a população vinculada a unidade de saúde</li> <li>• Verificar se as pessoas listadas na planilha de registro coletivo ou outro arquivo adotado passaram por atendimento com o médico ou enfermeiro no último ano</li> <li>• Proteger a agenda médicos e enfermeiros participarem da capacitação para a estratificação de risco</li> <li>• Planejar estratégia para realizar a estratificação das pessoas com condições crônicas (gestante, crianças, pessoas idosas, pessoas com hipertensão e diabetes)</li> <li>• Monitorar as metas de segurança do paciente já implantadas</li> </ul>	Plano de ação
Atividade 8 – Entregar o resultado esperado	
Fase do PDSA: Estudar – S e Agir – A	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar não conformidades persistentes e definir ações corretivas.</li> <li>• Reavaliar as estratégias para melhoria dos indicadores</li> <li>• Inserir novas estratégias quando necessário</li> </ul>	

Fonte: elaborado por Barra RP, Chomatás VER, Lopes PRR e Matos MAB

### Oficina tutorial: Organização das linhas de cuidado

A oficina de “Organização das Linhas de Cuidado” visa discutir a atenção à saúde apropriada em relação a uma determinada condição de saúde. Nessa oficina, serão abordadas a realização da atenção contínua na APS e a elaboração do plano de cuidado.

O plano de cuidado é uma tecnologia fundamental que coloca a pessoa usuária como o centro da gestão do cuidado, garantindo que seja envolvida no processo de tomada de decisões.

Nessa oficina, será introduzida a Meta 2 da Segurança do Paciente, que visa melhorar a comunicação segura entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias. Essa meta foi adaptada para a atenção primária e é fundamental para garantir que a comunicação seja eficaz e segura.

A escolha de trabalhar a Meta 2 nessa etapa destaca a importância da comunicação entre profissionais de saúde e entre esses profissionais e as pessoas usuárias. O plano de cuidado é uma forma de comunicação segura. Além disso, a comunicação

clara e precisa pode reduzir erros médicos, como diagnósticos incorretos ou tratamentos inadequados, prevenir eventos adversos e garantir a segurança do paciente.

Quando os profissionais de saúde se comunicam de forma eficaz com os usuários, é mais provável que esses usuários sigam as recomendações de tratamento e consigam uma adesão maior ao plano de cuidado.

A comunicação eficaz entre profissionais de saúde é fundamental para o trabalho em equipe e para garantir que todos trabalhem juntos para fornecer cuidado de alta qualidade.

Oficina – A organização das linhas de cuidados	
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organizar as linhas de cuidado para as condições crônicas</li> </ul>
Resultado esperado	<ul style="list-style-type: none"> <li>Equipe apropriada para a organização das linhas de cuidado</li> <li>Realização da atenção contínua para as pessoas com condições crônicas de alto e muito alto risco na APS</li> <li>Plano de cuidado implantado para as pessoas com condições crônicas de alto e muito alto risco</li> </ul>
Metas a serem alcançadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Percentual de pessoas usuárias com condições crônicas estratificadas como alto e muito alto risco que passaram pela atenção contínua</li> <li>Percentual de pessoas usuárias com condições crônicas estratificadas como alto e muito alto risco com plano de cuidado elaborado</li> </ul>
<b>Acompanhamento dos processos na unidade de saúde</b>	
<b>Visita técnica</b>	
Fase do PDSA Estudar – S	
Como	Material de apoio
Realizar visita técnica na Unidade de Saúde <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar giro na unidade com o objetivo de observar os processos já implantados nas oficinas tutoriais anteriores (territorialização, cadastramento, estratificação de risco familiar, atualização da lista de registros coletivos e as questões relacionadas ao acesso a APS). Observar como está acontecendo a estratificação de risco das pessoas com condições crônicas;</li> <li>Os profissionais foram capacitados?</li> <li>Já iniciou a estratificação de risco?</li> <li>Existe estratégia para melhorar a cobertura da estratificação de risco?</li> <li>Os profissionais estratificam as pessoas com condições crônicas em cada consulta?</li> <li>Estas informações são registradas no prontuário?</li> </ul> Essas observações são subsídios na discussão de monitoramento do plano de ação na oficina tutorial com a participação da equipe	Roteiro para a visita técnica guiada da oficina de organização das linhas de cuidado
Analisar o consolidado da avaliação dos macroprocessos da APS: <ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliar o percentual de cumprimento dos macroprocessos em implantação</li> </ul>	Instrumento de avaliação dos macroprocessos da APS

Oficina – A organização das linhas de cuidados	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discutir de maneira geral os itens com não conformidade (“não preenchido”, “não existe” ou “parcialmente”), para uma compreensão ampla das melhorias necessárias para a APS</li> <li>• Discutir de maneira geral os itens com conformidade (“concluído”), para uma compreensão das melhorias já alcançadas</li> </ul> <p>Obs.: as ações corretivas para os itens não conformes serão discutidas na oficina tutorial e revisadas sendo mantidas no plano de ação</p>	
Oficina tutorial com as equipes	
Atividade 1 – Monitoramento do plano de ação – 30 min	
Fase do PDSA de Estudar – S	
Como	Material de apoio
<p>Realizar o monitoramento do plano de ação, identificando ações não realizadas, parcialmente ou totalmente, discutindo as ações que ainda não foram concluídas, definindo novos prazos.</p> <p>As ações propostas no plano de ação sobre a estratificação de risco deverão ser apresentadas e discutidas com discussão dos resultados encontrados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitação dos profissionais para a estratificação de risco</li> <li>• Estratégias para o início da estratificação de risco das pessoas com condições crônicas</li> <li>• Número e percentual de pessoas com condições crônicas estratificadas por risco</li> </ul> <p>Questões a serem discutidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos os profissionais de nível superior foram capacitados para estratificar risco de crianças, gestantes, pessoas idosas e pessoas com hipertensão e diabetes?</li> <li>• Como aumentar a cobertura das pessoas com condições crônicas estratificadas por risco?</li> </ul>	Plano de Ação
Atividade 2 – Monitoramento dos Indicadores – 30 min	
Fase do PDSA: Estudar – S	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisar os indicadores de acesso desempenho e qualidade</li> <li>• Avaliar as melhorias alcançadas</li> <li>• Rever estratégias em casos de necessidades</li> </ul>	Painéis de indicadores disponibilizados pela SES, SMS e Ministério da Saúde
Atividade 3 – Organização das linhas de cuidados – 60 min	
Fase do PDSA: Planejamento – P	
<p>Realizar um resgate conceitual sobre o macroprocesso de atenção às condições crônicas não agudizadas, destacando a importância da organização das linhas de cuidados</p> <p>Questões a serem discutidas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O conceito de linha de cuidado</li> <li>• A relação do gerenciamento das condições crônicas e estabilização destas condições</li> <li>• O plano de cuidado, que efetivamente, coloca a pessoa usuária como o centro da atenção à saúde</li> </ul>	<p>Apresentação PowerPoint® Padrão</p> <p>Texto de Apoio:</p> <p>As linhas de cuidado das condições crônicas</p> <p>Texto de Apoio: O Plano de Cuidado</p> <p>Formulário para o Plano de Cuidado</p>

Oficina – A organização das linhas de cuidados	
<p>Discutir o cuidado do usuário com condição crônica prioritária (gestação, criança, hipertensão arterial, diabetes mellitus, pessoas idosas e outras prioritárias), desenhando a linha de cuidado conforme nota técnica e evidenciando os momentos mais críticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Captação;</li> <li>• Diagnóstico;</li> <li>• Estratificação de risco;</li> <li>• Acompanhamento por estrato de risco (atendimentos individuais ou em grupo; utilização das tecnologias leves de cuidado);</li> <li>• Procedimentos específicos, como o exame do pé diabético;</li> <li>• Exames laboratoriais, gráficos e de imagem;</li> <li>• Compartilhamento dos usuários de alto e muito alto risco para a AAE;</li> <li>• Alta ou estabilização/monitoramento.</li> <li>• Compartilhamento do cuidado com a equipe de internação domiciliar</li> </ul> <p>Questões a serem discutidas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Problematicar como se dá o atendimento da pessoa usuária com a condição crônica, desde a captação até a estabilização e o monitoramento.</li> </ul> <p>Após a problematização, apresentar o material sobre Linhas de Cuidado – Mapeamento de Processo referente às linhas de cuidados e fazer análise comparativa com o desenho desenvolvido pela equipe na discussão anterior.</p>	<p>Apresentação PowerPoint® Padrão</p> <p>Matriz – Linhas de cuidados mapeamento de processo</p>
<b>Atividade 4 – A atenção contínua para o manejo das condições crônicas na APS – 60min</b>	
<p>Realizar alinhamento conceitual da tecnologia leve “A Atenção Contínua (AC)”</p> <p>Questões a serem discutidas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Como organizar a Atenção Contínua na APS?</li> <li>• Quais as estratégias para o início da AC na unidade de saúde?</li> <li>• Programar a realização do ciclo de AC na próxima visita técnica.</li> </ul>	<p>Apresentação PowerPoint® Padrão</p> <p>Texto de Apoio: O ciclo de Atenção Contínua</p> <p>Matriz de gerenciamento do ciclo de Atenção Contínua</p>
<b>Atividade 5 – Metas de segurança do paciente 30 min</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relembrar a Meta 1– Identificar corretamente o paciente</li> <li>• Apresentar a Meta 2 – Melhorar a comunicação segura entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias, que foi adaptada para a atenção primária</li> <li>• Apresentar o vídeo da Meta 2 da Segurança do Paciente</li> </ul> <p>Questões a serem discutidas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicação verbal efetiva das informações entre os profissionais</li> <li>• Comunicação verbal efetiva das informações entre os profissionais e as pessoas usuárias</li> <li>• Fazer a relação da Meta 2 com a comunicação entre os profissionais de saúde e pessoa usuária por meio do plano de cuidado</li> </ul>	<p>Apresentação PowerPoint® Padrão</p> <p>Vídeo Meta 2 – Melhorar a comunicação entre profissionais de saúde e pessoas usuárias</p> <p><a href="https://www.youtube.com/watch?v=oXaBZE1_nl4&amp;list=PLbWxzCpfF_-TPyXe1oOTrUVF-_tn9F6xl&amp;index=4">https://www.youtube.com/watch?v=oXaBZE1_nl4&amp;list=PLbWxzCpfF_-TPyXe1oOTrUVF-_tn9F6xl&amp;index=4</a></p>
<b>Atividade 6 – Atualizar o plano de ação – 30 min</b>	
Fase do PDSA: Planejamento – P	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incluir as ações sobre as linhas de cuidado, atenção contínua e plano de cuidado segundo a atividade 7</li> </ul>	Plano de ação

Oficina – A organização das linhas de cuidados	
Atividade 7 – Ações essenciais a serem realizadas no período de dispersão	
Fase do PDSA: Fazer – D	
Organização das linhas de cuidados <ul style="list-style-type: none"> <li>• Em reunião de equipe, discutir o documento das linhas de cuidados, customizar para a realidade local e apresentar na próxima oficina tutorial</li> <li>• Organizar encontros para a apropriação da elaboração do plano de cuidado e estratégias para discussão interdisciplinar com a participação da eSF e eMulti</li> <li>• Organizar o primeiro Ciclo de Atenção Contínua na unidade de saúde, que será realizado na próxima visita técnica</li> <li>• Organizar o compartilhamento do cuidado quando da internação domiciliar</li> <li>• Implantar a Meta 2 – Melhorar a comunicação segura entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias</li> <li>• Monitorar as metas de segurança do paciente implantadas</li> </ul>	Matriz de gerenciamento do Ciclo de Atenção Contínua
Atividade 8 – Entregar o resultado esperado	
Fase do PDSA: Estudar – S e Agir – A	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar não conformidades persistentes e definir ações corretivas</li> <li>• Reavaliar as estratégias para melhoria dos indicadores</li> <li>• Inserir novas estratégias quando necessário</li> </ul>	

Fonte: elaborado por Barra RP, Chomatás VER, Lopes PRR e Matos MAB

### Oficina tutorial: Integração da Atenção Primária à Saúde e a Atenção Ambulatorial Especializada

A oficina tutorial “Integração da Atenção Primária à Saúde e a Atenção Ambulatorial Especializada” visa promover a integração entre a APS e a AAE, fortalecendo o compartilhamento do cuidado e a comunicação entre esses pontos de atenção.

O objetivo é garantir uma assistência mais eficaz e integrada para pessoas com condições crônicas, considerando sua estratificação de risco. Além disso, a oficina estabelecerá processos para troca de informações clínicas entre a APS e a AAE, visando melhorar o monitoramento e a estabilização do usuário com condição crônica de saúde, bem como a comunicação entre os profissionais de saúde da APS e da AAE, garantindo que o cuidado seja coordenado e eficaz.

A integração entre a APS e a AAE é fundamental para garantir que os usuários com condições crônicas recebam cuidado que melhorarão os resultados de saúde dos usuários, reduzindo as complicações e melhorando a qualidade de vida. Além disso, possibilita a redução de custos associados ao cuidado de saúde, evitando hospitalizações desnecessárias e melhorando a eficiência do sistema de saúde.

Oficina – Integração da Atenção Primária à Saúde e a Atenção Ambulatorial Especializada	
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promover a integração entre a APS e AAE</li> </ul>
Resultado esperado	<ul style="list-style-type: none"> <li>Compartilhamento do cuidado das pessoas com condições crônicas estratificadas como de alto e muito alto risco</li> <li>Elaboração de plano de cuidado integrado pelos profissionais da APS e AAE</li> <li>Matriciamento dos profissionais especializados para eSF</li> </ul>
Metas a serem alcançadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Percentual de pessoas usuárias com condições crônicas estratificadas como alto e muito alto risco com compartilhamento do cuidado entre APS e AAE</li> <li>Percentual de pessoas usuárias com condições crônicas com compartilhamento do cuidado com plano de cuidado elaborado</li> </ul>

### Acompanhamento dos processos na unidade de saúde

#### Visita técnica

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
<p>Realizar visita técnica na Unidade de Saúde</p> <p>Verificar se os processos para organizar os atendimentos de acolhimento, urgência menores e o primeiro atendimento das urgências maiores estão organizados e se já implantaram a caixa de emergência</p> <p>Observar se já existe o compartilhamento do cuidado com a atenção especializada para as pessoas com condições crônicas estratificadas como alto e muito alto risco</p>	Roteiro para a visita técnica da oficina de integração da APS e AAE
<p>Analisar o consolidado da avaliação dos macroprocessos da APS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliar o percentual de cumprimento dos macroprocessos em implantação</li> <li>Discutir de maneira geral os itens com não conformidade (“não preenchido”, “não existe” ou “parcialmente”), para uma compreensão ampla das melhorias necessárias para a APS</li> <li>Discutir de maneira geral os itens com conformidade (“concluído”), para uma compreensão das melhorias já alcançadas</li> </ul>	Instrumento de avaliação dos macroprocessos da APS
Obs.: as ações corretivas para os itens não conformes serão discutidas na oficina tutorial e revisadas sendo mantidas no plano de ação	

### Oficina tutorial com as equipes

#### Atividade 1 – Monitoramento do plano de ação – 30 min

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
<p>Realizar o monitoramento do plano de ação, identificando ações não realizadas, parcialmente ou totalmente, discutindo as ações que ainda não foram concluídas, definindo novos prazos.</p> <p>As ações propostas no plano de ação sobre a atenção aos eventos agudos deverão ser apresentadas e discutidas com apresentação dos resultados dos resultados encontrados:</p>	Plano de Ação

<b>Oficina – Integração da Atenção Primária à Saúde e a Atenção Ambulatorial Especializada</b>	
<p>Questões a serem discutidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Foi implantado o acolhimento eficaz e humanizado com classificação de risco?</li> <li>• Como está acontecendo o atendimento das urgências menores e o primeiro atendimento as urgências maiores, com encaminhamento aos serviços de urgência?</li> <li>• Foi implantada a caixa de emergência segundo padronização?</li> </ul>	
<b>Atividade 2 – Monitoramento dos Indicadores – 30 min</b>	
Fase do PDSA: Estudar – S	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisar os indicadores de processo, desempenho e qualidade</li> <li>• Avaliar as melhorias alcançadas</li> <li>• Rever estratégias em casos de necessidades</li> </ul>	Painéis de indicadores disponibilizados pela SES, SMS e Ministério da Saúde
<b>Atividade 3 – Discutindo o compartilhamento do cuidado – 60 min</b>	
Fase do PDSA de Planejamento – P	
<p>Retomar a discussão sobre a estratificação de risco e como as pessoas estratificadas como de alto e muito alto risco terão o compartilhamento do cuidado pela APS e AAE</p> <p>Analisar os indicadores das subpopulações com condições crônicas relacionados a estratificação de risco e identificar as pessoas que deverão ter seu cuidado compartilhado com a AAE</p> <p>Questões a serem discutidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Total de pessoas dessa subpopulação: (número total/porcentagem na população geral do território)</li> <li>• Quantidade de pessoas já com estratificação de risco (número total/porcentagem da subpopulação)</li> <li>• MAAC nível 3: (número total/porcentagem da subpopulação)</li> <li>• MAAC nível 4: (número total/porcentagem da subpopulação)</li> <li>• MAAC nível 5: (número total/porcentagem da subpopulação)</li> </ul>	Apresentação PowerPoint® Padrão
<p>Discutir o modelo atual para o compartilhamento do cuidado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diretriz clínica definida (linguagem comum)</li> <li>• Critérios de acesso definidos para o compartilhamento do cuidado</li> <li>• Critérios de acesso informados amplamente/formalizados/padronizados</li> <li>• Como é hoje o compartilhamento: via sistema, formulário, contato telefônico etc.</li> <li>• Existem momentos de integração entre APS e AAE (macroprocesso educacional e supervisional – contrato e proteção de agenda)</li> </ul>	
<b>Atividade 4 – Retomando o plano de cuidado – 60min</b>	
<p>Realizar alinhamento conceitual sobre o plano de cuidado</p> <p>Relacionar o plano de cuidado com a Meta 2 da segurança do paciente: Melhorar a comunicação entre profissionais de saúde e pessoas usuárias (Adaptado para APS)</p> <p>Retomar o formulário do plano de cuidado e tirar as dúvidas existentes</p> <p>Questões a serem discutidas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qual o papel do plano de cuidado, no compartilhamento do cuidado?</li> <li>• Como está a participação da eMulti na elaboração do plano de cuidado?</li> </ul>	<p>Apresentação PowerPoint® Padrão</p> <p>Formulário do plano de cuidado</p>

Oficina – Integração da Atenção Primária à Saúde e a Atenção Ambulatorial Especializada	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quem necessita de plano de cuidado?</li> <li>• Qual o percentual de pessoas com condições crônicas possui plano de cuidado?</li> </ul>	
<b>Atividade 6 – Atualizar o plano de ação – 30 min</b>	
Fase do PDSA: Planejamento – P	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incluir as ações sobre a integração segundo a atividade 7</li> </ul>	Plano de ação
<b>Atividade 7 – Ações essenciais a serem realizadas no período de dispersão</b>	
Fase do PDSA: Fazer – D	
Organização da integração da APS e AAE <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar as pessoas usuárias com necessidade de compartilhamento de cuidado com a AAE</li> <li>• Definir critérios de acesso para o compartilhamento do cuidado: momentos de integração entre APS e AAE (macroprocesso educacional e supervisional)</li> <li>• Verificar o número e percentual de pessoas com condições crônicas que possuem plano de cuidado elaborado e plano de autocuidado pactuado</li> <li>• Definir estratégias para elaboração de planos de cuidados interdisciplinares para as pessoas usuárias que ainda não possuem</li> <li>• Monitorar as metas de segurança do paciente implantadas</li> </ul>	
<b>Atividade 8 – Entregar o resultado esperado</b>	
Fase do PDSA: Estudar – S e Agir – A	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar não conformidades persistentes e definir ações corretivas.</li> <li>• Reavaliar as estratégias para melhoria dos indicadores</li> <li>• Inserir novas estratégias quando necessário</li> </ul>	

Fonte: elaboração dos autores.

## MACROPROCESSOS PROMOÇÃO À SAÚDE E PREVENÇÃO – COLOCANDO O TETO AMARELO DA CASA

Os macroprocessos de promoção à saúde e prevenção são fundamentais para garantir a saúde e o bem-estar da população e estão localizados no teto da casa. Envolvem ações que visam promover a saúde e prevenir doenças, lesões e agravos à saúde, melhorando a qualidade de vida da população e reduzindo os custos associados ao cuidado de saúde.

As ações de promoção à saúde e prevenção incluem:

- Ações intersetoriais e comunitárias que promovam ambientes, relações e hábitos saudáveis de vida, como promoção de espaços saudáveis, tais como parques e praças, que incentivem a atividade física e a socialização e educação em saúde, para promover a conscientização sobre a importância da saúde e do bem-estar.

- Ações para mudança de comportamento e hábitos de vida, como promoção da atividade física regular para melhorar a saúde e o bem-estar; reeducação alimentar para promover hábitos alimentares saudáveis; controle de peso para prevenir doenças relacionadas ao excesso de peso, controle do tabagismo para prevenir doenças relacionadas ao tabaco e controle do álcool e drogas para prevenir doenças relacionadas ao uso excessivo de substâncias.
- Rastreamento e diagnóstico precoce de condições crônicas, como câncer de mama, câncer de colo do útero, câncer de intestino para detectar a doença em estágios iniciais; hipertensão, diabetes e doença renal crônica para detectar a doença e iniciar o tratamento precoce; triagem neonatal para detectar doenças congênitas e iniciar o tratamento precoce; transtornos do espectro e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) para detectar a doença e iniciar o tratamento precoce.
- Vacinação para prevenir doenças infecciosas e proteger a saúde da população.
- Prevenção de quedas para reduzir o risco de lesões e fraturas.
- Prevenção de doenças bucais para promover a saúde bucal e prevenir doenças.
- Controle das arboviroses, como dengue, chikungunya e zika, para prevenir a transmissão dessas doenças.
- Prevenção de iatrogenias, como medicação, exames e procedimentos desnecessários e prejudiciais, para garantir a segurança do paciente.

Esses macroprocessos são organizados na oficina tutorial de gestão do cuidado, autocuidado apoiado e organização do microprocesso de vacinação.

## **MACROPROCESSOS DE DEMANDAS ADMINISTRATIVAS – COLOCANDO O TELHADO CINZA DA CASA**

Os macroprocessos de demandas administrativas são fundamentais para garantir a eficiência e a organização dos serviços de saúde. Eles envolvem ações que não têm caráter clínico, como atestados médicos, renovação de receitas e análise de resultados de exames, e representam o telhado cinza da casa da APS.

Para a organizar os macroprocessos das demandas administrativas, é necessário:

- Realizar o mapeamento dos processos de pedidos de atestado, de entregas e análises de exames complementares e de renovações de receitas e redesenhar esses processos para torná-los mais eficientes e eficazes.
- Elaborar e implantar os POP relativos a esses processos e garantir que sejam seguidos por todos os profissionais de saúde.
- Realizar auditorias periódicas, internas e externas, para garantir a qualidade e a eficiência dos processos.

Uma forma de organizar o macroprocesso de renovação de receitas de uso contínuo não controlado se dá durante a programação das consultas das condições crônicas, em que a renovação é realizada no dia da consulta que é garantida na agenda da equipe conforme a estratificação de risco. Dessa forma, evita-se que se tenha que ocupar a agenda do médico com dias apenas para troca de receitas.

<b>Renovação de Receitas de Medicamentos Controlados de Uso Contínuo para Pacientes de Saúde Mental</b>
<p>No Centro Colaborador PAS, no município de Uberlândia, no setor Sul, as equipes de saúde desenvolveram uma nova forma de renovação de receitas de medicamentos controlados de uso contínuo para pacientes de saúde mental. Isso foi necessário porque a validade de dois meses das receitas não coincide com as parametrizações de outras condições crônicas.</p>
<p><b>Passo a Passo para a Renovação das Receitas</b></p> <p>Os encontros são coordenados alternadamente pela enfermeira e a psicóloga, e, concomitantemente, os receituários são renovados pelo médico clínico com apoio da ACS. A equipe administrativa também é envolvida nessa nova lógica.</p> <p>Foram levantadas todas as pessoas que fazem uso contínuo de medicação controlada.</p> <p>Adotou-se a formação de um grupo aberto em um dia e horário fixo semanal, levando a uma constante atualização das pessoas usuárias (antigos e novos) do território que fazem uso regular de medicações controladas. É abordado nos grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Educação em saúde com seu conjunto de saberes e práticas voltadas para prevenção de doenças e promoção de saúde;</li> <li>- Monitoramento do uso correto da medicação dos usuários com prevenção do uso exagerado de psicofármacos e possíveis abandono de tratamento;</li> <li>- Integração das pessoas usuárias oriundas do CAPS e inserção em outros programas de saúde, grupos e rede comunitária.</li> </ul> <p>Acompanhamento e monitoramento dos retornos agendados.</p>
<p><b>Resultados observados</b></p> <p>Aproximação do usuário com a equipe, evitando impessoalidade do atendimento.</p> <p>Eliminação do acúmulo de receitas para o médico da unidade com divisão programada do trabalho em equipe.</p> <p>Otimização do setor administrativo pela eliminação do constante depósito de receituários.</p> <p>Estreitando de laços do usuário e unidade de saúde.</p> <p>Aumento da capacidade de trabalho em equipe com efetividade do matriciamento do usuário de saúde mental para toda a equipe.</p> <p>Ruptura do reducionismo clínico-medicamentoso por parte do usuário e aumento da segurança das prescrições e melhoria da relação equipe-paciente.</p> <p>A introdução do trabalho em equipe via grupo de renovação de receitas trouxe mudanças significativas na lógica medicamentosa, passando de uma simples troca para uma inserção em um modelo de atendimento de saúde global, com mudanças de hábitos de vida. Isso possibilitou um incremento à promoção do bem-estar psíquico da pessoa usuária, inserindo-a em uma nova lógica de cuidados e no manejo de outras condições de saúde.</p>

As atividades para organização dos macroprocessos de renovação de receitas de uso contínuo não controlado são desenvolvidas na oficina tutorial programação assistencial das condições crônicas, quando se discute a agenda das atividades.

É necessário atuar sobre os macroprocessos não assistenciais das demandas administrativas que dizem respeito à gestão da unidade, que incluem: manter atualizado o registro sanitário da unidade, garantindo a conformidade com as normas e regulamentos de saúde; manter atualizado o CNES, assegurando a precisão das informações sobre a unidade e seus serviços; utilizar sistemas de informação para gerenciar os dados da unidade, garantindo a precisão e a confiabilidade das informações; elaborar relatórios de gestão, fornecendo informações sobre o desempenho da unidade e identificando áreas para melhoria e manter os prontuários dos usuários atualizados e organizados, assegurando a confidencialidade e a segurança das informações (Mendes *et al.*, 2019).

## **MACROPROCESSOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR — COLOCANDO A PORTA NA CASA**

A atenção domiciliar é uma modalidade de cuidado que pode ser prestada por diferentes profissionais de saúde, incluindo assistência domiciliar, visita domiciliar, internação domiciliar, acompanhamento domiciliar e vigilância domiciliar (Lopes; Oliveira, 1998). Para colocar a porta da casa, é necessário organizar esses macroprocessos, qualificando a visita domiciliar e o atendimento domiciliar, considerando a vigilância domiciliar e integrando a equipe da APS com as equipes de assistência e internação domiciliar.

Para a organização desses macroprocessos, algumas ações são importantes:

- Qualificar as visitas dos ACS para garantir que eles possam identificar as necessidades de saúde da população e fornecer cuidado adequado.
- Identificar a subpopulação acamada e domiciliada para garantir que eles recebam o cuidado necessário.
- Qualificar a equipe para realizar vigilância domiciliar, avaliando suas necessidades de saúde e fornecendo cuidado adequado.
- Compartilhar o cuidado quando de internação domiciliar para garantir que os usuários recebam o cuidado necessário e que as equipes de saúde estejam integradas.

As atividades para organização destes macroprocessos são desenvolvidas nas oficinas tutoriais território e gestão de base populacional e organização das linhas de cuidados.

## MACROPROCESSOS DE AUTOCUIDADO APOIADO — COLOCANDO A JANELA VERDE DA CASA

Na construção da casa da APS, os macroprocessos de autocuidado apoiado representam uma das janelas, simbolizada pela cor verde. O autocuidado apoiado é uma abordagem que visa capacitar os usuários com condições crônicas a gerenciar sua saúde de forma eficaz.

Os principais objetivos do autocuidado apoiado incluem:

- Gerar conhecimentos e habilidades nos usuários para que eles possam conhecer seu problema de saúde e tomar decisões informadas sobre seu tratamento.
- Adotar, mudar e manter comportamentos que contribuam para a sua saúde e bem-estar.
- Utilizar os recursos necessários para dar suporte às mudanças e superar as barreiras que se antepõem à melhoria da sua saúde.

Para a construção desses macroprocessos, é necessário minimamente uma oficina tutorial, cujo propósito é a organização desses processos.

Nessa oficina, será apresentado o referencial teórico para o autocuidado apoiado, técnicas de abordagens para mudanças de comportamento e como elaborar o plano de autocuidado apoiado com a participação da equipe e pessoa usuária.

Oficina – O autocuidado apoiado	
Objetivo	• Realizar e pactuar o plano de autocuidado apoiado para as pessoas usuárias com condições crônicas
Resultado esperado	• Equipe apropriada sobre o conceito de autocuidado apoiado, abordagens para as mudanças de comportamento e pactuação de plano de autocuidado apoiado
Metas a serem alcançadas	• Percentual de pessoas usuárias com condições crônicas com plano de autocuidado apoiado elaborado e pactuado
<b>Acompanhamento dos processos na unidade de saúde</b>	
<b>Visita técnica</b>	
Fase do PDSA Estudar – S	
Como	Material de apoio
Realizar visita técnica na Unidade de Saúde <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompanhar o Ciclo de Atenção Contínua realizado pela equipe da APS</li> <li>• Auxiliar na elaboração do plano de cuidado</li> </ul>	Roteiro para a visita técnica da oficina de autocuidado apoiado

Oficina – O autocuidado apoiado	
<p>Verificar como se deu a organização das ações que antecedem o dia do Ciclo de Atenção Contínua (usar como referência a Matriz de gerenciamento do ciclo de Atenção Contínua):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Critérios de inclusão</li> <li>• A participação da assistente social</li> <li>• A participação da psicóloga</li> <li>• Preparação do espaço na unidade de saúde</li> <li>• Proteção da agenda dos profissionais</li> </ul> <p>Identificar oportunidades de melhoria para ser discutido com a equipe na oficina tutorial</p>	
<p>Analisar o consolidado da avaliação dos macroprocessos da APS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o percentual de cumprimento dos macroprocessos em implantação</li> <li>• Discutir de maneira geral os itens com não conformidade (“não preenchido”, “não existe” ou “parcialmente”), para uma compreensão ampla das melhorias necessárias para a APS</li> <li>• Discutir de maneira geral os itens com conformidade (“concluído”), para uma compreensão das melhorias já alcançadas</li> <li>• Dar ênfase aos itens referentes aos macroprocessos de autocuidado apoiado</li> </ul> <p>Obs.: As ações corretivas para os itens não conformes serão discutidas na oficina tutorial e revisadas sendo mantidas no plano de ação</p>	Instrumento de avaliação dos macroprocessos da APS
Oficina tutorial com as equipes	
Atividade 1 – Monitoramento do plano de ação – 30 min	
Fase do PDSA: Estudar – S	
Como	Material de apoio
<p>As ações propostas no plano de ação sobre a organização das linhas de cuidados deverão ser apresentadas por cada responsável e discutidas com ênfase nos resultados encontrados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Foi discutido o documento das linhas de cuidados e customizado para a realidade local?</li> <li>• Foram organizados encontros para a apropriação da elaboração do plano de cuidado e estratégias para discussão interdisciplinar com a equipe multidisciplinar</li> <li>• Foi planejado o primeiro Ciclo de Atenção Contínua na unidade de saúde?</li> </ul>	Plano de Ação
Atividade 2 – Monitoramento dos Indicadores – 30 min	
Fase do PDSA: Estudar – S	

Oficina – O autocuidado apoiado	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisar os indicadores de acesso desempenho e qualidade</li> <li>• Avaliar as melhorias alcançadas</li> <li>• Rever estratégias em casos de necessidades</li> </ul>	Painéis de indicadores disponibilizados pela SES, SMS e Ministério da Saúde
<b>Atividade 3 – Os macroprocessos autocuidado apoiado – 20 min</b>	
Fase do PDSA: Planejamento – P	
<p>Realizar um resgate conceitual sobre o macroprocesso de autocuidado apoiado</p> <p>Questões a serem discutidas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O que é o autocuidado apoiado?</li> <li>• Qual a relação dos macroprocessos de autocuidado apoiado com o MACC?</li> </ul>	<p>Apresentação PowerPoint® Padrão</p> <p>Texto de Apoio: Construindo os macroprocessos de autocuidado apoiado</p>
<b>Atividade 4 – A Metodologia dos 5As – 20 min</b>	
<p>Realizar alinhamento conceitual sobre a Metodologia dos 5As</p> <p>Questões a serem discutidas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Como se aplica a metodologia dos 5As?</li> <li>• Como se dá a avaliação do conhecimento sobre a condição de saúde de cada pessoa usuária?</li> <li>• Como se dá a avaliação de cada pessoa usuária sobre a prontidão para mudança de comportamento?</li> <li>• Como realizar o aconselhamento, o acordo, assistência e acompanhamento para as pessoas que irão pactuar o seu plano de autocuidado apoiado?</li> <li>• Como realizar a capacitação dos profissionais sobre a metodologia dos 5As?</li> </ul>	<p>Padrão</p> <p>Texto de Apoio: O autocuidado apoiado e a metodologia dos 5As</p> <p>Roteiro para aplicação do instrumento 5 As</p>
<b>Atividade 5 – O plano de autocuidado apoiado 90 min</b>	
<p>Realizar alinhamento conceitual sobre o plano de autocuidado apoiado</p> <p>Questões a serem discutidas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O que é o plano de autocuidado apoiado?</li> <li>• Quem pactua o plano de autocuidado apoiado?</li> <li>• O que deve ser pactuado no plano de autocuidado apoiado?</li> <li>• Como se dá a pactuação do plano de autocuidado apoiado?</li> </ul> <p>Realizar a dinâmica “Pactuando o Plano de Autocuidado Apoiado”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar as orientações para realizar a dinâmica</li> </ul>	<p>Vídeo – Diferença entre Plano de Cuidado e Plano de Autocuidado Apoiado:  <a href="https://planificasus.com.br/biblioteca.php?idBibliotecaCategoria=104">https://planificasus.com.br/biblioteca.php?idBibliotecaCategoria=104</a></p> <p>Passo a passo – atividades a serem realizadas no dia da pactuação do plano de autocuidado apoiado</p> <p>Formulário para a elaboração do plano de autocuidado apoiado</p> <p>Vídeo – Plano de autocuidado apoiado  <a href="https://planificasus.com.br/biblioteca.php?idBibliotecaCategoria=104">https://planificasus.com.br/biblioteca.php?idBibliotecaCategoria=104</a></p> <p>Orientações para realizar a dinâmica: Pactuando o plano de autocuidado apoiado</p>
<b>Atividade 6 – Abordagens para mudança de comportamento 40 min</b>	
Fase do PDSA: Planejamento – P	

Oficina – O autocuidado apoiado	
<p>Realizar alinhamento conceitual sobre abordagens para mudança de comportamento</p> <p>Questões a serem discutidas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O que é o Modelo dos Estágios de Mudança (MTT)?</li> <li>• O que é a Entrevista Motivacional (EM)?</li> <li>• O que é Grupo Operativo (GO)</li> <li>• O que é Técnica de Resolução de Problemas?</li> </ul>	<p>Apresentação PowerPoint® Padrão</p> <p>Texto de Apoio: As abordagens para as mudanças de comportamento</p> <p>Vídeo – Entrevista Motivacional:  <a href="https://planificasus.com.br/biblioteca.php?idBibliotecaCategoria=104">https://planificasus.com.br/biblioteca.php?idBibliotecaCategoria=104</a></p> <p>Vídeo – Técnica de Resolução de Problemas  <a href="https://planificasus.com.br/biblioteca.php?idBibliotecaCategoria=104">https://planificasus.com.br/biblioteca.php?idBibliotecaCategoria=104</a></p>
Atividade 7 – A metas de segurança do paciente 15 min	
<p>Relembrar as metas de segurança do paciente já implantadas</p> <p>Questões a serem discutidas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Os planos de intervenção para cada meta de segurança estão sendo monitorados?</li> <li>• A equipe está se apropriando das metas de segurança do paciente?</li> </ul> <p>Apresentar a Meta 6 de segurança do Paciente – Reduzir o risco de quedas e lesões por pressão</p> <p>Questões a serem discutidas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Como identificar e intervir para minimizar o risco de quedas na unidade de saúde e nos domicílios?</li> <li>• Como prevenir as lesões por pressão no território?</li> <li>• Como envolver os profissionais de saúde, as pessoas usuárias e familiares envolvidos na adoção e operacionalização de novas práticas, relacionadas ao risco de queda e lesões de pressão?</li> </ul>	<p>Apresentação PowerPoint® Padrão</p> <p>Vídeo: Meta 6 da Segurança do Paciente  <a href="https://www.youtube.com/watch?v=CkIOc-efdEHA&amp;list=PLbWxzCpfF_-TPyXe1oOTrU-VF-_tn9F6xl&amp;index=8">https://www.youtube.com/watch?v=CkIOc-efdEHA&amp;list=PLbWxzCpfF_-TPyXe1oOTrU-VF-_tn9F6xl&amp;index=8</a></p> <p>Texto de Apoio: A meta 6 de segurança do paciente – Reduzir o risco de quedas e lesões por pressão</p>
Atividade 8 – Atualização do plano de ação	
Fase do PDSA: Planejamento – P	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incluir as ações sobre o autocuidado apoiado, segundo a atividade 7</li> </ul>	Plano de ação
Atividade 9 – Ações essenciais a serem realizadas no período de dispersão	
Fase do PDSA: Fazer – D	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apropriar do passo a passo das atividades a serem realizadas no dia da pactuação do plano de autocuidado apoiado</li> <li>• Discutir o formulário para a elaboração do plano de autocuidado apoiado</li> <li>• Em reunião de equipe, discutir o material para a aplicação do instrumento dos 5A</li> <li>• Em reunião de equipe, ler o texto de apoio sobre as abordagens para mudança de comportamento e discutir sobre a entrevista motivacional, grupo operativo e a técnica de resolução de problemas</li> </ul>	

Oficina – O autocuidado apoiado	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar o plano de autocuidado apoiado de uma pessoa usuária que passou pela atenção contínua</li> <li>• Implantar a Meta 6 de segurança do Paciente – Reduzir o risco de quedas e lesões por pressão</li> </ul>	
<b>Atividade 10 – Entregar o resultado esperado</b>	
Fase do PDSA: Estudar – S e Agir – A	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar não conformidades persistentes e definir ações corretivas.</li> <li>• Reavaliar as estratégias para melhoria dos indicadores</li> <li>• Inserir novas estratégias quando necessário</li> </ul>	

Fonte: elaboração dos autores.

## MACROPROCESSOS DE CUIDADOS PALIATIVOS – COLOCANDO A JANELA LILÁS DA CASA

Na construção da casa da APS, os macroprocessos de cuidados paliativos representam uma das janelas simbolizada pela cor lilás. Os cuidados paliativos são uma abordagem que visa melhorar a qualidade da atenção prestada às pessoas com condições que ameacem a continuidade da vida e de suas famílias, respeitando a autonomia e os valores de cada um.

Os principais objetivos dos cuidados paliativos incluem prevenir e aliviar o sofrimento físico, emocional e espiritual das pessoas e de suas famílias, e promover a independência e a autonomia das pessoas, respeitando suas escolhas e valores.

Durante a construção dessa janela, vai acontecendo a organização dos processos de trabalho para abordagens relacionadas à identificação das pessoas elegíveis para cuidados paliativos, melhoria da qualidade de vida, conforto da pessoa, prevenção e alívio do sofrimento, promoção da independência e autonomia e apoio ao luto da família. Ações de suporte familiar e mobilização da rede social de suporte também são processos que vão sendo conduzidos. Organiza-se, então, a assistência integral de acordo com a abordagem paliativa completa.

Para a construção desses macroprocessos, é necessário realizar três oficinas tutoriais:

- Fundamentos e conceitos e princípios dos cuidados paliativos;
- Abordagem paliativa centrada na pessoa, considerando suas necessidades e valores;
- O cuidado diante de perdas e o luto, incluindo o apoio à família e ao usuário.

Nas oficinas tutoriais, serão discutidos os conceitos e princípios relacionados aos cuidados paliativos; como os cuidados paliativos se relacionam com os demais macroprocessos da APS; a relação entre cuidados paliativos e o MACC, a abordagem paliativa completa; e o fomento à compreensão dos profissionais da APS acerca do seu papel para realizar uma abordagem paliativa qualificada.

Oficina – Fundamentos e conceitos gerais de cuidados paliativos	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconhecer a importância de integrar os Cuidados Paliativos na rotina assistencial da APS</li> <li>• Compreender o uso das ferramentas de elegibilidade para Cuidados Paliativos: Elegibilidade Simplificada para Cuidados Paliativos, SPICT-BR™ e Pergunta Surpresa</li> <li>• Conhecer os passos da abordagem paliativa completa e reconhecer sua indicação</li> <li>• Escolher um caso SPICT-BR™ positivo para seguimento ao longo das oficinas tutoriais de cuidados paliativos na APS</li> </ul>
Resultado esperado	• Equipe apropriada sobre o papel da APS na oferta de cuidados paliativos e das ferramentas de elegibilidade para abordagem paliativa completa
Metas a serem alcançadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percentual dos usuários com elegibilidade simplificada aplicado pelos ACS, com discussão do caso pela equipe e aplicado SPICT-BR™</li> <li>• Percentual dos usuários com SPICT-BR™ elegíveis para abordagem paliativa completa com atendimento iniciado</li> </ul>

#### Acompanhamento dos processos na unidade de saúde

##### Visita técnica

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
<p>Realizar visita técnica na unidade de saúde</p> <p>Realizar giro na unidade com o objetivo de observar os processos já implantados nas oficinas tutoriais anteriores (cobertura da estratificação de risco; atualização da lista de registros coletivos; realização da atenção contínua e elaboração do plano de cuidado; pactuação dos planos de autocuidado apoiado e acompanhamento da planilha de programação; funcionamento da agenda de atividades para as condições crônicas, implementação da atenção aos eventos agudos, monitoramento dos indicadores e compartilhamento do cuidado com a AAE.</p> <p>Verificar se já acontece ações de cuidados paliativos realizadas pela equipe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Já existem ações voltadas para cuidados paliativos?</li> <li>• Há utilização de algum instrumento ou ferramenta vinculada a cuidados paliativos?</li> <li>• Há realização de grupos vinculados à unidade que visam melhorar a qualidade de vida, seja do usuário, família ou cuidadores? (grupo de dor, cuidadores, entre outros)</li> <li>• A unidade tem disponível a declaração de óbito, necessária no caso de falecimento no domicílio de usuário em cuidados paliativos?</li> </ul> <p>Identificar oportunidades de melhoria para ser discutido com a equipe na oficina tutorial</p>	<p>Roteiro para a visita técnica da oficina de cuidados paliativos</p>

Oficina – Fundamentos e conceitos gerais de cuidados paliativos	
<p>Analisar o consolidado da avaliação dos macroprocessos da APS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o percentual de cumprimento dos macroprocessos em implantação</li> <li>• Discutir de maneira geral os itens com não conformidade (“não preenchido”, “não existe” ou “parcialmente”), para uma compreensão ampla das melhorias necessárias para a APS</li> <li>• Discutir de maneira geral os itens com conformidade (“concluído”), para uma compreensão das melhorias já alcançadas</li> <li>• Dar ênfase aos itens referentes aos macroprocessos de cuidados paliativos</li> </ul> <p>Obs.: as ações corretivas para os itens não conformes serão discutidas na oficina tutorial e revisadas sendo mantidas no plano de ação</p>	Instrumento de avaliação dos macroprocessos da APS
<b>Oficina tutorial com as equipes</b>	
<b>Atividade 1 – Monitoramento do plano de ação – 30 min</b>	
Fase do PDSA: Estudar – S	
Como	Material de apoio
<p>Realizar o monitoramento do plano de ação, identificando ações não realizadas, parcialmente ou totalmente, discutindo as ações que ainda não foram concluídas, definindo novos prazos.</p> <p>As ações propostas no plano de ação sobre o monitoramento dos indicadores deverão ser discutidas, apresentando os resultados encontrados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A matriz de painel de monitoramento, com as informações referentes a melhorar a assistência do pré-natal, parto, puerpério; crianças menores de 2 anos; pessoas com hipertensão e diabetes e pessoas idosas, foram preenchidas?</li> <li>• A equipe já está apropriada do painel de monitoramento?</li> </ul>	<p>Plano de Ação</p> <p>A matriz de painel de monitoramento</p>
<b>Atividade 2 – Monitoramento dos Indicadores – 30 min</b>	
Fase do PDSA: Estudar – S	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisar os indicadores de acesso desempenho e qualidade</li> <li>• Avaliar as melhorias alcançadas</li> <li>• Rever estratégias em casos de necessidades</li> </ul> <p>Realizar o monitoramento do painel de Indicadores de processos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar com o está o preenchimento do painel</li> <li>• E discutir os primeiros resultados</li> </ul>	<p>Painéis de indicadores disponibilizados pela SES, SMS e Ministério da Saúde</p> <p>Painel de indicadores de processos</p>
<b>Atividade 3 – Fundamentos e conceitos gerais de cuidados paliativos – 60 min</b>	
Fase do PDSA de Planejamento – P	
<p>Realizar a dinâmica da cápsula do tempo conforme roteiro</p> <p>Realizar a chuva de palavras na janela dos cuidados paliativos</p> <p>Realizar o alinhamento conceitual sobre o macroprocesso de cuidados paliativos e a sua relação com os outros macroprocessos da APS</p> <p>Questões a serem discutidas</p>	<p>Roteiro de dinâmicas</p> <p>Apresentação PowerPoint® Padrão</p> <p>Podcast: Desmistificando Cuidados Paliativos</p>

Oficina – Fundamentos e conceitos gerais de cuidados paliativos	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relação dos cuidados paliativos com os demais macroprocessos da construção social da APS, em especial macroprocessos de atenção aos eventos agudos e macroprocessos de atenção às condições crônicas não agudizadas, enfermidades e pessoas hiperutilizadoras</li> <li>Relacionar os macroprocessos de cuidados paliativos com a segurança do paciente – Em especial Metas 2 e 3</li> </ul>	Vídeo: Cuidados Paliativos e os Macroprocessos da APS
<b>Atividade 4 – Análise de novos processos relacionados a Cuidados Paliativos – 20 min</b>	
<p>Analisar processos e ações já existentes realizados na unidade vinculados a temática dos cuidados paliativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Em reunião de equipe, analise as perguntas norteadoras do roteiro sugerido</li> <li>• Registrar e analisar os achados encontrados</li> <li>• Apresentar na próxima tutoria</li> </ul>	Roteiro de processos relacionados a Cuidados Paliativos na APS
<b>Atividade 5 – Quem pode se beneficiar de Cuidados Paliativos? – 40 minutos</b>	
<p>Exposição dialogada sobre instrumentos para identificar quem pode se beneficiar de cuidados paliativos na APS a partir das ferramentas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elegibilidade simplificada para cuidados paliativos</li> <li>• Ferramenta SPIC-T-BR™ *</li> <li>• Pergunta surpresa</li> </ul> <p>Questões a serem discutidas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar discussão sobre caso que possa ser elegível no território, do qual o grupo se lembra ao conhecer o instrumento</li> <li>• Estimular discussão com situações vivenciadas no território pela equipe com usuários que tiveram indicação de cuidados paliativos</li> </ul>	<p>Apresentação PowerPoint® Padrão</p> <p>Texto de Apoio: Instrumentos de Elegibilidade para Abordagem Paliativa</p>
<b>Atividade 6 – Registro e acompanhamento dos usuários elegíveis para abordagem paliativa completa – 30 min</b>	
Fase do PDSA: Planejamento – P	
<p>Exposição dialogada sobre Abordagem Paliativa Completa e Planilha – Registro e acompanhamento dos usuários elegíveis.</p> <p>Questões a serem discutidas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecer planejamento para a realização do curso EaD “Cuidados Paliativos: fundamentos para a prática, que apresenta as ferramentas” para aprofundamento nos passos da Abordagem Paliativa Completa Módulo 3 e 4: Abordagem paliativa e ferramentas de cuidado I e II</li> <li>• Estabelecer ações para utilização da planilha: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Responsáveis pelo preenchimento</li> <li>- Periodicidade de apresentação</li> <li>- Fluxo e rotina de atualização</li> </ul> </li> </ul>	<p>Apresentação PowerPoint® Padrão</p> <p>Vídeo: Abordagem Paliativa Completa</p> <p>Planilha: Abordagem Paliativa Completa – Registro e Acompanhamento dos Usuários Elegíveis</p>
<b>Atividade 7 – Atualização do plano de ação</b>	
Fase do PDSA: Planejamento – P	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incluir as ações sobre cuidados paliativos, segundo a atividade 8</li> </ul>	Plano de ação
<b>Atividade 8 – Ações essenciais a serem realizadas no período de dispersão</b>	
Fase do PDSA: Fazer – D	

Oficina – Fundamentos e conceitos gerais de cuidados paliativos	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar o instrumento da elegibilidade simplificada aplicado pelos ACS ao longo da rotina assistencial e quantificar número de aplicações e porcentagem de elegibilidade simplificada positiva</li> <li>• Em reunião de equipe, aplicar o instrumento SPICT-BR™ nos casos selecionados pelos ACS e quantificar o número de usuários elegíveis para abordagem paliativa completa</li> <li>• Escolher um caso SPICT-BR™ positivo para seguimento ao longo das oficinas tutoriais de cuidados paliativos na APS</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar os Módulo 3 e 4: Abordagem paliativa e ferramentas de cuidado I e II do curso EaD “Cuidados Paliativos: fundamentos para a prática, que apresenta as ferramentas” para aprofundamento nos passos da Abordagem Paliativa Completa.</li> <li>• Iniciar inclusão das pessoas na Planilha: Abordagem Paliativa Completa – Registro e Acompanhamento dos Usuários Elegíveis</li> </ul>	
<b>Atividade 9 – Entregar o resultado esperado</b>	
Fase do PDSA: Estudar – S e Agir – A	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar não conformidades persistentes e definir ações corretivas.</li> <li>• Reavaliar as estratégias para melhoria dos indicadores</li> <li>• Inserir novas estratégias quando necessário</li> </ul>	

Fonte: elaboração dos autores.

Oficina – Abordagem paliativa centrada na pessoa	
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreender como avaliar prognóstico em condições clínicas avançadas</li> <li>• Saber organizar a assistência integral durante a abordagem paliativa completa por meio das ferramentas DAM e PAC</li> </ul>
Resultado esperado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer o comportamento típico de condições clínicas avançadas (doenças oncológicas, falências orgânicas e da fragilidade/demência)</li> <li>• Saber utilizar o PPS como ferramenta para refletir sobre o prognóstico</li> <li>• Saber utilizar a pergunta surpresa como ferramenta para refletir sobre o prognóstico</li> <li>• Entender como o momento na trajetória da doença pode mudar nossa forma de planejar o cuidado</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saber aplicar o DAM como ferramenta para assistência integral em cuidados paliativos</li> <li>• Reconhecer e saber coletar de forma instrumentalizada os valores do usuário e seus desejos diante do cuidado</li> </ul>
Metas a serem alcançadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Completar a Abordagem Paliativa do caso SPICT-BR™ positivo escolhido para seguimento nas oficinas tutoriais de cuidados paliativos na APS</li> <li>• Realizar a pergunta surpresa em 100% dos usuários listados na planilha “Abordagem Paliativa Completa – Registro e Acompanhamento dos Usuários Elegíveis”</li> </ul>
<b>Acompanhamento dos processos na unidade de saúde</b>	
<b>Visita técnica</b>	

Oficina – Abordagem paliativa centrada na pessoa	
Fase do PDSA Estudar – S	
Como	Material de apoio
Realizar visita técnica na Unidade de Saúde Realizar giro na unidade com o objetivo de observar os processos já implantados nas oficinas tutoriais anteriores (cobertura da estratificação de risco; atualização da lista de registros coletivos;	Roteiro para a visita técnica da oficina de cuidados paliativos
realização da atenção contínua e elaboração do plano de cuidado; pactuação dos planos de autocuidado apoiado acompanhamento da planilha de programação; funcionamento da agenda de atividades para as condições crônicas, implementação da atenção aos eventos agudos e monitoramento dos indicadores Verificar se as ações pactuadas no plano de ação da oficina anterior foram realizadas: • Os ACS iniciaram a aplicação do instrumento simplificado de elegibilidade? • O instrumento SPICT-BR™ foi aplicado nos casos selecionados pelos ACS Identificar oportunidades de melhoria para ser discutido com a equipe na oficina tutorial	
Analisar o consolidado da avaliação dos macroprocessos da APS: • Avaliar o percentual de cumprimento dos macroprocessos em implantação • Discutir de maneira geral os itens com não conformidade (“não preenchido”, “não existe” ou “parcialmente”), para uma compreensão ampla das melhorias necessárias para a APS • Discutir de maneira geral os itens com conformidade (“concluído”), para uma compreensão das melhorias já alcançadas • Dar ênfase aos itens referentes aos macroprocessos de cuidados paliativos	Instrumento de avaliação dos macroprocessos da APS
Obs.: as ações corretivas para os itens não conformes serão discutidas na oficina tutorial e revisadas sendo mantidas no plano de ação	
<b>Oficina tutorial com as equipes</b>	
<b>Atividade 1 – Monitoramento do plano de ação – 30 min</b>	
Fase do PDSA de Estudar – S	
Como	Material de apoio
Realizar o monitoramento do plano de ação, identificando ações não realizadas, parcialmente ou totalmente, discutindo as ações que ainda não foram concluídas, definindo novos prazos. As ações propostas no plano de ação sobre cuidados paliativos devem ser discutidas, apresentando os resultados encontrados: • Aplicar o instrumento da elegibilidade simplificada aplicado pelos ACS ao longo da rotina assistencial e quantificar número de aplicações e porcentagem de elegibilidade simplificada positiva • Em reunião de equipe, aplicar o instrumento SPICT-BR™ nos casos selecionados pelos ACS e quantificar o número de usuários elegíveis para abordagem paliativa completa	Plano de Ação A matriz de painel de monitoramento

Oficina – Abordagem paliativa centrada na pessoa	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escolher um caso SPICT-BR™ positivo para seguimento ao longo das oficinas tutoriais de cuidados paliativos na APS</li> <li>• Realizar os Módulo 3 e 4: Abordagem paliativa e ferramentas de cuidado I e II do curso EaD “Cuidados Paliativos: fundamentos para a prática, que apresenta as ferramentas” para aprofundamento nos passos da Abordagem Paliativa Completa.</li> <li>• Iniciar inclusão das pessoas na Planilha: Abordagem Paliativa Completa – Registro e Acompanhamento dos Usuários Elegíveis</li> </ul>	
Atividade 2 – Monitoramento dos Indicadores – 30 min	
Fase do PDSA de Estudar – S	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisar os indicadores de acesso desempenho e qualidade</li> <li>• Avaliar as melhorias alcançadas</li> <li>• Rever estratégias em casos de necessidades</li> </ul> <p>Realizar o monitoramento do painel de Indicadores de processos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar com o está o preenchimento do painel</li> <li>• E discutir os primeiros resultados</li> </ul>	<p>Painéis de indicadores disponibilizados pela SES, SMS e Ministério da Saúde</p> <p>Painel de indicadores de processos</p>
Atividade 3 – Apresentar caso SPICT-BR (30 min)	
Fase do PDSA: Planejamento – P	
<p>Apresentar caso do usuário escolhido durante o período de dispersão, de acordo com o material de apoio “Orientações para escolha do caso clínico SPICT-BR™ positivo”</p> <p>Verificar se o Plano de Cuidado do usuário está atualizado e em caso da necessidade de atualização, pactuar com a equipe essa revisão.</p>	<p>Orientações para Escolha do Caso Clínico SPICT-BR™ Positivo</p> <p>Apresentação PowerPoint® Modelo de Apresentação do caso SPICT- BR™ positivo (preenchida)</p> <p>Plano de Cuidado do Usuário Selecionado</p>
Atividade 4 – Em que momento da doença a pessoa está? (30 min)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar alinhamento teórico conceitual sobre avaliação prognóstica: pergunta surpresa e curvas típicas</li> <li>• Realizar a avaliação prognóstica do Caso Clínico SPICT-BR™ Positivo: Curva típica relacionada, funcionalidade atual na curva e pergunta surpresa.</li> </ul>	Apresentação PowerPoint® Padrão
ATIVIDADE 5 – Abordagem Paliativa centrada na pessoa (1 hora)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar alinhamento teórico conceitual sobre o DAM</li> <li>• Realizar o DAM – dimensão espiritual ou social – do Caso Clínico SPICT-BR™ Positivo</li> </ul>	Apresentação PowerPoint® Padrão
Atividade 6 – Como a pessoa pode participar das decisões de cuidado? 30 min	
Fase do PDSA: Planejamento – P	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar alinhamento teórico conceitual sobre PAC e Diretivas Antecipadas de Vontade</li> <li>• Ler as perguntas norteadoras e refletir sobre as próprias DAVs</li> <li>• Sobre o Caso Clínico SPICT-BR™ Positivo, refletir se sabemos a resposta de alguma dessas perguntas norteadoras</li> </ul>	<p>Apresentação PowerPoint® Padrão</p> <p>Roteiro de Perguntas direcionadoras para o Planejamento Antecipado de Cuidados</p>

Oficina – Abordagem paliativa centrada na pessoa	
<b>Atividade 7 – Atualização do plano de ação</b>	
Fase do PDSA: Planejamento – P	
• Incluir as ações sobre cuidados paliativos, segundo a atividade 8	Plano de ação
<b>Atividade 8 – Ações essenciais a serem realizadas no período de dispersão</b>	
Fase do PDSA: Fazer – D	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Completar a Abordagem Paliativa do caso SPICT-BR™ positivo de acordo com a ficha escolhido para seguimento nas oficinas tutoriais de cuidados paliativos na APS</li> <li>• Finalizar curso EaD “Cuidados Paliativos: fundamentos para a prática, que apresenta as ferramentas”</li> <li>• Seguir atualização da Planilha: Abordagem Paliativa Completa – Registro e Acompanhamento dos Usuários Elegíveis.</li> <li>• Realizar a pergunta surpresa em 100% dos casos registrados na Planilha: Abordagem Paliativa Completa – Registro e Acompanhamento dos Usuários Elegíveis.</li> <li>• Discutir os resultados do Dashboard da planilha de abordagem completa, sobre o perfil necessidades paliativas do território</li> </ul>	Planilha: Abordagem Paliativa Completa – Registro e Acompanhamento dos Usuários Elegíveis Roteiro de trabalho caso SPICT-BR™ positivo Folha Registro: Abordagem Paliativa Completa
<b>Atividade 9 – Entregar o resultado esperado</b>	
Fase do PDSA: Estudar – S e Agir – A	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar não conformidades persistentes e definir ações corretivas.</li> <li>• Reavaliar as estratégias para melhoria dos indicadores</li> <li>• Inserir novas estratégias quando necessário</li> </ul>	

Fonte: elaboração dos autores.

Oficina – O cuidado diante de perdas e o luto	
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconhecer como o processo de morrer ocorre no contexto comunitário</li> <li>• Identificar sinais de aproximação da morte</li> <li>• Apoiar as necessidades envolvidas diante da possibilidade de morte</li> <li>• Compreender as perdas pelo adoecimento e o processo de luto</li> </ul>
Resultado esperado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entender que é possível falecer no domicílio favorecendo o conforto e a história de vida da pessoa</li> <li>• Saber apoiar o usuário e a família diante das demandas do processo de morrer</li> <li>• Saber reconhecer o processo de morrer em curso</li> <li>• Compreender as perdas pelo adoecimento</li> <li>• Saber o que é luto</li> <li>• Conhecer os diferentes tipos de luto, fatores de risco e proteção</li> <li>• Continuar a abordagem paliativa completa com as pessoas elegíveis de forma integrada a rotina da APS</li> </ul>
Metas a serem alcançadas	• Percentual de pessoas elegíveis com abordagem paliativa completa
<b>Acompanhamento dos processos na unidade de saúde</b>	
<b>Visita técnica</b>	

### Oficina – O cuidado diante de perdas e o luto

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
<p>Realizar visita técnica na Unidade de Saúde</p> <p>Realizar giro na unidade com o objetivo de observar os processos já implantados nas oficinas tutoriais anteriores (cobertura da estratificação de risco; atualização da lista de registros coletivos; realização da atenção contínua e elaboração do plano de cuidado; pactuação dos planos de autocuidado apoiado acompanhamento da planilha de programação; funcionamento da agenda de atividades para as condições crônicas, implementação da atenção aos eventos agudos, compartilhamento do cuidado com a AAE e monitoramento dos indicadores</p> <p>Verificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de pessoas a que foram aplicados os instrumentos simplificados de elegibilidade pelos ACS</li> <li>• Percentual dos casos identificados pelos ACS que a equipe aplicou o instrumento SPIC-T-BR™</li> <li>• Número de casos registrados na Planilha: Abordagem Paliativa Completa</li> </ul> <p>Identificar oportunidades de melhoria para ser discutido com a equipe na oficina tutorial</p>	<p>Roteiro para a visita técnica da oficina de cuidados paliativos</p>
<p>Analisar o consolidado da avaliação dos macroprocessos da APS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o percentual de cumprimento dos macroprocessos em implantação</li> <li>• Discutir de maneira geral os itens com não conformidade (“não preenchido”, “não existe” ou “parcialmente”), para uma compreensão ampla das melhorias necessárias para a APS</li> <li>• Discutir de maneira geral os itens com conformidade (“concluído”), para uma compreensão das melhorias já alcançadas</li> <li>• Dar ênfase aos itens referentes aos macroprocessos de cuidados paliativos</li> </ul> <p>Obs.: as ações corretivas para os itens não conformes serão discutidas na oficina tutorial e revisadas sendo mantidas no plano de ação</p>	<p>Instrumento de avaliação dos macroprocessos da APS</p>

#### Oficina tutorial com as equipes

#### Atividade 1 – Monitoramento do plano de ação – 30 min

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
<p>Realizar o monitoramento do plano de ação, identificando ações não realizadas, parcialmente ou totalmente, discutindo as ações que ainda não foram concluídas, definindo novos prazos.</p> <p>As ações propostas no plano de ação sobre a segunda oficina de cuidados paliativos deverão ser discutidas, apresentando os resultados encontrados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Completar a Abordagem Paliativa do caso SPIC-T-BR™ positivo de acordo com a ficha, escolhido para seguimento nas oficinas tutoriais de cuidados paliativos na APS</li> </ul>	<p>Plano de Ação</p> <p>A matriz de painel de monitoramento</p>

Oficina – O cuidado diante de perdas e o luto		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Finalizar curso EaD “Cuidados Paliativos: fundamentos para a prática, que apresenta as ferramentas”</li> <li>Seguir atualização da Planilha: Abordagem Paliativa Completa – Registro e Acompanhamento dos Usuários Elegíveis.</li> <li>Realizar a pergunta surpresa em 100% dos casos registrados na Planilha: Abordagem Paliativa Completa – Registro e Acompanhamento dos Usuários Elegíveis.</li> <li>Discutir os resultados do Dashboard da planilha sobre o perfil necessidades paliativas do território</li> </ul>		
Atividade 2 – Monitoramento dos Indicadores – 30 min		
Fase do PDSA: Estudar – S		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Analisar os indicadores de acesso desempenho e qualidade</li> <li>Avaliar as melhorias alcançadas</li> <li>Rever estratégias em casos de necessidades</li> </ul> <p>Realizar o monitoramento do painel de Indicadores de processos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar com o está o preenchimento do painel de monitoramento</li> <li>E discutir os resultados</li> </ul>		<p>Painéis de indicadores disponibilizados pela SES, SMS e Ministério da Saúde</p> <p>Painel de indicadores de processos</p>
Atividade 3 – Apresentar caso SPICT-BR (30 min)		
Fase do PDSA: Planejamento – P		
<p>Apresentar caso do usuário escolhido durante o período de dispersão, de acordo com o material de apoio “Orientações para escolha do caso clínico SPICT-BR™ positivo”</p> <p>Verificar se o Plano de Cuidado do usuário está atualizado e em caso da necessidade de atualização, pactuar com a equipe essa revisão.</p>		<p>Folha Registro: Abordagem Paliativa Completa</p> <p>Plano de Cuidado do Usuário Seleccionado</p>
Atividade 4 – Como apoiar a pessoa e rede de apoio diante da aproximação da morte (1 hora)		
<p>Conhecer ações importantes diante da possibilidade de morte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Apresentar o roteiro de ações importantes diante da possibilidade de morte</li> <li>Reflexão em grupo: pensando no caso escolhido pela equipe, existem ações que a equipe já realizou?</li> </ul> <p>Exposição dialogada sobre as características da aproximação da morte e processo de morrer</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Diálogo com as equipes: troca de experiências relacionadas à morte e o morrer no território</li> </ul>		<p>Apresentação PowerPoint® Padrão</p> <p>Roteiro de ações importantes diante da possibilidade de morte</p> <p>Texto: Planejando o cuidado frente possibilidade de morte</p>
Atividade 5 – O cuidado frente perdas e luto (1 hora)		
<p>Dinâmica individual – Linha do tempo: perdas e adoecimento.</p> <p>Exposição dialogada sobre diferentes tipos de luto, fatores de risco e proteção.</p> <p>Pensando no caso escolhido pela equipe, identificar um luto vivenciado, fatores de risco e de proteção do enlutado (usuário, familiar ou cuidador)</p>		<p>Apresentação PowerPoint® Padrão</p> <p>Roteiro de dinâmicas</p>
Atividade 6 – Atualização do plano de ação		
Fase do PDSA: Planejamento – P		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Incluir as ações sobre cuidados paliativos, segundo a atividade 7</li> </ul>		Plano de ação

### Oficina – O cuidado diante de perdas e o luto

#### Atividade 7 – Ações essenciais a serem realizadas no período de dispersão

Fase do PDSA: Fazer – D

Incluir ações referentes aos macroprocessos de cuidados paliativos:	Plano de ação
• Organizar a execução da oficina de comunicação	Orientações para Metodologias
• Planejamento das visitas domiciliares para realização da abordagem paliativa completa. (Observação: priorizar PPS menor que 50% ou critérios para condição clinicamente avançada)	Ativas: Dramatização
• Definir critérios para aumento da periodicidade da visita. (Observação: avaliar pergunta surpresa a cada visita, evolução da doença e proximidade da fase final de vida)	Comunicação como ferramenta de cuidado: Oficina de dramatização
	Planilha: Abordagem Paliativa Completa – Registro e acompanhamento de usuários

#### Atividade 8 – Resgate da Cápsula do Tempo – 30 min

Realizar a dinâmica da Cápsula do tempo conforme roteiro. Reflexão individual e compartilhamento voluntário em grupo sobre a realização das oficinas tutoriais sobre os macroprocessos de cuidados paliativos.	Roteiro de dinâmicas
--	----------------------

#### Atividade 9 – Entregar o resultado esperado

Fase do PDSA: Estudar – S e Agir – A

• Identificar não conformidades persistentes e definir ações corretivas.	
• Reavaliar as estratégias para melhoria dos indicadores	
• Inserir novas estratégias quando necessário	

Fonte: elaboração dos autores.

## MACROPROCESSOS DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE — COLOCANDO A LÂMPADA DA CASA

Os macroprocessos de qualidade e segurança do paciente representam a colocação da lâmpada na casa, que ilumina todos os demais elementos, possibilitando que os processos de trabalhos sejam organizados de forma mais segura.

A segurança do paciente é uma preocupação fundamental em qualquer sistema de saúde, sendo transversal aos macro e microprocessos da construção social. Garantir a segurança do paciente durante os cuidados em saúde é uma tarefa complexa, que requer a implementação de diretrizes e metas específicas.

Para fortalecer a cultura de segurança em todos os níveis do sistema, recomendam-se aos municípios a criação e a consolidação dos **NMSP** nas SMS. O apoio técnico e institucional desse núcleo na SMS é decisivo para que esses espaços se tornem estruturantes na governança da qualidade, garantindo a capilaridade das práticas seguras e a sustentabilidade das estratégias de segurança do paciente no território e nas tomadas de decisões da gestão. É necessária a organização dos **Times de Segurança do Paciente** nas unidades de atenção primária e especializada para fortalecer a operacionalização e a articulação das ações de melhoria contínua, gestão

de riscos e implementação dos protocolos de segurança do paciente, promovendo o aprendizado organizacional e a integração entre gestão, assistência e vigilância.

As metas internacionais de segurança do paciente foram desenvolvidas com o objetivo de padronizar e melhorar a qualidade dos cuidados em serviços de saúde ao redor do mundo. A adaptação dessas metas para a APS busca abranger as particularidades desse cenário, considerando a diversidade de atendimentos prestados e as especificidades dos pacientes atendidos.

O Conass, por meio da Câmara Técnica de Qualidade no Cuidado e Segurança do Paciente (CTQCSP), realizou, em 2020, em parceria com o Centro Colaborador da PAS Uberlândia-MG, a adaptação das metas internacionais de segurança do paciente no contexto da APS. Essa iniciativa visa garantir a segurança e a qualidade dos cuidados em saúde, adaptando as metas internacionais às necessidades específicas da APS.

A organização desses macroprocessos acontece por meio da implantação das metas internacionais de segurança dos pacientes adaptadas para a APS, distribuídas nas oficinas tutoriais conforme o quadro abaixo:

**Quadro 18.** Metas da Segurança do Paciente nas Etapas da Planificação da Atenção à na APS

METAS DA SEGURANÇA DO PACIENTE NAS ETAPAS DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NA APS		
ETAPA DA OFICINA TUTORIAL	METAS SEGURANÇA DO PACIENTE	MATERIAL DE APOIO
Pactuação com a equipe e apresentação da unidade de saúde	Introdução a segurança do paciente na APS	Vídeo Segurança do Paciente na APS Apresentação PowerPoint® Padrão Texto de apoio – as metas de segurança do paciente adaptadas para a APS Texto de apoio – conceitos relacionados a segurança do paciente Texto apoio – criação de NMSP e Times de SP.
Território e gestão de base populacional	<b>Meta 1:</b> Identificar corretamente o paciente Observação: relacionar o cadastro do usuário com a identificação correta do paciente e introduzir os dois identificadores em todas as ações desenvolvidas na unidade de saúde quando do atendimento a pessoa usuária	Vídeo – A construção Social e as metas de segurança do paciente <a href="https://www.youtube.com/watch?v=ofJv-916ohs&amp;list=PLbWxzCpf_-TPyXe1o0TrUVF-_tn9F6xl&amp;index=2">www.youtube.com/watch?v=ofJv-916ohs&amp;list=PLbWxzCpf_-TPyXe1o0TrUVF-_tn9F6xl&amp;index=2</a> Apresentação PowerPoint® Padrão <i>Checklist</i> – A segurança do paciente na construção social da Atenção Primária à Saúde Vídeo Meta 1 Identificação correta do paciente <a href="https://www.youtube.com/watch?v=JaJxSUBQoQU&amp;list=PLbWxzCpf_-TPyXe1o0TrUVF-_tn9F6xl&amp;index=3">https://www.youtube.com/watch?v=JaJxSUBQoQU&amp;list=PLbWxzCpf_-TPyXe1o0TrUVF-_tn9F6xl&amp;index=3</a> Texto de apoio – Meta 1 Identificação correta do paciente

METAS DA SEGURANÇA DO PACIENTE NAS ETAPAS DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NA APS		
Avaliação e Implementação do Microprocesso Sala de Vacina	<b>Meta 3:</b> Melhorar a segurança dos medicamentos/Vacinas (Adaptado para APS) Objetivo: relacionar os processos de organização da sala de vacina	Apresentação PowerPoint® Padrão Vídeo Meta 3 – Melhorar a segurança dos medicamentos/Vacinas <a href="https://www.youtube.com/watch?v=-u-OYbLZ5pc&amp;list=PLbWxzCpf_-TPyXe1oOTrUVF-_tn9F6xl&amp;index=5">https://www.youtube.com/watch?v=-u-OYbLZ5pc&amp;list=PLbWxzCpf_-TPyXe1oOTrUVF-_tn9F6xl&amp;index=5</a>
A organização das linhas de cuidado	<b>Meta 2:</b> Melhorar a comunicação entre profissionais de saúde e pessoas usuárias (Adaptado para APS) Observação: relacionar a comunicação entre os profissionais de saúde e pessoa usuária com o plano de cuidado	Apresentação PowerPoint® Padrão Vídeo Meta 2 – Melhorar a comunicação entre profissionais de saúde e pessoas usuárias <a href="https://www.youtube.com/watch?v=oXaBZE1_nl4&amp;list=PLbWxzCpf_-TPyXe1oOTrUVF-_tn9F6xl&amp;index=4">https://www.youtube.com/watch?v=oXaBZE1_nl4&amp;list=PLbWxzCpf_-TPyXe1oOTrUVF-_tn9F6xl&amp;index=4</a>
A programação do cuidado das condições crônicas	<b>Meta 4:</b> Assegurar procedimentos em paciente e local de intervenção corretos (Adaptado para APS) Objetivo: relacionar aos cuidados de saúde bucal e aplicação de vacinas	Apresentação PowerPoint® Padrão Vídeo Meta 4 – Assegurar procedimentos em paciente e local de intervenção corretos <a href="https://www.youtube.com/watch?v=i50R2iD30_A&amp;list=PLbWxzCpf_-TPyXe1oOTrUVF-_tn9F6xl&amp;index=6">https://www.youtube.com/watch?v=i50R2iD30_A&amp;list=PLbWxzCpf_-TPyXe1oOTrUVF-_tn9F6xl&amp;index=6</a>
A atenção aos eventos agudos.	<b>Meta 5:</b> Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde Objetivo: relacionar a todas as atividades de atenção às pessoas usuárias na unidade de saúde e domicílio	Apresentação PowerPoint® Padrão Vídeo Meta 5 – Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde <a href="https://www.youtube.com/watch?v=wC8vyQ4S7sU&amp;list=PLbWxzCpf_-TPyXe1oOTrUVF-_tn9F6xl&amp;index=7">https://www.youtube.com/watch?v=wC8vyQ4S7sU&amp;list=PLbWxzCpf_-TPyXe1oOTrUVF-_tn9F6xl&amp;index=7</a>
O autocuidado apoiado	<b>Meta 6:</b> Reduzir o risco de quedas e lesões por pressão (LP) Objetivo: relacionar as atividades de atenção às pessoas usuárias na unidade de saúde e domicílio	Apresentação PowerPoint® Padrão Vídeo Meta 6 – Reduzir o risco de quedas e lesões por pressão (LP) <a href="https://www.youtube.com/watch?v=CklOcef dEHA&amp;list=PLbWxzCpf_-TPyXe1oOTrUVF-_tn9F6xl&amp;index=8">https://www.youtube.com/watch?v=CklOcef dEHA&amp;list=PLbWxzCpf_-TPyXe1oOTrUVF-_tn9F6xl&amp;index=8</a>
Monitoramento	O monitoramento da implantação das metas de segurança do paciente na APS acontece continuamente quando da implantação de cada uma	

Fonte: elaborado por Barra RP, Chomatas VER, Lopes PRR e Matos MAB

## SEQUÊNCIA LÓGICA DAS OFICINAS DA CONSTRUÇÃO DA CASA DA APS SEGUNDO A PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

A construção da casa da APS segue uma sequência lógica que visa estabelecer uma base sólida para dar suporte aos demais elementos.

A sequência lógica das oficinas é fundamental para garantir a estabilidade e a funcionalidade de toda a estrutura. Isso permite que os profissionais de saúde desenvolvam habilidades e conhecimentos de forma progressiva, garantindo uma construção robusta e eficaz

Abaixo, apresentamos a sequência das oficinas tutoriais que compõem essa construção.

**Quadro 19.** Sequência das oficinas tutoriais

MACROPROCESSOS	ETAPA	OFICINA
Alinhamento conceitual	1. APS e AAE nas RAS	1. Pactuação com a equipe e apresentação da unidade de saúde
Macroprocessos e Microprocessos básicos	2. Território e gestão de base populacional	2.1 Território e gestão de base populacional
	Sala de vacina	2.2 Avaliação e implementação do microprocesso de vacinação
Macroprocessos básicos e microprocessos básicos	3. Acesso à APS	3. O acesso à APS
Macroprocessos de atenção às pessoas com condições crônicas não agudizadas, enfermidades e hiperutilizadoras	4. Gestão do cuidado	4.1 A estratificação de risco das condições crônicas
		4.2 A organização das linhas de cuidados
		4.3 A programação assistencial das condições crônicas na APS
Macroprocessos de autocuidado apoiado	5. O autocuidado apoiado	5.1 O autocuidado Apoiado
Macroprocesso de atenção aos eventos agudos	6. A atenção aos eventos agudos	6. A Atenção aos eventos agudos
Macroprocessos de atenção às pessoas com condições crônicas não agudizadas, enfermidades e hiperutilizadoras	7. A integração da APS e AAE	7. A integração APS à AAE
Macroprocessos básicos	8. O monitoramento e avaliação na APS	8. O monitoramento e avaliação na APS
Macroprocessos de cuidados paliativos	9. Atenção aos cuidados paliativos	9.1 Fundamentos e conceitos gerais de cuidados paliativos
		9.2 Abordagem paliativa centrada na pessoa
		9.3 O cuidado diante de perdas e lutos

Fonte: elaborado por Barra RP, Chomatás VER, Lopes PRR e Matos MAB

## A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA APS E A TRANSVERSALIDADE DA SAÚDE BUCAL

A construção social da APS é um processo que envolve a organização dos diferentes perfis de demanda da população. A partir desses perfis, são definidos os perfis de oferta, representados por macro e microprocessos que são aplicáveis também à saúde bucal.

Vamos explorar agora como alguns desses macroprocessos que se relacionam com a atenção em saúde bucal.

**Macroprocessos Básicos:** são fundamentais para estabelecer uma base sólida para a atenção em saúde bucal. É essencial que a eSB desenvolva vínculos com os usuários, assumindo a corresponsabilidade pela atenção e resolução de seus problemas, com base na responsabilidade sanitária. Outras ações importantes incluem:

- Utilização de dados do cadastro familiar e do mapa do território, identificando subpopulações com necessidades específicas em saúde bucal;
- Estratificação de risco familiar para priorizar o acompanhamento de famílias em maior vulnerabilidade;
- Organização do acolhimento na unidade, respeitando os fluxos para demanda espontânea e programada, garantindo a continuidade dos tratamentos iniciados.

**Macroprocessos de atenção aos eventos agudos:** devem garantir acesso facilitado para atendimento da demanda espontânea durante todo o horário de funcionamento da unidade, com base em protocolos e critérios clínicos que orientem a conduta nos acolhimentos. Isso inclui:

- Realizar atendimento direto de casos de menor complexidade;
- Fazer o primeiro atendimento de casos mais graves, com posterior encaminhamento ao serviço de urgência especializado.

**Macroprocessos das condições crônicas não agudizadas:** as doenças bucais devem ser tratadas sob a lógica das condições crônicas, com base no MACC. Isso implica:

- Atenção programada para tratamento integral, com enfoque em prevenção, diagnóstico precoce, reabilitação e manutenção da saúde bucal;
- Definição de grupos prioritários quando a cobertura programada não for viável para toda a população, com base em risco odontológico e vulnerabilidade;
- Uso de protocolos para o encaminhamento à atenção especializada (por exemplo, Centro de Especialidades Odontológicas), mantendo a referência e a contrarreferência para garantir continuidade do cuidado.

**Macroprocessos de atenção preventiva:** as ações preventivas são cruciais. Devem incluir:

- Atividades individuais, como orientação de higiene bucal, aplicação de selantes, profilaxia e aplicação tópica de flúor;
- Ações coletivas, como escovação supervisionada e educação em saúde, planejadas com a eMulti, respeitando os ciclos de vida, as condições de saúde e os fatores de risco comuns.

Também devem ser abordados temas como:

- Incentivo ao autocuidado;
- Alimentação saudável e redução do consumo de açúcar;
- Autoexame da boca;
- Cuidados pós-traumatismo dental;
- Prevenção à exposição solar, álcool e tabaco.

**Macroprocessos de Autocuidado Apoiado:** trata-se de promover intervenções que ampliem o conhecimento e a autonomia do usuário para o cuidado com sua própria saúde bucal. O plano de autocuidado apoiado deve ser elaborado para todos, especialmente para gestantes, pessoas com múltiplas incapacidades ou necessidades complexas, sempre em integração com a eMulti.

**Macroprocessos de Cuidados Paliativos:** a eSB também é essencial nos cuidados paliativos, contribuindo para o alívio do sofrimento e para a melhoria da qualidade de vida dos usuários.

É possível e necessário organizar os processos de trabalho da eSB com base na construção social da APS. A integração efetiva com as demais equipes fortalece a atenção primária, melhora os desfechos em saúde e qualifica o cuidado prestado.

A construção social da APS e a transversalidade da saúde bucal são fundamentais para garantir a saúde e o bem-estar da população.

## 4. O PROCESSO DA CONSTRUÇÃO SOCIAL DA AAE

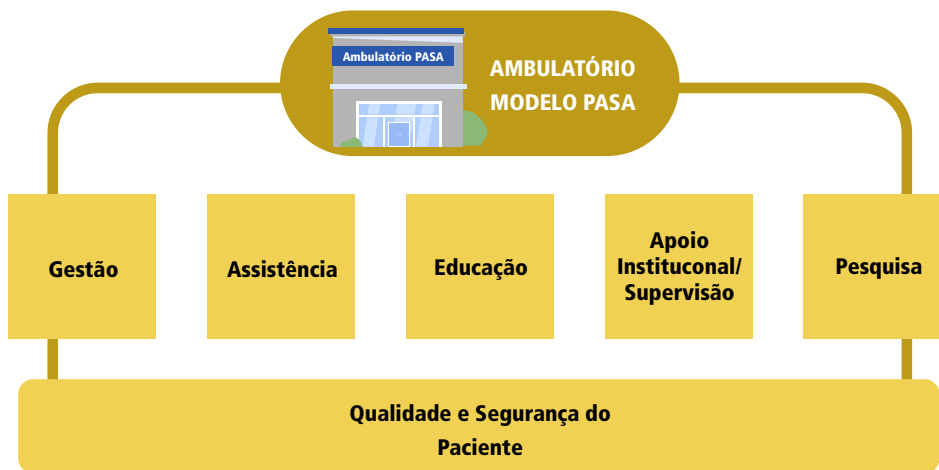
O processo de construção social da AAE implica adensá-la tecnologicamente para responder socialmente, de forma efetiva, aos diferentes perfis de demandas por cuidados especializados. Isso envolve a organização da oferta, de maneira a garantir que os cuidados especializados sejam acessíveis e de qualidade, e a definição de fluxos e processos que garantam a atenção integral e contínua aos usuários.

O trabalho de mudança inicia-se com a escolha de unidades formativas, que são ambulatorios onde serão implantadas as mudanças estruturais e processuais e um trabalho educacional para capacitar os profissionais de saúde para atender às necessidades específicas da população com necessidade de atenção especializada, tudo isso visando melhorar a eficiência e a eficácia da AAE.

### IMPLANTANDO O MODELO PASA

A operacionalização da construção social da atenção especializada se desenvolve no ambulatório por meio da implantação do modelo Pasa, o que envolve a organização dos macroprocessos da AAE em grandes eixos de trabalho (Figura 15):

- Gestão dos recursos e processos para garantir a eficiência e a eficácia da AAE.
- Assistência, por meio da prestação de cuidados especializados aos usuários, garantindo a atenção integral e contínua.
- Educação, com o desenvolvimento de atividades educacionais para os profissionais de saúde e os usuários, visando melhorar a saúde e a qualidade de vida.
- Apoio institucional e supervisão, para garantir a qualidade e a segurança dos cuidados especializados.
- Pesquisa, por meio da realização de estudos e investigações para melhorar a prática clínica e a gestão da AAE e compartilhamento de cuidado com a APS.
- Implementação de ações para garantir a qualidade e a segurança dos cuidados especializados, reduzindo os riscos e melhorando os resultados em saúde.

**Figura 15.** A construção social da Atenção Ambulatorial Especializada – Modelo Pasa

Fonte: elaborado por Barra RP, Chomatas VER, Lopes PRR e Matos MAB

O modelo Pasa é bem diferente da lógica de funcionamento de uma unidade ambulatorial convencional, sendo organizado de acordo com a natureza da rede temática de atenção à saúde, visando garantir a atenção integral e contínua aos usuários.

A assistência é prestada em unidade ambulatorial, por eMulti, e composta de profissionais especializados para a produção do cuidado em média e alta complexidade. Engloba a utilização de equipamentos de maior densidade tecnológica especializada e ofertada com abrangência regional, o que significa que ela não deve existir na totalidade dos municípios, mas, preferivelmente, deve se localizar nas cidades-polo de regiões ou microrregiões de saúde, ou de acordo com os desenhos regionais pactuados (Brasil, 2017; Mendes, 2011).

Além disso, a AAE deve garantir escala adequada, conforme o princípio da economia de escala, assegurando tanto uma boa relação de custo-benefício quanto a qualidade da atenção a ser prestada à população-alvo, concomitantemente aos cuidados da APS (Brasil, 2017; Mendes, 2011).

A unidade ambulatorial é “fechada” para a livre demanda, sendo o acesso regulado diretamente pelas equipes da APS com as equipes da AAE, sem necessidade de mecanismos intermediários ou profissionais em centrais de regulação.

A programação do ambulatório é feita na APS, que identifica as pessoas usuárias com condições crônicas, estratifica e compartilha o cuidado daquelas com situações complexas, de acordo com os critérios pactuados. Esse processo permite que o am-

bulatório se organize previamente e dimensione o quantitativo de atendimentos que serão necessários para receber essas pessoas, no tempo certo, sem filas de espera e com acesso aos recursos necessários como os exames e os procedimentos especializados importantes para o esclarecimento do diagnóstico ou acompanhamento de complicações das condições crônicas. Os exames e os procedimentos devem ser preferencialmente ofertados no mesmo local, dia e horário dos atendimentos especializados.

Esse modelo tem enfoque no cuidado das pessoas com condições crônicas de saúde não agudizadas, estratificadas como alto e muito alto risco, a partir de critérios estabelecidos em diretrizes clínicas baseadas em evidências, compartilhados pelas equipes da APS e que se beneficiam, naquele instante, de cuidados concomitantes com a AAE.

A atenção é prestada por eMulti, e o produto não é simplesmente uma consulta médica e/ou um exame complementar realizado, mas um plano de cuidado elaborado e/ou atualizado de forma interprofissional e interdisciplinar pela equipe especializada, com a participação ativa da pessoa usuária, seus familiares e/ou apoiadores.

As relações entre as equipes da AAE e APS vão além do sistema clássico de referência/contrarreferência. Em vez disso, elas constroem processos de relacionamentos interpessoais, em que os profissionais se conhecem, compartilham planos de cuidado e trabalham clinicamente em conjunto em algumas circunstâncias. Isso possibilita uma qualificação progressiva da equipe da APS, de tal maneira que ela chega a assumir, com mais segurança, o cuidado também das pessoas usuárias de alto e muito alto risco com estabilidade clínica.

A integração entre as equipes da APS e AAE é fundamental para garantir a atenção integral e contínua aos usuários. Isso envolve o compartilhamento do cuidado e uma modalidade nova de organização de processos que pressupõe a colaboração entre as equipes, tornando os dois níveis ou serviços de saúde, progressivamente, um único microssistema clínico e possibilitando uma resposta mais efetiva e eficiente.

O compartilhamento do cuidado é substitutivo do encaminhamento, que remete à ideia de passar para frente, enquanto compartilhar significa partilhar a responsabilidade pelo cuidado da pessoa usuária. Ademais, traz vários benefícios, incluindo: melhoria da qualidade do cuidado, garantindo que os usuários recebam a atenção necessária no momento certo; aumento da eficiência do sistema de saúde, reduzindo a duplicação de esforços e melhorando a utilização dos recursos e redução da fragmentação do cuidado, garantindo que os usuários recebam uma atenção integral e contínua.

A estratégia de implantação do modelo Pasa na AAE exige mudanças significativas na estrutura e nos processos concomitantes na APS e na AAE, caracterizando uma construção social integrada desses dois níveis de atenção.

Os seis macroprocessos da AAE são detalhados no quadro abaixo.

### Quadro 20. Macroprocessos da AAE

1. Macroprocesso de GESTÃO
<p>Refere-se à fase preparatória para a organização das ações para a implantação do modelo Pasa no ambulatório.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definição da região de saúde e unidade ambulatorial;</li> <li>• Definição da linha de cuidado que será implantada o modelo Pasa;</li> <li>• Avaliação da carteira de serviços do ambulatório;</li> <li>• Avaliação da ambiência da unidade ambulatorial;</li> <li>• Avaliação do mapa de pessoal do ambulatório;</li> <li>• Dimensionamento da capacidade operacional do ambulatório para a linha de cuidado que será implantado o modelo Pasa;</li> <li>• Adequação do modelo contratual e de financiamento da unidade ambulatorial em conformidade com o modelo Pasa;</li> <li>• Adequação do modelo contratual dos profissionais no ambulatório, por carga horária e com previsibilidade para desenvolver as funções de assistência, educação, apoio institucional e pesquisa;</li> <li>• Nota Técnica da linha de cuidado que será organizada padronizada pela SES;</li> <li>• Avaliação do prontuário eletrônico se este se adequa ao modelo Pasa e se integra com a APS;</li> <li>• Território Regional e a Gestão de Base Populacional;</li> <li>• Acesso a AAE.</li> </ul>
2. Macroprocesso de ASSISTÊNCIA
<p>Diz respeito à oferta de serviços especializados, como consultas, exames e procedimentos. Para isso, é adotada tecnologia leve-dura como a atenção contínua na AAE, que consiste em uma sequência lógica de atendimentos individuais, organizada por um gestor do cuidado, prestados por uma eMulti que atua de forma interprofissional e interdisciplinar e realização de exames e procedimentos em um mesmo turno de atendimento às pessoas usuárias de alto e muito alto risco compartilhadas pela APS, com ênfase no cuidado centrado na pessoa para a estabilização clínica dessas condições, tendo como produto um plano de cuidados.</p>
3. Macroprocesso de EDUCAÇÃO
<p>O macroprocesso de educação compreende ações voltadas ao desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes, direcionadas à equipe do ambulatório, às pessoas usuárias atendidas, aos profissionais da APS e de outros pontos da RAS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para as equipes da APS:</li> </ul> <p>A equipe da AAE exerce a função matriciadora, enquanto o acompanhamento longitudinal permanece sob responsabilidade da APS. O apoio matricial oferecido pela AAE visa fortalecer competências específicas para o manejo clínico, promovendo o conhecimento recíproco, a proximidade e o vínculo entre as equipes. Esse processo inclui o deslocamento dos profissionais da AAE até as unidades da APS, ou o movimento inverso, com profissionais das UBS indo até a AAE.</p> <p>A função matriciadora garante o desenvolvimento das ações de suporte técnico-pedagógico e técnico-assistencial. A AAE desempenha a função de segunda opinião especializada focal, por meio de diferentes modalidades de apoio remoto à APS, como telefone, <i>chats</i> de discussão, supervisão clínica, aplicativos de mensagens instantâneas, <i>e-mail</i>, entre outros canais.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para a equipe da AAE:</li> </ul> <p>Para que a função matriciadora seja efetiva, os profissionais da AAE devem passar por processos contínuos de qualificação interna e externa, incluindo estudo de diretrizes clínicas, discussão de casos, segunda opinião, supervisão clínica, atendimentos conjuntos, cursos rápidos sobre temas específicos e treinamentos de habilidades.</p>

- Para pessoas usuárias:

No caso das pessoas usuárias atendidas no ambulatório, são desenvolvidas ações educativas sistemáticas ao longo do ciclo de atenção contínua, com ênfase no fortalecimento da capacidade de autocuidado e na promoção da autonomia em saúde.

#### 4. Macroprocesso de APOIO INSTITUCIONAL (Supervisão)

É macroprocesso fundamental de gestão e cuidado compartilhado dentro da RAS. Trata-se de um mecanismo no qual a equipe da AAE oferece suporte técnico, pedagógico e de gestão às equipes da APS e outros pontos da RAS dentro da sua área técnica de competência, contribuindo para melhoria do cuidado e funcionamento da rede temática no seu território de abrangência.

O principal objetivo desse apoio é promover a análise e a gestão compartilhada dos processos de trabalho para:

1. Integrar a Rede: assegurar a fluidez e a coerência entre os diferentes pontos de atenção, possibilitando que o fluxo de compartilhamento do cuidado/transição do cuidado funcione de maneira eficiente.
2. Qualificar o Cuidado: aumentar a resolutividade e a capacidade clínica da APS, especialmente em relação aos casos que necessitam de retaguarda especializada focal que serão trabalhadas no apoio matricial.

3. Democratizar Processos: fortalecer o debate, a tomada de decisão e o planejamento conjunto entre os profissionais da AAE, da APS e gestão local, municipal, regional e estadual.

Esse apoio é realizado por meio de ações que podem ser diretas ou indiretas:

MODALIDADE	DESCRIÇÃO	EXEMPLO PRÁTICO
Apoio Direto	Envolve a interação direta entre as equipes APS e AAE <i>in loco</i> nos serviços para o monitoramento e a qualificação dos processos relacionados a linha de cuidado.	Monitoramento cruzado entre APS e AAE para identificar oportunidades de melhoria nos agendamentos para o ambulatório, qualidade do compartilhamento do cuidado e plano de cuidado etc.
Apoio Indireto	Ocorre quando a equipe da AAE identifica oportunidade de melhorias na APS ou sistêmicas na RAS e aciona a equipe da APS e/ou a gestão para buscar soluções. As situações são mapeadas, consolidadas com o tutor regional, e é elaborado um plano de ação para resolução das oportunidades de melhorias identificadas.	A equipe do ambulatório identifica, durante os ciclos de atendimentos, a necessidade de apoiar uma determinada equipe APS quanto à insulinização das pessoas com diabetes mellitus. Ao acionar a gestão de um município para verificar sobre a falta de exame de urocultura para as gestantes.

#### 5. Macroprocesso de PESQUISA clínica e operacional

O macroprocesso de Pesquisa tem por objetivo elevar o ambulatório de uma unidade de atendimento restrita para um centro de produção de conhecimento por meio da geração de evidências científicas sobre os macroprocessos do modelo Pasa, de modo a demonstrar sua efetividade e produzir novos conhecimentos.

Em paralelo, é incentivado o desenvolvimento de pesquisas operacionais — incluindo estudos de custo-efetividade — com enfoque no manejo e nos desfechos clínicos de pessoas usuárias com condições crônicas complexas e muito complexas.

A implantação dos Núcleos de Educação Permanente e Pesquisa (NEPP) nos ambulatórios é incentivada como estratégia para iniciar e consolidar os processos de pesquisa na unidade.

## 6. Macroprocesso de qualidade e segurança do paciente

O Macroprocesso de Qualidade e Segurança do Paciente é um dos pilares fundamentais para a excelência do cuidado.

Ele representa o conjunto de processos estratégicos e operacionais que visam garantir a entrega do maior benefício a pessoa usuária, com o menor risco e ao longo de todo o percurso do cuidado.

Em essência, esse macroprocesso tem dois objetivos centrais:

- Qualidade: implementar a melhoria contínua dos processos de trabalho, padronizando práticas assistenciais e monitorando indicadores para assegurar que o cuidado seja efetivo, oportuno e centrado na pessoa usuária.
- Segurança do Paciente: estruturar um sistema robusto de gerenciamento de riscos, que inclui a identificação, prevenção, mitigação e análise de eventos adversos, falhas e erros.

Ele atua de forma transversal a todos os demais macroprocessos do Pasa, articulando ações como a criação de Núcleos e Times de Segurança do Paciente, a adoção de protocolos clínicos (metas internacionais de segurança) e o incentivo à cultura de notificação e aprendizado da equipe com enfoque na redução de danos evitáveis, na satisfação e na melhora dos resultados de saúde das pessoas usuárias.

Esse é um macroprocesso essencial e transversal que permeia todos os macroprocessos do modelo Pasa. Ele garante que a totalidade dos serviços prestados seja executada com segurança, humanização e qualidade para a pessoa usuária. Sua atuação se baseia em uma gestão populacional, assegurando a equidade e o bem-estar dos trabalhadores como pilares indissociáveis da excelência do cuidado.

Fonte: elaborado por Barra RP, Chomatas VER, Lopes PRR e Matos MAB

Para que os seis macroprocessos sejam executados de forma eficaz, é fundamental que a equipe compreenda plenamente essas funções estratégicas e que sejam disponibilizados os recursos necessários para sua implementação.

Embora haja evidências de que as clínicas APS e da AAE sejam distintas, sua complementaridade é a chave para o sucesso do cuidado.

Essa sinergia reforça a necessidade de promover a interação entre esses dois pontos de atenção. A organização eficaz dos macroprocessos não só fortalecerá a relação entre a APS e a AAE, mas também possibilitará uma AAE inovadora e uma APS fortalecida e ampliada, ambas fundamentalmente integradas à RAS (Mendes, 2019).

Todo o conteúdo educacional é organizado em oficinas que possibilitam a implantação progressiva do modelo PASA. As matrizes a seguir descrevem os temas e atividades propostas em cada oficina.

### OFICINA 1 – PREPARATÓRIA PARA A IMPLANTAÇÃO DO MODELO PASA NA AAE COM A SES

Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentar a PAS na AAE e os seus modelos teóricos.</li> <li>• Constituir o grupo de trabalho da SES AAE para a implantação do modelo PASA nos ambulatorios.</li> <li>• Definição dos tutores da AAE em nível central e das regionais.</li> <li>• Definir a linha de cuidado das regiões de saúde e unidade ambulatorial formativa em que será implantada o modelo PASA.</li> <li>• Discutir sobre as diretrizes e notas técnicas adotadas.</li> </ul>
-----------	---

### OFICINA 1 – PREPARATÓRIA PARA A IMPLANTAÇÃO DO MODELO PASA NA AAE COM A SES

Resultado esperado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupo de trabalho da SES AAE constituído.</li> <li>• Tutores da AAE em nível central e regionais definidos.</li> <li>• Linha de cuidado a ser organizada, regiões de saúde e unidade ambulatorial formativa definida.</li> <li>• Elaboração do primeiro plano de ação da SES em nível central e regionais</li> </ul>
Ações que antecedem a Oficina preparatória	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Com base na programação pactuada, reservar e organizar o espaço na SES, providenciar <i>datashow</i>, quadro branco ou <i>flipchart</i> com pincéis etc.</li> <li>• Convidar o público-alvo previsto para a oficina, confirmar um dia antes a presença e encaminhar a programação.</li> <li>• Preparar apresentação que aborde o cenário epidemiológico, recursos disponíveis na RAS no estado e por regiões, a fim de subsidiar as discussões sobre a definição da linha de cuidado, regiões de saúde e ambulatório formativo em que o modelo PASA será implantado.</li> <li>• Reunir as diretrizes e as notas técnicas que serão utilizadas.</li> </ul>

#### Conhecendo a programação e o grupo de trabalho da SES AAE

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
<b>Atividade 1 – Conhecendo a programação, contrato de convivência e o grupo de trabalho da SES AAE – Tempo: 30 min</b>	
<p>Apresentar a proposta de programação, dando ênfase aos objetivos e aos resultados esperados da oficina preparatória.</p> <p>Pactuações do contrato de convivência.</p> <p>Pedir para que os participantes se apresentem: nome, profissão, setor em que atua, tempo de atuação, identificar pessoas que já se conhecem e expectativa em relação ao processo que está se iniciando.</p>	Programação da oficina preparatória

#### Atividade 2 – Conhecendo a planificação da atenção à saúde – Tempo: 1 hora e 30 min

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
<p>Realizar alinhamento conceitual sobre o processo de PAS na AAE.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reforçar as competências dos tutores SES em nível central e regional.</li> <li>• O formato das oficinas tutoriais no ambulatório formativo.</li> <li>• O modelo de expansão da PAS para outros ambulatórios da mesma macrorregião.</li> <li>• Etapas evolutivas para implantação do modelo PASA.</li> <li>• Instrumento de autoavaliação dos macroprocessos da AAE.</li> </ul> <p>Identificar os tutores da SES em nível central e regionais para a AAE.</p>	Apresentação em PPT

#### Atividade 3 – Conhecendo os modelos conceituais da Planificação da atenção à saúde – Tempo: 2 horas

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
Realizar alinhamento sobre os modelos teóricos da planificação: RAS, MACC, MEA, Construção Social da APS, modelo PASA.	Apresentação em PPT

## OFICINA 1 – PREPARATÓRIA PARA A IMPLANTAÇÃO DO MODELO PASA NA AAE COM A SES

### Atividade 4 – Conhecendo o cenário e definindo a linha de cuidado – Tempo: 1 hora e 30 min

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
<p>Realizar apresentação sobre o cenário epidemiológico e dos recursos disponíveis na RAS no estado e nas regiões.</p> <p>A partir da apresentação realizada, discutir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir a linha de cuidado que será organizada.</li> <li>• Qual a região de saúde será iniciada.</li> <li>• Qual a unidade ambulatorial formativa.</li> <li>• O modelo de expansão para outras unidades ambulatoriais da macrorregião.</li> </ul>	Apresentação em PPT

### Atividade 5 – Conhecendo o cenário – Tempo: 1 hora e 30 min

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentar as diretrizes/notas técnicas referentes da linha de cuidado que serão adotadas</li> <li>• Discutir os principais pontos das diretrizes/notas técnicas:</li> <li>• Conhecimento da subpopulação</li> <li>• Estratificação de risco: critérios para estratificação de risco, estratos de risco, exames necessários, checagem se estão disponíveis na RAS, curso curto sobre estratificação de risco para as equipes da APS e da AAE.</li> <li>• Organização da assistência</li> <li>• Fluxos da atenção na RAS</li> <li>• A gestão da pessoa com condição crônica na APS</li> <li>• O cuidado da pessoa com condição crônica na AAE</li> <li>• Coordenação do cuidado</li> </ul>	Diretrizes/notas técnicas da linha de cuidado

### Atividade 6 – Alinhamento sobre melhoria contínua – 40 min

Fase do PDSA: Estudar – S

<p>Alinhamento conceitual sobre o modelo de melhoria contínua, PDSA (<i>Plan, Do, Study, Act</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O conceito de melhoria contínua</li> <li>• Apresentar a ferramenta Plano de Ação</li> </ul>	Apresentação PTT Matriz de Plano de ação
--	---

### Atividade 7 – Elaborar primeiro o plano de ação – 30 min

Fase do PDSA: Planejamento – P

Como	Material de apoio
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir quem será o guardião do plano de ação</li> <li>• Inserir as ações que necessitam de intervenções que foram identificadas pelo grupo de trabalho da AAE, como deverão ser solucionadas, os responsáveis e apoiadores para o seu desenvolvimento.</li> </ul>	Matriz de Plano de ação

### Atividade 8 – Ações essenciais a serem realizadas no período de dispersão

Fase do PDSA: Fazer – D

### OFICINA 1 – PREPARATÓRIA PARA A IMPLANTAÇÃO DO MODELO PASA NA AAE COM A SES

Como	Material de apoio
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar com os representantes de cada área da SES convidada, que não participaram da oficina preparatória, os motivos e convidá-los novamente para a segunda oficina preparatória.</li> <li>• Envolver áreas da SES que o grupo considere importante para participar da próxima oficina preparatória.</li> <li>• Estabelecer horário protegido para as reuniões do grupo de trabalho da AAE.</li> <li>• Reunir o grupo de trabalho da AAE para tomada das primeiras providências para a implantação do ambulatório formativo e expansão.</li> </ul>	
<b>Atividade 9 – Entregar o resultado esperado</b>	
Fase do PDSA: Agir – A	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar não conformidades persistentes e definir ações corretivas.</li> <li>• Inserir novas estratégias quando necessário</li> </ul>	

Fonte: elaboração dos autores.

### OFICINA 2 – PREPARATÓRIA PARA A IMPLANTAÇÃO DO MODELO PASA NA AAE COM A SES

Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentar os instrumentos diagnósticos da AAE.</li> <li>• Discutir os modelos de financiamento e de contratos para a AAE</li> <li>• Conhecer o modelo de regulação do acesso à AAE</li> </ul>
Resultado esperado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apropriação dos instrumentos diagnósticos do ambulatório</li> <li>• Modelos de financiamento e contratuais para a AAE discutidos</li> <li>• Modelo de regulação do acesso a AAE conhecido.</li> <li>• Plano de ação da SES em nível central e regionais monitorado e atualizado</li> </ul>
Ações que antecedem a Oficina preparatória	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Com base na programação pactuada, reservar e organizar o espaço na SES, providenciar datashow, quadro branco ou flipchart com pincéis etc.</li> <li>• Convidar o público-alvo previsto para a oficina, confirmar um dia antes a presença e encaminhar a programação.</li> <li>• Levantar os dados epidemiológicos relacionados a linha de cuidados que será organizada, das regiões de saúde em que serão implantados os ambulatórios no modelo PASA.</li> <li>• Providenciar e/ou solicitar aos participantes que levem notebook para atividade prática.</li> </ul>

#### Conhecendo a proposta de programação, contrato de convivência e o grupo de trabalho da AAE

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
<b>Atividade 1 – Conhecendo a proposta de programação e o grupo de trabalho da AAE – 30 min</b>	
Apresentar a proposta de programação, dando ênfase aos objetivos e aos resultados esperados da oficina preparatória	Proposta de programação da oficina preparatória da AAE 2

## OFICINA 2 – PREPARATÓRIA PARA A IMPLANTAÇÃO DO MODELO PASA NA AAE COM A SES

### Atividade 2 – Monitoramento do Plano de Ação – Tempo: 40 min

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
Realizar o monitoramento do plano de ação, identificando ações não realizadas, parcialmente ou totalmente, discutindo as ações que ainda não foram concluídas e pactuando novos prazos.	Apresentação em PPT do plano de ação.

### Atividade 3 – A Carteira de Serviços do ambulatório– Tempo: 1 hora e 30 min

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
<p>Apresentar a carteira de serviços do ambulatório de acordo com a linha de cuidado definida.</p> <p>Apresentar o <i>checklist</i> da carteira de serviços da linha de cuidado definida.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Disponibilizar o <i>checklist</i> para que os participantes possam simular a utilização da ferramenta.</li> <li>Pactuar e inserir, no plano de ação, a aplicação do <i>checklist</i> da carteira de serviços nos ambulatórios em planificação.</li> </ul>	<p>Apresentação PPT</p> <p>Carteira de serviços da AAE.</p> <p><i>Checklist</i> da carteira de serviços.</p>

### Atividade 4 – O dimensionamento da capacidade operacional do ambulatório – Tempo: 2 horas

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
<ul style="list-style-type: none"> <li>Apresentar o instrumento de dimensionamento da capacidade operacional do ambulatório.</li> <li>Discutir os dados epidemiológicos da linha de cuidado que será organizada, por exemplo: linha de cuidado materno e infantil, número de nascidos vivos e o número de crianças de 0 a 5 anos identificadas pelas equipes da APS da região de saúde no último ano.</li> <li>Disponibilizar e solicitar que simulem a utilização do instrumento de dimensionamento da capacidade operacional do ambulatório.</li> <li>Discutir os resultados do dimensionamento destacando:               <ul style="list-style-type: none"> <li>O quantitativo das subpopulações de alto risco público-alvo do ambulatório;</li> <li>A meta de cobertura do ambulatório para cada subpopulação;</li> <li>A carga horária mínima de cada categoria profissional para desenvolver a função assistencial, educacional e de apoio institucional;</li> <li>Os quantitativos de exames previstos.</li> </ul> </li> <li>Pactuar e inserir, no plano de ação, a realização do dimensionamento da capacidade operacional do ambulatório nos ambulatórios em planificação.</li> </ul>	<p>Instrumento de dimensionamento da capacidade operacional da AAE.</p> <p>Apresentação em PPT dos dados epidemiológicos da linha de cuidado nas regiões de saúde.</p>

### Atividade 5 – Conhecer o modelo de financiamento e contratual – Tempo: 1 hora e 30 min

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
Apresentar os modelos de financiamento e de contratos da unidade ambulatorial e dos profissionais vigentes.	Apresentação PPT

## OFICINA 2 – PREPARATÓRIA PARA A IMPLANTAÇÃO DO MODELO PASA NA AAE COM A SES

Discutir sobre os modelos de financiamento e de contratos vigentes e as necessidades do modelo PASA.

Analisar os dados do dimensionamento da capacidade operacional dos ambulatorios e propor os ajustes necessários do modelo de financiamento, contrato das unidades ambulatoriais e contrato dos profissionais, que preveja o desenvolvimento das ações de assistência, educação, apoio institucional e pesquisa.

Inserir as pactuações no plano de ação.

### Atividade 6 – Acesso a AAE – 1 hora

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar exposição dialogada sobre o modelo de regulação da AAE adotado nas regiões de saúde e municípios, abordando os seguintes pontos:</li> <li>Programação da oferta para cada região de saúde.</li> <li>Distribuição de vagas de consultas, exames e procedimentos especializados por município.</li> <li>Pactuação regional da oferta e distribuição de vagas de consultas, exames e procedimentos.</li> <li>Fluxo para agendamento.</li> <li>Crêterios para agendamento.</li> <li>Sistema de regulação utilizado.</li> <li>Gestão do absenteísmo: percentual de absenteísmo por especialidade e tratativas para redução.</li> <li>Gestão da lista de espera por especialidade, quantidade e dias de espera.</li> </ul>	Apresentação PTT

### Atividade 7 – Elaborar primeiro o plano de ação – 30 min

Fase do PDSA: Planejamento – P

Como	Material de apoio
<p>Solicitar ao guardião do plano de ação que faça a leitura das ações registradas ao longo da oficina preparatória.</p> <p>Verificar com o grupo se concordam com as ações registradas e se desejam inserir novas ações.</p> <p>Inserir as ações no plano de ação.</p>	Matriz de Plano de ação

### Atividade 8 – Ações essenciais a serem realizadas no período de dispersão

Fase do PDSA: Fazer – D

Como	Material de apoio
<p>Reunir o grupo de trabalho da AAE para tomada de providências para a implantação do ambulatorio formativo e das unidades de expansão.</p> <p>Realizar visita técnica ao ambulatorio para a aplicação do <i>checklist</i> da carteira de serviço da AAE.</p> <p>Realizar o dimensionamento da capacidade operacional do ambulatorio.</p> <p>Preparar a apresentação das adequações do financiamento e dos contratos.</p>	<p><i>Checklist</i> da carteira de serviços da AAE.</p> <p>Instrumento de dimensionamento da capacidade operacional da AAE.</p>

### Atividade 9 – Entregar o resultado esperado

## OFICINA 2 – PREPARATÓRIA PARA A IMPLANTAÇÃO DO MODELO PASA NA AAE COM A SES

Fase do PDSA: Agir – A

- Identificar não conformidades persistentes e definir ações corretivas.
- Inserir novas estratégias quando necessário

Fonte: elaboração dos autores.

### OFICINA 2.1 – PREPARATÓRIA PARA A IMPLANTAÇÃO DO MODELO PASA NA AAE COM A SES

Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisar os resultados do preenchimento dos instrumentos diagnósticos da AAE.</li> <li>• Conhecer a proposta de adequação os modelos de financiamento e de contratos para a AAE.</li> </ul>
Resultado esperado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrumentos diagnósticos da AAE analisados e as oportunidades de melhorias identificadas.</li> <li>• Modelos de financiamento e contratuais para a AAE apresentadas adaptada ao modelo Pasa.</li> <li>• Plano de ação da SES em nível central e regionais monitorado e atualizado</li> </ul>
Ações que antecedem a Oficina preparatória	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Com base na programação pactuada, reservar e organizar o espaço na SES, providenciar <i>datashow</i>, quadro branco ou <i>flipchart</i> com pincéis etc.</li> <li>• Convidar o público-alvo previsto para a oficina, confirmar um dia antes a presença e encaminhar a programação.</li> </ul>

#### Conhecendo a proposta de programação e o grupo de trabalho da AAE

Fase do PDSA Estudar – S

Como	Material de apoio
<b>Atividade 1 – Conhecendo a proposta de programação, contrato de convivência e o grupo de trabalho da AAE – 30 min</b>	
<p>Apresentar a proposta de programação, dando ênfase aos objetivos e aos resultados esperados da oficina preparatória.</p> <p>Pactuações do contrato de convivência.</p> <p>Solicitar que os novos participantes se apresentem: nome, profissão, setor em que atua, tempo de atuação, identificar pessoas que já se conhecem e expectativa em relação ao processo que está se iniciando.</p>	Proposta de programação da oficina preparatória da AAE 2.1

#### Atividade 2 – Monitoramento do Plano de Ação – Tempo: 40 min

Fase do PDSA Estudar – S

Como	Material de apoio
Realizar o monitoramento do plano de ação, identificando ações não realizadas, parcialmente ou totalmente, discutindo as ações que ainda não foram concluídas e pactuando novos prazos.	Apresentação em PPT do plano de ação.

#### Atividade 3 – O *checklist* da carteira de serviços do ambulatório – Tempo: 2 horas

Fase do PDSA: Estudar – S

## OFICINA 2.1 – PREPARATÓRIA PARA A IMPLANTAÇÃO DO MODELO PASA NA AAE COM A SES

Como	Material de apoio
<p>Apresentar os resultados da aplicação do <i>checklist</i> da carteira de serviços da linha de cuidado definida de cada ambulatório.</p> <p>Analisar os resultados do <i>checklist</i> da carteira de serviços e identificar as oportunidades de melhoria que necessitarão de adequações para implantação do modelo Pasa.</p> <p>Inserir, no plano de ação, as oportunidades de melhoria identificadas.</p>	<p><i>Checklist</i> da carteira de serviços da AAE preenchido.</p>
<b>Atividade 4 – O dimensionamento da capacidade operacional do ambulatório – Tempo: 2 horas</b>	
Fase do PDSA: Estudar – S	
Como	Material de apoio
<p>Apresentar o dimensionamento da capacidade operacional de cada ambulatório realizado no período de dispersão.</p> <p>Pactuar e inserir, no plano de ação, as oportunidades de melhoria identificadas no dimensionamento da capacidade operacional dos ambulatórios.</p>	<p>Instrumento de dimensionamento da capacidade operacional da AAE preenchido.</p>
<b>Atividade 5 – Elaborar o plano de ação – 1 hora</b>	
Fase do PDSA: Estudar – S	
Como	Material de apoio
<p>Avaliar se os itens necessários para implantar o modelo Pasa e iniciar as oficinas tutoriais estão disponíveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carteira de serviços da linha de cuidado que será organizada está completa?</li> <li>• O espaço físico está adequado conforme descrito em cada ambiente no <i>checklist</i> da carteira de serviços?</li> <li>• A capacidade operacional do ambulatório está adequada a meta inicial pactuada?</li> <li>• O modelo de financiamento estadual e contrato com as unidades ambulatoriais estão adequados ao modelo que se pretende implantar?</li> <li>• A contratação dos profissionais do ambulatório, incluindo os médicos especialistas focais, foi adequada e prevê a realização das ações assistenciais, educacionais, apoio institucional (supervisão) e de pesquisa?</li> </ul>	<p><i>Checklist</i> da carteira de serviços da AAE preenchido.</p> <p>Instrumento de dimensionamento da capacidade operacional da AAE preenchido.</p> <p>Modelo do contrato vigente com as unidades ambulatoriais.</p> <p>Modelo de contrato vigente com os profissionais da AAE.</p>
<b>Atividade 6 – Elaborar o plano de ação – 30 min</b>	
Fase do PDSA: Planejamento – P	
Como	Material de apoio
<p>Solicitar ao guardião do plano de ação que faça a leitura das ações registradas ao longo da oficina preparatória.</p> <p>Verificar com o grupo se concordam com as ações registradas e se desejam inserir novas ações.</p> <p>Inserir as ações no plano de ação.</p>	<p>Matriz de Plano de ação</p>

### OFICINA 2.1 – PREPARATÓRIA PARA A IMPLANTAÇÃO DO MODELO PASA NA AAE COM A SES

#### Atividade 7 – Ações essenciais a serem realizadas no período de dispersão

Fase do PDSA: Fazer – D

Como	Material de apoio
Reunir o grupo de trabalho da AAE para tomada de providências para a implantação do ambulatório formativo e das unidades de expansão. Diante da conformidade dos itens para implantação do modelo Pasa, preparar a primeira oficina tutorial na unidade ambulatorial formativa, que deverá contar com a presença dos tutores em nível central, regionais; gerentes, tutores e guardiões do plano de ação dos ambulatórios que integrarão o processo. Elaborar a proposta de programação da oficina tutorial e agendar a primeira pré-tutoria, por webconferência, com os representantes dos ambulatórios para apresentar a programação.	

#### Atividade 8 – Entregar o resultado esperado

Fase do PDSA: Agir – A

Identificar não conformidades persistentes e definir ações corretivas. Inserir novas estratégias quando necessário.	
--	--

Fonte: elaboração dos autores.

### OFICINA 3 – PREPARATÓRIA PARA IMPLANTAÇÃO DO MODELO PASA NA UNIDADE AMBULATORIAL FORMATIVA

Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentar a PAS na AAE e os seus modelos teóricos.</li> <li>• Alinhar sobre as competências dos tutores em nível central, regional, ambulatório e guardiões do plano de ação.</li> <li>• Definir dos tutores e os guardiões do plano de ação dos ambulatórios.</li> <li>• Apresentar os instrumentos diagnósticos da AAE.</li> <li>• Discutir o cronograma das oficinas tutoriais.</li> <li>• Conhecer a unidade ambulatorial formativa.</li> <li>• Alinhar sobre o modelo de melhoria contínua PDSA.</li> </ul>
Resultado esperado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apropriação da metodologia da planificação na AAE e dos modelos teóricos.</li> <li>• Tutores do ambulatório e guardiões do plano de ação definidos.</li> <li>• Competências dos tutores e guardiões do plano de ação alinhadas.</li> <li>• Cronograma das oficinas tutoriais pactuado.</li> <li>• Instrumentos diagnósticos da AAE trabalhados.</li> <li>• Visita técnica à unidade ambulatorial formativa realizada.</li> <li>• Elaboração do primeiro plano de ação.</li> </ul>
Ações que antecedem a Oficina preparatória	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Com base na programação pactuada, reservar e organizar o espaço no ambulatório formativo que comporte o público previsto.</li> <li>• Reunir os instrumentos diagnóstico da AAE trabalhados nas oficinas anteriores para serem utilizados nesta oficina.</li> </ul>

### OFICINA 3 – PREPARATÓRIA PARA IMPLANTAÇÃO DO MODELO PASA NA UNIDADE AMBULATORIAL FORMATIVA

- Providenciar *datashow*, quadro branco ou *flipchart* com pincéis etc.
- Convidar o público-alvo previsto para a oficina, confirmar um dia antes a presença e encaminhar a programação.
- Público-alvo: tutores da SES em nível central, regionais; tutores dos ambulatorios; guardiões do plano de ação; gerentes dos ambulatorios.

#### Conhecendo a proposta de programação e dos participantes

Fase do PDSA Estudar – S

Como	Material de apoio
------	-------------------

#### ATIVIDADE 1: Conhecendo a proposta de programação e os participantes – 30 min

Apresentar a proposta de programação, dando ênfase aos objetivos e aos resultados esperados da oficina preparatória. Pactuações do contrato de convivência. Solicitar que aos participantes se apresentem: nome, profissão, setor em que atua, tempo de atuação, identificar pessoas que já se conhecem e expectativa em relação ao processo que está se iniciando. Destacar quem são os tutores da SES, nível central e regionais.	Proposta de programação da oficina preparatória da AAE 3
---	--

#### ATIVIDADE 2: Conhecendo a Planificação da Atenção à Saúde (PAS) – Tempo: 1 hora e 30 min

Fase do PDSA Estudar – S

Como	Material de apoio
------	-------------------

Realizar alinhamento conceitual sobre a metodologia da PAS na AAE. • Destacar as competências dos tutores SES em nível central, regional, ambulatorio e guardião do plano de ação. • O formato das oficinas tutoriais no ambulatorio formativo. • O papel da unidade ambulatorial formativa. • Os diferentes espaços para apoio, por webconferência: pré-tutoria, pós-tutoria, intertutoria e mentoria. • O modelo de expansão da PAS para outros ambulatorios da mesma macrorregião. • Etapas evolutivas para implantação do modelo Pasa. • Instrumento de autoavaliação dos macroprocessos da AAE.	Apresentação PPT
---	------------------

#### Atividade 3 – Alinhamento sobre os modelos teóricos da PAS – Tempo: 2 horas

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
------	-------------------

Realizar apresentação dos modelos teóricos conceituais da PAS: RAS, MACC, MEA, Construção Social da APS e modelo Pasa Disponibilizar os materiais de apoio para que os tutores possam estudar	Apresentação em PPT Livro As Redes de Atenção à Saúde Livro A construção social da Atenção Primária à Saúde Livro Desafios do SUS
--	--

### OFICINA 3 – PREPARATÓRIA PARA IMPLANTAÇÃO DO MODELO PASA NA UNIDADE AMBULATORIAL FORMATIVA

#### Atividade 4 – Identificando os tutores – Tempo: 40 min

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
Identificar os tutores e guardiões do plano de ação dos ambulatórios. Fazer uma relação dos tutores e guardiões, contendo nome, profissão, função no ambulatório, número do telefone, aplicativo de mensagem instantânea e <i>e-mail</i> . Solicitar que os guardiões dos planos de ação iniciem os registros das ações que comporão os planos.	Formulário e/ou registro eletrônico para elaborar a relação dos tutores e guardiões.

#### Atividade 5 – Pactuando o cronograma das oficinas tutoriais – Tempo: 30 min

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	
Pactuar o cronograma das oficinas tutoriais nos ambulatórios presenciais e das webconferências: pré-tutoriais e pós-tutoriais.	

#### Atividade 6 – Instrumentos diagnósticos da AAE – Tempo: 2 horas

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	
Conhecer a carteira de serviços da AAE da linha de cuidado a ser organizada. Apresentar o <i>checklist</i> da carteira de serviços da unidade ambulatorial formativa previamente preenchido. Apresentar o instrumento de mapa de pessoal da AAE. Avaliação da existência e atuação de profissionais das categorias e especialidades previstas para a linha de cuidado a ser organizada. Pactuar e inserir, no plano de ação: • O tutor do ambulatório deverá relacionar os profissionais que compõem a equipe, com dados sobre categoria profissional, especialidade, formação específica, tempo de atuação na AAE e no ambulatório, atuação anterior na APS, tipo de contrato, carga horária semanal e horário de atendimento. Apresentar o instrumento de avaliação da estrutura e ambiência do ambulatório.	Carteira de serviços da AAE <i>Checklist</i> da carteira de serviços da AAE Orientações e o Mapa de pessoal da AAE Instrumento de avaliação da estrutura e ambiência do ambulatório

#### Atividade 7 – A capacidade operacional do ambulatório – Tempo: 2 horas

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
Explicar o instrumento de dimensionamento da capacidade operacional da AAE. Realizar atividade prática utilizando o instrumento de dimensionamento da capacidade operacional da AAE, a partir dos dados epidemiológicos das regiões de saúde em que serão implantados os ambulatórios e que foram previamente trabalhados pelos tutores da SES.	Instrumento de dimensionamento da capacidade operacional da AAE

### OFICINA 3 – PREPARATÓRIA PARA IMPLANTAÇÃO DO MODELO PASA NA UNIDADE AMBULATORIAL FORMATIVA

#### Atividade 8 – Conhecendo a unidade ambulatorial formativa – Tempo: 5 horas

Fase do PDSA: Estudar – S

##### Como

Realizar visita a unidade ambulatorial formativa, utilizar o *checklist* da carteira de serviço previamente preenchido e atentar para os seguintes pontos:

- Se a recepção comporta confortavelmente a previsão de pessoas usuárias e acompanhantes que serão atendidas.
- Se dispõe de consultório em quantidade suficiente ao número de profissionais, se estes estão localizados um ao lado do outro de forma que permita realizar os atendimentos do ciclo de atenção contínua.
- Se dispõe de espaço próximo aos consultórios para posicionar a mesa do(a) gestor(a) do cuidado que gerenciará o ciclo de atenção contínua.
- Onde as salas de exames previstos na carteira de serviços estão localizadas.
- Observar os fluxos das pessoas usuárias e dos profissionais.

Observação: o objetivo da visita é de conhecer a unidade ambulatorial formativa, é importante que ela esteja em funcionamento e que o tutor apresente todos os setores. A visita não tem caráter fiscalizatório e/ou punitivo. Os comentários quanto às impressões deverão ser feitos ao final, em espaço protegido.

Discutir, em espaço protegido, as potencialidades e oportunidade de melhorias identificadas durante a visita e inseri-las no plano de ação.

##### Material de apoio

*Checklist* da carteira de serviços da AAE da unidade formativa previamente preenchido

#### Atividade 9 – Alinhamento sobre melhoria contínua – 1 hora

Fase do PDSA: Estudar – S

##### Como

Alinhamento conceitual sobre o modelo de melhoria contínua, PDSA (*Plan, Do, Study, Act*)

- O conceito de melhoria contínua
- Apresentar a ferramenta Plano de Ação

##### Material de apoio

Apresentação PPT  
Matriz de Plano de ação

#### Atividade 10 – Elaborar o primeiro plano de ação – 30 min

Fase do PDSA: Planejamento – P

##### Como

Solicitar ao guardião do plano de ação que faça a leitura das ações registradas ao longo da oficina.

Verificar com os participantes se concordam com os itens registrados e se desejam inserir novas ações.

Inserir as ações no plano de ação.

Consensuar como será feita a socialização e o formato de monitoramento do plano de ação.

##### Material de apoio

Matriz de Plano de ação

#### Atividade 11 – Ações essenciais a serem realizadas no período de dispersão

Fase do PDSA: Fazer – D

### OFICINA 3 – PREPARATÓRIA PARA IMPLANTAÇÃO DO MODELO PASA NA UNIDADE AMBULATORIAL FORMATIVA

Como	Material de apoio
Preencher o instrumento de mapa de pessoal da AAE. Realizar a avaliação da estrutura e ambiência do ambulatório. Realizar a leitura das referências sugeridas. Reafirmar a data da pós-tutoria por webconferência.	Mapa de pessoal da AAE Instrumento de avaliação da estrutura e ambiência do ambulatório
<b>Atividade 12 – Entregar o resultado esperado</b>	
Fase do PDSA: Agir – A	
Identificar não conformidades persistentes e definir ações corretivas. Inserir novas estratégias quando necessário.	

Fonte: elaboração dos autores.

### OFICINA 4 – TERRITÓRIO REGIONAL E GESTÃO DE BASE POPULACIONAL

Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar e atualizar o plano de ação.</li> <li>• Alinhar sobre o território regional e a gestão de base populacional.</li> <li>• Apresentar os instrumentos de mapeamento do território regional.</li> <li>• Preparar para visitas as UBS formativas da região de saúde.</li> <li>• Apresentar o instrumento de autoavaliação dos macroprocessos da AAE.</li> </ul>
Resultado esperado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plano de ação monitorado e atualizado.</li> <li>• Compreensão das definições sobre território regional e gestão de base populacional.</li> <li>• Apropriação dos instrumentos para mapeamento do território da AAE.</li> <li>• Tutores preparados para realização das visitas às UBS formativas.</li> <li>• Apropriação do instrumento de autoavaliação dos macroprocessos da AAE para a primeira aplicação.</li> </ul>
Ações que antecedem a Oficina preparatória	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Com base na programação pactuada, reservar e organizar o espaço no ambulatório formativo que comporte o público previsto.</li> <li>• Providenciar computador, caixa de som, <i>datashow</i>, quadro branco ou <i>flipchart</i> com pincéis etc.</li> <li>• Convidar o público-alvo previsto para a oficina, confirmar um dia antes a presença e encaminhar a programação.</li> <li>• Público-alvo: tutores da SES em nível central, regionais; tutores dos ambulatórios; guardiões do plano de ação; gerentes dos ambulatórios.</li> </ul>

#### Conhecendo a proposta de programação, contrato de convivência e dos participantes

Fase do PDSA: Estudar – S

#### Atividade 1 – Conhecendo a proposta de programação e os participantes – 30 min

Como	Material de apoio
Apresentar a proposta de programação, dando ênfase aos objetivos e aos resultados esperados da oficina preparatória. Pactuações do contrato de convivência.	Proposta de programação da oficina: 4 – Território e gestão de base populacional

OFICINA 4 – TERRITÓRIO REGIONAL E GESTÃO DE BASE POPULACIONAL	
Se houver novos participantes, solicitar que se apresentem: nome, profissão, setor em que atua, tempo de atuação, identificar pessoas que já se conhecem e expectativa em relação ao processo que está se iniciando. Destacar quem são os tutores da SES, nível central e regionais.	
<b>Atividade 2 – Monitoramento do Plano de Ação – Tempo: 40 min</b>	
Fase do PDSA Estudar – S	
Como	Material de apoio
<p>Realizar o monitoramento do plano de ação, identificando ações não realizadas, parcialmente ou totalmente, discutindo as ações que ainda não foram concluídas e pactuando novos prazos.</p> <p>Atenção! Os itens da carteira de serviços e a adequação da carga horária dos profissionais do ambulatório são elementos essenciais para a continuidade da planificação.</p> <p>Observação: cada guardião do plano de ação deverá preparar e conduzir a apresentação do plano do seu ambulatório.</p> <p>Atividade de dispersão:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Comentar como foi o estudo das referências bibliográficas recomendadas.</li> </ul>	Apresentação em PPT do plano de ação.
<b>Atividade 3 – Os instrumentos diagnósticos da AAE – Tempo: 1 hora</b>	
Fase do PDSA: Estudar – S	
Como	Material de apoio
<p>O tutor do ambulatório apresentará:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>O mapa de pessoal do ambulatório.</li> </ul> <p>Analisar se os profissionais previstos para atuarem no ambulatório modelo Pasa atendem à carteira de serviços e se dispõem de carga horária suficiente conforme o dimensionamento da capacidade operacional da AAE.</p> <p>Inserir, no plano de ação, a ausência da especialidade e carga horária insuficiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>O resultado da aplicação da avaliação da estrutura e ambiência do ambulatório.</li> </ul> <p>Os itens identificados como “não conforme” deverão ser discutidos e inseridos no plano de ação.</p>	<p>Mapa de pessoal da AAE preenchido.</p> <p>Carteira de serviços da AAE.</p> <p>Instrumento de dimensionamento da capacidade operacional da AAE.</p> <p>Instrumento de avaliação da estrutura e ambiência do ambulatório preenchido.</p>
<b>Atividade 4 – Alinhamento sobre o território da AAE e a gestão de base populacional – Tempo: 1 hora e 40 min</b>	
Fase do PDSA: Estudar – S	
Como	Material de apoio
<p>Exibir o vídeo: A Importância da Regionalização e Territorialização na Atenção Ambulatorial Especializada, 9'07min</p> <p>Exposição dialogada: Conhecendo o território da AAE e a gestão de base populacional.</p>	

**OFICINA 4 – TERRITÓRIO REGIONAL E GESTÃO DE BASE POPULACIONAL**

Ao longo da exposição, estimule a participação:

- De que território estamos falando?
- Quem é a população da AAE?
- Como conhecer o território do ambulatório?
- Características da região de saúde
- Características dos municípios para os quais o ambulatório é referência
- Percentual de cobertura de APS na região
- Características das UBS da região
- Transporte sanitário dos municípios até o ambulatório especializado

Vídeo: A Importância da Regionalização e Territorialização na Atenção Ambulatorial Especializada. Disponível em: <https://planificasus.com.br/index.php?tokenDocumento=543:1753544988:b562d90643fd0016a3968679285caf59189088cf8da24a3c22c027a3aec7c79a> Acesso: jul. 2025  
Apresentação em PPT.

- Serviços diagnósticos dos municípios
- Assistência farmacêutica nos municípios
- Sistemas de prontuário eletrônico nos municípios
- Conhecimento das referências regionais de saúde da SES, SMS, gestores de unidades, referências para serviços de transporte nos municípios

**Atividade 5 – Os instrumentos de mapeamento do território regional – Tempo: 2 horas**

Fase do PDSA: Estudar – S

**Como**

Roteiro para o mapeamento do território.  
Cadastro dos serviços e referências do território de abrangência. Ao apresentar o instrumento, destacar a sua funcionalidade na prática assistencial da equipe do ambulatório, integrando o macroprocesso de apoio institucional (supervisão), modalidade indireta.  
Apresentação dos modelos de mapas do território regional. É interessante que no mapa seja possível identificar as unidades de saúde, outros serviços da rede, assim como aspectos relevantes do território. O mapa deverá ser fixado em local visível as pessoas usuárias do ambulatório.  
Pactuar e inserir, no plano de ação:

- Realizar o cadastro dos serviços e referências, que deverá ser conduzida pelos tutores regional e do ambulatório.
- Preparar a apresentação PPT para próxima oficina tutorial com o reconhecimento do território regional.
- Elaborar o mapa do território regional da AAE pelo gerente, tutor do ambulatório com apoio do tutor regional.

**Material de apoio**

Apresentação PPT  
Roteiro para o mapeamento do território da AAE  
Cadastro dos serviços e referências do território de abrangência

**Atividade 6 – Conhecendo o território regional – Tempo: 1 hora e 30 min**

Fase do PDSA: Estudar – S

**Como**

Exposição dialogada: visita técnica da AAE a APS, com o objetivo de orientar sobre a realização das visitas as UBS formativas da planificação da região de saúde.  
Ressaltar que as visitas técnicas aos municípios compõem o macroprocesso de apoio institucional (supervisão) modalidade direta e que deve compor a rotina de atividades da AAE.

**Material de apoio**

Apresentação PPT

## OFICINA 4 – TERRITÓRIO REGIONAL E GESTÃO DE BASE POPULACIONAL

Pactuar e inserir, no plano de ação:

- Tutor regional: fazer contato com a coordenação da APS dos municípios da região e articulará a visita da AAE a uma UBS formativa e pactuará com a equipe da AAE. Elaborar um cronograma de visitas às UBS formativas.
- Equipe da AAE: deverá se organizar para realizar as com o tutor regional.
- Equipe da AAE e tutor regional: preparar apresentação com os resultados das visitas para serem apresentados na próxima oficina tutorial.

### Atividade 7 – Atividade em grupo diversidade – Tempo: 1 hora e 30 min

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
<p>Ler e responder as questões norteadoras do estudo de caso 01, relacionado a linha de cuidado que será organizada, tendo como cenário o território regional.</p> <p>Cada grupo deverá definir um relator que representará o grupo na plenária.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A equipe do ambulatório do cenário fictício tem apropriação dos serviços do território regional?</li> <li>• Qual a relação do conhecimento do território de abrangência e a gestão do cuidado da pessoa usuária?</li> <li>• Quais as ações devem compor o Plano de Ação do cadastramento dos serviços do território de referência?</li> <li>• De acordo com o instrumento de cadastro dos serviços do território de referência, quais as informações que equipe do ambulatório fictício deverá captar da UBS de referência da pessoa usuária do município fictício?</li> </ul> <p>Plenária: cada relator apresentará o consenso do grupo em relação a cada questão norteadora.</p>	Estudo de caso 01

### Atividade 8 – Autoavaliação dos macroprocessos da AAE – Tempo: 2 horas

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
Realizar a autoavaliação dos macroprocessos da AAE. Nesse momento, será realizada a linha de base dos macroprocessos. Assim, o instrumento deve ser preenchido integralmente. Explicar que o instrumento é usado para nortear as oficinas tutoriais.	Instrumento de autoavaliação dos macroprocessos da AAE.

### Atividade 9 – Elaborar o plano de ação – 30 min

Fase do PDSA: Planejamento – P

Como	Material de apoio
<p>Solicitar ao guardião do plano de ação que faça a leitura das ações registradas ao longo da oficina.</p> <p>Verificar com os participantes se concordam com os itens registrados e se desejam inserir novas ações.</p> <p>Inserir as ações no plano de ação.</p>	Matriz de Plano de ação

**OFICINA 4 – TERRITÓRIO REGIONAL E GESTÃO DE BASE POPULACIONAL**

Consensuar como será feita a socialização e o formato de monitoramento do plano de ação.

**Atividade 10 – Ações essenciais a serem realizadas no período de dispersão**

Fase do PDSA: Fazer – D

**Como**

Apresentar o cadastro dos serviços e referências do território regional.  
Preparar apresentação com os resultados das visitas às UBS formativas para serem exibidos na próxima oficina tutorial.  
Preparar apresentação sobre o modelo vigente de regulação da AAE para a linha de cuidado que está sendo organizada.  
Pactuar a data da pós-tutoria por webconferência.

**Material de apoio**

Instrumento de cadastro dos serviços e referências do território regional.

**Atividade 11 – Entregar o resultado esperado**

Fase do PDSA: Agir – A

Identificar não conformidades persistentes e definir ações corretivas.  
Inserir novas estratégias quando necessário.

Fonte: elaboração dos autores.

**OFICINA 5 – ACESSO A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA****Objetivos**

- Monitorar e atualizar o plano de ação.
- Conhecer o mapeamento do território regional.
- Compartilhar a experiência das visitas às UBS formativas da região de saúde.
- Alinhamento conceitual sobre o acesso a AAE.
- Conhecer os processos de regulação do acesso da unidade ambulatorial

**Resultado esperado**

- Plano de ação monitorado e atualizado.
- Mapeamento do território regional realizado.
- Processos do acesso da unidade ambulatorial conhecidos.
- Processos de regulação do acesso da unidade ambulatorial conhecidos.

**Ações que antecedem a Oficina preparatória**

- Com base na programação pactuada, reservar e organizar o espaço no ambulatório formativo que comporte o público previsto.
- Providenciar computador, *datashow*, quadro branco ou *flipchart* com pincéis etc.
- Convidar o público-alvo previsto para a oficina, confirmar um dia antes a presença e encaminhar a programação.
- Público-alvo: tutores da SES em nível central, regionais; tutores dos ambulatórios; guardiões do plano de ação; gerentes dos ambulatórios.

**Conhecendo a proposta de programação, contrato de convivência e dos participantes**

Fase do PDSA: Estudar – S

**Atividade 1 – Conhecendo a proposta de programação e os participantes – 30 min**

OFICINA 5 – ACESSO A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA	
Como	Material de apoio
<p>Apresentar a proposta de programação, dando ênfase aos objetivos e aos resultados esperados da oficina preparatória.</p> <p>Pactuações do contrato de convivência.</p> <p>Se houver novos participantes, solicitar que se apresentem: nome, profissão, setor em que atua, tempo de atuação, identificar pessoas que já se conhecem e expectativa em relação ao processo que está se iniciando. Destacar quem são os tutores da SES, nível central e regionais.</p>	Proposta de programação da oficina: 5 – Acesso a AAE.
<b>Atividade 2 – Monitoramento do Plano de Ação – Tempo: 40 min</b>	
Fase do PDSA: Estudar – S	
Como	Material de apoio
<p>Realizar o monitoramento do plano de ação, identificando ações não realizadas, parcialmente ou totalmente, discutindo as ações que ainda não foram concluídas e pactuando novos prazos.</p> <p>Atenção! Os itens da carteira de serviços e a adequação da carga horária dos profissionais do ambulatório são elementos essenciais para a continuidade da planificação.</p> <p>Observação: cada guardião do plano de ação deverá preparar e conduzir a apresentação do plano do seu ambulatório.</p>	Apresentação em PPT do plano de ação.
<b>Atividade 3 – O mapeamento do território regional – Tempo: 1 hora e 30 min</b>	
Fase do PDSA: Estudar – S	
Como	Material de apoio
<p>Tutor Regional: apresentar o mapeamento do território regional realizado.</p> <p>Durante a apresentação, destacar que o instrumento de cadastro dos serviços e referências do território regional deverá ser atualizado periodicamente, ser disponibilizado a toda equipe para que possam acessá-lo durante os atendimentos. Pela natureza das atividades desempenhas no ambulatório, o assistente social é o profissional indicado para mantê-lo atualizado.</p> <p>Tutor do ambulatório: apresentar o mapa do território regional que deverá ser fixado em local visível para as pessoas usuárias do ambulatório.</p>	Apresentação PPT Instrumento de cadastro dos serviços e referências do território regional
<b>Atividade 4 – Conhecendo o território regional – Tempo: 1 hora e 30 min</b>	
Fase do PDSA: Estudar – S	
Como	Material de apoio
Tutores regional e do ambulatório: compartilhar a experiência das visitas técnicas realizadas as unidades formativas da APS dos municípios da região de saúde e o cronograma das próximas visitas.	Apresentação em PPT.
<b>Atividade 5 – Conhecendo o processo de regulação da AAE – Tempo: 1 hora e 30 min</b>	
Fase do PDSA: Estudar – S	

## OFICINA 5 – ACESSO A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

Como	Material de apoio
<p>Os tutores da SES deverão conduzir exposição dialogada sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A diretriz clínica/nota técnica adotada pela SES.</li> <li>• Grade de referência da linha de cuidado que está sendo organizada.</li> <li>• O modelo vigente de regulação da AAE para a linha de cuidado que está sendo organizada.</li> </ul>	<p>Apresentação PPT</p> <p>Diretriz clínica/Notas Técnicas adotadas pela SES</p> <p>Protocolo de acesso</p> <p>Grade de referência dos serviços da linha de cuidado</p> <p>Formulários de compartilhamento do cuidado</p> <p>Indicadores de acesso aos serviços ambulatoriais</p> <p>Filas de espera</p>

### Atividade 6 – Mapeamento do percurso da pessoa usuária – Tempo: 2 horas

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
<p>Discutir sobre o percurso da pessoa usuária da linha de cuidado que está sendo organizada faz na RAS.</p> <p>Elaborar uma representação gráfica contendo os fluxos e trajetos da pessoa usuária para acessar os diferentes serviços na rede, discutir ponto a ponto do percurso, identificar dificuldades, barreiras de acesso e propor estratégias para superá-las.</p> <p>Observação: a depender do número de participantes, a atividade poderá ser feita em grupo afinidade por região de saúde e, ao final, o produto das discussões compartilhados na plenária.</p>	<p>Grade de referência dos serviços da RAS da linha de cuidado que está sendo organizada.</p>

### Atividade 7 – Organização do acesso a AAE – Tempo: 2 horas

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
<p>Alinhamento conceitual sobre a organização do acesso a AAE modelo Pasa.</p> <p>Apresentar o <i>checklist</i> de agendamento da linha de cuidado que está sendo organizada. Este deverá ser pactuado na CIR para organização do agendamento na AAE, explicar a sua usabilidade. Pactuar e inserir, no plano de ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar o curso curto EaD: Agenda e Processos de Agendamento em Ambulatórios Pasa.</li> <li>• Adequar o <i>checklist</i> de agendamento de acordo com os critérios da diretriz clínica/nota técnica padronizada.</li> <li>• Pactuar na CIR o <i>checklist</i> de agendamento da AAE da linha de cuidado que está sendo organizada.</li> </ul>	<p>Apresentação PPT</p> <p>Diretrizes para agendamento na Atenção Ambulatorial Especializada. Agenda e Processos de Agendamento em Ambulatórios Pasa. &lt; <a href="https://proadi.ensinoeinstein.com/enrol/index.php?id=122">https://proadi.ensinoeinstein.com/enrol/index.php?id=122</a>&gt; Acesso: jul. 2025</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Divulgar o <i>checklist</i> de agendamento com todos os municípios da região de saúde.</li> </ul>	

### Atividade 8 – Operacionalizando o agendamento na AAE – Tempo: 2 horas

Fase do PDSA: Estudar – S

**OFICINA 5 – ACESSO A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA**

<b>Como</b>	<b>Material de apoio</b>
<p>Exposição dialogada sobre os passos para operacionalização do agendamento, contemplando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenho da agenda;</li> <li>• Cancelamento de atendimentos;</li> <li>• Atendimentos subsequentes;</li> <li>• Gestão da lista de espera;</li> <li>• Monitoramento da agenda.</li> </ul> <p>Pactuar e inserir, no plano de ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ouvir o <i>podcast</i>: Experiência exitosa de organização do agendamento na AAE.</li> </ul>	<p>Apresentação PPT</p> <p>Diretrizes para agendamento na Atenção Ambulatorial Especializada.</p> <p><i>Podcast</i>: Experiência exitosa de organização do agendamento na AAE.</p>

**Atividade 9 – Conhecendo a regulação e/ou agendamento no ambulatório – Tempo: 3 horas**

Fase do PDSA: Estudar – S

<b>Como</b>	<b>Material de apoio</b>
<p>O tutor do ambulatório conduzirá visita técnica ao setor de regulação e/ou agendamento do ambulatório e observar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A organização do local;</li> <li>• Dias e horários de funcionamento;</li> <li>• Profissionais que atuam no setor;</li> <li>• Se é informatizado e qual sistema é utilizado;</li> <li>• Fluxos de agendamento;</li> <li>• Capacidade instalada (número máximo de atendimentos que o ambulatório pode realizar em um determinado período, dia e mês, considerando sua infraestrutura e recursos humanos)</li> <li>• Número de atendimentos realizados por dia e mês;</li> <li>• A organização da agenda de atendimentos;</li> <li>• Como é feita a gestão da agenda de atendimentos;</li> <li>• Gestão da lista de espera;</li> <li>• Monitoramento dos indicadores (taxa de absenteísmo, percentual de compartilhamentos equivocados, atendimentos por pessoa usuária, utilização por município de origem etc.).</li> </ul> <p>Ao término da visita técnica, em espaço protegido, realizar discussão analisar potencialidades e desafios. Propor ações e inseri-las no plano de ação.</p>	<p>Diretrizes para agendamento na Atenção Ambulatorial Especializada.</p> <p>Planilha Modelo de Agendamento no ambulatório de AAE</p> <p>Instrumento de cadastro dos serviços e referências do território regional preenchido.</p> <p>Instrumento de dimensionamento da capacidade operacional da AAE.</p> <p>Mapa de pessoal da AAE preenchido.</p>

**Atividade 10 – Desenho da agenda do ambulatório – 1 hora e 30 min**

Fase do PDSA: Estudar – S

<b>Como</b>	<b>Material de apoio</b>
<p>Realizar discussões sobre a elaboração da agenda de atendimento do ambulatório, contemplando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepções da equipe sobre a agenda;</li> <li>• Linha de cuidado a ser organizada;</li> <li>• Capacidade instalada do ambulatório;</li> <li>• Subpopulações já identificadas pela APS;</li> <li>• Equipe assistencial disponível no ambulatório;</li> <li>• Carga horária de trabalho dos profissionais contratualizada;</li> </ul>	<p>Diretrizes para agendamento na Atenção Ambulatorial Especializada.</p>

## OFICINA 5 – ACESSO A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

- Atendimento multiprofissional no formato de atenção contínua na AAE;
  - Horário de funcionamento;
  - Turnos de atendimentos que serão ofertados;
  - Número de primeiros atendimentos e subsequentes;
  - Pactuações operacionais efetivadas nos municípios.
- Avaliar os avanços e oportunidades para a estruturação do agendamento no ambulatório.

### Atividade 11 – Elaborar o plano de ação – 30 min

Fase do PDSA: Planejamento – P

Como	Material de apoio
<p>Solicitar ao guardião do plano de ação que faça a leitura das ações registradas ao longo da oficina.</p> <p>Verificar com os participantes se concordam com os itens registrados e se desejam inserir novas ações.</p> <p>Inserir as ações no plano de ação.</p> <p>Consensuar como será feita a socialização e o formato de monitoramento do plano de ação.</p>	Matriz de Plano de ação

### Atividade 12 – Ações essenciais a serem realizadas no período de dispersão

Fase do PDSA: Fazer – D

Como	Material de apoio
<p>Apresentar a adequação do <i>checklist</i> de agendamento do ambulatório aprovado na CIR.</p> <p>Realizar o curso curto EaD: Agenda e Processos de Agendamento em Ambulatórios Pasa.</p> <p>Ouvir o <i>podcast</i>: Experiência exitosa de organização do agendamento na AAE.</p> <p>Preparar uma proposta de agenda para a linha de cuidado que está sendo organizada para ser apresentada na próxima oficina tutorial.</p> <p>Pactuar a data da pós-tutoria por webconferência.</p>	<p>Diretrizes para agendamento na Atenção Ambulatorial Especializada. Agenda e Processos de Agendamento em Ambulatórios Pasa. &lt; <a href="https://proadi.ensinoeinstein.com/enrol/index.php?id=122">https://proadi.ensinoeinstein.com/enrol/index.php?id=122</a>&gt; Acesso: jul. 2025</p> <p>Podcast: Experiência exitosa de organização do agendamento na AAE.</p>

### Atividade 13 – Entregar o resultado esperado

Fase do PDSA: Agir – A

Identificar não conformidades persistentes e definir ações corretivas.

Inserir novas estratégias quando necessário.

Fonte: elaboração dos autores.

OFICINA 6 – Processos estruturantes e administrativos do ambulatório.	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar e atualizar o plano de ação.</li> <li>• Avaliar os processos relacionados a organização do prontuário da pessoa usuária.</li> <li>• Alinhamento conceitual sobre a organização do prontuário clínico na AAE.</li> <li>• Realizar apresentação sobre o papel do(a) gestor(a) do cuidado.</li> <li>• Definir o local em que será instado ponto do(a) gestor(a) do cuidado.</li> <li>• Aplicar o <i>checklist</i> do treinamento introdutório da equipe.</li> </ul>
Resultado esperado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plano de ação monitorado e atualizado.</li> <li>• Os processos relacionados a organização do prontuário da pessoa usuária avaliados.</li> <li>• Alinhamento conceitual sobre prontuário realizado.</li> <li>• Atribuições do(a) gestor(a) do cuidado apresentadas.</li> <li>• Local do Gestor do Cuidado definido.</li> <li>• Ambulatório apto para realizar o treinamento introdutório da equipe.</li> </ul>
Ações que antecedem a Oficina preparatória	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Com base na programação pactuada, reservar e organizar o espaço no ambulatório formativo que comporte o público previsto.</li> <li>• Providenciar computador, <i>datashow</i>, quadro branco ou <i>flipchart</i> com pincéis etc.</li> <li>• Convidar o público-alvo previsto para a oficina, confirmar um dia antes a presença e encaminhar a programação.</li> <li>• Público-alvo: tutores da SES em nível central, regionais; tutores dos ambulatórios; guardiões do plano de ação; gerentes dos ambulatórios.</li> </ul>

#### Conhecendo a proposta de programação, contrato de convivência e dos participantes

Fase do PDSA: Estudar – S

#### Atividade 1 – Conhecendo a proposta de programação e os participantes – 30 min

Como	Material de apoio
<p>Apresentar a proposta de programação, dando ênfase aos objetivos e aos resultados esperados da oficina preparatória.</p> <p>Pactuações do contrato de convivência.</p> <p>Se houver novos participantes, solicitar que se apresentem: nome, profissão, setor em que atua, tempo de atuação, identificar pessoas que já se conhecem e expectativa em relação ao processo que está se iniciando. Destacar quem são os tutores da SES, nível central e regionais.</p>	<p>Proposta de programação da oficina: 6 Processos estruturantes e administrativos do ambulatório.</p>

#### Atividade 2 – Monitoramento do Plano de Ação – Tempo: 40 min

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
<p>Realizar o monitoramento do plano de ação, identificando ações não realizadas, parcialmente ou totalmente, discutindo as ações que ainda não foram concluídas e pactuando novos prazos.</p> <p>Atenção! Os itens da carteira de serviços e a adequação da carga horária dos profissionais do ambulatório são elementos essenciais para a continuidade do processo de planificação.</p> <p>Observação: cada guardião do plano de ação deverá preparar e conduzir a apresentação do plano do seu ambulatório.</p>	<p>Apresentação em PPT do plano de ação.</p>

**OFICINA 6 – Processos estruturantes e administrativos do ambulatório.****Atividade 3 – Agenda e processos de agendamento da AAE– Tempo: 1 hora e 30 min**

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
<p>Tutor do ambulatório, apresentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Checklist</i> de agendamento da linha de cuidado que está sendo organizada, adaptado em consonância com as diretrizes e/ou notas técnicas adotadas pela SES e aprovado na CIR.</li> <li>• Proposta de desenho da agenda do ambulatório para a linha de cuidado que está sendo organizada.</li> </ul> <p>Verificar quem conseguiu fazer o curso EaD Agenda e Processos de Agendamento em Ambulatórios Pasa e ouvir o Podcast: Experiência exitosa de organização do agendamento na AAE e discutir sobre os conteúdos. Estimular que os que não fizeram.</p>	<p>Apresentação PPT Agenda e Processos de Agendamento em Ambulatórios Pasa. &lt; <a href="https://proadi.ensinoeinstein.com/enrol/index.php?id=122">https://proadi.ensinoeinstein.com/enrol/index.php?id=122</a>&gt; Acesso: jul. 2025 Podcast: Experiência exitosa de organização do agendamento na AAE.</p>

**Atividade 4 – O prontuário da pessoa usuária – Tempo: 3 horas**

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
<p>Avaliar os processos relacionados à organização do prontuário, observando os elementos referentes a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prontuário eletrônico ou físico;</li> <li>• Os consultórios possuem computador com acesso à internet;</li> <li>• Atende a LGPD ou Lei nº 13.709/2018;</li> <li>• Individual e organização familiar;</li> <li>• Multiprofissional, ou seja, todos os profissionais da equipe conseguem ler os registros feitos por outro profissional da equipe;</li> <li>• Não permite alteração, após a informação salva;</li> <li>• Permite emitir e imprimir formulários padrões de atendimento (prescrições, atestados, declarações, relatórios etc.);</li> <li>• As evoluções são impressas ou os profissionais possuem certificação digital;</li> <li>• Possui plano de cuidados ou é possível inserir;</li> <li>• Integrado com a APS;</li> <li>• Como são organizadas as informações;</li> <li>• Segurança e o armazenamento dos dados (Backups e Criptografia);</li> <li>• Permite a realização de teleatendimento;</li> <li>• Relatórios que são possíveis gerar.</li> </ul>	

**Atividade 5 – Alinhamento conceitual sobre o prontuário da pessoa usuária – Tempo: 1 hora e 30 min**

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
<p>Alinhamento conceitual sobre a organização do prontuário clínico na AAE. Discutir sobre a organização e o formato do prontuário clínico utilizado no ambulatório, manuais, sistemas próprios; fluxos dos registros e informações e a alimentação e/ou integração com sistemas governamentais. Identificar e analisar oportunidades de melhoria, propor estratégias e inseri-las no plano de ação.</p>	<p>Apresentação PPT</p>

**OFICINA 6 – Processos estruturantes e administrativos do ambulatório.****Atividade 6 – O papel do(a) gestor(a) do cuidado – Tempo: 2 horas**

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
<p>Realizar apresentação sobre o gestor do cuidado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Objetivo</li> <li>• Dinâmica de funcionamento</li> <li>• Profissional Gestor do Cuidado</li> <li>• Instrumentos para monitoramento utilizados Gestor do Cuidado (serão trabalhados no treinamento introdutório da equipe do ambulatório)</li> </ul> <p>Discutir sobre os itens que caracterizam o perfil do profissional que atuará como Gestor do Cuidado.</p> <p>Planejar o início das atividades do Gestor do Cuidado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar o profissional e confirmar o interesse;</li> <li>• Apresentar o profissional Gestor do Cuidado para a equipe do ambulatório;</li> <li>• Pactuar o início das atividades do Gestor do Cuidado.</li> </ul>	Apresentação PPT

**Atividade 7 – Conhecendo o espaço do Gestor do Cuidado – Tempo: 2 horas**

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
<p>Visitar o espaço onde será instalado o ponto de atendimento do Gestor do Cuidado, observar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se está posicionado em local estratégico e central, que permita a visualização de todos os consultórios, salas de exames e sala de espera para as pessoas usuárias.</li> <li>• Se o espaço possui os itens mínimos conforme descritos no <i>checklist</i> da carteira de serviços.</li> <li>• Se os corredores permitem a livre circulação dos profissionais, pessoas usuárias e acompanhantes.</li> </ul> <p>Identificar oportunidades de melhoria, propor ações, pactuar e inseri-las no plano de ação.</p>	<i>Checklist</i> da carteira de serviços da AAE já preenchido.

**Atividade 8 – Checklist do treinamento introdutório da equipe AAE – Tempo: 2 horas**

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
<p>Explicar o que é o treinamento introdutório da equipe do ambulatório, abordar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Objetivo;</li> <li>• Carga horária presencial e a distância obrigatória;</li> <li>• Público-alvo;</li> <li>• Ministrantes;</li> <li>• Metodologia;</li> <li>• Local;</li> <li>• Materiais utilizados;</li> <li>• Certificação.</li> </ul>	<i>Checklist</i> do treinamento introdutório da equipe do ambulatório.

**OFICINA 6 – Processos estruturantes e administrativos do ambulatório.**

Explicar o *checklist* e aplicá-lo.  
 Discutir os itens faltosos, estabelecer ações, pactuar prazos com os responsáveis e registrá-los no plano de ação.  
 Observação: a partir dessa fase, é indispensável a composição da carteira de serviços do ambulatório para a realização do treinamento introdutório e segmento das próximas oficinas tutoriais.  
 Caso o *checklist* apresente resultado satisfatório para a realização do treinamento introdutório, agendar o período e os horários que este acontecerá.

**Atividade 9 – Elaborar o plano de ação – 30 min**

Fase do PDSA: Planejamento – P

**Como****Material de apoio**

Solicitar ao guardião do plano de ação que faça a leitura das ações registradas ao longo da oficina.  
 Verificar com os participantes se concordam com os itens registrados e se desejam inserir novas ações.  
 Inserir as ações no plano de ação.  
 Consensuar como será feita a socialização e o formato de monitoramento do plano de ação.

Matriz de Plano de ação

**Atividade 10 – Ações essenciais a serem realizadas no período de dispersão**

Fase do PDSA: Fazer – D

**Como****Material de apoio**

Identificar o profissional gestor do cuidado, pactuar data para início.  
 Providenciar os itens faltosos do *checklist* do treinamento introdutório da equipe do ambulatório.  
 Pactuar a data da pós-tutoria por webconferência.

**Atividade 12 – Entregar o resultado esperado**

Fase do PDSA: Agir – A

Identificar não conformidades persistentes e definir ações corretivas.  
 Inserir novas estratégias quando necessário.

Fonte: elaboração dos autores.

**TREINAMENTO INTRODUTÓRIO DA EQUIPE DO AMBULATÓRIO MODELO PASA**

Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar treinamento introdutório da equipe do ambulatório sobre a operacionalização do modelo Pasa.</li> </ul>
Resultado esperado	<ul style="list-style-type: none"> <li>Equipe treinada e preparada para operacionalização do modelo Pasa.</li> </ul>
Ações que antecedem o treinamento introdutório	<ul style="list-style-type: none"> <li>Com base na programação pactuada, reservar e organizar o espaço no ambulatório formativo que comporte o público previsto.</li> <li>Providenciar os itens do <i>checklist</i> do treinamento incluindo: computador com acesso à internet, caixa de som, datashow, quadro branco ou <i>flipchart</i> com pincéis etc.</li> </ul>

TREINAMENTO INTRODUTÓRIO DA EQUIPE DO AMBULATÓRIO MODELO PASA	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bloquear, durante todo o período do treinamento, a agenda dos profissionais que atuarão na linha de cuidado que está sendo organizada.</li> <li>• Convidar o público-alvo previsto para o treinamento, confirmar um dia antes a presença e encaminhar a programação. Público-alvo: toda a equipe do ambulatório formativo, tutores da SES em nível central, regionais; tutores dos ambulatórios; guardiões do plano de ação; gerentes dos ambulatórios.</li> </ul>
<b>Credenciamento, conhecendo a proposta de programação e participantes, abertura e estabelecendo as pactuações iniciais</b>	
Fase do PDSA: Estudar – S	
<b>Atividade 1 – Credenciamento, conhecendo a proposta de programação e as pactuações iniciais – 30 min</b>	
Como	Material de apoio
<p>Credenciamento dos participantes</p> <p>Apresentar a proposta de programação do treinamento introdutório.</p> <p>Realizar as pactuações do contrato de convivência.</p>	<p>Lista de presença impressa ou digital, crachás e materiais de apoio (a critério)</p> <p>Proposta de programação do treinamento introdutório da equipe do ambulatório.</p> <p>Guia orientador do treinamento introdutório da equipe do ambulatório modelo Pasa</p> <p>Apresentação PPT e programação impressa na pasta se houver.</p> <p><i>Flipchart</i>, folha e pincel.</p>
<b>Atividade 2 – Abertura e apresentação dos participantes – Tempo: 40 min</b>	
Fase do PDSA: Estudar – S	
Como	Material de apoio
<p>Abertura: boas-vindas aos profissionais e demais participantes.</p> <p>Nível central: contextualização da Planificação no estado e a opção da SES pelo modelo Pasa para organizar a AAE.</p> <p>Nível regional: a adesão da região de saúde a Planificação e apoio para implantação do modelo Pasa na AAE.</p> <p>Apresentação das duplas de profissionais conforme guia orientador.</p>	<p>Guia orientador do treinamento introdutório da equipe do ambulatório modelo Pasa</p>
<b>Atividade 3: Pré-teste 1 – Tempo: 1 hora</b>	
Fase do PDSA: Estudar – S	
Como	Material de apoio
<p>Realizar o pré-teste – 1 em dupla conforme guia orientador.</p>	<p>Guia orientador do treinamento introdutório da equipe do ambulatório modelo Pasa</p> <p>Pré-teste-1 impressos e o QR Code para acesso ao Google Forms.</p>
<b>Atividade 4 – Percepções sobre os pontos da RAS – Tempo: 1 hora</b>	
Fase do PDSA: Estudar – S	

TREINAMENTO INTRODUTÓRIO DA EQUIPE DO AMBULATÓRIO MODELO PASA	
Como	Material de apoio
Nós queremos saber de você! A partir do roteiro de questões norteadoras, conduzir um espaço de escuta coordenada, sem interrupções das falas, sem completar, sem intervir em qualquer contribuição feita pelos profissionais, apenas direcionar para que a fala circule e todos participem.	Guia orientador do treinamento introdutório da equipe do ambulatório modelo Pasa.
<b>Atividade 5 – A Planificação e as RAS – Tempo: 1 hora</b>	
Fase do PDSA Estudar – S	
Como	Material de apoio
Exposição Dialogada 01: • O que é essa tal de Planificação? Exibir vídeo 01: • “Por que trabalhar em rede?” Exposição Dialogada 02: • As redes de atenção à saúde (RAS)	Apresentação PPT Vídeo: Por que trabalhar em rede? Prof. Dr. Eugênio Vilaça Mendes.
<b>Atividade 6 – Os modelos teóricos da PAS – Tempo: 2 horas</b>	
Fase do PDSA: Estudar – S	
Como	Material de apoio
Exposição dialogada 03: • Modelo de atenção às condições crônicas de Saúde (MACC). • A construção social da Atenção Primária à Saúde (APS). • A construção social da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) modelo Pasa.	Apresentação PPT
<b>Atividade 7 – Momento Interativo – Tempo: 2 horas</b>	
Fase do PDSA: Estudar – S	
Como	Material de apoio
Momento interativo: estudo de caso 01 Dividir em duplas a depender do número de participantes. Observação: as duplas não poderão ser separadas. Tempo: 20 minutos para discussão do caso e resolução do desvende/ligue os elementos. Plenária: 10 minutos para apresentação	Guia orientador do treinamento introdutório da equipe do ambulatório modelo Pasa. Estudo de caso 01
<b>Atividade 8 – Checklist do treinamento introdutório da equipe AAE – Tempo: 2 horas</b>	
Fase do PDSA: Estudar – S	
Como	Material de apoio
Explicar o que é o treinamento introdutório da equipe do ambulatório, abordar:	Checklist do treinamento introdutório da equipe do ambulatório.

TREINAMENTO INTRODUTÓRIO DA EQUIPE DO AMBULATÓRIO MODELO PASA	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Objetivo;</li> <li>• Carga horária presencial e a distância obrigatória;</li> <li>• Público-alvo;</li> <li>• Ministrantes;</li> <li>• Metodologia;</li> <li>• Local;</li> <li>• Materiais utilizados;</li> <li>• Certificação.</li> </ul> <p>Explicar o <i>checklist</i> e aplicá-lo.</p> <p>Discutir os itens faltosos, estabelecer ações, pactuar prazos com os responsáveis e registrá-los no plano de ação.</p> <p>Observação: a partir dessa fase, é indispensável a composição da carteira de serviços do ambulatório para a realização do treinamento introdutório e segmento das próximas oficinas tutoriais.</p> <p>Caso o <i>checklist</i> apresente resultado satisfatório para a realização do treinamento introdutório, agendar o período e os horários que este acontecerá.</p>	
Atividade 9 – Elaborar o plano de ação – 30 min	
Fase do PDSA: Planejamento – P	
Como	Material de apoio
<p>Solicitar ao guardião do plano de ação que faça a leitura das ações registradas ao longo da oficina.</p> <p>Verificar com os participantes se concordam com os itens registrados e se desejam inserir novas ações.</p> <p>Inserir as ações no plano de ação.</p> <p>Consensuar como será feita a socialização e o formato de monitoramento do plano de ação.</p>	Matriz de Plano de ação
Atividade 10 – Ações essenciais a serem realizadas no período de dispersão	
Fase do PDSA: Fazer – D	
Como	Material de apoio
<p>Identificar o profissional gestor do cuidado, pactuar data para início.</p> <p>Providenciar os itens faltosos do <i>checklist</i> do treinamento introdutório da equipe do ambulatório.</p> <p>Pactuar a data da pós-tutoria por webconferência.</p>	
Atividade 12 – Entregar o resultado esperado	
Fase do PDSA: Agir – A	
<p>Identificar não conformidades persistentes e definir ações corretivas.</p> <p>Inserir novas estratégias quando necessário.</p>	
Fonte: elaboração dos autores.	

## OFICINA 7 – MACROPROCESSO ASSISTENCIAL – ATENÇÃO CONTÍNUA NA AAE

Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar e atualizar o plano de ação;</li> <li>• Compartilhar as percepções sobre o módulo de habilidades práticas – <i>Role Play</i> da Atenção Contínua na linha de cuidado prioritária;</li> <li>• Compreender e aplicar os componentes da Atenção Contínua na linha de cuidado prioritária;</li> <li>• Apropriar-se do uso dos instrumentos da Atenção Contínua na linha de cuidado prioritária;</li> <li>• Apoiar na elaboração/organização da agenda assistencial do ambulatório modelo de Ponto de Atenção Secundária Ambulatorial, conforme a linha de cuidado prioritária.</li> </ul>
Resultados esperados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plano de ação monitorado e atualizado;</li> <li>• Percepções sobre o módulo de habilidades práticas compartilhadas entre os participantes;</li> <li>• Componentes da Atenção Contínua compreendidos e aplicados na prática assistencial;</li> <li>• Instrumentos da Atenção Contínua utilizados de forma adequada e padronizada;</li> <li>• Agenda assistencial do ambulatório elaborada/organizada, conforme o modelo de Ponto de Atenção Secundária Ambulatorial e a linha de cuidado prioritária.</li> </ul>
Ações que antecedem a oficina tutorial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Com base na programação pactuada, reservar e organizar o espaço no ambulatório, providenciando datashow, computador, tela de projeção, caixa de som e, se necessário, microfone;</li> <li>• Convidar o público-alvo previsto para a oficina tutorial, proteger suas agendas e compartilhar a programação com antecedência;</li> <li>• Enviar lembrete sobre a oficina tutorial com uma semana de antecedência e confirmar a presença dos participantes no dia anterior;</li> <li>• Realizar o <i>role play</i> da Atenção Contínua na linha de cuidado prioritária;</li> <li>• Elaborar o plano de cuidados durante o <i>role play</i>, com base no estudo de caso disponibilizado;</li> <li>• Elaborar ou adaptar os roteiros de acolhimento coletivo e assistenciais, os POP da sala de espera e demais instrumentos da Atenção Contínua;</li> <li>• Elaborar cronograma de ações educacionais e de apoio institucional;</li> <li>• Atualizar a planilha de dimensionamento da capacidade operacional do ambulatório e mapa de pessoal da equipe da linha de cuidado prioritária;</li> <li>• Levantar a necessidade (meta de cobertura 100%), capacidade potencial (meta de cobertura pactuada) e capacidade instalada (carga horária atual da equipe, média de atendimentos, absenteísmo, estratificação equivocada, lista de espera, número da subpopulação-alvo ativas) do ambulatório na linha de cuidado prioritária.</li> </ul>

### Atividade 1 – Acolhimento dos participantes, apresentação da programação e definição conjunta do contrato de convivência – Tempo: 30 min

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
Boas-vindas aos participantes, seguida de fala de abertura pelos tutores estaduais (nível central e regional) e do ambulatório, ressaltando a importância do modelo Pasa no estado, na região e no serviço, no âmbito da linha de cuidado prioritária, em alinhamento com o planejamento estadual, regional e institucional e com as ações desenvolvidas.	Programação da oficina tutorial; Quadro branco ou <i>flipchart</i> para pactuação das normas de convivência.

## OFICINA 7 – MACROPROCESSO ASSISTENCIAL – ATENÇÃO CONTÍNUA NA AAE

Apresentar a proposta de programação, dando ênfase aos objetivos e aos resultados esperados da oficina preparatória.

Pactuar o contrato de convivência.

Se houver novos participantes, solicitar que se apresentem: nome, profissão, setor em que atua, tempo de atuação, identificar pessoas que já se conhecem e expectativa em relação ao processo que está se iniciando. Destacar quem são os tutores da SES, nível central e regionais.

### Atividade 2 – Monitoramento do Plano de Ação – Tempo: 40 min

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
Realizar o monitoramento do plano de ação, identificando ações não iniciadas, em andamento ou concluídas; discutir as ações pendentes e pactuar novos prazos; analisar os resultados das ações concluídas para verificar se os objetivos foram alcançados; revisar, padronizar ou ajustar as ações conforme necessário, garantindo aprendizado contínuo e melhoria do processo. Observação: cada guardião do plano de ação deverá preparar e conduzir a apresentação do plano do seu ambulatório.	Apresentação em PPT do plano de ação.

### Atividade 3 – Compartilhamento da percepção da equipe sobre o módulo de habilidades práticas: Role Play da Atenção Contínua na linha de cuidado prioritária – Tempo: 180 min

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
Realizar a escuta sobre o planejamento e a operacionalização do <i>Role Play</i> da Atenção Contínua (AC) na linha de cuidado prioritária; Conduzir a reflexão pós-atividade com os participantes, promovendo o compartilhamento das experiências vivenciadas, destacando aspectos positivos, fragilidades, desafios e oportunidades de melhoria; Estimular a reflexão crítica sobre a prática, consolidando aprendizagens técnicas, comunicacionais e organizacionais na Atenção Contínua. Pontos a serem discutidos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agendamento e recepção: identificadores de segurança, <i>checklist</i> de agendamento, SAME;</li> <li>• Acolhimento coletivo: POP;</li> <li>• Sala de espera: POP, cronograma, relatório de execução;</li> <li>• Registro coletivo de monitoramento e intervenção na RAS, planilha de territorialização da AAE, planilha de acompanhamento do percurso do cuidado da subpopulação-alvo;</li> <li>• Gestor do cuidado: mapa de atendimento, boletim do GC;</li> </ul>	Vídeo do <i>Role Play</i> da Atenção Contínua na linha de cuidado prioritária; Plano de cuidados elaborado com base no estudo de caso disponibilizado na simulação realística da AC durante o treinamento introdutório; Tabuleiro da AC, tarjetas, estudo de caso, personagens (caso seja necessário refazer a sequência da Atenção Contínua para garantir a lógica dos atendimentos e sua adequação); Matriz de Gerenciamento da Atenção Contínua na linha de cuidado prioritária, PPT da atenção contínua e do plano de cuidados, caso seja necessário retomar o conteúdo trabalhado no treinamento introdutório; POPs; Roteiro de visita técnica da linha de cuidado prioritizada; Instrumentos do(a) gestor(a) do cuidado da AC elaborados ou adaptados; Cronograma de visitas técnicas à APS e da APS à AAE.

**OFICINA 7 – MACROPROCESSO ASSISTENCIAL – ATENÇÃO CONTÍNUA NA AAE**

- Ciclo de atenção contínua: roteiros, prontuário eletrônico, indicadores;
- Plano de cuidados;
- Pós atendimento;
- Fluxo de compartilhamento do cuidado e transição do cuidado; e
- Fluxo macroprocesso educacional e apoio institucional.

**Atividade 4 – Evidenciando a organização da Atenção Contínua no ambulatório – Tempo: 60 min**

Fase do PDSA: Estudar – S

**Como****Material de apoio**

Visita técnica para conhecer o fluxo institucional do percurso da subpopulação-alvo no ambulatório.

Roteiro de visita técnica da linha de cuidado priorizada, POPs;  
Instrumentos do(a) gestor(a) do cuidado da AC elaborados ou adaptados;  
Espaço definido para a AC.

**Atividade 5 – Apresentação da organização da agenda na linha de cuidado prioritária no ambulatório no modelo Pasa – Tempo: 120 min**

Fase do PDSA: Estudar – S

**Como****Material de apoio**

Apresentação da agenda na linha de cuidado priorizada do ambulatório no modelo Pasa.  
Pontos a serem discutidos:

- Critérios de acesso;
- Dimensionamento da capacidade operacional do ambulatório;
- Meta pactuada para a linha de cuidado (para linha de cuidado materna a meta deverá ser de 100%);
- Organização da agenda;
- Disponibilização da agenda;
- Indicadores de agendamento;
- Agendamento de atendimento subsequente;
- Ferramentas de monitoramento e comunicação.

Agenda do ambulatório no modelo Pasa na linha de cuidado prioritária;  
Sistema de agendamento;  
Escala de trabalho equipe por ciclo de atendimento AC;  
Planilha de dimensionamento da capacidade operacional;  
Mapa de pessoal;  
Indicadores de necessidade (meta de cobertura), capacidade potencial (meta de cobertura pactuada) e capacidade instalada (carga horária atual da equipe, média de atendimentos, absenteísmo, estratificação equivocada, lista de espera, número de subpopulação-alvo ativas) do ambulatório na linha de cuidado prioritária.

**Atividade 6 – Atualizar o plano de ação – 30 min**

Fase do PDSA: Planejamento – P

**Como****Material de apoio**

Solicitar ao guardião do plano de ação que faça a leitura das ações registradas ao longo da oficina;  
Verificar com os participantes se concordam com os itens registrados e se desejam inserir novas ações;

Matriz de Plano de ação

**OFICINA 7 – MACROPROCESSO ASSISTENCIAL – ATENÇÃO CONTÍNUA NA AAE**

Inserir as ações no plano de ação.  
Consensuar como será feita a socialização e o formato de monitoramento do plano de ação.

**Atividade 7 – Ações essenciais a serem realizadas no período de dispersão**

Fase do PDSA: Fazer – D

Como	Material de apoio
Providenciar as ações pendentes para a operacionalização plena da Atenção Contínua na linha de cuidado prioritária; Implementar os ajustes necessários para assegurar a organização da agenda conforme a meta de cobertura potencial (pactuada) na linha de cuidado prioritária. Pactuar a data da pós-tutoria por webconferência.	Matriz de gerenciamento da atenção contínua na linha de cuidado prioritária; Diretrizes para agendamento na AAE – modelo Pasa

**Atividade 8 – Entregar o resultado esperado**

Fase do PDSA: Agir – A

Identificar não conformidades persistentes e definir ações corretivas;  
Inserir novas estratégias quando necessário.

Fonte: elaboração dos autores.

**OFICINA 8 – MACROPROCESSO ASSISTENCIAL – ROTEIROS DE ATENDIMENTO DA EQUIPE PRESENCIAL E NÃO PRESENCIAL**

Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar e atualizar o plano de ação;</li> <li>• Refletir sobre a importância dos roteiros de atendimento para a equipe assistencial;</li> <li>• Realizar alinhamento teórico conceitual sobre as diretrizes para elaboração e validação dos roteiros de atendimento na AAE;</li> <li>• Analisar e discutir os roteiros de atendimentos da equipe da linha de cuidado conforme competências de cada núcleo profissional;</li> <li>• Analisar e discutir os roteiros de atendimentos da equipe da linha de cuidado conforme competências de campo.</li> </ul>
Resultados esperados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plano de ação monitorado e atualizado;</li> <li>• Importância dos roteiros de atendimento compreendida pela equipe;</li> <li>• Diretrizes para elaboração e validação dos roteiros na AAE alinhadas e revisadas;</li> <li>• Roteiros de atendimento por competências de núcleo dos profissionais da equipe analisados, discutidos, padronizados e implantados;</li> <li>• Roteiros de atendimento por competências de campo analisados e discutidos padronizados e implantados.</li> </ul>
Ações que antecedem a oficina tutorial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Com base na programação pactuada, reservar e organizar o espaço no ambulatório, providenciando datashow, computador, tela de projeção, caixa de som e, se necessário, microfone;</li> </ul>

## OFICINA 8 – MACROPROCESSO ASSISTENCIAL – ROTEIROS DE ATENDIMENTO DA EQUIPE PRESENCIAL E NÃO PRESENCIAL

- Convidar o público-alvo previsto para a oficina tutorial incluindo toda equipe assistencial (inclusive os médicos), proteger suas agendas e compartilhar a programação com antecedência;
- Enviar lembrete sobre a oficina tutorial com uma semana de antecedência e confirmar a presença dos participantes no dia anterior;
- Disponibilizar à equipe o manual Diretrizes para Elaboração e Validação dos Roteiros de Atendimento na Atenção Ambulatorial Especializada para leitura prévia;
- Imprimir ou organizar em pasta digital os roteiros de atendimento das equipes presenciais e não presenciais;
- Imprimir ou organizar em pasta digital as diretrizes clínicas, os protocolos de segurança do paciente e o *template* padrão para elaboração de roteiros, se disponível, fornecido pela equipe da qualidade, utilizados pela equipe do ambulatório na linha de cuidado prioritária.

### Atividade 1 – Acolhimento dos participantes, apresentação da programação e definição conjunta do contrato de convivência – Tempo: 30 min

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
Boas-vindas aos participantes, seguida de fala de abertura pelos tutores estaduais (nível central e regional) e do ambulatório, ressaltando a importância do modelo Pasa no estado, na região e no serviço, no âmbito da linha de cuidado prioritária, em alinhamento com o planejamento estadual, regional e institucional e com as ações desenvolvidas. Apresentar a proposta de programação, dando ênfase aos objetivos e aos resultados esperados da oficina preparatória. Pactuações do contrato de convivência. Se houver novos participantes, solicitar que se apresentem: nome, profissão, setor em que atua, tempo de atuação, identificar pessoas que já se conhecem e expectativa em relação ao processo que está se iniciando. Destacar quem são os tutores da SES, nível central e regionais. Programação da oficina tutorial; Quadro branco ou <i>flipchart</i> para pactuação das normas de convivência.	Programação da oficina tutorial; Quadro branco ou <i>flipchart</i> para pactuação das normas de convivência.

### Atividade 2 – Monitoramento do Plano de Ação – Tempo: 40 min

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
Realizar o monitoramento do plano de ação, identificando ações não iniciadas, em andamento ou concluídas; discutir as ações pendentes e pactuar novos prazos; analisar os resultados das ações concluídas para verificar se os objetivos foram alcançados; revisar, padronizar ou ajustar as ações conforme necessário, garantindo aprendizado contínuo e melhoria do processo. Observação: cada guardião do plano de ação deverá preparar e conduzir a apresentação do plano do seu ambulatório.	Apresentação em PPT do plano de ação.

## OFICINA 8 – MACROPROCESSO ASSISTENCIAL – ROTEIROS DE ATENDIMENTO DA EQUIPE PRESENCIAL E NÃO PRESENCIAL

### Atividade 3 – Refletindo sobre a importância dos roteiros de atendimento – Tempo: 20 min

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
<p>Exibir o vídeo: Pit Stop Perfection – Fórmula 1</p> <p>Em seguida, conduzir a seguinte reflexão com os participantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pergunta disparadora: com base no vídeo assistido, por que é a importante elaborar e implantar os roteiros de atendimento?</li> </ul>	<p>Link dos vídeos:</p> <p>Ferrari F1 Pit Stop Perfection</p>

### Atividade 4 – Exposição Dialogada: Diretrizes para elaboração e validação dos roteiros de atendimento na Atenção Ambulatorial Especializada – Tempo: 120 min

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
<p>Tópicos a serem abordados na apresentação em PPT:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conceito de roteiro de atendimento;</li> <li>• Conceito de ficha-roteiro;</li> <li>• Benefícios da implantação do roteiro de atendimento;</li> <li>• Importância dos roteiros de atendimento na segurança do paciente;</li> <li>• Responsáveis pela elaboração e áreas que devem ter roteiros de atendimento;</li> <li>• Passos para elaborar e institucionalizar os roteiros de atendimento;</li> <li>• Script orientador para a construção dos roteiros;</li> <li>• Processo de validação dos roteiros;</li> <li>• Formulário de avaliação dos roteiros.</li> </ul>	<p>Apresentação em PPT;</p> <p>Manual Diretrizes para elaboração e validação dos roteiros de atendimento na AAE.</p>

### Atividade 5 – Momento Prático: Análise dos roteiros de atendimento conforme competências de núcleo profissional – Tempo: 60 min

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
<p>Divisão da equipe por categoria (enfermeiro, médico, recepcionista, fisioterapeuta, gestor do cuidado etc.);</p> <p>Cada categoria recebe seu próprio roteiro de atendimento para análise;</p> <p>Reflexão sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pontos positivos do roteiro;</li> <li>• Possíveis melhorias ou ajustes necessários;</li> <li>• Adequação às diretrizes apresentadas, bem como às diretrizes nacionais, estaduais e protocolos clínicos.</li> </ul> <p>Registro das conclusões em formulário ou quadro para posterior compartilhamento.</p>	<p>Roteiros de atendimento;</p> <p>Espaço silencioso para realização da atividade;</p> <p>Caso haja mais de um profissional na mesma categoria, disponibilizar mais de um espaço/sala para realização da atividade.</p>

### Atividade 6 – Plenária: Apresentação dos roteiros de atendimento por categoria para análise das competências de campo – Tempo: 180 min

Fase do PDSA: Estudar – S

OFICINA 8 – MACROPROCESSO ASSISTENCIAL – ROTEIROS DE ATENDIMENTO DA EQUIPE PRESENCIAL E NÃO PRESENCIAL	
Como	Material de apoio
<p>Cada categoria terá 10 minutos para apresentar seu roteiro de atendimento e as conclusões obtidas a partir da análise realizada na Atividade 5.</p> <p>Em seguida, será realizado um debate coletivo de 10 minutos para integração das sugestões, com análise baseada nas competências de campo, identificando redundâncias desnecessárias, necessidade de ajustes, potencialidades e boas práticas.</p> <p>Observação: caso não seja possível concluir todas as apresentações, a equipe poderá agendar um momento posterior para continuidade. Registro das conclusões em formulário ou quadro para posterior ajuste no roteiro de atendimento.</p>	<p>Roteiro de atendimento; Registros da análise crítica realizada sobre os roteiros na atividade 5; Cronometro.</p>
<b>Atividade 7 – Atualizar o plano de ação – 30 min</b>	
Fase do PDSA: Planejamento – P	
Como	Material de apoio
<p>Solicitar ao guardião do plano de ação que faça a leitura das ações registradas ao longo da oficina;</p> <p>Verificar com os participantes se concordam com os itens registrados e se desejam inserir novas ações;</p> <p>Inserir as ações no plano de ação.</p> <p>Consensuar como será feita a socialização e o formato de monitoramento do plano de ação.</p>	<p>Matriz de Plano de ação</p>
<b>Atividade 8 – Ações essenciais a serem realizadas no período de dispersão</b>	
Fase do PDSA: Fazer – D	
Como	Material de apoio
<p>Finalizar a elaboração ou revisão dos roteiros de atendimento por categoria;</p> <p>Validar os roteiros de atendimento com a equipe da linha de cuidado prioritária;</p> <p>Estabelecer periodicidade de atualização/revisão dos roteiros de atendimento;</p> <p>Agendar mentorias, conforme solicitação da equipe;</p> <p>Pactuar a data da pós-tutoria por webconferência.</p>	<p>Manual Diretrizes para elaboração e validação dos roteiros de atendimento na AAE;</p> <p>Diretrizes clínicas;</p> <p>Protocolos de segurança do paciente;</p> <p>Formulário de avaliação dos roteiros;</p> <p><i>Role play.</i></p>
<b>Atividade 9 – Entregar o resultado esperado</b>	
Fase do PDSA: Agir – A	
<p>Identificar não conformidades persistentes e definir ações corretivas;</p> <p>Inserir novas estratégias quando necessário.</p>	

Fonte: elaboração dos autores.

OFICINA 9 – MACROPROCESSO ASSISTENCIAL – A INTEGRAÇÃO DA APS E A AAE	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentar as equipes da APS e da AAE;</li> <li>• Realizar alinhamento conceitual sobre o processo de integração entre a APS e a AAE;</li> <li>• Apresentar os instrumentos utilizados para a integração entre a APS e a AAE;</li> <li>• Conhecer o território de abrangência, as formas de acesso, a gestão da condição de saúde e os principais indicadores da APS e da AAE;</li> <li>• Discutir estratégias de integração entre a APS e a AAE a partir da análise de um caso clínico conjunto;</li> <li>• Planejar, de forma colaborativa, ações para o aprimoramento da integração entre a APS e a AAE, visando à qualificação do cuidado em saúde;</li> <li>• Compreender o percurso das pessoas usuárias na linha de cuidado prioritária na UBS.</li> </ul>
Resultados esperados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipes da APS e da AAE apresentadas;</li> <li>• Conceitos sobre a integração da APS e da AAE alinhados entre os participantes;</li> <li>• Instrumentos e ferramentas de integração entre APS e AAE identificados e reconhecidos pelos participantes;</li> <li>• Território, formas de acesso, gestão das condições de saúde e principais indicadores da APS e da AAE conhecidos e analisados coletivamente;</li> <li>• Estratégias de integração entre APS e AAE identificadas e discutidas a partir de caso clínico conjunto;</li> <li>• Ações colaborativas planejadas para fortalecer a integração entre APS e AAE;</li> <li>• Percurso das pessoas usuárias na linha de cuidado prioritária compreendido pela equipe.</li> </ul>
Ações que antecedem a oficina tutorial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Com base na programação pactuada, reservar e organizar o espaço no município (caso não tenha espaço saúde/auditório na UBS), providenciando <i>datashow</i>, computador, tela de projeção, caixa de som e, se necessário, microfone;</li> <li>• Convidar o público-alvo previsto para a oficina tutorial, proteger suas agendas e compartilhar a programação com antecedência;</li> <li>*Observação: público-alvo sugerido para a oficina integrada entre a APS e a AAE: tutores estaduais (nível central e regional) da APS e da AAE, tutores da UBS formativa e ambulatório, coordenador municipal da APS e da AAE, equipe da UBS e do ambulatório da linha de cuidado da prioritária, representante do núcleo de educação permanente, representante da regulação e do transporte sanitário.</li> <li>• Enviar lembrete sobre a oficina tutorial integrada com uma semana de antecedência e confirmar a presença dos participantes no dia anterior;</li> <li>• Preparar apresentação integrada entre a APS e AAE para apresentação dos dados dos pontos de atenção e caso clínico de pessoa usuária acompanhada de forma compartilhada.</li> </ul>

**Atividade 1 – Acolhimento dos participantes, apresentação da programação e definição conjunta do contrato de convivência – Tempo: 30 min**

Fase do PDSA Estudar – S

Como	Material de apoio
Boas-vindas aos participantes, seguida de fala de abertura pelos tutores estaduais (nível central e regional), gestor municipal e gestores da APS e do ambulatório, ressaltando a importância da PAS no estado, região, município e serviço, no âmbito da linha de cuidado prioritária, em alinhamento com o planejamento estadual, regional, municipal e institucional e com as ações desenvolvidas. Apresentar a proposta de programação, dando ênfase aos objetivos e aos resultados esperados da oficina preparatória; Pactuações do contrato de convivência.	Programação da oficina tutorial; Quadro branco ou <i>flipchart</i> para pactuação das normas de convivência.

**OFICINA 9 – MACROPROCESSO ASSISTENCIAL – A INTEGRAÇÃO DA APS E A AAE****Atividade 2 – Apresentação dos participantes – Tempo: 60 min**

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
Solicitar que os participantes se apresentem: nome, profissão, setor em que atua, tempo de atuação, identificar pessoas que já se conhecem e expectativa em relação ao processo que está se iniciando. Destacar quem são os tutores da SES, nível central e regionais da APS e AAE.	

**Atividade 3 – Exposição Dialogada: O processo de integração entre a APS e a AAE – Tempo: 150min**

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
Tópicos a serem abordados na apresentação em PPT: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conceito de integração;</li> <li>• Objetivos da atenção integral à saúde das pessoas na APS e AAE;</li> <li>• Mecanismos de integração entre a APS e a AAE;</li> <li>• Instrumentos de integração com ênfase no plano de cuidados e no formulário de compartilhamento do cuidado.</li> </ul>	Apresentação em PPT.

**Atividade 4 – Apresentação de caso clínico integrado entre a APS e AAE – Tempo: 60 min**

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
O tutor da APS e da AAE elabora uma apresentação em PPT com as características do território, principais indicadores, carteira de serviços e processo de trabalho de cada ponto de atenção, incluindo um caso clínico de uma pessoa usuária da linha de cuidado prioritária acompanhada por ambos os pontos de atenção, e o apresenta de forma conjunta.	<i>Template</i> em PPT para elaboração da apresentação e sistematização do caso clínico.

**Atividade 5 – Momento reflexão: Que cuidado estamos entregando às pessoas usuárias atendidas na APS e AAE? – Tempo: 60 min**

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
<p><b>Questões norteadoras para a discussão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Como as pessoas usuárias são identificadas e estratificadas na APS? Qual o quantitativo atual?</li> <li>• Como ocorre o compartilhamento do cuidado entre APS e AAE?</li> <li>• Existem critérios de acesso definidos?</li> <li>• Quais são as formas de compartilhamento (sistema, formulário, outros)?</li> <li>• Há fluxos definidos para o cuidado integrado?</li> <li>• Como é realizado o compartilhamento do plano de cuidados?</li> <li>• Como é feito o cuidado na AAE?</li> <li>• Existe algum meio de comunicação formal entre APS e AAE? Qual?</li> <li>• Quais modalidades e ferramentas de comunicação são utilizadas para integração entre os serviços?</li> </ul>	<p>Relatório sistema de informação, de gestão e de prontuário eletrônico;</p> <p><i>Folders</i>, formulários, fluxos e protocolos institucionais;</p> <p>Nota Técnica.</p>

**OFICINA 9 – MACROPROCESSO ASSISTENCIAL – A INTEGRAÇÃO DA APS E A AAE**

- Quais parâmetros de segurança da informação são contemplados.
- Como é realizado o monitoramento integrado das pessoas usuárias?

**Atividade 6 – Quais pactuações podemos estabelecer em conjunto? – 30 min**

Fase do PDSA: Planejamento – P

Como	Material de apoio
Solicitar ao guardião do plano de ação que faça a leitura das ações registradas ao longo da oficina; Verificar com os participantes se concordam com os itens registrados e se desejam inserir novas ações; Inserir as ações no plano de ação da APS e da AAE. Consensuar como será feita a socialização e o formato de monitoramento do plano de ação de forma integrada.	Matriz de Plano de ação

**Atividade 7 – Conhecendo o percurso da pessoa usuária na Unidade Básica de Saúde – Tempo 60 min**

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
Visita à UBS para conhecer o percurso da pessoa usuária da linha de cuidado prioritária, conforme pactuação com a coordenação da APS.	

**Atividade 8 – Ações essenciais a serem realizadas no período de dispersão**

Fase do PDSA: Fazer – D

Como	Material de apoio
Monitorar e avaliar plano de ação integrado; Estabelecer fluxo de compartilhamento do plano de cuidados; Estabelecer comunicação efetiva entre APS e AAE; Elaborar cardápio de ações educacionais a partir das necessidades mapeadas em oficina tutorial integrada e visita a UBS; Disponibilizar cardápio a UBS e elaborar cronograma de ações educacionais; Agendar visita técnica da APS à AAE para conhecer ambulatório e atenção contínua; Pactuar a data da pós-tutoria por webconferência.	

**Atividade 9 – Entregar o resultado esperado**

Fase do PDSA: Agir – A

Identificar não conformidades persistentes e definir ações corretivas; Inserir novas estratégias quando necessário.	
--	--

Fonte: elaboração dos autores.

OFICINA 10 – AUTOCUIDADO APOIADO NA AAE	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisitar o instrumento de autoavaliação dos macroprocessos da AAE preenchido pela equipe, a fim de identificar a existência de práticas relacionadas ao autocuidado apoiado no ciclo de atenção com tínua;</li> <li>• Realizar alinhamento conceitual sobre autocuidado apoiado e ferramentas relacionadas ao autocuidado apoiado com a equipe do ambulatório;</li> <li>• Monitorar e atualizar o Plano de Ação da equipe do ambulatório.</li> </ul>
Resultado esperado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrumento de autoavaliação dos macroprocessos da AAE preenchido pela equipe, revisitado e discutido a fim de identificar a existência de práticas relacionadas ao autocuidado apoiado no ciclo de atenção contínua;</li> <li>• Alinhamento conceitual sobre autocuidado apoiado e ferramentas relacionadas ao autocuidado apoiado com a equipe do ambulatório realizado;</li> <li>• Plano de Ação da equipe do ambulatório monitorado e atualizado.</li> </ul>
Ações que antecedem a oficina tutorial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Com base na programação pactuada, reservar e organizar o espaço no ambulatório, providenciar <i>datashow</i>, quadro branco ou <i>flipchart</i> com pincéis, impressões do material solicitadas etc.;</li> <li>• Convidar o público-alvo previsto para a oficina, confirmar um dia antes a presença e encaminhar a programação;</li> <li>• Realizar leitura do Manual do Autocuidado Apoiado – Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, 2025.</li> </ul>
<b>Atividade 1 – Conhecendo a proposta de programação e os participantes –Tempo: 30 min</b>	
Fase do PDSA: Estudar – S	
Como	Material de apoio
<p>Apresentar a proposta de programação, dando ênfase aos objetivos e aos resultados esperados da oficina de autocuidado apoiado.</p> <p>Pactuações do contrato de convivência.</p> <p>Se houver novos participantes, solicitar que se apresentem: nome, profissão, setor em que atua, tempo de atuação, identificar pessoas que já se conhecem e expectativa em relação ao processo que está se iniciando. Destacar quem são os tutores da SES, nível central e regionais.</p>	Proposta de programação da oficina: Autocuidado Apoiado na AAE.
<b>Atividade 2 – Monitoramento do Plano de Ação – Tempo: 40 min</b>	
Fase do PDSA: Estudar – S	
Como	Material de apoio
Realizar o monitoramento do plano de ação, identificando ações não realizadas, parcialmente ou totalmente, discutindo as ações que ainda não foram concluídas e pactuando novos prazos.	Apresentação em PPT do plano de ação.
<b>Atividade 3 – Revisitando o instrumento de autoavaliação dos macroprocessos da AAE – Tempo: 30 min</b>	
Fase do PDSA: Estudar – S	
Como	Material de apoio
Revisar e discutir com a equipe o preenchimento do Instrumento de autoavaliação dos macroprocessos da AAE, com enfoque na identificação de práticas relacionadas ao autocuidado apoiado no ciclo de atenção contínua.	Instrumento de autoavaliação dos macroprocessos da AAE preenchido.

## OFICINA 10 – AUTOCUIDADO APOIADO NA AAE

### Atividade 4 – Momento técnico reflexivo com a equipe – Tempo: 2 h

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
<p>Realizar alinhamento conceitual sobre o autocuidado apoiado e abordagem no ciclo de atenção contínua para elaboração do Plano de Cuidados. Exibir os vídeos sobre autocuidado apoiado (entrevista motivacional, técnica de resolução de problemas e modelo das três conversas) disponíveis na biblioteca virtual do PlanificaSUS.</p> <p>Realizar exposição dialogada sobre autocuidado apoiado e apresentar as ferramentas relacionadas ao Autocuidado Apoiado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista Motivacional</li> <li>• Técnica de Resolução de Problemas</li> <li>• Modelo das três conversas</li> <li>• Plano de Autocuidado Apoiado para a APS</li> </ul> <p>Realizar atividade com o uso de estudo de caso sobre a aplicação prática das ferramentas do autocuidado na linha de cuidado que está sendo organizada no ambulatório</p>	<p>Manual do Autocuidado Apoiado– Curitiba, 2025; Plano de Cuidados.</p> <p>Vídeos sobre autocuidado apoiado disponíveis na biblioteca virtual do PlanificaSUS.</p> <p>Estudo de caso da linha de cuidado que está sendo organizada.</p>

### Atividade 5 – Monitorar e atualizar o plano de ação – 1 hora

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
<p>Avaliar se os itens necessários para iniciar a abordagem do autocuidado apoiado no ciclo de atenção contínua:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Há horário protegido da equipe do ambulatório?</li> </ul>	<p>Plano de Ação da equipe do ambulatório.</p>

### Atividade 6 – Elaborar o plano de ação – 30 min

Fase do PDSA de Planejamento – P

Como	Material de apoio
<p>Solicitar ao guardião do plano de ação que faça a leitura das ações registradas ao longo da oficina tutorial.</p> <p>Verificar com o grupo se concordam com as ações registradas e se desejam inserir novas ações.</p> <p>Inserir as ações no plano de ação.</p>	<p>Plano de Ação da equipe do ambulatório.</p>

### Atividade 7 – Ações essenciais a serem realizadas no período de dispersão

Fase do PDSA: Fazer – D

Como	Material de apoio
<p>Organizar <i>role play</i> com a equipe do ambulatório para elaboração do Plano de Cuidados, considerando a abordagem do autocuidado apoiado em equipe.</p>	<p>Estudo de caso;</p> <p>Roteiro para organização do <i>role play</i>;</p> <p>Plano de Cuidados do ambulatório.</p>

### Atividade 8 – Entregar o resultado esperado

Fase do PDSA: Agir – A

## OFICINA 10 – AUTOCUIDADO APOIADO NA AAE

Identificar não conformidades persistentes e definir ações corretivas.  
Inserir novas estratégias quando necessário.

Fonte: elaboração dos autores.

## OFICINA PREPARATÓRIA PARA IMPLANTAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA AAE

Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisar a organização e o desenvolvimento das ações de Cuidados Paliativos na unidade, identificando avanços, desafios e oportunidades de melhoria nos processos em curso.</li> <li>• Promover o alinhamento conceitual sobre os processos em implantação e os macroprocessos da AAE, com enfoque na integração da abordagem de Cuidados Paliativos.</li> <li>• Analisar o andamento das ações pactuadas no Plano de Ação da unidade, identificando avanços, desafios e oportunidades de melhoria.</li> <li>• Fortalecer o papel do tutor e da equipe multiprofissional na implementação, monitoramento e avaliação das boas práticas relacionadas aos cuidados paliativos.</li> <li>• Fortalecer a integração entre a APS e a AAE, promovendo a corresponsabilidade no cuidado, a continuidade do acompanhamento das pessoas usuárias e a qualificação das práticas voltadas aos cuidados paliativos.</li> </ul>
Resultados esperados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico situacional consolidado das ações de Cuidados Paliativos, evidenciando avanços, desafios e necessidades de reorganização dos processos.</li> <li>• Equipe sensibilizada e comprometida sobre os conceitos, diretrizes e macroprocessos da AAE, fortalecendo a integração da abordagem de Cuidados Paliativos nas práticas assistenciais.</li> <li>• Plano de Ação atualizado e alinhado às necessidades da unidade, com definição de prioridades, prazos e responsabilidades para continuidade das ações.</li> <li>• Fortalecimento da atuação do tutor e da equipe multiprofissional, promovendo corresponsabilidade na implementação, monitoramento e avaliação das boas práticas em Cuidados Paliativos.</li> <li>• Maior articulação entre APS e AAE, favorecendo o cuidado compartilhado, a segurança do paciente e a continuidade do cuidado das pessoas usuárias em cuidados paliativos.</li> </ul>
Ações que antecedem a Oficina preparatória	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar o Plano de Ação da unidade para identificar o <i>status</i> das ações pactuadas.</li> <li>• Realizar levantamento dos processos em implantação e organizar os registros dos achados anteriores.</li> <li>• Preparar o roteiro da visita técnica na AAE e o material de apoio (nota técnica da linha de cuidado priorizada, apresentações e guias).</li> <li>• Garantir a disponibilidade da equipe e dos profissionais-chave (coordenador, tutores, referências da AAE).</li> <li>• Assegurar o acesso à internet e à plataforma e-Planifica, além dos materiais necessários para o registro das ações.</li> <li>• Planejar o momento de discussão conjunta com a APS, para pactuação de casos clínicos SPIC-TBR™ positivos e fortalecimento do cuidado compartilhado.</li> </ul>

**OFICINA PREPARATÓRIA PARA IMPLANTAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA AAE****Atividade 1 – Conhecendo a programação, contrato de convivência e o grupo de trabalho da SES AAE – Tempo: 30 min**

Fase do PDSA: Estudar – S

<b>Como</b>	<b>Material de apoio</b>
Apresentar a proposta de programação, dando ênfase aos objetivos e aos resultados esperados da oficina preparatória. Pactuações do contrato de convivência. Caso haja novos participantes, solicitar que realizem uma breve apresentação: nome, profissão, setor em que atua, tempo de atuação, identificar pessoas que já se conhecem e expectativa em relação ao processo que está se iniciando.	Programação da oficina preparatória

**Atividade 2 – Monitoramento do Plano de Ação – Tempo: 40 min**

Fase do PDSA: Estudar – S

<b>Como</b>	<b>Material de apoio</b>
Realizar o monitoramento do plano de ação, identificando ações não iniciadas, em andamento ou concluídas; discutir as ações pendentes e pactuar novos prazos; analisar os resultados das ações concluídas para verificar se os objetivos foram alcançados; revisar, padronizar ou ajustar as ações conforme necessário, garantindo aprendizado contínuo e melhoria do processo. Observação: cada guardião do plano de ação deverá preparar e conduzir a apresentação do plano do seu ambulatório.	Apresentação em PPT do plano de ação.

**Atividade 3 – Conhecendo a temática dos cuidados paliativos no âmbito do estado e ou município – Tempo: 1 h**

Fase do PDSA: Estudar – S

<b>Como</b>	<b>Material de apoio</b>
Levantar programas, projetos e ações em andamento relacionados à temática de Cuidados Paliativos no âmbito estadual e/ou municipal. Verificar o fluxo de dispensação de medicamentos essenciais aos Cuidados Paliativos, considerando a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename (esfera estadual) e a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – Remume (esfera municipal). Identificar possibilidades de incentivo às ações de educação em saúde voltadas aos Cuidados Paliativos.	Apresentação PPT

**Atividade 4 – Conhecendo o cenário dos cuidados paliativos**

Fase do PDSA: Estudar – S

<b>Como</b>	<b>Material de apoio</b>
Visita técnica à unidade – processos em implantação – Tempo: 1 hora e 30 minutos Observar a organização dos processos que foram implementados anteriormente. Registrar os achados e observações identificados durante a visita.	Roteiro da visita técnica da AAE Matriz do Plano de Ação

**OFICINA PREPARATÓRIA PARA IMPLANTAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA AAE****Atividade 5 – Análise dos processos em implantação – Tempo: 30 minutos**

Fase do PDSA: Agir – A

Como	Material de apoio
<p>Discutir com os mesmos atores envolvidos sobre os achados da visita técnica realizada na atividade</p> <p>Revisitar o <i>status</i> dos demais processos pactuados e analisar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ações em atraso;</li> <li>• Ações em andamento;</li> <li>• Ações que ainda não foram iniciadas.</li> </ul> <p>Identificar os fatores causais para ações em atraso.</p> <p>Avaliar a necessidade de ajustes nas ações e/ou estabelecer novos prazos.</p> <p>Definir novas ações, se necessário, registrando-as no Plano de Ação da Unidade.</p>	Matriz do Plano de Ação

**Atividade 6 – Análise e aprimoramento dos macroprocessos implantados – Tempo: 30 minutos**

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
<p>Apresentar ações de destaque na organização dos macroprocessos da AAE.</p> <p>Verificar os resultados alcançados até o momento.</p> <p>Promover discussão sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Há novas oportunidades de melhoria nos processos implantados?</li> <li>• Quais ações são necessárias para apoiar a implementação?</li> <li>• Quais ações são necessárias para o monitoramento e avaliação das boas práticas?</li> </ul> <p>Estabelecer ações a serem realizadas.</p> <p>Observação: a partir de agora, sugere-se participação da equipe do ambulatório e colegiado gestor de cuidados paliativos.</p>	Plano de Ação. Guia para Monitoramento de Indicadores Etapa 8

**Atividade 7 – Cuidados Paliativos e os macroprocessos da AAE – Tempo: 2 horas**

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
<p>Realizar alinhamento conceitual sobre a relação dos Cuidados Paliativos com os macroprocessos da AAE, considerando a segurança do paciente.</p> <p>Importante reforçar as seguintes ações na apresentação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Destacar conceitos e princípios relacionados aos Cuidados Paliativos, abordando especialmente os mitos e estigmas que envolvem o tema.</li> <li>• Apresentar como os Cuidados Paliativos se articulam com os demais macroprocessos da AAE.</li> <li>• Explorar os aspectos conceituais da Abordagem Paliativa Completa e sua integração com os processos realizados nos serviços da AAE.</li> <li>• Promover a compreensão do papel dos profissionais na realização de uma abordagem paliativa qualificada.</li> </ul> <p>Planejar a implantação da abordagem de Cuidados Paliativos no ambulatório especializado, incluindo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definição de dois profissionais referência para as ações de Cuidados Paliativos no ambulatório;</li> </ul>	Apresentação PowerPoint® Padrão (Parte I)

OFICINA PREPARATÓRIA PARA IMPLANTAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA AAE	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação da capacidade de matriciamento e supervisão relacionadas aos Cuidados Paliativos na rotina do ambulatório;</li> <li>• Acompanhamento da estabilidade clínica e manejo de sintomas em conjunto com a APS, a partir do Plano de Cuidado compartilhado.</li> </ul> Estabelecer ações a serem implementadas.	Matriz do Plano de Ação
<b>Atividade 8 – Ferramentas de elegibilidade para Cuidados Paliativos e a AAE – Tempo: 1 hora e 30 minutos</b>	
Fase do PDSA: Estudar – S	
Como	Material de apoio
Exposição dialogada sobre as ferramentas utilizadas para identificar pessoas usuárias elegíveis para abordagem paliativa completa: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elegibilidade simplificada para Cuidados Paliativos;</li> <li>• Ferramenta SPICT-BR™</li> </ul> Estabelecer planejamento para a realização do curso de atualização em Cuidados Paliativos; Estabelecer ações para a utilização das ferramentas de elegibilidade na rotina da unidade.	Apresentação Power-Point® Padrão (Parte II) Curso EaD Cuidados Paliativos: fundamentos para a prática Texto: Instrumentos de Elegibilidade para Abordagem Paliativa Matriz do Plano de Ação.
<b>Atividade 9 – Pactuar o período de dispersão e o monitoramento do processo de tutoria – Tempo: 30 minutos</b>	
Fase do PDSA: Estudar – S	
Como	Material de apoio
Alinhar com a equipe da APS a escolha de um caso clínico em seguimento compartilhado com a AAE que seja SPICT-BR™ positivo, para construção do registro da Abordagem Paliativa Completa. <ul style="list-style-type: none"> <li>• O caso clínico deve estar relacionado à linha de cuidado priorizada pelo ambulatório especializado. Preferencialmente, selecionar uma pessoa usuária cujo cuidado já é compartilhado entre a APS e a AAE.</li> </ul> Pontos de atenção: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reforçar a importância de definir horários regulares para a realização das reuniões de equipe;</li> <li>• Garantir horários protegidos para que a equipe possa executar as ações planejadas, com o apoio do tutor.</li> </ul>	Orientações para Escolha do Caso Clínico SPICT-BR™ Positivo
<b>Atividade 10 – Atualizar o plano de ação – 30 min</b>	
Fase do PDSA: Planejamento – P	
Como	Material de apoio
Solicitar ao guardião do plano de ação que faça a leitura das ações registradas ao longo da oficina; Verificar com os participantes se concordam com os itens registrados e se desejam inserir novas ações; Inserir as ações no plano de ação. Consensuar como será feita a socialização e o formato de monitoramento do plano de ação.	Matriz de Plano de ação

**OFICINA PREPARATÓRIA PARA IMPLANTAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA AAE****Atividade 11 – Ações essenciais a serem realizadas no período de dispersão**

Fase do PDSA: Fazer – D

Como	Material de apoio
Este é o momento de implementar as ações planejadas durante a oficina tutorial, ajustando-as conforme necessidades identificadas. O tutor deve apoiar a equipe e monitorar os processos, realizando o “fazer junto” para fortalecer as práticas implantadas. A equipe pode executar as atividades em dias diferentes, respeitando a rotina do ambulatório.	

**Atividade 12 – Entregar o resultado esperado**

Fase do PDSA: Agir – A

Como	Material de apoio
Identificar não conformidades persistentes e definir ações corretivas; Inserir novas estratégias quando necessário.	

\* SPIC-T-BR™: *Supportive and Palliative Care Indicators Tool (Versão brasileira)*

Fonte: elaboração dos autores.

**OFICINA 11 – CUIDADOS PALIATIVOS INTEGRADA ENTRE APS E AAE**

Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O objetivo central da oficina preparatória é capacitar as equipes da APS e AAE na Abordagem Paliativa integrada, com enfoque na construção conjunta do plano de cuidado, comunicação efetiva e manejo clínico diante da possibilidade de morte, promovendo integração assistencial, supervisional e educacional, além do monitoramento das pessoas usuárias elegíveis para cuidados paliativos.</li> </ul>
Resultados esperados	<p><b>1. Abordagem Paliativa Integrada (Atividade 1):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plano de cuidado da pessoa usuária piloto apresentado e atualizado.</li> <li>• Folha Registro de Abordagem Paliativa Completa preenchida e analisada.</li> <li>• Identificação de oportunidades de ações diretas e integradas (assistenciais, educacionais e apoio institucional (supervisão)).</li> <li>• Consolidação do painel de acompanhamento das pessoas usuárias elegíveis, com indicadores de estabilidade clínica, manejo de sintomas e apoio matricial.</li> <li>• Reflexão sobre gestão de base populacional.</li> </ul> <p><b>2. Comunicação como Ferramenta de Cuidado (Atividade 2):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreensão da importância da comunicação para a segurança do paciente.</li> <li>• Identificação dos desafios e barreiras na comunicação durante a Abordagem Paliativa.</li> <li>• Planejamento da Oficina de Comunicação a ser realizada no período de dispersão.</li> </ul>

## OFICINA 11 – CUIDADOS PALIATIVOS INTEGRADA ENTRE APS E AAE

	<p><b>3. Cuidado diante da Possibilidade de Morte (Atividade 3):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimento das ações importantes frente à possibilidade de morte.</li> <li>• Reflexão sobre práticas já realizadas e lacunas a serem preenchidas.</li> <li>• Experiência em dinâmica de linha do tempo sobre perdas e adoecimento.</li> <li>• Compreensão dos diferentes tipos de luto, fatores de risco e proteção, e estratégias de comunicação com enlutados.</li> </ul> <p><b>4. Pactuação e Monitoramento (Atividade 5):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definição da execução da Oficina de Comunicação.</li> <li>• Planejamento do acompanhamento integrado das pessoas usuárias elegíveis para Abordagem Paliativa.</li> <li>• Registro das ações no e-Planifica ou planilhas alternativas.</li> </ul>
Ações que antecedem a Oficina preparatória	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seleção do caso piloto para apresentação do plano de cuidado.</li> <li>• Atualização das planilhas de acompanhamento APS e AAE.</li> <li>• Preenchimento da Folha Registro de Abordagem Paliativa Completa.</li> <li>• Preparação das apresentações padrão (PowerPoint Parte I e II).</li> <li>• Elaboração de roteiros de ações diante da possibilidade de morte.</li> <li>• Preparação de roteiros para dinâmica de linha do tempo e dicas de comunicação com enlutados.</li> <li>• Definição de responsáveis pelas atividades.</li> <li>• Identificação dos participantes que apoiarão cada ação.</li> <li>• Pactuação de datas e horários para realização das atividades de dispersão.</li> <li>• Registro das ações planejadas no e-Planifica ou planilha de contingência.</li> <li>• Definição de recursos e materiais necessários para a execução das atividades.</li> </ul>

**Atividade 1 – Acolhimento dos participantes, apresentação da programação e definição conjunta do contrato de convivência – Tempo: 30 min**

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
Boas-vindas aos participantes, seguida de fala de abertura pelos tutores estaduais (nível central e regional) e do ambulatório, ressaltando a importância do modelo Pasa no estado, na região e no serviço, no âmbito da linha de cuidado prioritária, em alinhamento com o planejamento estadual, regional e institucional e com as ações desenvolvidas.	Programação da oficina tutorial; Quadro branco ou <i>flipchart</i> para pactuação das normas de convivência.
Apresentar a proposta de programação, dando ênfase aos objetivos e aos resultados esperados da oficina preparatória.	
Pactuar o contrato de convivência.	
Se houver novos participantes, solicitar que se apresentem: nome, profissão, setor em que atua, tempo de atuação, identificar pessoas que já se conhecem e expectativa em relação ao processo que está se iniciando. Destacar quem são os tutores da SES, nível central e regionais.	

**Atividade 2 – Monitoramento do Plano de Ação – Tempo: 40 min**

Fase do PDSA: Estudar – S

OFICINA 11 – CUIDADOS PALIATIVOS INTEGRADA ENTRE APS E AAE	
Como	Material de apoio
<p>Realizar o monitoramento do plano de ação, identificando ações não iniciadas, em andamento ou concluídas; discutir as ações pendentes e pactuar novos prazos; analisar os resultados das ações concluídas para verificar se os objetivos foram alcançados; revisar, padronizar ou ajustar as ações conforme necessário, garantindo aprendizado contínuo e melhoria do processo.</p> <p>Observação: cada guardião do plano de ação deverá preparar e conduzir a apresentação do plano do seu ambulatório.</p>	Apresentação em PPT do plano de ação.
<b>Atividade 3 – Abordagem Paliativa integrada. Tempo: 3 horas</b>	
Fase do PDSA: Estudar – S	
Como	Material de apoio
<p>Apresentação do caso piloto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Os profissionais da APS apresentam o Plano de Cuidado da pessoa usuária selecionado como caso piloto, incluindo a construção da Folha Registro: Abordagem Paliativa Completa, de forma a demonstrar o processo de acompanhamento e as intervenções realizadas.</li> </ul> <p>Identificação de ações integradas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Discutir e elencar as possibilidades de ações diretas da equipe do ambulatório, bem como ações integradas entre APS e AAE, abrangendo dimensões assistenciais, educacionais e apoio institucional (supervisão), com enfoque na continuidade e integralidade do cuidado.</li> </ul> <p>Análise conjunta das pessoas usuárias elegíveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar a análise integrada do painel de acompanhamento dos usuários elegíveis para Abordagem Paliativa, utilizando como referência as planilhas da APS e da AAE.</li> </ul> <p>Para orientar a discussão, considerar os seguintes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Atualização do Plano de Cuidado;</li> <li>Realização do Registro da Abordagem Paliativa Completa;</li> <li>Otimização do tratamento da condição de saúde;</li> <li>Identificação dos marcadores de estabilidade clínica;</li> <li>Avaliação do manejo de sintomas;</li> <li>Registro e fortalecimento do apoio matricial;</li> <li>Consolidação e reflexão dos dados populacionais, com enfoque na gestão de base populacional.</li> </ul> <p>Registro e planejamento de ações:</p> <p>Sistematizar os principais pontos identificados durante a atividade e, a partir deles, estabelecer ações de melhoria a serem incorporadas ao plano de cuidado e ao plano de ação das equipes.</p>	<p>Plano de cuidado da pessoa usuária selecionado;</p> <p>Folha Registro: Abordagem Paliativa Completa;</p> <p>Instrumento: Abordagem Paliativa Completa – Registro e acompanhamento das pessoas usuárias elegíveis;</p> <p>Instrumento: Abordagem Paliativa da AAE – Acompanhamento das pessoas usuárias elegíveis;</p> <p>*As equipes deverão atualizar seu respectivo plano de ação a partir das oportunidades de melhorias identificadas.</p>
<b>Atividade 4 – Comunicação como ferramenta de cuidado. Tempo: 1 hora</b>	
Fase do PDSA: Estudar – S	
Como	Material de apoio
Exposição dialogada sobre comunicação como ferramenta de cuidado, considerando a segurança do paciente.	Apresentação PowerPoint® Padrão (Parte I)

## OFICINA 11 – CUIDADOS PALIATIVOS INTEGRADA ENTRE APS E AAE

Roda de conversa sobre os desafios relacionados à comunicação ao realizar a Abordagem Paliativa, seja na APS ou na AAE.  
Planejar a Oficina de Comunicação a ser realizada no período de dispersão.

### Atividade 5 – O cuidado diante da possibilidade de morte. Tempo: 3 horas e 30 minutos.

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
<p>Conhecer ações importantes diante da possibilidade de morte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentar o roteiro de ações importantes diante da possibilidade de morte</li> <li>• Refletir com as equipes: existem ações que a equipe já realizou, na APS ou na AAE?</li> </ul> <p>Registrar os pontos importantes identificados nesta atividade e posteriormente, estabelecer ações.</p> <p>Exposição dialogada sobre as características da aproximação da morte e processo de morrer;</p> <p>Diálogo integrado com as equipes: troca de experiências relacionadas à morte e o morrer;</p> <p>Registrar os pontos importantes identificados nesta atividade e posteriormente, estabelecer ações.</p> <p>Realizar a dinâmica – linha do tempo: perdas e adoecimento;</p> <p>Exposição dialogada sobre os diferentes tipos de luto, fatores de risco e proteção;</p> <p>Descrever um luto vivenciado, fatores de risco e de proteção presentes no caso piloto escolhido, seja referente a usuário, familiar ou cuidador.</p> <p>Discutir sobre formas de se comunicar com o enlutado.</p>	<p>Apresentação PowerPoint® Padrão (Parte II)</p> <p>Roteiro de ações importantes diante da possibilidade de morte</p> <p>Texto: Planejando o cuidado frente possibilidade de morte</p> <p>Roteiro para orientação da dinâmica – Linha do Tempo: Perdas e Adoecimento</p> <p>Roteiro de dicas de comunicação com o enlutado: O que não falar e como substituir</p>

### Atividade 6 – Atualizar o plano de ação – 30 min

Fase do PDSA: Planejamento – P

Como	Material de apoio
<p>Solicitar ao guardião do plano de ação que faça a leitura das ações registradas ao longo da oficina;</p> <p>Verificar com os participantes se concordam com os itens registrados e se desejam inserir novas ações;</p> <p>Inserir as ações no plano de ação.</p> <p>Consensuar como será feita a socialização e o formato de monitoramento do plano de ação.</p>	<p>Matriz de Plano de ação</p>

### Atividade 7 – Ações essenciais a serem realizadas no período de dispersão

Fase do PDSA: Fazer – D

Como	Material de apoio
<p>Este é o momento de implementar as ações planejadas durante a oficina tutorial, ajustando-as conforme necessidades identificadas. O tutor deve apoiar a equipe e monitorar os processos, realizando o “fazer junto” para fortalecer as práticas implantadas.</p>	<p>Orientações para Metodologias Ativas:</p> <p>Dramatização</p>

**OFICINA 11 – CUIDADOS PALIATIVOS INTEGRADA ENTRE APS E AAE**

A equipe pode executar as atividades em dias diferentes, respeitando a rotina do ambulatório. Organizar a execução da Oficina de Comunicação. Acompanhamento integrado das pessoas usuárias elegíveis para abordagem paliativa: ações matriciais, supervisionais e educacionais.	Comunicação como ferramenta de cuidado: Oficina de dramatização; Instrumento: Abordagem Paliativa Completa – Registro e acompanhamento de pessoas usuárias elegíveis;
--	---

**Atividade 8 – Entregar o resultado esperado**

Fase do PDSA: Agir – A

Identificar não conformidades persistentes e definir ações corretivas.  
Inserir novas estratégias quando necessário.

Fonte: elaboração dos autores.

**OFICINA 12 – MACROPROCESSO QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE – TIME OU NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA AAE**

Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar e atualizar o plano de ação;</li> <li>• Refletir sobre a importância do Time ou NSP no ambulatório;</li> <li>• Alinhar conceitos sobre o Time ou NSP no ambulatório;</li> <li>• Compreender a importância da notificação de incidentes;</li> <li>• Alinhar conceitos sobre notificação de incidentes, cultura de segurança e indicadores.</li> </ul>
Resultados esperados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plano de ação monitorado e atualizado;</li> <li>• Compreensão sobre a importância do Time ou NSP no ambulatório;</li> <li>• Conceitos sobre o Time ou NSP alinhados entre os participantes;</li> <li>• Reconhecimento da importância da notificação de incidentes;</li> <li>• Conceitos sobre notificação de incidentes, cultura de segurança e indicadores alinhados entre os participantes.</li> </ul>
Ações que antecedem a oficina tutorial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Com base na programação pactuada, reservar e organizar o espaço no ambulatório, providenciando <i>datashow</i>, computador, tela de projeção, caixa de som e, se necessário, microfone;</li> <li>• Convidar o público-alvo previsto para a oficina tutorial, proteger suas agendas e compartilhar a programação com antecedência;</li> <li>• Enviar lembrete sobre a oficina tutorial com uma semana de antecedência e confirmar a presença dos participantes no dia anterior;</li> <li>• Imprimir ou organizar em pasta digital o documento que institui o Time ou NSP no ambulatório, caso já esteja implantado. Se já estiver instituído, apresentar: ata de reuniões, plano de segurança do paciente, protocolos de segurança, formulário de notificação, sistemática de investigação, tratativas e encaminhamentos, e indicadores.</li> <li>• Preparar os materiais para as atividades 3 e 5 desta oficina tutorial: selecionar reportagem ou vídeo sobre evento adverso previamente, <i>flipchart</i>, marcadores e <i>post-its</i>, e imprimir texto curto sobre notificação de incidentes na AAE.</li> <li>• Disponibilizar material de apoio para leitura complementar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• RDC nº 36/2013 – Anvisa</li> <li>• Portaria MS nº 529/2013 – PNSP</li> <li>• Caderno 6 – Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Anvisa, 2025</li> <li>• Protocolos básicos de segurança do paciente (MS/Anvisa)</li> </ul> </li> </ul>

## OFICINA 12 – MACROPROCESSO QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE – TIME OU NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA AAE

- Qualidade no Cuidado e Segurança do Paciente: Educação, Pesquisa e Gestão  
– Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/qualidade-no-cuidado-e-seguranca-do-paciente-educacao-pesquisa-e-gestao/>. Acesso em 29 ago. 2025

### Atividade 1 – Acolhimento dos participantes, apresentação da programação e definição conjunta do contrato de convivência – Tempo: 30 min

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
Boas-vindas aos participantes, seguida de fala de abertura pelos tutores estaduais (nível central e regional) e do ambulatório, ressaltando a importância do modelo Pasa no estado, na região e no serviço, no âmbito da linha de cuidado prioritária, em alinhamento com o planejamento estadual, regional e institucional e com as ações desenvolvidas. Apresentar a proposta de programação, dando ênfase aos objetivos e aos resultados esperados da oficina preparatória. Pactuações do contrato de convivência. Se houver novos participantes, solicitar que se apresentem: nome, profissão, setor em que atua, tempo de atuação, identificar pessoas que já se conhecem e expectativa em relação ao processo que está se iniciando. Destacar quem são os tutores da SES, nível central e regionais.	Programação da oficina tutorial; Quadro branco ou <i>flipchart</i> para pactuação das normas de convivência.

### Atividade 2 – Monitoramento do Plano de Ação – Tempo: 40 min

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
Realizar o monitoramento do plano de ação, identificando ações não iniciadas, em andamento ou concluídas; discutir as ações pendentes e pactuar novos prazos; analisar os resultados das ações concluídas para verificar se os objetivos foram alcançados; revisar, padronizar ou ajustar as ações conforme necessário, garantindo aprendizado contínuo e melhoria do processo. Observação: cada guardião do plano de ação deverá preparar e conduzir a apresentação do plano do seu ambulatório.	Apresentação em PPT do plano de ação.

### Atividade 3 – Refletindo sobre o cuidado seguro: do problema à solução – Tempo: 80 min

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
<p><b>1. Observação da realidade (20 min):</b> Exibição de uma notícia, manchete ou relato breve sobre um evento adverso ocorrido em serviço ambulatorial (tais como erro de identificação, falha ou atraso em diagnóstico, falha de comunicação, evento em exame diagnóstico, prescrição inadequada de medicamento etc.). Os participantes leem ou assistem e compartilham impressões iniciais: <i>O que aconteceu? Que sentimentos provoca? Que riscos estavam presentes?</i></p>	<p>Notícia ou vídeo disparador (por exemplo, reportagem sobre evento adverso ambulatorial); <i>Flipchart</i> ou <i>slides</i>; Marcadores e <i>post-its</i> para registro dos pontos-chave.</p>

## OFICINA 12 – MACROPROCESSO QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE – TIME OU NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA AAE

### 2. Pontos-chave (15 min):

Em grupos pequenos (4 a 5 pessoas), identificar os principais fatores contribuintes e vulnerabilidades do sistema que aparecem na situação.

### 3. Teorização (15 min):

Grupo discute relacionando os pontos-chave aos princípios de segurança do paciente, protocolos e normas nacionais, conforme o nível de conhecimento.

### 4. Hipóteses de solução (10 min):

Grupos propõem ações práticas que poderiam evitar o evento ou minimizar danos.

### 5. Aplicação à realidade (20 min):

Compartilhamento em plenário e reflexão:

- Como o nosso serviço atua hoje diante de situações semelhantes?
- De que forma as ações pensadas podem ser incorporadas à rotina assistencial?
- Quem, dentro da instituição, tem a função de coordenar ações de segurança do paciente?
- Como o Time/NSP pode apoiar nesse tipo de situação?

## Atividade 4 – Exposição Dialogada: Time ou Núcleo de Segurança do Paciente na AAE – Tempo: 90min

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
<p>Tópicos a serem abordados na apresentação em PPT:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Marcos da segurança do paciente;</li> <li>• Transversalidade do macroprocesso qualidade e segurança do paciente;</li> <li>• O que é o Time ou NSP;</li> <li>• Quem está envolvido na instituição do NSP;</li> <li>• Objetivos do NSP;</li> <li>• Como implantar o NSP em serviços ambulatoriais;</li> <li>• Principais atividades do NSP;</li> <li>• Estrutura e composição do NSP;</li> <li>• Conceito, importância e elaboração do Plano de Segurança do Paciente.</li> </ul>	<p>Apresentação em PPT; Material para leitura complementar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• RDC nº 36/2013 – Anvisa</li> <li>• Portaria MS nº 529/2013 – PNSP</li> <li>• Caderno 6 – Implantação do Núcleo ou time de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Anvisa, 2025</li> <li>• Inserir caderno Conass de segurança do paciente</li> <li>• Protocolos básicos de segurança do paciente (MS/ Anvisa)</li> </ul> <p>Vídeo: Experiência prática: Implantação e gestão do Núcleo de Segurança local. Disponível em: <a href="https://vimeo.com/783755845/dd5b28dd8a">https://vimeo.com/783755845/dd5b28dd8a</a></p> <p>Curso EaD: Metas Internacionais de Segurança do Paciente na APS e na AAE</p>

## Atividade 5 – TBL de Notificação de Incidentes na AAE – Tempo: 80 min

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
<p>Pré-leitura (antes da atividade, se possível, 30 min) – Texto curto sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Classificação Internacional de Segurança do Paciente;</li> <li>• Importância da notificação;</li> <li>• Procedimentos institucionais (por exemplo, Notivisa, investigação, tratativas e encaminhamentos relacionados aos eventos adversos).</li> </ul> <p>Quiz individual – 30 min</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pequeno quiz individual sobre a pré-leitura, para garantir compreensão básica.</li> </ul>	<p>Texto curto sobre notificação de incidentes na AAE.</p>

## OFICINA 12 – MACROPROCESSO QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE – TIME OU NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA AAE

Quiz em equipe – 20 min

- Mesmos itens do quiz resolvidos em grupo, promovendo discussão, a fim de chegar em um consenso sobre a alternativa mais adequada.

### Atividade 6 – Alinhamento sobre Notificação de Incidentes na AAE – Tempo: 130 min

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
<p>Tópicos a serem abordados na apresentação em PPT:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O que notificar;</li> <li>• Formulário e sistema de notificação;</li> <li>• Quem deve notificar;</li> <li>• Classificação internacional de segurança do paciente;</li> <li>• Como investigar, monitorar e mitigar os incidentes;</li> <li>• Conceito e importância da Cultura de Segurança como alicerce do NSP;</li> <li>• Indicadores de segurança do paciente.</li> </ul> <p>com/797457838/4bed693f03</p>	<p>Apresentação em PPT. Podcast: Ressignificando a falha. Disponível em: <a href="https://vimeo.com/797457838/4bed693f03">https://vimeo.com/797457838/4bed693f03</a>.</p>

### Atividade 7 – Atualizar o plano de ação – 30 min

Fase do PDSA: Planejamento – P

Como	Material de apoio
<p>Solicitar ao guardião do plano de ação que faça a leitura das ações registradas ao longo da oficina;</p> <p>Verificar com os participantes se concordam com os itens registrados e se desejam inserir novas ações;</p> <p>Inserir as ações no plano de ação.</p> <p>Consensuar como será feita a socialização e o formato de monitoramento do plano de ação.</p>	<p>Matriz de Plano de ação</p>

### Atividade 7 – Ações essenciais a serem realizadas no período de dispersão

Fase do PDSA: Fazer – D

Como	Material de apoio
<p>Implantar ou adequar o Time ou NSP conforme as normativas/legislação;</p> <p>Elaborar ou revisar o plano de segurança do paciente;</p> <p>Elaborar ou revisar os protocolos de segurança do paciente;</p> <p>Estabelecer fluxo, protocolo e formulário de notificação de incidentes;</p> <p>Definir indicadores de segurança do paciente e forma de monitoramento e avaliação;</p> <p>Pactuar a data da pós-tutoria por webconferência.</p>	<p>Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde da Anvisa, 2025;</p> <p>Guia para Monitoramento de Indicadores Etapa 9 Indicadores no e-Planifica (Etapas &gt; Tutoria PAS &gt; Indicadores)</p>

### Atividade 8 – Entregar o resultado esperado

Fase do PDSA: Agir – A

- Identificar não conformidades persistentes e definir ações corretivas;
- Inserir novas estratégias quando necessário.

Fonte: elaboração dos autores.

OFICINA 13 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE E MONITORAMENTO	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Acompanhar e analisar os processos em implantação e implantados</b> na AAE, identificando avanços e oportunidades de melhoria.</li> <li>• <b>Fortalecer a integração entre Vigilância em Saúde e AAE</b>, analisando o papel da AAE na vigilância de condições crônicas.</li> <li>• <b>Qualificar a função de supervisão/apoio institucional</b> e o uso dos instrumentos de acompanhamento do percurso do cuidado da pessoa usuária.</li> <li>• <b>Promover a cultura de monitoramento e avaliação</b>, com base em indicadores relacionados à Vigilância em Saúde e nos macroprocessos da AAE.</li> <li>• <b>Preparar a equipe para a oficina tutorial Integrada APS e AAE</b>, consolidando o fluxo do percurso do cuidado da pessoa usuária.</li> </ul>
Resultados esperados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mapeamento atualizado dos processos em implantação e dos resultados alcançados.</li> <li>• Identificação de fatores críticos e definição de ações corretivas e prazos de ajuste no plano de ação.</li> <li>• Integração efetiva entre AAE e Vigilância em Saúde, com clareza sobre responsabilidades e fluxos de informação.</li> <li>• Elaboração e validação do fluxo de alimentação do instrumento de acompanhamento do percurso do cuidado.</li> <li>• Definição de indicadores prioritários de monitoramento vinculados à Vigilância em Saúde e ao e-Planifica.</li> <li>• Planejamento de ações educativas e de supervisão/apoio institucional voltadas ao fortalecimento da cultura de vigilância e gestão do cuidado.</li> <li>• Planejamento e cronograma definidos para a realização da Pesquisa de Satisfação no ambulatório.</li> <li>• Material consolidado (Apresentação PPT) preparado para ser apresentado na Oficina Integrada APS/AAE</li> </ul>
Ações que antecedem a Oficina preparatória	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunir o colegiado gestor e a equipe técnica da AAE para relembrar os processos disparados nas oficinas anteriores.</li> <li>• Revisar o plano de ação vigente, destacando os processos em andamento, finalizados e não iniciados.</li> <li>• Garantir a participação dos representantes da Vigilância em Saúde (regional e municipal).</li> <li>• Levantar os indicadores da gestão do cuidado (condições crônicas e doenças infecciosas) e dados de notificação compulsória do ambulatório.</li> <li>• Reunir protocolos de identificação de risco ocupacional e documentos sobre mapeamento territorial.</li> <li>• Revisar o instrumento de acompanhamento do percurso de cuidado da pessoa usuária, preparando-se para discutir o fluxo de alimentação.</li> <li>• Definir local, horário e participantes da oficina (tutores, equipe AAE, colegiado gestor, vigilância etc.).</li> </ul>
<b>Atividade 1 – Acolhimento dos participantes, apresentação da programação e definição conjunta do contrato de convivência – Tempo: 30 min</b>	
Fase do PDSA: Estudar – S	
<b>Como</b>	<b>Material de apoio</b>
Boas-vindas aos participantes, seguida de fala de abertura pelos tutores estaduais (nível central e regional) e do ambulatório, ressaltando a importância do modelo Pasa no estado, na região e no serviço, no âmbito da linha de cuidado prioritária, em alinhamento com o planejamento estadual, regional e institucional e com as ações desenvolvidas.	Programação da oficina preparatória

### OFICINA 13 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE E MONITORAMENTO

Apresentar a proposta de programação, dando ênfase aos objetivos e aos resultados esperados da oficina preparatória.

Pactuações do contrato de convivência.

Se houver novos participantes, solicitar que se apresentem: nome, profissão, setor em que atua, tempo de atuação, identificar pessoas que já se conhecem e expectativa em relação ao processo que está se iniciando. Destacar quem são os tutores da SES, nível central e regionais.

#### Atividade 2 – Monitoramento do Plano de Ação – Tempo: 40 min

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
Realizar o monitoramento do plano de ação, identificando ações não iniciadas, em andamento ou concluídas; discutir as ações pendentes e pactuar novos prazos; analisar os resultados das ações concluídas para verificar se os objetivos foram alcançados; revisar, padronizar ou ajustar as ações conforme necessário, garantindo aprendizado contínuo e melhoria do processo. Observação: cada guardião do plano de ação deverá preparar e conduzir a apresentação do plano do seu ambulatório.	Apresentação em PPT do plano de ação.

#### Atividade 3 – Vista técnica à unidade. Tempo: 1 hora e 30 minutos

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
Observar a organização dos processos disparados anteriormente (seguir o roteiro da visita técnica). Registrar achados encontrados durante a visita.	Roteiro de visita técnica à AAE Plano de Ação – Unidade

#### Atividade 4 – Análise dos processos em implantação. Tempo: 30 minutos

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
Discutir com os mesmos atores envolvidos sobre os achados do giro realizado na Atividade Revisitar o <i>status</i> dos demais processos pactuados e analisar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ações em atraso;</li> <li>• Ações em andamento;</li> <li>• Ações que ainda não foram iniciadas.</li> </ul> Identificar os fatores causais para ações em atraso. Avaliar a necessidade de ajustes nas ações e/ou estabelecer novos prazos. Definir novas ações, se necessário, registrando-as no Plano de Ação da Unidade.	Guias para monitoramento de indicadores Indicadores pactuados Plano de Ação da Unidade

#### Atividade 5 – Análise dos processos implantados. Tempo: 30 minutos

Fase do PDSA: Agir – A

Como	Material de apoio
Apresentar ações de destaque na organização dos macroprocessos da AAE; Verificar quais resultados foram alcançados; Realizar discussão referente a:	Plano de Ação – Unidade

OFICINA 13 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE E MONITORAMENTO	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Há novas oportunidades de melhoria nos processos implantados?</li> <li>• Quais ações necessárias para apoiar a implementação?</li> <li>• Quais as ações necessárias para monitoramento e avaliação das boas práticas?</li> </ul> Estabelecer ações e registrá-las em plano de ação.	Guias para monitoramento de indicadores Indicadores Planificados
<b>Atividade 6 – Análise de novos processos implantados na unidade. Tempo: 1 hora</b>	
Fase do PDSA: Planejar – P	
Como	Material de apoio
Observar processos relacionados à Vigilância em Saúde no ambulatório, bem como ações desenvolvidas relacionadas aos macroprocessos da AAE. Registrar achados encontrados durante a visita técnica realizada no ambulatório. Observação: a partir de agora, sugere-se participação da equipe do ambulatório e colegiado gestor nas atividades. Importante a participação de técnicos ou representantes da vigilância em saúde da região e dos municípios.	Roteiro de visita técnica à AAE
<b>Atividade 7 – Vigilâncias em Saúde. Tempo: 30 minutos</b>	
Fase do PDSA: Estudar – S	
Como	Material de apoio
Realizar apresentação da etapa, com destaque sobre a relação entre cada macroprocesso da AAE e a Vigilância em Saúde. Discutir como se apresentam as ações de vigilância no ambulatório.	Apresentação PPT Padrão (Parte I)
<b>Atividade 8 – A função de supervisão/apoio institucional e o diagnóstico da Vigilância em Saúde no Ambulatório. Tempo: 1 hora e 30 minutos</b>	
Fase do PDSA: Estudar – S	
Como	Material de apoio
Discutir a vigilância das condições crônicas a partir dos indicadores da gestão do cuidado das pessoas usuárias acompanhadas pelo ambulatório (conforme linha de cuidado priorizada), considerando: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mapeamento do território regional do ambulatório;</li> <li>• Percurso do cuidado da pessoa usuária.</li> </ul> Construir fluxo de alimentação do instrumento de acompanhamento do percurso de cuidado da pessoa usuária. Se necessário, atualizar o mapeamento do território regional de abrangência do ambulatório. Discutir a vigilância das doenças infecciosas a partir dos indicadores da gestão do cuidado das pessoas usuárias. Acompanhadas pelo ambulatório (conforme linha de cuidado priorizada), considerando: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mapeamento do território regional do ambulatório</li> <li>• Percurso do cuidado da pessoa usuária</li> <li>• Notificações realizadas pelo ambulatório</li> <li>• Investigação de casos suspeitos e confirmados</li> </ul> Analisar as notificações realizadas pelo ambulatório em relação às doenças infecciosas, em especial as de notificação compulsória.	Apresentação PPT Padrão (Parte II); Mapeamento do território regional de abrangência do ambulatório Anexo – Instrumento de Acompanhamento do Percurso de Cuidado da Pessoa Usuária por linha de cuidado; Podcast: Supervisão direta e indireta; Vídeo: Macroprocessos da AAE e sua relação com a Vigilância em Saúde Disponível em: <a href="https://vimeo.com/823749858/077e1d65ab?share=copy">https://vimeo.com/823749858/077e1d65ab?share=copy</a> Roteiro para monitoramento da gestão do cuidado Sistemas Oficiais de notificação utilizados pelo ambulatório (por exemplo, Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan, Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária – Notivisa). Plano de Ação – Unidade

**OFICINA 13 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE E MONITORAMENTO**

Discutir o monitoramento das condições crônicas que se apresentam no ambulatório, atentar-se para:

- Condições frequentes na linha de cuidado priorizada.
- Distribuição nas subpopulações.
- Intervenção sobre fatores de risco.

Revisitar o roteiro para monitoramento da gestão do cuidado.

Analisar protocolos de identificação do risco ocupacional das funções e setores do ambulatório.

Discutir o apoio institucional junto a APS.

Estabelecer ações e registrá-las em plano de ação.

**Atividade 9 – A função educacional e o diagnóstico da Vigilância em Saúde no Ambulatório. Tempo: 1 hora**

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
<p>Monitoramento das pessoas usuárias acompanhadas pelo ambulatório. Considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perfil da pessoa usuária</li> <li>• Fatores ambientais associados</li> <li>• Desfecho clínico</li> <li>• Eventos sentinelas</li> </ul> <p>Analisar as notificações realizadas pelo ambulatório em relação às doenças infecciosas, em especial as de notificação compulsória.</p> <p>Pesquisa de avaliação de satisfação.</p> <p>Estabelecer ações e registrá-las em plano de ação.</p>	<p>Apresentação PPT Padrão (Parte III);</p> <p>Anexo – Orientações para o acompanhamento de eventos sentinelas no ambulatório</p>

**Atividade 10 – Monitoramento e Avaliação de Indicadores. Tempo: 30 minutos**

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
<p>Realizar discussão acerca de indicadores que o ambulatório monitora, relacionando-os com a Vigilância em Saúde;</p> <p>Apresentar proposta dos indicadores relacionados à Vigilância em Saúde a serem monitorados pela unidade, a exemplo dos indicadores sugeridos no Guia para Monitoramento de Indicadores e registrados no e-Planifica;</p> <p>Planejar coleta, monitoramento e avaliação dos indicadores;</p> <p>Estabelecer ações e registrá-las em plano de ação.</p>	<p>Apresentação PPT Padrão (parte IV)</p> <p>Guia para Monitoramento de Indicadores</p> <p>Indicadores pactuados</p> <p>Plano de Ação – Unidade</p>

**Atividade 11 – Preparação para oficina tutorial Integrada APS e AAE. Tempo: 30 minutos**

Fase do PDSA: Planejar – P

Como	Material de apoio
<p>Pactuar a construção do fluxo de alimentação do instrumento de acompanhamento do percurso de cuidado da pessoa usuária.</p> <p>Sinalizar a necessidade de utilizar a Apresentação PPT para que o percurso de cuidado da pessoa usuária seja apresentado na próxima oficina.</p> <p>Estabelecer ações a serem realizadas.</p>	<p>Anexo – Apresentação PowerPoint® – Percurso de cuidado da pessoa usuária.</p> <p>Plano de Ação – Unidade</p>

**OFICINA 13 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE E MONITORAMENTO****Atividade 12 – Atualizar o plano de ação – 30 min**

Fase do PDSA: Planejamento – P

<b>Como</b>	<b>Material de apoio</b>
Solicitar ao guardião do plano de ação que faça a leitura das ações registradas ao longo da oficina; Verificar com os participantes se concordam com os itens registrados e se desejam inserir novas ações; Inserir as ações no plano de ação. Consensuar como será feita a socialização e o formato de monitoramento do plano de ação.	Matriz de Plano de ação

**Atividade 13 – Ações essenciais a serem realizadas no período de dispersão**

Fase do PDSA: Fazer – D

<b>Como</b>	<b>Material de apoio</b>
Este é o momento de implementar as ações planejadas durante a oficina tutorial, ajustando-as conforme necessidades identificadas. O tutor deve apoiar a equipe e monitorar os processos, realizando o “fazer junto” para fortalecer as práticas implantadas. A equipe pode executar as atividades em dias diferentes, respeitando a rotina do ambulatório.	

Fonte: elaboração dos autores.

**OFICINA PREPARATÓRIA PARA IMPLANTAÇÃO DOS MACROPROCESSOS DE EDUCAÇÃO E APOIO INSTITUCIONAL (SUPERVISÃO) NA AAE**

<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortalecer o papel do tutor da unidade na condução dos processos de implantação e consolidação dos macroprocessos da AAE.</li> <li>Analisar o andamento dos processos em implantação e os resultados alcançados nas etapas anteriores, identificando avanços, desafios e oportunidades de melhoria.</li> <li>Apoiar o planejamento e o registro das ações, assegurando a continuidade e a integração entre os macroprocessos assistenciais, educacional e apoio institucional (supervisão).</li> <li>Sensibilizar e preparar a equipe para a estruturação do(a) gestor(a) de cuidado, destacando suas atribuições, perfil profissional e instrumentos de monitoramento.</li> <li>Promover o alinhamento técnico e operacional para o início das ações dos macroprocessos de educação e apoio institucional (supervisão) assegurando a integração entre APS e AAE.</li> </ul>
<b>Resultados esperados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnóstico atualizado dos processos em implantação e dos macroprocessos já estruturados na unidade.</li> <li>Plano de ação revisado e registrado, com prazos, responsáveis e recursos definidos.</li> <li>Gestora de cuidado identificada e integrada com a equipe do ambulatório.</li> <li>Cronograma de visitas técnicas e atividades educacionais definidos, com responsabilidades estabelecidas.</li> <li>Equipe alinhada quanto às etapas subsequentes da PAS na AAE.</li> </ul>

### OFICINA PREPARATÓRIA PARA IMPLANTAÇÃO DOS MACROPROCESSOS DE EDUCAÇÃO E APOIO INSTITUCIONAL (SUPERVISÃO) NA AAE

Ações que antecedem a Oficina preparatória	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisão dos registros e planos de ação anteriores.</li> <li>• Orientar que os tutores tragam os instrumentos das etapas anteriores (<i>checklist</i> da carteira de serviços da linha de cuidado priorizada, Avaliação do quadro de pessoal da AAE, Instrumento de acompanhamento do percurso do cuidado da linha priorizada)</li> <li>• Disponibilizar o modelo de Plano de Ação – e Boletim diário do(a) gestor(a).</li> <li>• Confirmar a presença dos atores-chave da unidade: coordenação, referência técnica, equipe multiprofissional e possíveis representantes da APS.</li> <li>• Enviar convite formal com data, horário, local e pauta da oficina.</li> <li>• Organizar materiais de apoio impressos ou digitais (roteiros, planilhas, instrumentos).</li> <li>• Assegurar local adequado (sala reservada, equipamentos multimídia).</li> </ul>
--	---

#### Atividade 1 – Acolhimento dos participantes, apresentação da programação e definição conjunta do contrato de convivência – Tempo: 30 min

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
<p>Boas-vindas aos participantes, seguida de fala de abertura pelos tutores estaduais (nível central e regional) e do ambulatório, ressaltando a importância do modelo Pasa no estado, na região e no serviço, no âmbito da linha de cuidado prioritária, em alinhamento com o planejamento estadual, regional e institucional e com as ações desenvolvidas.</p> <p>Apresentar a proposta de programação, dando ênfase aos objetivos e aos resultados esperados da oficina preparatória.</p> <p>Pactuar o contrato de convivência.</p> <p>Observação: se houver novos participantes, solicitar que se apresentem: nome, profissão, setor em que atua, tempo de atuação, identificar pessoas que já se conhecem e expectativa em relação ao processo que está se iniciando. Destacar quem são os tutores da SES, nível central e regionais.</p>	<p>Programação da oficina tutorial;</p> <p>Quadro branco ou <i>flip-chart</i> para pactuação das normas de convivência.</p>

#### Atividade 2 – Monitoramento do Plano de Ação – Tempo: 40 min

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
<p>Realizar o monitoramento do plano de ação, identificando ações não iniciadas, em andamento ou concluídas; discutir as ações pendentes e pactuar novos prazos; analisar os resultados das ações concluídas para verificar se os objetivos foram alcançados; revisar, padronizar ou ajustar as ações conforme necessário, garantindo aprendizado contínuo e melhoria do processo.</p> <p>Observação: cada guardião do plano de ação deverá preparar e conduzir a apresentação do plano do seu ambulatório.</p>	<p>Apresentação em PPT do plano de ação.</p>

#### Atividade 3 – Visita técnica – processos em implantação. Tempo: 1 hora e 30 minutos

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
<p>Realizar visita técnica à unidade com o objetivo de observar, na prática, as melhorias implementadas e/ou os processos padronizados, com a unidade em funcionamento. Registrar as observações realizadas para subsidiar o novo ciclo de planejamento, utilizando o plano de ação como referência.</p>	<p>Plano de Ação – Unidade</p> <p>Roteiro de Visita técnica a Unidade AAE da linha de cuidado que está sendo implantada</p>

### OFICINA PREPARATÓRIA PARA IMPLANTAÇÃO DOS MACROPROCESSOS DE EDUCAÇÃO E APOIO INSTITUCIONAL (SUPERVISÃO) NA AAE

Revisar as ações pactuadas na etapa anterior com os responsáveis por cada atividade de dispersão. Esse monitoramento inicial tem como finalidade fornecer subsídios para o replanejamento das ações e o fortalecimento das estratégias de melhoria contínua.

Verificar os aspectos relacionados ao monitoramento da implantação da PAS no cenário da APS, com base nas informações e nos indicadores acompanhados, garantindo o alinhamento entre as ações executadas e os resultados esperados.

#### Atividade 4 – Análise dos processos em implantação. Tempo: 30 minutos

Fase do PDSA: Estudar – S

Como	Material de apoio
<p>Discutir com os mesmos atores envolvidos sobre os achados do giro realizado na Atividade</p> <p>Revisitar o <i>status</i> dos demais processos pactuados e analisar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ações em atraso;</li> <li>• Ações em andamento;</li> <li>• Ações que ainda não foram iniciadas.</li> </ul> <p>Identificar os fatores causais para ações em atraso.</p> <p>Avaliar a necessidade de ajustes nas ações e/ou estabelecer novos prazos.</p> <p>Definir novas ações, se necessário, registrando-as no Plano de Ação da Unidade.</p>	Matriz do Plano de Ação – Unidade

#### Atividade 5 – análise dos processos implantados. Tempo: 30 minutos

Fase do PDSA: Agir – A

Como	Material de apoio
<p>Caso o ambulatório ainda esteja em implantação, esta atividade não se aplica.</p> <p>Apresentar ações de destaque na organização dos macroprocessos da AAE.</p> <p>Verificar os resultados alcançados até o momento.</p> <p>Promover discussão sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Há novas oportunidades de melhoria nos processos implantados?</li> <li>• Quais ações são necessárias para apoiar a implementação?</li> <li>• Quais ações são necessárias para o monitoramento e avaliação das boas práticas?</li> </ul> <p>Estabelecer ações a serem realizadas.</p>	Plano de Ação – Unidade Guia para Monitoramento de Indicadores.

#### Atividade 6 – Análise de novos processos implantados na unidade. Tempo: 1 hora e 30 minutos

Fase do PDSA: Planejar P

Como	Material de apoio
<p>Revisitar a carteira de serviços da linha de cuidado priorizada, visando à organização dos macroprocessos que serão disparados;</p> <p>Revisitar o instrumento de avaliação do quadro de pessoal, visando à organização dos macroprocessos que serão disparados;</p>	<i>Checklist</i> da carteira de serviços da Linha de Cuidados priorizada (necessário trazer esse instrumento utilizado na fase preparatória);

OFICINA PREPARATÓRIA PARA IMPLANTAÇÃO DOS MACROPROCESSOS DE EDUCAÇÃO E APOIO INSTITUCIONAL (SUPERVISÃO) NA AAE	
Registrar achados encontrados no plano de ação; Estabelecer ações a serem realizadas.	Avaliação do quadro de pessoal AAE (necessário trazer esse instrumento utilizado na Etapa 1); Plano de Ação – Unidade (versão e-Planifica).
<b>Atividade 7 – Identificar o profissional para ser a (o) gestor(a) de cuidado. Tempo: 1 hora e 30 minutos</b>	
Fase do PDSA: Estudar – S	
Como	Material de apoio
<p>Realizar apresentação das atribuições do(a) gestor(a) de cuidado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Objetivo;</li> <li>• Dinâmica de funcionamento;</li> <li>• Profissional gestor(a) de cuidado;</li> <li>• Instrumentos para monitoramento utilizados pelo(a) gestor(a) de cuidado (serão trabalhados no treinamento da equipe do ambulatório).</li> </ul> <p>Discutir sobre os itens que caracterizam o perfil do profissional que atuará como gestor(a) de cuidado;</p> <p>Planejar o início das atividades como gestor(a) de cuidado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar o profissional e confirmar o interesse;</li> <li>• Apresentar o profissional como gestor(a) de cuidado para a equipe do ambulatório;</li> <li>• Apresentar o processo do profissional gestor(a) de cuidado para a equipe do ambulatório;</li> <li>• Pactuar o início das atividades do(a) gestor(a) de cuidado.</li> </ul> <p>Estabelecer ações a serem realizadas.</p>	<p>Apresentação PowerPoint® Padrão (Parte I);</p> <p>Plano de Ação – Unidade</p> <p>Mapa de atenção contínua;</p> <p>Boletim diário do(a) gestor(a) de cuidado.</p>
<b>Atividade 8 – Introdução aos macroprocessos de educação e apoio institucional da AAE. Tempo: 2 horas</b>	
Fase do PDSA: Estudar – S	
Como	Material de apoio
<p>Apresentação dos macroprocessos de apoio institucional/ supervisão e educacional da AAE;</p> <p>Ações do macroprocesso de apoio institucional (supervisão):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir cronograma de visitas às unidades de APS;</li> <li>• Definir cronograma de visitas das unidades de APS ao ambulatório;</li> <li>• Apresentar o mapeamento da RAS e da rede de apoio (instrumento será trabalhado no treinamento da equipe do ambulatório).</li> </ul> <p>Ações do macroprocesso educacional para a equipe do ambulatório:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir cronograma de reunião de equipe;</li> <li>• Proteger horários dos profissionais para estudos;</li> <li>• Definir áreas técnicas.</li> </ul> <p>Estabelecer ações a serem realizadas.</p>	<p>Apresentação PowerPoint® Padrão (Parte II);</p> <p>Plano de Ação – Unidade</p> <p>Registro Coletivo de Monitoramento e Intervenção na Rede de Atenção à Saúde.</p>
<b>Atividade 9 – Atualizar o plano de ação – 30 min</b>	
Fase do PDSA: Planejar P	

### OFICINA PREPARATÓRIA PARA IMPLANTAÇÃO DOS MACROPROCESSOS DE EDUCAÇÃO E APOIO INSTITUCIONAL (SUPERVISÃO) NA AAE

Como	Material de apoio
Solicitar ao guardião do plano de ação que faça a leitura das ações registradas ao longo da oficina; Verificar com os participantes se concordam com os itens registrados e se desejam inserir novas ações; Inserir as ações no plano de ação. Consensuar como será feita a socialização e o formato de monitoramento do plano de ação.	Matriz de Plano de ação
<b>Atividade 10 – Dispersão</b>	
Fase do PDSA: Fazer D	
Como	Material de apoio
Este é o momento de implementar as ações planejadas durante a oficina tutorial, ajustando-as conforme necessidades identificadas. O tutor deve apoiar a equipe e monitorar os processos, realizando o “fazer junto” para fortalecer as práticas implantadas. A equipe pode executar as atividades em dias diferentes, respeitando a rotina do ambulatório	
<b>Atividade 11 – Entregar o resultado esperado</b>	
Fase do PDSA: Agir – A	
Como	Material de apoio
Identificar não conformidades persistentes e definir ações corretivas; Inserir novas estratégias quando necessário.	

Fonte: elaboração dos autores.

## SEQUÊNCIA SUGERIDA DAS OFICINAS PARA A IMPLANTAÇÃO DO MODELO PASA SEGUNDO A PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

**Quadro 21.** Sequência de Oficinas

	ETAPA	OFICINA	PÚBLICO-ALVO
Gestão	Preparatória Realizada na SES, nível central	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alinhamento conceitual sobre o processo de PAS.</li> <li>2. Alinhamento sobre os modelos teóricos da planificação: RAS, MACC, MEA, Construção Social da APS, modelo Pasa.</li> <li>3. Definição da linha de cuidado que será organizada, região de saúde em que será iniciada a organização da linha de cuidado, unidade ambulatorial formativa e o modelo de expansão,</li> <li>4. Diretrizes/notas técnicas que serão adotadas.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Referência técnica da AAE</li> <li>• Referência técnica da APS</li> <li>• Representante da área técnica da rede temática relacionada</li> <li>• Representante do setor de contratos</li> <li>• Tutores da AAE SES em nível central e regionais (das regiões em que serão organizados os ambulatorios)</li> <li>• Representante da regulação</li> <li>• Representante da Vigilância em Saúde</li> </ul>
Gestão	Preparatória Realizada na SES, nível central	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apresentação dos instrumentos diagnósticos, carteira de serviços, dimensionamento da capacidade operacional.</li> <li>2. Os modelos de financiamento e contratual da unidade ambulatorial e dos profissionais do ambulatorio.</li> <li>3. Modelo de regulação do acesso a AAE.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Referência técnica da AAE</li> <li>• Referência técnica da APS</li> <li>• Representante da área técnica da rede temática relacionada</li> <li>• Representante do setor de contratos</li> <li>• Representante dos consórcios se for o caso</li> <li>• Representante do departamento jurídico</li> <li>• Tutores da AAE SES em nível central e regionais (das regiões em que serão organizados os ambulatorios)</li> <li>• Representante da regulação</li> <li>• Representante da Vigilância em Saúde</li> </ul>
Gestão	Preparatória	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Visita a unidade ambulatorial formativa, avaliação da carteira de serviço, estrutura, espaço físico, ambiência, equipamentos, identificação, sinalização e sistema de informação clínica.</li> <li>2. Alinhamento sobre a PAS.</li> <li>3. Alinhamento sobre os modelos teóricos da planificação: RAS, MACC, MEA, Construção Social da APS, modelo Pasa.</li> <li>4. Definição dos tutores dos ambulatorios, guardiões do plano de ação e pactuações.</li> <li>5. Apresentação e pactuação da aplicação dos instrumentos diagnósticos carteira de serviços, mapa de pessoal, dimensionamento da capacidade operacional.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tutores da AAE SES em nível central e regionais (das regiões em que serão organizados os ambulatorios)</li> <li>• Tutores dos ambulatorios, guardiões do plano de ação</li> <li>• Gerentes dos ambulatorios</li> <li>• Representantes da regulação</li> <li>• Representantes da Vigilância em Saúde</li> </ul>

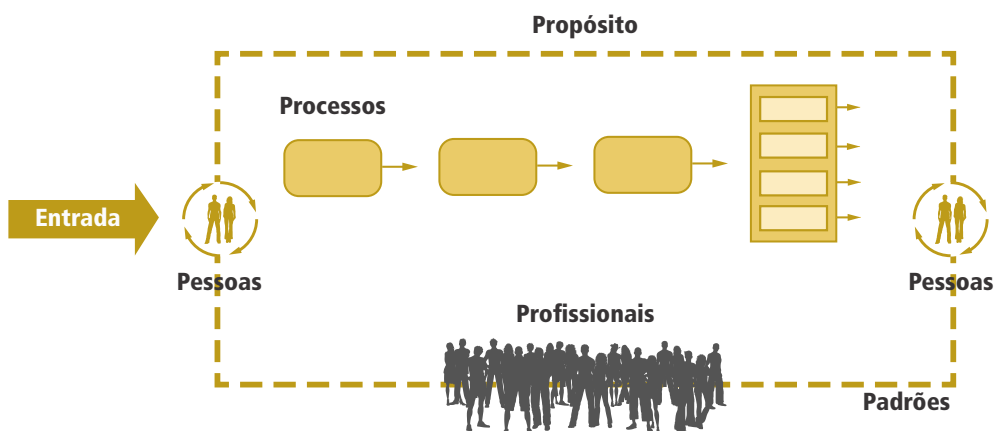
Gestão	Preparatória	1. Território e gestão de base populacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tutores da AAE SES em nível central e regionais</li> <li>• Tutores dos ambulatorios, guardiões do plano de ação</li> <li>• Gerentes dos ambulatorios</li> <li>• Representantes da APS</li> <li>• Representantes da regulação</li> <li>• Representantes da Vigilância em Saúde</li> </ul>
Assistência	Acesso à AAE	1. O acesso à Atenção Ambulatorial Especializada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tutores da AAE SES em nível central e regionais</li> <li>• Tutores dos ambulatorios, guardiões do plano de ação</li> <li>• Gerentes dos ambulatorios</li> <li>• Representantes da APS</li> <li>• Representantes da regulação</li> <li>• Representantes da Vigilância em Saúde</li> <li>• Representantes do setor de transporte sanitário das regiões</li> </ul>
Educação	Educação para profissionais da AAE	1. Treinamento introdutório para os profissionais da equipe do ambulatorio 2. Aplicação do instrumento de autoavaliação dos macroprocessos da AAE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tutores da AAE SES em nível central e regionais</li> <li>• Tutores dos ambulatorios, guardiões do plano de ação</li> <li>• Todos os profissionais que compõem a equipe do ambulatorio da linha de cuidado que está sendo organizada</li> </ul>
Assistência	Atenção Contínua na AAE	1. Atenção Contínua na AAE 2. Roteiros de atendimentos da equipe, presenciais e não presenciais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tutores da AAE SES em nível central e regionais</li> <li>• Tutores dos ambulatorios, guardiões do plano de ação</li> <li>• Todos os profissionais que compõem a equipe do ambulatorio da linha de cuidado que está sendo organizada</li> </ul>
Assistência	Autocuidado Apoiado e letramento em saúde	1. Autocuidado Apoiado 2. Letramento em saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tutores da AAE SES em nível central e regionais</li> <li>• Tutores dos ambulatorios, guardiões do plano de ação</li> <li>• Todos os profissionais que compõem a equipe do ambulatorio da linha de cuidado que está sendo organizada</li> </ul>
Assistência	A integração APS e à AAE	1. A integração APS e à AAE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tutores da APS, AAE SES em nível central e regionais</li> <li>• Tutores dos ambulatorios e da APS, guardiões do plano de ação</li> <li>• Gerentes dos ambulatorios</li> <li>• Coordenadores da APS</li> <li>• Todos os profissionais que compõem a equipe do ambulatorio da linha de cuidado que está sendo organizada e profissionais da APS</li> </ul>

Assistência	Cuidados paliativos na AAE	1. Cuidados paliativos na AAE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tutores da AAE SES em nível central e regionais</li> <li>• Tutores dos ambulatórios, guardiões do plano de ação</li> <li>• Gerentes dos ambulatórios</li> <li>• Todos os profissionais que compõem a equipe do ambulatório da linha de cuidado que está sendo organizada</li> </ul>
Gestão	Monitoramento e avaliação na AAE	1. Monitoramento e avaliação na AAE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tutores da AAE SES em nível central e regionais</li> <li>• Tutores dos ambulatórios, guardiões do plano de ação</li> <li>• Gerentes dos ambulatórios</li> <li>• Todos os profissionais que compõem a equipe do ambulatório da linha de cuidado que está sendo organizada</li> </ul>
Educação	Educação	1. Educação para profissionais da AAE 2. Educação para profissionais da APS 3. Educação para pessoas usuárias atendidas no ambulatório	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tutores da AAE SES em nível central e regionais,</li> <li>• Tutores dos ambulatórios, guardiões do plano de ação</li> <li>• Gerentes dos ambulatórios</li> <li>• Todos os profissionais que compõem a equipe do ambulatório da linha de cuidado que está sendo organizada</li> </ul>
Apoio institucional (supervisão)	Apoio institucional (Supervisão)	1. Apoio institucional indireto 2. Apoio institucional direto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tutores da AAE SES em nível central e regionais</li> <li>• Tutores dos ambulatórios e da APS, guardiões do plano de ação</li> <li>• Gerentes dos ambulatórios</li> <li>• Todos os profissionais que compõem a equipe do ambulatório da linha de cuidado que está sendo organizada</li> </ul>
Pesquisa Clínica e Operacional	Pesquisa Clínica e Operacional	1. Núcleo de Ensino e Pesquisa (NEP) no ambulatório	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tutores da AAE SES em nível central e regionais</li> <li>• Tutores dos ambulatórios, guardiões do plano de ação</li> <li>• Gerentes dos ambulatórios</li> <li>• Todos os profissionais que compõem a equipe do ambulatório da linha de cuidado que está sendo organizada</li> </ul>
Qualidade e Segurança do Paciente	Qualidade e Segurança do Paciente	1. Escritório de qualidade na AAE 2. Time e/ou núcleo de segurança do paciente na AAE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tutores da AAE SES em nível central e regionais</li> <li>• Tutores dos ambulatórios, guardiões do plano de ação</li> <li>• Gerentes dos ambulatórios</li> <li>• Todos os profissionais que compõem a equipe do ambulatório da linha de cuidado que está sendo organizada</li> </ul>

## 5. MACROPROCESSO DA INTEGRAÇÃO DA APS COM O AMBULATÓRIO DO MODELO PASA

As unidades de atenção primária e o ambulatório do modelo Pasa constituem um mesmo Microsistema Clínico. Têm o mesmo propósito, atuam no mesmo território e com a mesma população; os profissionais dos dois pontos de atenção se conhecem, possuem vínculo e, apesar de trabalharem em locais distintos, atuam no cuidado como uma só equipe e desencadeiam, de forma contínua, uma série de processos voltados para prevenção, estratificação do risco, estabilização da condição e empoderamento do usuário para o autocuidado. Os dois pontos de atenção utilizam algumas ferramentas em comum, padronizados e pactuados entre eles, por exemplo, o instrumento de compartilhamento e o plano de cuidado. Para que isso aconteça de forma efetiva, a integração da APS e AAE deve ocorrer desde as primeiras oficinas da planificação.

**Figura 16.** Diagrama de Microsistema Clínico



Fonte: Mendes (2019).

A relação entre a ESF e a AAE deve ter alta qualidade, o que significa atingir os seguintes objetivos (Institute of Medicine, 2001):

- ser segura: planejada para evitar danos às pessoas;
- efetiva: focada em diretrizes clínicas baseadas em evidências;
- pronta: as pessoas recebem a AAE em tempo oportuno;
- centrada nas pessoas: as pessoas recebem a atenção adequada às suas necessidades;
- eficiente: limitada a referências necessárias segundo os riscos e evitando a duplicação de serviços;

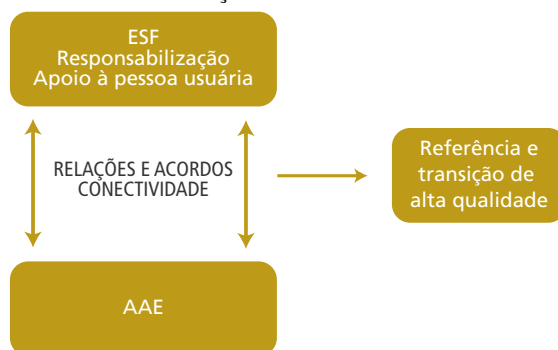
- equitativa: independente das características sanitárias, econômicas ou sociais das pessoas;
- e coordenada: os médicos da ESF e os especialistas da AAE se conhecem, conhecem as necessidades das pessoas e atuam conjuntamente, por meio de um plano de cuidado compartilhado, sob a coordenação da ESF.

Um dos modelos desenvolvidos para atingir esses objetivos é o modelo da coordenação do cuidado, proposto pelo Mac Coll Institute for Healthcare Innovation, o mesmo grupo que desenvolveu o CCM (The Commonwealth Fund, s/data) (Mendes, 2010).

A forma mais efetiva e eficiente de relação entre a APS e a AAE, essência do modelo Pasa, é a coordenação do cuidado, em que a tarefa do cuidado é responsabilidade solidária de generalistas e de especialistas, sob a coordenação da atenção primária. Dessa forma, rompe-se com a forma hegemônica, a atenção em silos, fruto da fragmentação do sistema e que não gera valor para as pessoas usuárias de nosso sistema público de saúde.

A coordenação do cuidado é definida como a organização deliberada do cuidado entre dois ou mais participantes envolvidos na atenção às pessoas para facilitar a prestação de serviços de saúde eficientes, efetivos e de qualidade (HORNER *et al.*, 2013). A coordenação do cuidado faz-se em diferentes dimensões, mas, aqui, concentra-se na dimensão da relação entre a APS e a AAE.

**Figura 17.** O modelo da Coordenação do Cuidado



Fonte: Mendes (2015).

A coordenação do cuidado, nesse modelo e na perspectiva das RAS, é uma função da APS. É a equipe da APS que deve, a partir das orientações contidas nas diretrizes clínicas, considerando a estratificação de riscos das condições crônicas, definir que pessoas se beneficiam da AAE e compartilhar o cuidado. Para tal, é necessário que a APS desenvolva infraestrutura, relações e processos que tornem possíveis referências e transições de qualidade. Isso implica que os profissionais de saúde envolvidos no

processo se conheçam e conheçam as expectativas de cada qual, e que a unidade da APS tenha pessoal preparado e sistemas de informação adequados.

Muitas mudanças, algumas na estrutura, mas a maior parte nos processos, deverão ser feitas na APS para a construção social do modelo da coordenação do cuidado. Dentre elas, destacam-se: o fortalecimento da APS como coordenadora da relação com os especialistas; a possibilidade de agendamento direto, pela equipe da APS, dos atendimentos especializados; o fortalecimento do trabalho multiprofissional interdisciplinar na APS; a existência de linhas-guia que definam os parâmetros de necessidades para referência aos especialistas; a introdução do manejo clínico das condições crônicas por estratos de riscos; a instituição na APS de coordenadores de cuidado; a existência de prontuários clínicos, preferivelmente eletrônicos, formatados para dar conta da referência e da contrarreferência; a centralização da coordenação do cuidado em planos de cuidados elaborados, cooperativamente, por generalistas e especialistas; um sistema padronizado de informações para os especialistas; a vinculação dos membros da equipe da APS a especialistas, preferivelmente com territorialização; a existência de relações pessoais entre os generalistas e os especialistas; e a cultura de trabalho conjunto entre os profissionais da equipe da APS e os especialistas, envolvendo atividades educacionais, de supervisão, de pesquisa, de teleassistência e de segunda opinião (Mendes, 2019).

A existência de prontuários clínicos, preferivelmente eletrônicos, que interliguem a APS e a AAE é fundamental. É imprescindível a existência de um instrumento de referência padronizado, planos de cuidados compartilhados por especialistas e generalistas, com dados da pessoa e de sua história clínica. As equipes da AAE e da APS são responsáveis pela transição do cuidado, e devem estar atentas à comunicação com a pessoa usuária. Um relatório padronizado de contrarreferência é importante para garantir a boa comunicação e deve constituir-se de um plano de cuidados interdisciplinar. A APS deve ser preparada para dar conta de exercitar a coordenação do cuidado. Isso envolve a introdução ou a mudança de muitos processos, como a estratificação de riscos das condições crônicas, a identificação dos especialistas, a definição de critérios de referência (instrumento de compartilhamento) e contrarreferência (plano de cuidado), a montagem do sistema eletrônico ou em papel e outros. Para isso, a equipe da APS deve ser capacitada por processos de educação permanente. O sistema deve ser programado por meio de indicadores de qualidade do cuidado coordenado, por exemplo, garantir que 100% das pessoas enviadas de volta pelos especialistas tenham relatório de contrarreferência feito segundo o sistema padronizado de planos de cuidados interdisciplinares.

As expectativas dos generalistas e dos especialistas devem ser orientadas pela definição de que pessoas devem ser referidas pelas informações que devem ser providas aos especialistas antes do atendimento (histórico clínico, exames complementares, planos de cuidado), pelas informações que os generalistas desejam na contrarreferência (planos de cuidado) e pelos papéis dos generalistas e dos especialistas depois do atendimento especializado.

O instrumento de compartilhamento deve conter, no mínimo: nome da pessoa, data de nascimento, informação de contato, UBS, eSF, Nome do ACS, nome do especialista e informação de contato, razão da referência, breve descrição do problema, resultados de exames mais recentes, tratamentos e condutas recomendados, sua duração e situação, perguntas de interesse do profissional que refere, diagnósticos primário ou secundário, plano de cuidado desenvolvido com a pessoa, monitoramento proposto pelo especialista (Berta et al., 2009; Conass, 2019).

Em uma fase avançada da coordenação do cuidado, os generalistas e os especialistas se conhecem pessoalmente, fazem atendimentos conjuntos, compartilham planos de cuidado e discutem casos clínicos relativos a pessoas que foram referidas à AAE. Os especialistas devem se envolver em atividades educacionais de generalistas e na teleassistência, com ações de atendimento a distância e de segunda opinião.

Para que a coordenação do cuidado alcance o patamar desejado do cuidado compartilhado, há que se partilhar os planos de cuidados e discuti-los em algumas circunstâncias. A função do plano de cuidado compartilhado é garantir que os profissionais da APS e da AAE estejam buscando os mesmos objetivos (Curry; Ham, 2010; Conass, 2019). O plano de cuidado é o instrumento de comunicação entre a APS e a AAE.

A conectividade é um preditor crítico de sucesso da coordenação do cuidado entre os generalistas e os especialistas e significa que os profissionais de saúde envolvidos dispõem da informação de que necessitam e de um sistema de comunicação fluido para prestar os cuidados adequados. De um lado, os generalistas devem estar seguros de que os especialistas sabem as razões das referências e tenham a informações necessárias para que possam desempenhar suas funções (referência/plano de cuidado); de outro, os especialistas devem prover as informações de volta que respondam às necessidades e às expectativas dos generalistas (contrarreferência/plano de cuidado). Isso em um ambiente em que os profissionais mantenham as pessoas usuárias informadas e confiantes de que eles estão comunicando entre si, em benefício dessas pessoas.

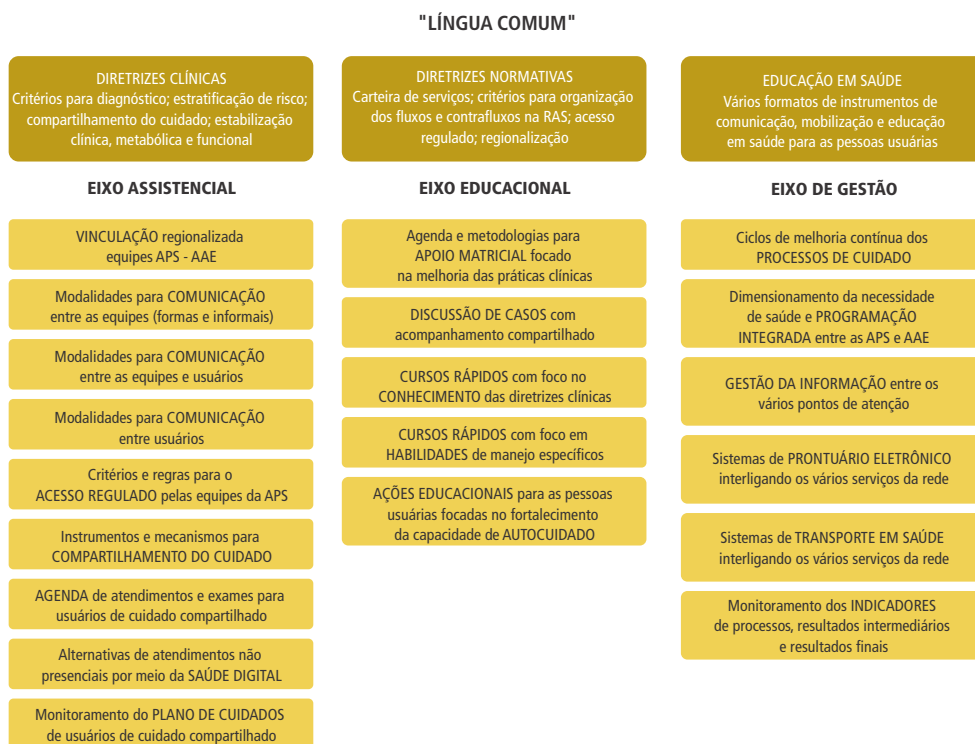
Uma boa conectividade implica que: o sistema assegura que as informações requeridas são transmitidas aos destinatários corretos; eventos críticos no processo de referência e contrarreferência são identificados e monitorados; e os generalistas e os especialistas podem se comunicar eficazmente entre eles, formal e/ou informalmente. A existência de um sistema de referência eletrônico, como parte de um registro eletrônico em saúde, assegura que essa informação crítica flua de forma oportuna. Esse sistema deve incorporar os critérios de referência e de transição que estão estabelecidos em linhas-guia baseadas em evidência. Na inexistência de sistemas eletrônicos, pode-se operar com papel e usar telefone como meio de comunicação.

Na PAS, devemos fortalecer a APS implantando processos que permitam reconhecer o território e os seus recursos que podem ser acionados para promover a

saúde e auxiliar em intervenções que auxiliem no cuidado, cadastrar e vincular a população a eSF, identificar a subpopulação da linha de cuidado, estratificar o risco, realizar o manejo de acordo com o estrato de risco, elegendo os usuários de alto e muito alto risco que serão beneficiados com o cuidado compartilhado com o ambulatório Pasa, aplicar novas formas assistenciais utilizando tecnologias leves, como o cuidado compartilhado em grupos, grupo de pares, grupos operativos, atenção contínua; elaborar plano de cuidado e plano de autocuidado apoiado. Para isso, destaca-se a importância do trabalho integrado, multi e interprofissional. Aqueles usuários que serão compartilhados com a AAE são agendados diretamente por meio da pactuação do dia e horário que melhor atendem à sua necessidade e terão a ficha de compartilhamento ou plano de cuidado como instrumento principal de comunicação. O usuário é orientado pela APS sobre como será o atendimento no ambulatório Pasa, o que deverá levar consigo, como: documento com foto, receitas e exames realizados, necessidade ou não de levar lanche, o uso das medicações do dia e sobre o transporte.

Da mesma forma, o ambulatório Pasa deve estar preparado para receber esses usuários compartilhados da APS conferindo a documentação, confirmando a estratificação de risco, realizando o atendimento integrado multi e interdisciplinar, elaborando ou atualizando o plano de cuidado que será pactuado com o usuário e compartilhado novamente com a APS. A AAE identificará necessidades de apoio para a continuidade de cuidado na APS e desencadeará uma série de ações educacionais, como matriciamento, segunda opinião, discussão de caso etc., e apoio institucional que permita à APS o manejo com qualidade dos usuários durante o processo de estabilização ou após a transição do cuidado efetivado pelo ambulatório Pasa.

A APS e o ambulatório Pasa se fortalecem em conjunto, propiciando ao usuário um atendimento integrado, de qualidade e contínuo, traduzindo o microssistema clínico em uma prática valorosa que responde à necessidade do usuário, impactando nos indicadores de saúde daquela população.

**Figura 18.** Dispositivos de integração vertical entre a APS e AAE

Fonte: elaborado pelos autores

Para que seja possível a integração da Atenção Primária com um Ambulatório Pasa, é necessário instituir uma “Língua Comum”, em que são pactuados diretrizes e instrumentos que permitam que os dois pontos de atenção homogeneizem as informações e os processos. Para isso, são utilizadas as Diretrizes Clínicas e as Diretrizes Normativas que são implementadas por processos de Educação em Saúde robustos.

Nesse contexto, as Diretrizes Clínicas são imprescindíveis para a gestão da clínica, sendo conceituadas como recomendações preparadas, de forma sistemática, com o propósito de influenciar decisões dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias a respeito da atenção apropriada, em circunstâncias específicas (Mendes, 2011). São baseadas em evidências científicas, adaptadas às realidades locais; e nelas se encontram os padrões para os diagnósticos, os parâmetros para a estratificação de risco e compartilhamento do cuidado e as metas para a estabilização clínica, metabólica e funcional almejados.

Já as Diretrizes Normativas estabelecem a vinculação de determinado território a um ambulatório Pasa, quais os fluxos e contrafluxos acordados, os instrumentos e mecanismos de regulação instituídos, e devem ser amplamente divulgados entre as duas equipes dos pontos de atenção e para a comunidade atendida. Para isso, processos de educação em saúde para profissionais e usuários precisam ser acionados

nas suas diversas formas de abordagem, como matriciamento, discussão de caso, cursos curtos, metodologias ativas em sala de espera etc.

Podemos sistematizar a integração em diversos eixos e seus elementos:

#### 1) No Eixo Assistencial

É preciso instituir a vinculação regionalizada das equipes da APS e AAE. É necessário que a equipe da APS cadastre os seus usuários. Essa será a base populacional comum das equipes da APS e do ambulatório do modelo Pasa. O ambulatório deve possuir um território regionalizado sendo referência para um conjunto de municípios e unidades de saúde, o que permite que as equipes dos dois pontos de atenção se conheçam mutuamente, estabelecendo vínculos e relações que permitam o fluxo adequado e oportuno dos usuários.

São incorporadas várias modalidades de comunicação entre os serviços, podendo ser formais (*e-mail*, ofícios etc.), mas também informais, como aplicativos de mensagens, telefone e outros. Também com os usuários, essas últimas formas de contato podem ser utilizadas, pois são rápidas e eficazes.

De forma disruptiva, são pactuados critérios e regras para o acesso regulado diretamente pelas equipes da APS. Isso faz com que a APS e o ambulatório Pasa se aproximem, sem intermediários, possibilitando o agendamento direto e a identificação de gargalos ou pontos de melhoria rapidamente pelas duas equipes.

São também pactuados os instrumentos que serão utilizados para o compartilhamento do cuidado, os critérios e pré-requisitos para o agendamento.

Uma vez que as equipes se conhecem e se reconhecem no cuidado do usuário, as tecnologias para atendimento não presencial por meio da Saúde Digital são estabelecidas com maior facilidade, oportunizando uma atenção com qualidade e reduzindo deslocamentos de grande distância para os usuários.

A integração da APS e do ambulatório Pasa permite que o plano de cuidado dos usuários compartilhados, inicialmente construído na APS, seja reconhecido e complementado pela equipe da AAE e que ocorra o monitoramento conjunto dele.

#### 2) No Eixo Educacional

As equipes dos dois pontos de atenção, de forma horizontal, estabelecem as agendas e as metodologias que serão utilizadas para aprimoramento da qualidade da atenção, como apoio matricial, discussão de casos, cursos rápidos como enfoque no conhecimento das diretrizes clínicas, cursos rápidos, com vistas ao desenvolvimento de habilidades específicas para manejo como também

### 3) No Eixo de Apoio Institucional

Os momentos em que a equipe do ambulatório Pasa realiza visita técnica nos municípios e a suas equipes de APS, aproximando-se da realidade delas, apropriando-se dos territórios, das distâncias entre os serviços, dos recursos existentes e suas lacunas, dos processos de trabalho. A interação entre as equipes são ferramentas importantes, do mesmo modo que as equipes da APS se deslocam até o ambulatório Pasa nesse reconhecimento conjunto dos pontos de atenção, agregando os profissionais que processam o cuidado linearmente.

É importante destacar o monitoramento cruzado, que possibilita que as duas equipes, de maneira transparente, respeitosa e colaborativa, ao rever os prontuários de um mesmo usuário, indiquem pontos de melhoria para os dois serviços, em um aprimoramento contínuo. Isso também acontece no apoio institucional indireto, por meio do instrumento do registro coletivo da RAS, que subsidia as ações de apoio matricial, as visitas técnicas e evidencia a necessidade de cursos rápidos e outros mecanismos de educação permanente.

### 4) No Eixo da Gestão

Os dois pontos de atenção identificam oportunidades conjuntas de aperfeiçoamento do microssistema clínico, realizando ciclos de melhoria contínua dos processos de cuidado.

Partindo da mesma base populacional, é realizado dimensionamento das suas necessidades de saúde e a programação integrada para responder, de forma satisfatória e em tempo oportuno, a essas necessidades

Um sistema de informação integrado, que disponha de um prontuário eletrônico que trâmite entre os pontos de atenção, permite a comunicação efetiva e a continuidade de processos. Esse sistema deve garantir a gestão da informação e a elaboração de um painel de indicadores, permitindo que as próprias equipes monitorem o processo e os resultados intermediários e finais obtidos e tracem estratégias para superar os pontos que precisam de melhoria.

Outro ponto fundamental para a integração é garantir um sistema de transporte que promova o acesso dos usuários aos diversos pontos de atenção da rede.

A integração entre a APS e a AAE requer uma atenção contínua dos profissionais e gestores para que seja possível migrar de um sistema fragmentado para um sistema integrado, disruptivo e que responda, em tempo oportuno, com a qualidade certa e com o custo certo às demandas de determinada população, conseguindo resultados sanitários e impactando nos indicadores de saúde.

## 6. A GESTÃO INTEGRADA DA APS E AAE NA PERSPECTIVA DA GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A estrutura operacional de uma RAS propõe um sistema de governança participativo, único e transversal para todas as redes, com a responsabilidade de promover a articulação e a coordenação entre os atores que as compõem.

Para sua operacionalização de forma mais completa e ideal, visando à governança de redes organizadas em territórios macrorregionais, a resolução tripartite recomenda a constituição de um Comitê Executivo de Governança, de natureza técnica e operacional, com o objetivo de monitorar, acompanhar, avaliar e propor soluções para o adequado funcionamento das RAS, contemplando a participação dos diversos atores envolvidos no seu funcionamento e resultados, incluindo os prestadores de serviços e o controle social.

No entanto, vários de seus elementos ou componentes podem ser inicialmente aplicados em arranjos organizativos mais simples, comparáveis a um “embrião” do que futuramente vai se completar como comitê macrorregional. É o caso, por exemplo, da governança da atenção primária integrada à AAE em territórios regionais.

Considerando que o objetivo último da PAS é reunir estratégias e instrumentos para organizar as RAS nos territórios macrorregionais e que o componente da APS-AAE integradas, sendo altamente resolutivo para as demandas e necessidades da população, é o seu primeiro passo, podemos compreender a importância de, também, um primeiro passo de governança centrado nesses dois níveis de atenção.

Assim, o roteiro abaixo propõe a modelagem de alguns desses componentes de governança.

### PASSO 1 – O ESPAÇO DE GOVERNANÇA

O espaço de governança está diretamente relacionado ao arranjo organizativo, ao qual diferentes atores se associam e trabalham juntos nas etapas de organização dos componentes da RAS, com um caráter de responsabilização solidária, permanente colaboração e construção coletiva, interdependência e gestão compartilhada.

O espaço do Grupo Condutor Regional (GCR) da PAS, criado inicialmente para o acompanhamento das ações da planificação, pode ter seu escopo ampliado e sua dinâmica de trabalho incrementada na perspectiva da governança, aproximando-se das competências do CGR incluído nas diretrizes ministeriais para implementação das RAS.

A ampliação do escopo pode ser alcançada pela reflexão do grupo em torno de cinco grandes metas:

1. Promover a saúde da população.	Corresponde à promoção de ambientes e hábitos saudáveis de vida; prevenção de doenças e agravos; resolução de problemas; estabilização clínica e funcional para as condições crônicas; reabilitação funcional, psíquica e social; conforto, proteção e cuidados físicos, psicológicos, sociais e espirituais em situações complexas.
2. Garantir a equidade no acesso aos serviços.	A política de equidade visa garantir o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, considerando as necessidades e especificidades de cada grupo social, especialmente aqueles em situação de vulnerabilidade. Deve direcionar mais atenção e recursos para aqueles que mais precisam, a fim de reduzir as desigualdades e promover a justiça social.
3. Melhorar a experiência do cuidado do usuário.	A experiência do cuidado diz respeito não somente à satisfação do usuário, mas também às práticas de atenção centrada na pessoa, qualidade e segurança do paciente e resolutividade para as demandas e expectativas da população que, na APS-AAE, podem superar os 90% de demandas resolvidas.
4. Aumentar a satisfação dos profissionais.	Atenção às necessidades do profissional e gestor de saúde, criando espaços para a escuta, proatividade no enfrentamento dos problemas e participação ativa nas decisões, além dos aspectos relacionadas às condições de trabalho, saúde do próprio profissional, satisfação com o próprio trabalho, crescimento e aprimoramento profissional.
5. Eficiência de custos do sistema de saúde.	Controle dos custos da saúde, mantendo a alta qualidade do atendimento; aumento da eficiência das intervenções, redução do desperdício e otimização da alocação de recursos; incorporação de tecnologias; utilização dos financiamentos disponíveis em coerência com os modelos de atenção e gestão; garantia de investimentos focados na melhoria do atendimento e dos resultados dos pacientes.

O GCR deve incluir o monitoramento das intervenções específicas da PAS (oficinas tutoriais, cursos complementares, apoio matricial e participação dos profissionais e gestores), mas compreendendo que são somente o meio para alcançar esses cinco objetivos e metas maiores, que vão corresponder a um valor gerado para as pessoas usuárias, profissionais e gestores. O objetivo deve ser colocado na implementação de novos modelos de atenção e gestão e na efetivação da construção social da APS e AAE integradas na RAS.

Para isso, sua dinâmica de trabalho deve ser incrementada com instrumentos de avaliação situacional e planejamento estratégico, com um sistema eletrônico de gerenciamento dotado de um painel de indicadores de processos, resultados intermediários, resultados de desfecho e custos do sistema relacionados às cinco metas definidas.

## PASSO 2 – OS ATORES DA GOVERNANÇA

A governança regional deve ser exercida por um grupo de atores diversificado, com as seguintes características:

- Representatividade de todas as organizações com responsabilidade direta ou indireta pela prestação de cuidados nas redes de atenção. Isso inclui gestores públicos regionais e municipais, comissões intergestores, consórcios públicos, prestadores de serviços, instituições corporativas, autoridades sanitárias, controle social, movimentos sociais e outras formas de agregação da sociedade civil.
- Percepção e vivência da realidade assistencial e de gestão que facilitem a identificação de problemas que devem ser solucionados e intervenções concretas que gerem valor para as pessoas usuárias, profissionais e gestores. É fundamental incluir a representação de profissionais e gestores dos serviços da rede.
- Apropriação das regras do jogo: arcabouço de diretrizes clínicas e normativas para a organização das RAS.
- Capacidade de cogestão, compreendida como escuta, valorização do diferente, identificação dos objetivos comuns, valorização solidária do diferente, relação de confiança, manejo dos conflitos de interesses, produção de consensos e pactuações; capacidade e sinceridade para a análise das situações, modificações das regras do jogo, tomadas de decisão e proposição de intervenções; direcionamentos segundo os princípios da transparência e da prestação de contas.
- Posição de influência e capacidade para comunicação e mobilização de pares e parcerias.

Os atores devem criar uma identidade grupal, o que significa compartilhar missão, visão e valores para as redes de atenção, aceitar que os princípios da colaboração superam os da competição e benefício individual, e ter o compromisso na sua utilização como referência prática para as intervenções desenvolvidas.

A natureza e o lócus de atuação diversa desses atores criam um ambiente de aprendizagem mútua e aportam recursos e competências importantes para gerar um excedente colaborativo, criativo e sinérgico para um melhor desempenho das redes.

## PASSO 3 – OS OBJETIVOS DA GOVERNANÇA

O objetivo maior da governança regional é estabelecer um espaço permanente de trabalho que promova a integração de todos os atores no cumprimento das metas descritas no Passo 1, buscando:

- Atualizar periodicamente a análise situacional de saúde para identificar as prioridades epidemiológicas e assistenciais e definir o planejamento das intervenções de melhoria do acesso, resolutividade e impacto na saúde da população.
- Manter atualizada a base populacional residente no território regional, a partir da base populacional dos municípios, evidenciando as necessidades das populações em situação de vulnerabilidade.
- Elaborar a programação integrada entre APS e AAE, considerando a estratificação da população por riscos e vulnerabilidades, e monitorar continuamente se as ofertas de serviços são coerentes com as necessidades de saúde.
- Monitorar a oferta de exames diagnósticos laboratoriais, gráficos e por imagem e propor intervenções de melhoria, considerando também a possibilidade de soluções regionalizadas e integradas, com vistas ao cumprimento das diretrizes clínicas e normativas, dos parâmetros de qualidade e tempo de resposta e das metas assistenciais.
- Monitorar a oferta de assistência farmacêutica (medicamentos e insumos terapêuticos) pelos municípios, considerando a necessidade de saúde definida a partir das diretrizes clínicas e assistenciais.
- Definir, pactuar e revisar periodicamente os serviços de referência do território nas várias linhas de cuidado, considerando a perfilização desses serviços de acordo com a complexidade assistencial e capacidade operacional.
- Desenhar, pactuar e monitorar continuamente os fluxos e contrafluxos das pessoas usuárias no território, considerando os serviços de referência, condições e tempos de acesso, incluindo os fluxos de resposta às demandas geradas pela atuação integrada das equipes da APS e AAE.
- Propor e monitorar continuamente os instrumentos e fluxos de informação sobre as pessoas usuárias entre os serviços da rede, respeitando as regras de privacidade e proteção de dados e garantindo o acesso do usuário à informação.
- Revisar continuamente os critérios de acesso regulado e estabelecer formas de acesso que possam também ser operacionalizadas pelas equipes da APS em interlocução direta com o ambulatório de atenção especializada.
- Propor a incorporação de novas tecnologias que favoreçam a melhoria do acesso, qualidade e eficiência dos serviços prestados.
- Propor e monitorar as ações educacionais ofertadas às equipes de saúde para a melhoria da prática clínica nas linhas de cuidado, zelando para que sejam anco-

radas em diretrizes clínicas baseadas em evidência e favoreçam o apoio matricial entre as equipes de APS e AAE.

- Propor e incentivar modalidades formais e informais de comunicação entre as equipes assistenciais, identificando e incorporando novas tecnologias informatizadas.
- Revisar os contratos assistenciais e propor a incorporação de parâmetros do modelo de atenção e da gestão baseada nas necessidades da população.
- Monitorar e avaliar os custos da prestação de serviços, propondo intervenções que otimizem a utilização dos recursos disponíveis, promovam a sustentabilidade financeira e incorporem novos investimentos para a melhoria do desempenho da rede de atenção.
- Monitorar e avaliar continuamente o painel de indicadores de acesso, processos, resultados intermediários e desfecho.

A operacionalização desse conjunto de objetivos permitirá avaliar continuamente se a rede está ofertando a “atenção certa, no lugar certo, no tempo certo, com a qualidade certa, com o custo certo, de maneira humanizada e com responsabilidade sanitária pela população”.

## PASSO 4 – A ROTINA DE GOVERNANÇA

A rotina da governança pode seguir a lógica dos ciclos de melhoria contínua\*, integrando os atores na identificação e investigação de problemas relacionados aos macroprocessos e fluxos da rede e definição de intervenções que levem a mudanças e melhorias efetivas.

Os encontros devem ser sistemáticos, com periodicidade pactuada pelo próprio grupo; coordenação definida entre os atores e apoiada pela equipe regional da SES, com possível revezamento periódico; pautas definidas a partir do monitoramento dos macroprocessos e fluxos assistenciais e dos problemas identificados a partir da experiência assistencial no dia a dia da rede.

Eventualmente, e de acordo com a pauta proposta, podem ser envolvidos profissionais e gestores com particulares expertises para apoiar a discussão de intervenções específicas.

A cada ciclo de melhoria, é fundamental adotar mecanismos de feedback para as equipes gestoras e assistenciais, de maneira a promover uma apropriação e adesão às intervenções propostas e resultados alcançados.

---

\* Referência do Modelo de Melhoria

## PASSO 5 – AS FERRAMENTAS PARA A GOVERNANÇA

Para uma maior precisão na dinâmica de governança, pode ser útil a aplicação de ferramentas para avaliação dos processos e fluxos de integração, programação e monitoramento, entre eles:

- Instrumentos de verificação das redes temáticas: checklist de itens relacionados à estrutura operacional, carteira de serviços e competências, processos e fluxos de transição do cuidado, manejo clínico nos principais marcadores do cuidado.
- Instrumento de análise dos fluxos de transição do cuidado entre os pontos de atenção da rede de atenção.
- Instrumento de programação integrada da APS e AAE: dimensionamento da necessidade de saúde, dimensionamento da capacidade operacional dos serviços e definição de metas de cobertura de acesso.
- Sistema de gerenciamento da rede: painel de indicadores de estrutura, acesso, processos, resultados intermediários e resultados de impacto.

## REFERÊNCIAS

BERTA, W. et al. Enhancing continuity of information: essential components of consultation reports. *Canadian family physician Médecin de famille canadien*, v. 55, n. 6, p. 621-625, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete da Ministra. Portaria nº 230, de 7 março 2023. Institui o Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União*: seção 1, ano 161, n. 46, p. 107-108, 3 mar. 2023. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0230\\_08\\_03\\_2023.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0230_08_03_2023.html). Acesso em: 5 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 8, 24 de novembro de 2016. Dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 153, n. 237, p. 95, 12 dez. 2016. Disponível em: [https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2016/12/RESOLUCAO-N\\_8\\_16.pdf](https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2016/12/RESOLUCAO-N_8_16.pdf). Acesso em: 5 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 147, n. 251, p. 88-93, 31 dez. 2010. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html). Acesso em: 5 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 156, n. 183, p. 68-76, 22 set. 2017. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031). Acesso em: 5 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_procedimentos\\_vacinacao.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf). Acesso em 21 nov. 2025

CURRY, N.; HAM C. Clinical and service integration: the route for improved outcomes. London: The King's Fund, 2010.

GUIMARÃES, A. M. D. N.; CAVALCANTI, C. B. C.; LINS, Z. S. (org.). Planificação da atenção primária à saúde: um instrumento de gestão e organização da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada nas redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Conass, 2018. 300p. (CONASS Documenta; v. 31). Disponível em: <http://www.conass.org.br/consensus/planificacao-da-atencao-saude-uma-proposta-de-gestao-e-organizacao-da-atencao-primaria-saude-e-da-atencao-ambulatorial-especializada-nas-redes-de-atencao-saude/>. Acesso em: 23 fev 2025.

HORNER, K. et al. Care coordination: reducing care fragmentation in primary care. In: PHILLIPS, K. E. et al. (Editors). Safety medical initiative implementation guide series. Seattle: MacColl Center for Health Care Innovation, 2013.

INSTITUTE OF MEDICINE. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington: The National Academies Press, 2001.

LIMA, D. R.; ROSATELLI, M. C. Um sistema tutorial inteligente para um ambiente virtual de ensino-aprendizagem, módulo Tutorias, Programa de Formação Continuada em Mídias na Educação. Brasília: SEED/Ministério da Educação e Cultura, 2005.

LOPES JM, OLIVEIRA MB. Assistência domiciliar: uma proposta de organização. Rev. Técnico-Científica do Grupo Hospitalar Conceição, 11: 28-50, 1998.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/as-redes-de-atencao-a-saude/>. Acesso em: 5 set. 2025.

MENDES, E. V. Desafios do SUS. Brasília, DF: Conass, 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/desafios-do-sus/>. Acesso em: 5 set. 2025.

MENDES, E. V. et al. A construção social da atenção primária à saúde. 2. ed. Brasília, DF: CONASS; 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude-2a-edicao/>. Acesso em: 5 set. 2025.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/o-cuidado-das-condicoes-cronicas-na-atencao-primaria-a-saude/>. Acesso em: 5 set. 2025.

MENDES. E. V. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/as-redes-de-atencao-a-saude/>. Acesso em: 21 Nov. 2025.

MOYSÉS ST, MOYSÉS SJ, SILVEIRA FILHO AD. Laboratório de Inovações no Cuidado das Condições Crônicas na APS: a implantação do modelo de atenção às condições crônicas na UBS Alvorada, em Curitiba, PR. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2013. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34286>. Acesso em: 19 nov. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: a implantação do modelo de atenção às condições crônicas na UBS alvorada em Curitiba, Paraná. Brasília, DF: OPAS, Conselho Nacional de Saúde, 2013.

RIZZI, R. O que é aprendizagem por observação. Blog Psicóloga Rita Rizzi, [s. l.], 6 out. 2023. Acesso em: 20 mar 2025. Disponível em: <https://www.psicologaritarizzi.com.br/glossario/o-que-e-aprendizagem-por-observacao/#:~:text=Conclusão,%2C%20retenção%2C%20reprodução%20e%20motivação>. Acesso em: 5 set. 2025.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. Diretoria de Atenção Primária e Redes Assistenciais. PLANIFICASUS: Workshop 1 – Atenção Primária à Saúde e Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde. São Paulo; Brasília, DF: Hospital Israelita Albert Einstein; Ministério da

Saúde, 2021. 48 p. Disponível em: <https://planificasus.com.br/biblioteca.php>. Acesso em: 5 set. 2025.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. Diretoria de Atenção Primária e Redes Assistenciais. PLANIFICASUS: Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada. Disponíveis em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/outras-publicacoes/publicacoes-tematicas-planificacao-da-atencao-a-saude/>.



## Capítulo 3

# GOVERNANÇA REGIONAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Rita Cataneli\*, Tereza Cristina Lins Amaral\*\*,  
Gilcilene Pretta Cani Ribeiro\*\*\*, Eugênio Vilaça Mendes\*\*\*\*

## INTRODUÇÃO

Os avanços no sistema de saúde brasileiro, desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), são incontestáveis. Contudo, ainda enfrenta desafios para consolidar, efetivamente, os princípios que orientaram sua criação. Dentre esses desafios, destacam-se a insuficiência de recursos financeiros para garantia institucional do direito à saúde e a dificuldade de transitar do modelo de atenção à saúde fragmentado — caracterizado por altos custos e baixa eficiência, totalmente inadequado para atender às necessidades de saúde da população, reconhecida pela tripla carga de doenças (das quais cerca de 75% correspondem a condições crônicas) — para um modelo de atenção à saúde organizado em rede (Mendes, 2012).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos que buscam garantir a integralidade do cuidado, por meio da integração sistêmica de ações e serviços de saúde, com o objetivo de oferecer uma atenção contínua, de qualidade, responsável e humanizada (Mendes, 2011). A implementação desse modelo representa o instrumento mais estruturante e eficaz para a superação da fragmentação do sistema e para a resposta adequada aos desafios sanitários contemporâneos ao promover a transição de uma atenção episódica, reativa e desarticulada para uma atenção contínua, proativa e integrada, compatível com as demandas do cuidado às condições agudas e crônicas (Conass, 2025b). Sua efetivação, contudo, exige uma

---

\* Enfermeira, Mestra em Saúde Coletiva, Mestra em Economia da Saúde e Farmacoeconomia, Coordenadora Técnica do Conass.

\*\* Assistente Social, Mestra em Administração em Saúde, Especialista em Gestão da Atenção à Saúde e em Planejamento Estratégico. Assessora Técnica do Conass.

\*\*\* Bióloga, Especialista em gestão em sistemas e serviços de saúde, Gestão Pública Municipal, Qualidade e Segurança do paciente, Cuidados Paliativos na APS, Consultora em Planificação.

\*\*\*\* Sanitarista. Especialista em Planejamento de Ações de Saúde. Mestre em Administração e Doutor em Cirurgia Bucal. Consultor do Conass

profunda mudança na forma como se elaboram e se implementam as políticas de saúde nos territórios, transitando de uma governança hierárquica para uma governança em rede, colaborativa e regionalizada.

A governança regional torna-se, portanto, um pilar estratégico para promover maior coordenação de políticas e cooperação entre os diversos atores (públicos, privados e da sociedade civil) a partir de uma visão territorial compartilhada, que se manifesta em diferentes escalas territoriais, abrangendo desde o microespaço do cuidado clínico até o macroespaço das regiões de saúde.

## POR QUE REGIONALIZAR?

As necessidades sanitárias da população impõem aos gestores do SUS o desafio de formular e implementar políticas que considerem, sob a ótica da organização da atenção e da governança dos serviços de saúde, as transformações no perfil demográfico e epidemiológico, a distribuição da carga de doenças, as condições de financiamento e as especificidades territoriais de um país de dimensão continental, marcado por profundas iniquidades sociais e regionais. Nesse sentido, a cooperação e a interdependência entre as esferas de gestão federativa constituem estratégias fundamentais para fortalecer a capacidade do sistema em enfrentar desafios comuns, como a aquisição de equipamentos e insumos de alto custo, a contratação de profissionais especializados e a ampliação da oferta de serviços. Essa articulação entre os entes federados contribui para aprimorar o acesso, a eficiência e a resolutividade das ações e serviços de saúde (Conass, 2025b).

Ademais, a prevalência de condições crônicas não transmissíveis (DCNT), responsáveis por aproximadamente 75% da carga global de doenças, demanda respostas sistêmicas, intersetoriais e orientadas pela integralidade do cuidado, com ênfase na continuidade, coordenação e longitudinalidade da atenção, incompatíveis com a lógica da fragmentação do sistema, ainda não superada pelo SUS. A transição efetiva desse modelo fragmentado para o modelo em rede requer, nesse sentido: a adoção de medidas concretas que induzam e promovam o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de atenção; a integração entre os níveis assistenciais; e o aprimoramento dos mecanismos de governança regional, a fim de qualificar os processos de regionalização e promover maior efetividade, equidade e eficiência sistêmica (Conass, 2025b).

Desde a origem do SUS, a regionalização foi instituída como base do modelo organizativo desse sistema. Essa diretriz foi aprimorada ao longo da implementação do Sistema, por meio de um robusto arcabouço técnico-normativo. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, art. 198, estabelece que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e

hierarquizada, constituindo um sistema único, organizado segundo as diretrizes da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade (Brasil, 1988). No mesmo sentido, o art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, ao dispor sobre os princípios e diretrizes do SUS, reafirma a descentralização como eixo estruturante da gestão e introduz a regionalização como estratégia fundamental para enfrentar a fragmentação dos sistemas de saúde, por sua capacidade em ampliar o acesso e promover a integralidade da atenção e a resolutividade das ações e serviços, por meio da conformação das redes de atenção (Brasil, 1990).

Entretanto, o processo de municipalização da gestão da saúde no Brasil, impulsionado pelas Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB 01/93 e NOB 01/96), antecedeu, sob a ótica da governança, o movimento de regionalização.

É importante destacar que novos conceitos foram introduzidos, em especial pela NOB 01/96, como a distinção entre gestão e gerência. A primeira, significa apropriar-se do comando do Sistema, o que é de exclusiva competência do poder público, sendo gestores do SUS: o Prefeito e o Secretário Municipal de Saúde; o Governador e o Secretário Estadual de Saúde; e o Presidente da República e o Ministro da Saúde. Enquanto gerência, significa ter a responsabilidade pela administração de uma unidade ou órgão de saúde — ambulatório, hospital, instituto, fundação ou outro que presta serviços ao sistema. É comum confundir os termos gestão, gerência e governança no SUS.

Embora tenha representado um avanço significativo na consolidação do princípio da descentralização, a municipalização, isoladamente, não foi capaz de assegurar maior equidade no acesso nem a integralidade da atenção à saúde, uma vez que determinados serviços exigem escala e articulação intermunicipal, evidenciando a necessidade de uma abordagem regionalizada para a organização da rede de serviços.

Nesse sentido, a publicação das Normas Operacionais da Assistência à Saúde (Noas-SUS 01/2001 e Noas-SUS 01/2002), ao instituir a regionalização como macroestratégia de aprimoramento da descentralização e de fortalecimento da integralidade da atenção, inaugura um novo momento na governança do SUS. A partir de então, outros marcos normativos e estratégias foram formulados com o objetivo de consolidar essa diretriz, conforme ilustrado na linha do tempo a seguir.

**Figura 1.** Marcos normativos no processo de regionalização do SUS

Fonte: elaboração própria.

Divulgado pela Portaria GM/MS nº 399, de 2006, o Pacto pela Saúde 2006 foi instituído com o propósito de aprimorar o processo de pactuação intergestores no SUS. Essa iniciativa buscou substituir o caráter excessivamente burocrático das Normas Operacionais — consideradas inadequadas diante das desigualdades socioeconômicas e demográficas do País, bem como das particularidades regionais — por um

modelo baseado em compromissos interfederativos, expressos em objetivos e metas articuladas nos três componentes do pacto: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. Como estratégia de fortalecimento da gestão compartilhada, foi constituído o Colegiado de Gestão Regional (CGR) com a finalidade de instituir um processo dinâmico de planejamento regional; apoiar o processo de planejamento local; atualizar e acompanhar a programação pactuada integrada de atenção em saúde; definir prioridades e pactuar soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutive (Brasil, 2006).

As diretrizes para a organização da RAS foram publicadas, em 2010, por meio da Portaria GM/MS nº 4.279 (posteriormente consolidada no Anexo I da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017). De acordo com a portaria,

O processo de Planejamento Regional, discutido e desenvolvido no CGR, estabelecerá as prioridades de intervenção com base nas necessidades de saúde da região e com foco na garantia da integralidade da atenção, buscando a maximização dos recursos disponíveis (Brasil, 2017).

No ano seguinte, o Decreto nº 7.508/2011, que regula a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), estabeleceu as Regiões de Saúde como “espaços geográficos contínuos definidos por critérios culturais, econômicos, sociais e de infraestrutura para integrar a oferta de serviços de saúde”, a serem instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite – CIT (Brasil, 2013).

Após a publicação do Decreto nº 7.508/2011, que reforçou os princípios da regionalização e da governança interfederativa, destaca-se a pactuação, no âmbito da CIT, das Resoluções nº 23/2017, nº 37/2018, nº 44/2019 e nº 2/2024, posteriormente consolidadas na Resolução de Consolidação CIT nº 1/2021.

A Resolução CIT nº 23/2017 estabelece as bases normativas e operacionais da regionalização do SUS, reforçando o papel do Planejamento Regional Integrado (PRI) com o propósito de fortalecer a integração entre os entes federativos e a organização das RAS em territórios definidos e pactuados. A Resolução CIT nº 37/2018, por sua vez, operacionaliza as diretrizes da Resolução nº 23/2017 ao definir parâmetros para a conformação das Regiões de Saúde e para o funcionamento das instâncias de governança regional, consolidando o modelo de gestão compartilhada e cooperativa no âmbito do SUS. Na sequência, a Resolução CIT nº 44/2019 dispõe que o Acordo de Colaboração entre os entes federativos, previsto no inciso II do art. 2º do Decreto nº 7.508/2011, materializa-se por meio do PRI.

Em 2020, o Ministério da Saúde repassou aos estados, por meio da Portaria GM/MS nº 1.812/2020, um incentivo financeiro para apoiar a realização de ações relacionadas ao aprimoramento da gestão, planejamento e regionalização. Outro

movimento nesse sentido foi o lançamento da *Estratégia Tripartite para Aprimorar a Gestão e a Governança no SUS*, durante a 4ª Reunião Ordinária da CIT realizada em abril de 2021. A referida estratégia define como eixos estruturantes: o fortalecimento do planejamento ascendente do SUS, nele incluído o Planejamento Regional Integrado (PRI); a indução à organização da RAS nas macrorregiões; e o aprimoramento da Governança Interfederativa. Compõem esses eixos: um conjunto de iniciativas voltadas para o fortalecimento do planejamento ascendente do SUS; o desenvolvimento de competências gestoras na institucionalização de boas práticas de monitoramento e avaliação; e o apoio à implementação do PRI.

O desenvolvimento do *Projeto Fortalecimento dos Processos de Governança, Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde: Regionalização*, por meio do Proadi-SUS, durante o triênio 2021-2023, contribuiu para alavancar o processo de regionalização e de PRI no território, por meio de apoio teórico-metodológico às equipes das Secretarias de Saúde, instrumentalizando a gestão na elaboração do diagnóstico situacional, no desenho regional das RAS nas macrorregiões de saúde e no aprimoramento da governança nesses espaços onde as RAS se conformam. Mais recentemente, objetivando o fortalecimento da cooperação interfederativa e a integração interestadual das RAS, quando couber, foi pactuada a Resolução CIT nº 2/2024, alterando a Resolução de Consolidação CIT nº 1/2021, para instituir e disciplinar as Macrorregiões Interestaduais de Saúde (MIS).

Todo esse esforço em prol do fortalecimento da regionalização no SUS, que se materializa mediante a organização das RAS nos territórios, tem como propósito promover a equidade e a integralidade na atenção à saúde, por meio do uso racional e otimizado dos recursos, com ganhos de escala, e do estabelecimento de mecanismos de governança e atuação do Estado, orientados, nos espaços territoriais, pelo interesse coletivo (Conass, 2025b).

## GOVERNANÇA EM SAÚDE

A governança em saúde pode ser compreendida como o conjunto de mecanismos institucionais, processos decisórios, valores e relações interinstitucionais que orientam a atuação dos diferentes atores no campo da saúde, viabilizando a formulação, a implementação e o monitoramento de políticas públicas nos diversos territórios (Conass, 2016). Nesse sentido, transcende as noções tradicionais de administração e controle burocrático, incorporando dimensões políticas, sociais, jurídicas e técnico-operacionais que conferem legitimidade, transparência, participação social e efetividade à ação estatal.

No âmbito internacional, a Organização Mundial da Saúde (OMS) enfatiza que a boa governança está associada a princípios como transparência, participação social, equidade e responsabilização (WHO, 2012). Esses atributos fortalecem a confiança da

população no sistema de saúde e aumentam a capacidade de resposta dos governos diante das necessidades coletivas.

Na perspectiva do SUS, dada a natureza federativa do Estado brasileiro, a governança adquire relevância singular, pois se dá em um sistema público, universal e descentralizado, que exige articulação permanente entre União, estados e municípios, ancorada em princípios constitucionais e normativos que definem a gestão compartilhada e a participação social como elementos estruturantes do Sistema, reduzindo o caráter casuístico das negociações políticas (Almeida, 2013).

## FUNDAMENTOS NORMATIVOS DA GOVERNANÇA NO SUS

Os sistemas contemporâneos de atenção à saúde enfrentam desafios complexos e pluridimensionais, frequentemente classificados como problemas perversos, cuja natureza dinâmica e interdependente excede a capacidade de resposta de Estados ou organizações isoladas, que, individualmente, carecem de recursos, conhecimento técnico e legitimidade política suficientes para solucioná-los (Escobar; Deshpande, 2019; Bianchi *et al.*, 2021). Diante desse cenário, tem-se consolidado, nas últimas décadas, o paradigma da governança colaborativa, caracterizado pela atuação articulada de múltiplos atores — estatais, empresariais e da sociedade civil — organizados em redes orientadas pela cooperação interorganizacional.

Essa perspectiva se ampara em abordagens como a da “sociedade em redes” (Raab; Kenis, 2009), nas quais a coordenação se efetiva por meio do compartilhamento de recursos, da construção de confiança mútua e da articulação de objetivos individuais e coletivos (Kickert *et al.*, 1997; Wegner; Verschoore, 2022). Nesse contexto, a governança em rede concretiza-se por meio de processos contínuos de interação e deliberação entre atores interdependentes, que, conjuntamente, definem a alocação de responsabilidades e o conteúdo das políticas públicas (Mendes, 2025, no prelo).

No âmbito do SUS, alguns princípios dessa governança colaborativa vêm se consolidando, por meio de suas normativas, como o Decreto nº 7.508/2011, que estabelece como pilares da governança o planejamento ascendente, a pactuação regional e a organização das RAS, englobando processos de negociação, pactuação e deliberação em instâncias colegiadas: Comissão Intergestores Tripartite (CIT), as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), e as Comissões Intergestores Regionais (CIR) (6).

No processo de organização das redes, o sistema de governança se traduz no arranjo organizativo pluri-institucional dentro dos territórios, em que processos de formulação e decisão estratégica são articulados entre os atores envolvidos, e regras, valores e princípios são definidos em busca da geração de excedentes cooperativos. Diferentemente da governança hierárquica, cuja coordenação é assegurada por planos, rotinas e protocolos elaborados no topo da estrutura organizacional, sendo a obediência garantida pelo exercício direto do poder dos gestores, a governança

em redes pressupõe interação entre gestores e atores interdependentes, sustentada por processos de negociação e tomada de decisão coletiva (Mendes, 2019). Nessa nova perspectiva, a adesão não se impõe por autoridade formal, mas se apoia em mecanismos mais complexos, baseados em confiança mútua, reciprocidade e normas sociais compartilhadas (Williamson, 1985), ampliando a interdependência entre os participantes, orientada à obtenção de melhores resultados sanitários e econômicos para a população.

Assim, pode-se afirmar que a governança no SUS se sustenta nos pressupostos da coordenação, pactuação e corresponsabilidade entre os diferentes níveis de gestão e a sociedade, orientando-se pelo propósito de garantir a efetividade do direito à saúde. Trata-se de um processo dinâmico e contínuo de articulação interinstitucional, que enfrenta tensões inerentes ao federalismo, limitações orçamentárias e marcantes desigualdades regionais. Ainda assim, configura-se como um dos elementos inovadores do sistema brasileiro, quando comparado a outros modelos de saúde de caráter universal, pela capacidade de conciliar diversidade territorial e integração sistêmica.

## OS TERRITÓRIOS DE GOVERNANÇA

A governança no SUS se manifesta em diferentes escalas territoriais, compreendendo desde o microespaço do cuidado clínico (governança clínica) até o macroespaço das regiões de saúde (governança regional), nos quais as RAS se conformam, posto que é nesse território ampliado (macrorregiões) que todos os níveis de atenção (primária, secundária e terciária) estão presentes, permitindo a integralidade do cuidado.

No microespaço, a governança ocorre na interação direta entre profissionais de saúde e usuários, especialmente na APS e nos microssistemas clínicos. É nesse microespaço de governança que a APS desempenha três papéis centrais: instituir e manter a base populacional das RAS; resolver a grande maioria dos problemas de saúde (cerca de 80%); e coordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações na rede (Mendes, 2025).

A governança clínica, exercida na APS e nos microssistemas clínicos nos quais o cuidado é efetivamente prestado, permite que a programação local das RAS seja realizada a partir das necessidades da população e que o monitoramento das condições crônicas seja feito em tempo real, por meio de tecnologias como a gestão da condição de saúde e a gestão de caso.

No macroespaço das regiões de saúde, o exercício da governança ocorre nos fóruns de pactuação legalmente instituídos: a CIB e a CIR. A CIB é composta paritariamente por representantes da SES e dos Secretários Municipais de Saúde (SMS) (representados pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde – Cosems), enquanto a CIR é formada por representantes da SES (na esfera regional)

e por todos os secretários municipais de saúde daquela região de saúde. São espaços deliberativos, que devem atuar em busca do estabelecimento de consensos entre os entes federados, visando à implementação das políticas públicas pactuadas, de forma colaborativa e solidária.

Observa-se, contudo, que a dinâmica historicamente predominante nessas instâncias, muitas vezes centradas em questões de financiamento e alocação de recursos, tem se mostrado insuficiente para promover uma governança regional potente e orientada por resultados em saúde. Diante desse desafio, buscando aprimorar a governança no território e contribuir para a efetivação dos acordos pactuados nas CIB e CIR, foi pactuada a Resolução CIT nº 37/2018, constituindo o Comitê Executivo de Governança das RAS (Cegras), de natureza técnica e operacional vinculado à CIB, com a função de monitorar, acompanhar, avaliar e propor aos gestores do SUS estratégias para o aprimoramento do sistema. O Cegras é composto por representantes das SES e SMS, do Ministério da Saúde, dos prestadores de serviços públicos e privados, do controle social, bem como por outros atores considerados estratégicos nesse contexto. Essa ampla representação dos diversos segmentos que atuam nos territórios visa ampliar a legitimidade política e técnica do processo decisório por parte dos gestores do sistema, bem como potencializar a integração das ações e serviços de saúde na lógica das RAS.

## GOVERNANÇA REGIONAL NO SUS

Diante da complexidade das relações intergovernamentais e não governamentais que se estabelecem nos territórios, a instituição do Cegras e sua composição pluri-institucional e intersetorial configuram uma resposta à necessidade de novos arranjos institucionais capazes de articular interesses diversos e, por vezes, divergentes, direcionando as ações e decisões regionais segundo objetivos comuns, fortalecendo institucionalmente o processo de governança regional no SUS, com regras claras que reduzam a instabilidade e assegurem a continuidade das políticas públicas (Conass, 2025b).

Apesar das dificuldades ainda presentes — como a assimetria de capacidades técnicas e financeiras entre os entes federados, a fragmentação dos serviços e dos fluxos de cuidado, a necessidade de maior efetividade nos espaços colegiados de pactuação e a dificuldade de conciliar modelos de gestão burocrática com a lógica da produção de valor em saúde —, o processo de governança regional no SUS constitui um alicerce fundamental para a sustentabilidade e a consolidação do sistema. Nesse sentido, a governança regional configura-se como um mecanismo de coordenação federativa, capaz de articular atores, interesses e recursos em torno de objetivos comuns, promovendo a integração das RAS, a racionalização do uso de recursos públicos e o fortalecimento da capacidade institucional do SUS para responder, de forma equânime e eficiente, às necessidades da população (Conass, 2025b).

## DESAFIOS À GOVERNANÇA NO SUS

O Brasil é uma República Federativa, o que implica a partilha de poderes e responsabilidades entre a União, os estados e os municípios. O federalismo brasileiro, de natureza cooperativa, estabelece que os três níveis de governo são corresponsáveis pela formulação e execução das políticas públicas, inclusive pelas ações e serviços de saúde. No entanto, esse modelo enfrenta uma crise estrutural marcada pela histórica concentração de recursos e competências no nível federal. Essa centralização gera um desequilíbrio no federalismo fiscal, uma vez que a União detém a maior parcela da arrecadação tributária, enquanto estados e municípios assumem a maior parte das responsabilidades de execução sem o correspondente aporte de recursos. Como consequência, observa-se o enfraquecimento do papel estratégico dos estados na coordenação regional e o acirramento da competição entre os municípios, o que aprofunda a fragmentação do sistema e perpetua um cenário de insuficiência estrutural de financiamento para o SUS (Pernambuco, 2024).

O País também enfrenta uma crescente desigualdade, com acentuadas diferenças regionais e sociodemográficas. A isso, somam-se o rápido envelhecimento populacional e a prevalência de doenças crônicas, que aumentam a demanda por serviços e pressionam a sustentabilidade financeira do sistema (Mendes, 2019).

Outro grande desafio é a organização fragmentada do SUS, que se manifesta na falta de comunicação entre os diferentes pontos de atenção à saúde. Em boa parte do território nacional, o sistema opera em silos isolados, com a APS desconectada da atenção especializada e hospitalar, o que impede a prestação de uma atenção contínua e integral. As principais causas dessa fragmentação incluem a hegemonia do modelo de atenção centrado na doença e na assistência hospitalar, a segmentação institucional do sistema e o financiamento de programas verticais. Essa fragmentação é agravada por um modelo de atenção inadequado para a tripla carga de doenças que caracteriza o Brasil, com forte predomínio de condições crônicas. Um exemplo prático da inadequação do sistema é a atenção ao diabetes: metade dos casos não é diagnosticada, e dos diagnosticados, poucos atingem o controle glicêmico, resultando em altas taxas de complicações, como amputações, com custos elevados para o SUS (Mendes, 2019).

No que se refere às instâncias de governança existentes, como as CIB e CIR, embora sejam estruturas consolidadas que fortalecem a interdependência, apresentam debilidades. Excessivamente centradas no componente de financiamento, em sua maioria, não dispõem de um sistema gerencial permanente que permita programar, monitorar e avaliar dinamicamente as RAS. Outros desafios incluem a dificuldade de estabelecer consensos sobre acesso e responsabilidades na região, a organização de redes sem novos recursos financeiros e a necessidade de alinhar as emendas parlamentares, de caráter impositivo, ao planejamento em saúde elaborado pelos dos territórios, expressos nos Planos de Saúde estaduais e municipais.

Vale destacar, ainda, como um importante desafio, o crescimento da judicialização — processo pelo qual cidadãos buscam no Poder Judiciário o acesso a serviços, medicamentos ou tratamentos negados ou não fornecidos pelo SUS. Tal situação gera graves problemas à governança no SUS, como o aumento de custos não planejados, o desrespeito à autonomia profissional, a geração de desigualdades no acesso (já que nem todos podem arcar com uma ação judicial) e a desarticulação da gestão, que passa a se concentrar em atender demandas judiciais em detrimento de outras prioridades do sistema (Mendes, 2019).

## ESTRATÉGIAS PARA O FORTALECIMENTO DA GOVERNANÇA

Diante desse contexto, a governança regional e a adoção do modelo organizativo em rede emergem como essenciais para fortalecer a cooperação interfederativa e promover maior equidade na gestão do sistema. Ao articular esforços entre os entes federados e organizar os territórios de forma solidária, a governança regional permite alinhar prioridades, otimizar recursos e integrar as RAS, contribuindo para a efetividade das políticas públicas e para a sustentabilidade do SUS.

Em contraposição ao modelo hierárquico tradicional, a governança regional em rede adota uma lógica poliárquica, com múltiplos centros de decisão que operam de forma colaborativa. Nesse sentido, a efetividade desse processo exige a percepção de interdependência entre os atores, o comprometimento com o processo e a construção de confiança mútua — especialmente em contextos marcados por conflitos históricos ou por fragmentação institucional.

Mesmo assim, ainda há uma questão a ser mais bem definida: quem lidera esse coletivo de governança? Como pactuar de forma harmônica os múltiplos interesses e expectativas?

## EXPERIÊNCIAS E PRÁTICAS DE GOVERNANÇA NOS TERRITÓRIOS

A implementação da governança colaborativa já demonstra resultados positivos em diversas localidades do Brasil, mostrando a viabilidade da transição de um sistema fragmentado para um sistema em rede.

A Planificação da Atenção à Saúde (PAS) é uma estratégia metodológica proposta pelo Conass para implementar as RAS nos territórios. Consiste em um conjunto de ações educacionais, como oficinas e tutorias, direcionadas a gestores e profissionais de saúde, com o propósito de desenvolver as competências técnicas e gerenciais necessárias para qualificar os processos de trabalho e integrar a APS com a Atenção Especializada. Por meio do projeto PlanificaSUS, implementado pelo Proadi-SUS, essa metodologia tem sido amplamente aplicada em diversas regiões do País (Conass, 2025a).

Entre as experiências que materializam essa integração, destaca-se o projeto 'De Braços Abertos', desenvolvido na região do Cariri, localizada no estado do Ceará, que tem por objetivo organizar as RAS na região, composta por 45 municípios, cuja população gira em torno de 1,5 milhão de habitantes. O projeto abarca, de forma integrada, os eixos: atenção primária, atenção ambulatorial especializada, atenção hospitalar e governança, promovendo uma gestão colegiada e participativa. O principal instrumento de governança é o Comitê de Apoio à Governança Regional de Saúde (CGRS) do Cariri (Ceará, 2023), instituído em 2022, que reúne representantes dos municípios, do estado, dos prestadores, de instituições de ensino e outros parceiros, para monitorar e propor melhorias para o funcionamento da rede, de forma alinhada ao PRI (Conass, 2025a).

**Figura 2.** Comitê de Apoio à Governança Regional de Saúde, Região de Saúde Sul, Cariri, estado do Ceará

#### COMITÊ DE APOIO À GOVERNANÇA REGIONAL DE SAÚDE (CGRS)

(Resolução CIB/SESA/CE nº 130/2022)

##### Comitê de Apoio à Governança Regional de Saúde (CGRS)

Região de Saúde Sul / Cariri

Instância colegiada de apoio à CIR para efeitos de monitoramento, acompanhamento e elaboração de propostas objetivando garantir o adequado funcionamento das redes de atenção à saúde no território regional, conforme legislação do SUS e, em consonância diretrizes da CIB.



##### Competências:

- Participar do Planejamento Regional,
- Monitorar e avaliar o Plano de Saúde Regional e seus indicadores,
- Acompanhar os pontos de atenção da RAS,
- Propor novos arranjos, fluxos e organização da RAS;
- Propor capacitações de Educação permanente,
- Recomendar medidas que favoreçam a articulação das políticas interinstitucionais e,
- ENCAMINHAR À CIR AS RECOMENDAÇÕES.

##### Indicação dos representantes

(Resolução CIR Cariri 34/2022 e alterada nº 03/2023)

Fonte: elaboração própria.

O CGRS da Região do Cariri/CE, inserido no eixo da Governança, é uma estrutura formal e multissetorial, que representa uma importante iniciativa de articulação institucional para o fortalecimento das RAS.

A instituição do CGRS ocorreu formalmente pela Resolução CIR/Cariri nº 34/2022, tendo sua composição e representação alteradas posteriormente pela Resolução CIR/Cariri nº 03/2023.

O CGRS operacionaliza o Plano de Saúde Regional (PSR) 2023-2027, seguindo a metodologia da PAS, que é continuamente discutida e monitorada nas reuniões e oficinas do CGRS.

Sua atuação tem sido marcada por intensa mobilização, e a recente criação de comitês temáticos, vinculados ao CGRS, reflete o esforço de diversas entidades e atores para o cumprimento do PSR.

## ATORES ENVOLVIDOS E COMPOSIÇÃO DO CGRS

A força do CGRS do Cariri/CE reside na sua composição ampliada, que garante a representação de múltiplos níveis e setores da saúde e correlatos. O Comitê é composto por representantes das gestões federal, estadual e municipal; dos consórcios públicos de saúde; do controle social; de prestadores de serviços de referência regional; e de instituições de ensino que atuam nas diversas Regiões de Saúde, totalizando 38 representantes. Essa estrutura diversa facilita a discussão e pactuação de ações abrangentes na região do Cariri.

## ATIVIDADES REALIZADAS: FOCO E PRODUTOS

As atividades do CGRS do Cariri/CE, ao longo dos anos, concentraram-se em reuniões e oficinas, abordando temas críticos para a organização das RAS e a redução da mortalidade materno-infantil. Nesse sentido, o Comitê realizou seis reuniões em 2023, tendo como pauta principal a Rede de Atenção Materna e Infantil. A elaboração do Protocolo de Vinculação da Gestante é um dos produtos concretos, fruto desse processo.

A expansão Temática e o Projeto de Braços Abertos ocorreram em 2024. Naquele ano, foram sete reuniões cujas pautas principais incluíram temas como: Violência contra a Mulher, Rede de Apoio Psicossocial e o lançamento do Projeto de Braços Abertos. Um marco em 2024 foi o evento de Mobilização e a 1ª Oficina do CGRS, realizada na Universidade Regional do Cariri (URCA), em Juazeiro do Norte. Esta oficina contou com a presença de representantes institucionais (Conass, Conasems, Cosems, Opas, Umane, Ministério da Saúde, SESA e Superintendência Regional de Saúde Sul (SRSSUL) e enfocou a apresentação da proposta e método da PAS, do PSR 2023-2027 e do Projeto de Organização das RAS na Região. Foram realizados trabalhos em grupos para escuta orientada sobre a organização das RAS e, nesse dia, firmado o compromisso pela SES da meta mobilizadora: reduzir a mortalidade infantil a um dígito.

A 2ª Oficina Ampliada, com a presença dos 45 gestores municipais, realizada no Centro Universitário Leão Sampaio, abordou o desenvolvimento do PSR e o enfrentamento da mortalidade infantil, culminando na apresentação do Plano de Enfrentamento para a Redução da Mortalidade Infantil do Cariri (Permi). Também houve mobilização de atores da Rede de Urgência e Emergência, com exposições dialogadas sobre as competências dos hospitais na RAS.

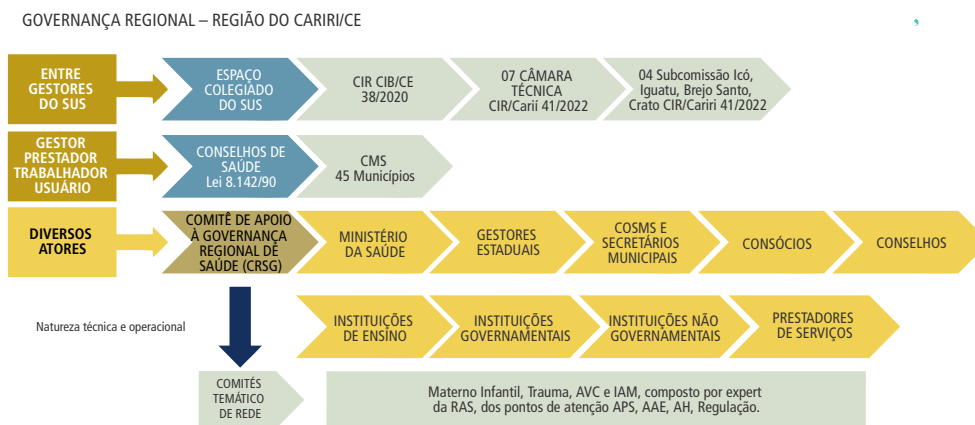
O primeiro comitê temático envolvendo atores estratégicos dentro da linha de cuidado materno-infantil foi proposto no final de 2024. A 3ª Oficina do CGRS e 1ª Oficina da Rede Materno-Infantil, em Barbalha, foram dedicadas à discussão sobre a morte infantil, a série histórica da mortalidade e as ações estratégicas a serem desenvolvidas na Meta Mobilizadora. Os participantes trabalharam na elaboração de uma matriz de propósitos de intervenções para melhoria do cuidado, considerando os pontos de atenção da RAS.

A 4ª Oficina do CGRS, realizada em 2025, pautou a atualização do PSR, a recomposição do CGRS e a designação oficial dos membros dos comitês temáticos. Além da realização da oficina, o CGRS fez visitas técnicas importantes, como ao SAMU Regional e à Central de Regulação de Internação para discutir a regulação e a navegação das linhas de cuidado (Acidente Vascular Cerebral – AVC, Infarto Agudo do Miocárdio – IAM, Trauma e Materno-Infantil).

O ápice desse processo será alcançado na Oficina Geral Integrada, prevista para novembro de 2025, momento em que os quatro comitês temáticos que envolvem as linhas de cuidado — Materno-Infantil, IAM; AVC; e Trauma (essas três últimas relacionados à Rede de Urgência e Emergência) —, em conjunto com os eixos de APS e AAE, Atenção Hospitalar e Governança, compartilharão os resultados de um trabalho construído de forma colaborativa e intersetorial.

Na presença da CIR e dos prefeitos, a oficina representará mais do que o encerramento de um ciclo de planejamento: será um marco de integração e amadurecimento da governança regional, simbolizando a entrega das estruturas organizacionais que traduzem o compromisso dos comitês temáticos com um sistema de saúde mais coeso, eficiente e orientado por resultados para a população.

**Figura 3.** Sistema de Governança Regional, Região de Saúde Sul, Cariri, estado do Ceará, 2025



\* Com o Projeto da Planificação da Atenção à Saúde (PAS) na Região, foram instituídos a partir 2024, os comitês temáticos de rede.

Fonte: elaboração própria.

## COMITÊ TEMÁTICO DA REDE MATERNO-INFANTIL

### COMPOSIÇÃO

Participam do Comitê Temático da Rede Materno-Infantil: Superintendente e referências técnicas da SRSUL/ Coordenadoria da Área Descentralizada de Saúde (Coads); Secretários Municipais de Saúde; Coordenadores da APS e profissionais (médicos e enfermeiros); profissionais das policlínicas regionais, gerentes, médicos, obstetras, médicos pediatras e enfermeiros vinculados aos ambulatórios de pré-natal de alto risco e criança de alto risco; diretores/gerentes, obstetras, neonatologistas/ pediatras vinculados aos Hospitais de Referência para gestantes de alto risco e de risco habitual; diretores/gerentes de laboratórios de análises clínicas e serviços de imagem (ultrassom), responsável técnico pela regulação da assistência; bem como representantes das outras entidades que compõem o comitê e apoiam o cuidado de gestantes e crianças.

### ATIVIDADES REALIZADAS

Após a constituição formal do Comitê Temático Materno-Infantil, a 2ª Oficina realizada evidenciou o resgate da Meta Mobilizadora, a identificação de **nós** críticos, o Plano de Ação e a proposta de implantação de um Instrumento de Avaliação da RAS Materno-Infantil.

A 3ª Oficina abordou a gestão da condição de saúde, os dados da mortalidade infantil e as parcerias sociais para o enfrentamento do problema.

A 4ª Oficina abordou o estudo de caso disparador, a elaboração de propostas de organização da RAS Materno-Infantil e a Gestão da condição de saúde.

A 5ª Oficina abordou o Monitoramento da mortalidade infantil (SRSUL), com Painel de óbitos infantis (< 1 ano), o Monitoramento das gestantes e crianças em acompanhamento na APS e AAE por município e Coads, e a Dinâmica de desenho dos fluxos da rede.

### INTERVENÇÕES PROPOSTAS

- Monitoramento dos óbitos em tempo real.
- Levantamento de problemas e definição de intervenções.
- Tecnologia da Gestão de Condição de Saúde para organizar o acompanhamento da gestação/puerpério e primeiro ano de vida.
- Tecnologia da Gestão de Caso para identificação e acompanhamento das gestantes e crianças com maior probabilidade de desfecho negativo.
- Desenho dos fluxos assistenciais, mapeamento da competência dos vários hospitais na rede de atenção, vinculação das gestantes para o pré-natal e parto/nascimento de acordo com o estrato de risco.

- Sistema de monitoramento de indicadores de processos de cuidado e resultados intermediários (em desenvolvimento).

## COMITÊ TEMÁTICO DA REDE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA — IAM, TRAUMA E AVC

### COMPOSIÇÃO DO COMITÊ

Participam do Comitê Temático da Rede Urgência e Emergência: representantes da SES, da SRSUL, da Coads, coordenador do SAMU e da Regulação, médicos de referência que atuam nas áreas temáticas (IAM, Trauma e AVC), coordenador da UPA; profissionais dos hospitais de referência; gestores municipais; e profissionais da APS e da AAE.

### ATIVIDADES REALIZADAS

A 1ª Oficina do Comitê concentrou-se na apresentação da proposta e estrutura do projeto, discussão de cases (cardiologia e trauma) e análise da carteira de serviços para a linha do AVC, visando ao diagnóstico para posterior designação dos hospitais.

A 2ª Oficina enfocou as instruções para o diagnóstico estrutural e apresentações conceituais sobre a organização da linha de cuidado e o uso de escalas de avaliação de gravidade/risco, com palestrantes específicos para AVC, Trauma e IAM.

A 3ª Oficina incluiu a apresentação da avaliação estrutural das instituições envolvidas, a designação dos hospitais, a discussão da linguagem comum de triagem e a dinâmica de desenho de fluxos (utilização da “dinâmica do espaguete”).

A 4ª Oficina se dedicou à apresentação de proposta de fluxos detalhados, abordando prevenção, escalas de classificação de risco, mapeamento de unidades de primeiro atendimento, classificação de hospitais e indicadores de monitoramento.

### INTERVENÇÕES PROPOSTAS

- Levantamento de dados sobre a demanda e tempos da rede;
- Inserção de ferramentas e critérios de avaliação de risco/gravidade por linhas de cuidado;
- Definição dos fluxos de atendimento para traumas, AVC e IAM;
- Identificar uma linguagem única na RAS;
- Integrar os hospitais com APS, AAE e Vigilância em Saúde;
- Analisar os acidentes de trânsito na Região de Saúde e provocar intervenções sociais;
- Buscar estratégias de redução da mortalidade nas linhas de cuidado

- Definir indicadores de desempenho para as linhas de cuidado e investir em monitoramento e avaliação;
- Rediscutir a regulação regionalizada.

## CONCLUSÃO

A trajetória do CGRS evidencia a consolidação de uma estrutura de governança regional que, partindo de sua formalização legal, evoluiu para um espaço efetivo de articulação técnica e política. Ao dedicar-se a temas definidos como prioritários para a Região do Cariri, no caso, o enfretamento da mortalidade materno-infantil e da Urgência e Emergência — com destaque para as linhas de cuidado IAM, Trauma e AVC —, o colegiado promoveu mobilização social, pactuação interfederativa e aprimoramento da gestão regional. Esses avanços têm contribuído de forma decisiva para o fortalecimento e a integração das RAS na referida Região.

Os Comitês Temáticos instituídos são extensões do CGRS e aprofundam as redes temáticas, contando com os diversos especialistas do cuidado, dos sistemas de apoio e logístico da RAS. Assim, vai se moldando e estruturando a governança regional, de forma organizada e articulada, nos Conselhos de Saúde, nos espaços colegiados de gestão do SUS, na CIR e na CIB.

A experiência relatada evidencia que o fortalecimento da governança regional do SUS é condição essencial para que esse Sistema responda de maneira oportuna, eficiente e equitativa às necessidades de saúde da população. Somente por meio de um modelo de governança em rede — colaborativo, solidário e ancorado em bases territoriais — é possível materializar a integralidade e a coordenação do cuidado preconizadas pelo SUS.

Nesse sentido, devem ser implementadas estratégias que induzam, de fato, a consolidação da APS, resolutive e coordenadora do cuidado; o desenvolvimento do PRI e a efetivação dos Comitês Executivos de Governança das RAS. Experiências exitosas em diferentes regiões do País, especialmente aquelas apoiadas na metodologia da PAS, demonstram que a reorganização dos processos de trabalho e a integração dos pontos de atenção resultam em ganhos concretos de qualidade, eficiência e valor em saúde.

O fortalecimento de uma governança regional colaborativa, transparente e orientada por resultados que traduzam valor social e sanitário para a população brasileira, sem dúvida, é o caminho para um SUS mais sustentável, equitativo e centrado nas pessoas.

## REFERÊNCIAS

Almeida LL. **O significado de governança para os gestores estaduais do Sistema Único de Saúde** [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2013. Disponível em: Repositório Institucional da UnB.

Bianchi C et al. **Implementing collaborative governance: models, experiences, and challenges**. Public Management Review. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/14719037.2021.1878777>.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, ano 128, n. 182, p. 18055-18059, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 154, n. 190, suplemento, p. 192-288, 3 out. 2017. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html). Acesso em: 29 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**: regulamentação da Lei nº 8.080/90. 1. ed., 4. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/decreto\\_7508.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/decreto_7508.pdf). Acesso em: 29 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PactosPelaVida\\_Vol1DiretOperDefesaSUSeGestao.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PactosPelaVida_Vol1DiretOperDefesaSUSeGestao.pdf). Acesso em: 29 out. 2025.

CEARÁ. Secretaria do Estado do Ceará. **Plano Estadual da Saúde 2024-2027**. Fortaleza: SES-CE, 2023. Disponível em: [https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2024/08/Plano\\_Estadual\\_da\\_Saude\\_2024-2027-1.pdf](https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2024/08/Plano_Estadual_da_Saude_2024-2027-1.pdf). Acesso em: 29 out. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Conass, 2016. Disponível em: <https://www.conass.org.br/>

conass.org.br/biblioteca/governanca-regional-das-redes-de-atencao-a-saude/. Acesso em: 29 out. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Guia da Jornada de Organização das Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Conass; 2025a. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/guia-da-jornada-de-organizacao-das-redes-de-atencao-a-saude-conass/>. Acesso em: 29 out. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Informações para a Gestão Estadual do SUS 2023 – 2026**. Brasília: Conass; 2025b. Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/#regionalizacao>. Acesso em: 29 out. 2025.

Escobar LF, Deshpande S. **A focal organization perspective toward interorganizational collaboration: the case of the HIV/AIDS epidemic in India**. *Administration & Society*. 2019; 51: 1455-1485.

Kickert WJ et al. **Managing complex networks: strategies and for the public sector**. Thousand Oaks: SAGE; 1997.

MENDES, E. V. **A Planificação da Atenção à Saúde: uma estratégia para organizar o SUS em redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Conass; 2025. No prelo.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/as-redes-de-atencao-a-saude/>. Acesso em: 29 out. 2025.

MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/desafios-do-sus/>. Acesso em: 29 out. 2025.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/o-cuidado-das-condicoes-cronicas-na-atencao-primaria-a-saude/>. Acesso em: 29 out. 2025.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco. **Curso Governança no SUS: livro didático do curso autoinstrucional**. Recife: SES/ESPPE; 2024. Disponível em: <https://esppe.saude.pe.gov.br/mod/glossary/view.php?id=16862&mode=cat&hook=44&sortkey&sortorder=asc&fullsearch=0&page=2>. Acesso em: 29 out. 2025.

Raab J, Kenis P. **Heading toward a society of networks: empirical developments and theoretical challenges**. *Journal of Management Inquiry*. 2009; 18: 198-210.

Wegner D, Verschoore J. **Network governance in action: functions and practices to foster collaborative environments**. Administration & Society. 2022; 54: 479-499.

Williamson OE. **The economic institutions of capitalism**. New York: Free Press; 1985.

World Health Organization. **The World Health Report 2000: health systems, improving performance**. Geneva: World Health Organization; 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Governance for health in the 21st century**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012.

## Capítulo 4 – Metodologia operacional aplicada

# A PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NA BENEFICÊNCIA PORTUGUESA: DIAGNÓSTICO E PERSPECTIVAS

Rafael Saad Fernandez, Alzira Maria d'Ávila Nery Guimarães, Eliane Regina da Veiga Chomatas, José Pereira de Souza, Priscila Rodrigues Rabelo Lopes, Lavinia Aragão Trigo de Loureiro, Suzan Alves de Oliveira, Rubens Carvalho Silveira, Amanda dos Santos Silva, Fernanda Gonçalves dos Santos, Aline de Sousa Soares, Tânia di Giacomo do Lago

## CONTEXTO

A Beneficência Portuguesa de São Paulo (BP) é uma instituição com mais de 160 anos de história e compromisso com a saúde. Em todo esse tempo de dedicação à filantropia, milhares de pacientes passaram por suas portas, seja por atendimentos particulares, convênios, atendidos pelos programas sociais ou por parcerias com o poder público, sobretudo com a cidade de São Paulo, onde é, há décadas, uma das principais referências em cardiologia (BP, 2024).

A partir de uma mudança em seu posicionamento estratégico, a BP passou por um acelerado processo de crescimento, qualificação e modernização, o qual a levou a ser reconhecida nacionalmente como uma das instituições de excelência no País.

Com a entrada da BP no Proadi-SUS, a instituição pôde expandir sua vocação filantrópica para além das fronteiras da capital paulista, alcançando as 27 Unidades Federativas (UF) por meio da execução de projetos em parceria com o Ministério da Saúde.

Ao aderir ao programa, no final de 2020, a BP apresentou projetos para triênio 2021/2023, parte dos quais só puderam iniciar execução em meados de 2021. Dado o desafio de aprovação dos projetos, somados ao de internalização do programa nas estruturas organizacionais e de mobilização de recursos humanos para fazer frente à envergadura das iniciativas, foi fundamental, naquele momento, adotar estratégias que permitissem acelerar as ações. Desse modo, a reunião de esforços com outras instituições foi um direcionador estratégico, permitindo, assim, ampliar a capilaridade de iniciativas exitosas já em andamento e aprender com os parceiros a forma de operacionalização do programa.

## A PLANIFICAÇÃO NA BP

O projeto PAS vinha sendo implementado com recursos e equipes próprias do Conass há mais de uma década. Trata-se de uma abordagem já consagrada para a melhoria de processos em unidades de saúde e articulação de linhas de cuidado em contexto de redes de atenção, sendo subsidiada metodologicamente tanto pelo modelo de construção social da APS quanto de atenção às condições crônicas, cujo expoente é Eugênio Villaça Mendes. Segundo a edição especial da Revista Consensus (Conass, 2016), essa nova forma de enxergar as redes de atenção foi sendo construídas a partir de um extenso arcabouço teórico, o qual foi aplicado e testado em diferentes cenários e contou com contribuições técnicas de muitos colaboradores.

No triênio 2018/2020, a iniciativa ganhou reforços do HIAE, o que permitiu que a PAS passasse a ser parcialmente financiada com recursos do Proadi-SUS e abrindo portas para que outras instituições contribuíssem para a expansão desse movimento.

Tanto o Conass quanto o HIAE desempenham, portanto, papel central na adesão da BP ao projeto, tendo sido instituições que compartilharam lições aprendidas, materiais técnicos e recursos humanos para que a iniciativa fosse implementada. Esse contato inicial ocorreu por meio de oficinas, reuniões técnicas e trocas de experiências com profissionais de ambas as instituições, o que acelerou, em grande medida, o aprendizado para um embarque ágil da BP. Isso permitiu o espraiamento do projeto para novos territórios ainda não beneficiados pela iniciativa, bem como oportunizou que territórios que vinham sendo apoiados pelas equipes do Conass passassem a ser acompanhados pela BP.

A esses saberes oriundos das experiências dos parceiros, obviamente foram incorporadas boas práticas e conhecimentos da própria instituição. É sabido, contudo, que as instituições hospitalares historicamente possuem pouco conhecimento sobre a operação de serviços de atenção primária. Isso se deve, em grande medida, à sua lógica organizacional centrada no cuidado especializado e hospitalocêntrico. Como aponta Mendes (2011), em *As redes de atenção à saúde*, o cuidado fragmentado entre os níveis de atenção é parte da lógica desse tipo de organização, o que claramente compromete a integralidade do cuidado e dificulta a coordenação das ações de saúde. Atenta a isso, a BP tem se esforçado para expandir o seu “hub de saúde”, ampliando seus braços de atuação, a montante e a jusante, nas linhas de cuidado, ofertando aos pacientes uma ampla gama de serviços, cada vez mais integrados (BP, 2024).

Segundo Mendes (2011), os modelos integrados de assistência, que adotam uma abordagem voltada à organização coordenada e contínua dos serviços, são mais custo-efetivos e apresentam resultados assistenciais melhores do que sistemas que operam de maneira descoordenada, com pessoas usuárias perdendo-se nos fluxos das RAS.

A essa experiência da instituição, soma-se o movimento que tem realizado em favor da sustentabilidade de suas operações e do setor saúde. A sustentabilidade aqui deve ser entendida em seu conceito mais amplo, englobando aspectos econômicos, sociais e ambientais. As boas práticas aplicadas na busca constante por valor em saúde, expressa na forma de serviços que maximizam o retorno aos pacientes em forma de experiência e cuidado, com menor desperdício, podem e têm sido compartilhadas com o sistema de saúde, sejam instituições públicas ou privadas (SOBREP, 2024). O relatório *Tackling Wasteful Spending on Health*, publicado em 2017 pela OCDE, mostra que o desperdício nos sistemas de saúde, nas suas diferentes formas, pode ultrapassar 40% dos custos operacionais dessas instituições, o que exige ações contínuas e de envergadura para que os serviços se mantenham economicamente viáveis e cumpram com seu propósito (OECD, 2017).

Atuar com a PAS nesse contexto tem sido para a BP uma oportunidade de trazer o debate que vem acontecendo em âmbito internacional e institucional para o sistema público de saúde, o qual retroalimenta a instituição com seus saberes e boas práticas em um movimento de muita sinergia.

Convém acrescentar que esse movimento de compartilhamento de boas práticas se dá para além do eixo técnico-assistencial, abrangendo aspectos da gestão de projetos e da excelência operacional. Parte dos resultados que permitiram à instituição alçar ao patamar de instituição de reconhecida excelência deve-se à adoção de práticas profissionalizadas de gestão de projetos, alinhadas ao que tem sido preconizado globalmente como técnicas mais efetivas para a entrega de valor. De acordo com o relatório *Pulse of the profession*, publicado em 2016 pelo Project Management Institute, organizações com maior grau de maturidade na gestão de projetos têm maior probabilidade de alcançar seus objetivos estratégicos e garantir a perenidade de suas atividades (PMI, 2016).

No eixo da excelência operacional, a instituição também tem desenvolvido iniciativas que aplicam a filosofia Lean Healthcare, cujos resultados e aprendizados têm sido, em grande medida, incorporados aos projetos que tem realizado no SUS. Segundo Graban (2016), especialista em Lean Healthcare e autor de diferentes publicações sobre o tema, a filosofia Lean promove um modelo mental nas equipes orientado à melhoria contínua, busca da excelência e redução de desperdícios em diferentes formas, tendo encontrado na saúde um espaço de oportunidade imenso para agregação de valor.

Nesse contexto, a BP viu uma oportunidade de compartilhar com o sistema público tudo o que tem empregado em termos de boas práticas de gestão, podendo enriquecer esses aprendizados com os territórios onde desenvolve seus projetos, levando-os adiante para outras organizações no decorrer do tempo e abrindo espaço para sinergias positivas entre a saúde pública e suplementar.

## TRIÊNIO 2021/2023

Tendo debatido e produzido um plano de trabalho para o projeto no segundo semestre de 2021, a BP iniciou a mobilização de equipe e efetivamente passou a compor o esforço colaborativo da PAS em meados de 2022. Conforme apresentado em seu plano de trabalho, o projeto foi elaborado com o objetivo geral de apoiar, técnica e gerencialmente, as equipes das SES e SMS na organização dos macroprocessos da APS e da AAE, por meio da metodologia da PAS, visando principalmente a melhoria do acesso (ao) e do cuidado das pessoas usuárias com condições crônicas (BP, 2021).

A equipe envolveu inicialmente um time com quase 60 profissionais, distribuídos entre assessores, consultores e facilitadores atuando nos territórios, além da estrutura administrativa e de apoio. Como forma de incorporar boas práticas e particularidades do projeto rapidamente, foram escolhidos profissionais com ampla experiência na iniciativa, seja desenvolvendo o projeto em outras instituições, seja por terem se beneficiado e promovido a iniciativa em territórios onde atuavam na gestão.

O desafio para a BP estava em abraçar os territórios que vinham se beneficiando da interação e apoio direto do Conass e abrir portas para novas regiões que ainda não haviam passado pelo processo de planificação.

A abordagem envolveu uma aproximação inicial com os estados, promovida pelo Conass, a partir da qual se estabeleceu um eixo de comunicação com as SES e SMS. A partir daí, foram identificadas figuras de referência nos níveis estadual, regional, municipal e de unidades, denominadas de tutores. Com esses servidores, foram trabalhados conteúdos técnicos e ferramental de gestão, tanto em sessões de aprendizado virtuais quanto em oficinas tutoriais presenciais. Tais movimentos envolveram desde a realização de um diagnóstico dos territórios e identificação de suas principais demandas até a implementação e o monitoramento de planos de ação para melhoria de diferentes processos, buscando-se deslocamento positivo em termos de maturidade dos macroprocessos nas unidades beneficiadas. Esse deslocamento é aferido de maneira objetiva a partir de um *checklist* de avaliação, o qual é aplicado periodicamente e gera dados relevantes que orientam as ações de melhoria.

Assim como vem sendo feito nos demais braços do projeto, em cada uma das regiões de saúde que receberam a iniciativa, elegemos, em conjunto com as secretarias de saúde, ao menos uma linha de cuidado prioritária em torno da qual se reorganizariam os macroprocessos, conforme modelo de Construção Social da APS. São opções aqui: o trabalho com hipertensão/diabetes, saúde da pessoa idosa, saúde da gestante e da criança.

Ainda no triênio 2021/2023, houve um exercício de avaliação de resultados, que comparou o desempenho dos indicadores do Previne Brasil em quadrimestres anteriores e posteriores à operacionalização do projeto, sendo que, em ambos os movimentos, observou-se avanços positivos. Essa ação teve o propósito de evidenciar

se os avanços obtidos em termos de melhoria de processos nas unidades estavam redundando em mudanças de desempenho nos indicadores de saúde aferidos pelos municípios.

Na prática, as ações do projeto se desenrolaram na forma de 8 oficinas tutoriais presenciais com duração média de 5 dias em intervalos de aproximadamente 45 dias. Nesses encontros, capacitações e apoio consultivo culminavam no desenvolvimento de planos de ação, que eram monitorados e executados durante os períodos de dispersão, isto é, momentos posteriores às oficinas nos quais as equipes das unidades beneficiadas recebem apoio remoto de nossos consultores para o desenvolvimento de planos de ação e/ou complemento de conteúdos técnicos que tenham gerado dúvidas. Além dessas estratégias, a elaboração de documentos orientadores e o compartilhamento de seus conteúdos com o território visavam ao alinhamento conceitual da equipe e dos profissionais apoiados ao longo do projeto.

Nesse primeiro triênio, o projeto foi realizado em cinco UF: Rondônia, Maranhão, Rio Grande do Sul, Distrito Federal e Goiás, abarcando 32 Regiões de Saúde, das quais 18 em fase de consolidação e 14 em expansão da PAS nas Macrorregiões de Saúde.

Desses territórios, convém destacar que o estado de Goiás definiu a PAS como metodologia para a organização da APS em suas 18 regiões de saúde, de modo que, desde então, todos os seus municípios podem aderir à iniciativa. As demais 14 foram assim distribuídas: seis em Rondônia, cinco no Maranhão, duas no Rio Grande do Sul e uma no Distrito Federal. Destas, foram trabalhados temas relativos à integração da atenção primária com ambulatórios especializados em seis delas, com ações para que o cuidado às pessoas usuárias com condições crônicas, identificadas com quadros complexos, fosse estruturado desde a APS, com compartilhamento de cuidado entre os dois níveis de atenção.

No decorrer do projeto, o tema da saúde materno-infantil ganhou relevância, principalmente após um olhar mais pormenorizado sobre a realidade dos estados beneficiados ter revelado quadros de elevada mortalidade materna em algumas regiões. Segundo o estudo *Maternal Mortality: Fact Sheet – 2023 Update*, a mortalidade materna tem ceifado a vida de centenas de mulheres todos os dias ao redor do mundo, com mais de 700 casos acontecendo diariamente (WHO, 2024). A situação brasileira, a despeito da evolução positiva das últimas décadas, ainda causa preocupação (Brasil, 2025). Nesse contexto, alcançar as metas com as quais o Brasil tem se comprometido tem parecido algo distante da realidade enfrentada nos territórios onde o projeto vem se desenvolvendo.

O primeiro local alvo de intervenções nessa linha foi o Maranhão. O estado registrou elevado número de casos e uma razão de mortalidade materna entre as mais críticas do Brasil. Quando estratificadas as causas, vê-se que envolvem, sobretudo, complicações como eclâmpsia, doenças infecciosas e parasitárias, além de hemorragias pós-parto, sendo parte significativa dos óbitos evitáveis (Sousa, 2024).

Além das ações na APS e na AAE, a equipe propôs capacitações específicas para as maternidades, na forma dos Cursos de Suporte Avançado à Vida em Obstetrícia (Advanced Life Support in Obstetrics – ALSO) para médicos e enfermeiros obstétricos e de Suporte Básico à Vida em Obstetrícia (Basic Life Support in Obstetrics – BLSO) para enfermeiros e técnicos em enfermagem.

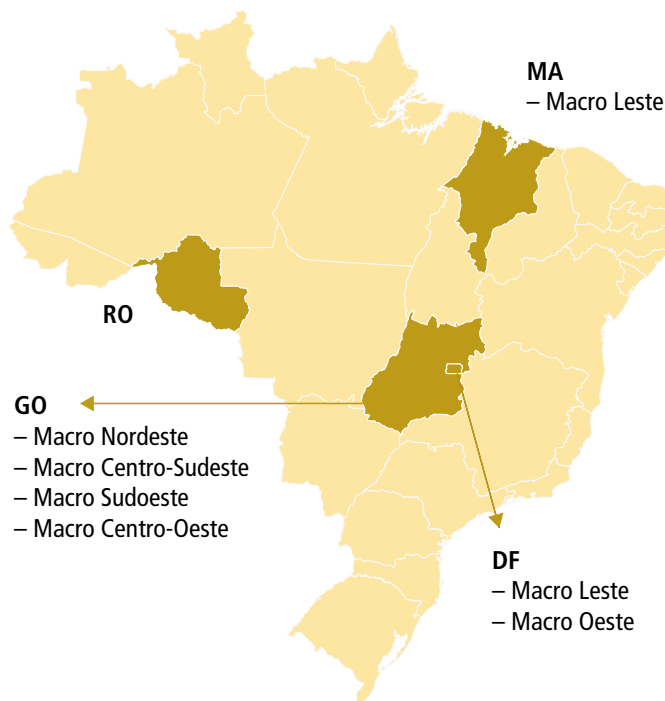
Foram realizadas ações na Região de Saúde de Caxias, de onde dados preliminares sugerem que o movimento realizado nessa região, fomentando mudanças em termos de políticas públicas e compromisso dos gestores e equipes com o tema, poderia estar associado à redução de casos que observamos nos períodos subsequentes. Contudo, dado o caráter de longo prazo de avaliação requerido para comprovar essa hipótese, estamos empreendendo estudo de avaliação de impacto que poderá trazer mais luz para esse fenômeno. Além disso, o determinante racial desse risco e a necessidade de políticas públicas para enfrentá-lo foram debatidos no seminário “Morte Materna de Mulheres Negras no Contexto do SUS”, grupo mais afetado por essa triste realidade, encontro este realizado em parceria com o Ministério da Saúde e o Conass (Brasil, 2023).

Convém destacar que, nesse período, houve intensa cooperação com outros projetos também em execução na BP, assim como em outros hospitais Proadi-SUS, como o Projeto TeleNordeste no Maranhão e com os projetos Saúde Mental na APS e PlanificaSUS conduzidos pelo HIAE. Essas parcerias foram celebradas, assim como os resultados globais do triênio, na II Conferência Nacional de Planificação da Atenção à Saúde, realizada em Brasília, em novembro de 2023 (Conferência Nacional de Planificação da Atenção à Saúde, 2023).

## TRIÊNIO 2024/2026

Muitas lições aprendidas foram colhidas neste período inicial do projeto, as quais foram incorporadas ao redesenho da iniciativa para o triênio 2024/2026. O desafio muda neste período, passando a envolver, além do avanço de maturidade nos macroprocessos ainda não trabalhados, o planejamento e o debate com os estados de estratégias que evidenciem o impacto do projeto nas redes de atenção. A esse esforço, soma-se o de tornar a PAS parte da política estadual de saúde, fomentando, nas SES, a criação de estrutura e processos definidos para sua continuidade por meio de equipes próprias futuramente, além de um modelo de governança que garanta a perenidade das ações e de seu monitoramento em termos de resultados.

Iniciamos 2024, portanto, com a perspectiva de seguir nos mesmos estados e regiões, porém, a volatilidade do cenário levou a mudanças de planos.

**Figura 1.** Territórios beneficiados pela BP a partir de 2024

Nos primeiros diálogos deste novo triênio, envolvendo Conass, Ministério da Saúde e HIAE, houve consenso de que a ação deveria ter como unidade territorial a macrorregião, e não a região de saúde, compreendendo que o modelo proposto pela PAS se fortalecia da governança das redes e retroalimentava essa forma de pensar nos sistemas de saúde. Posto isso, houve consenso de que seria fundamental que a articulação e a ação se dessem, sobretudo, nessa instância. Assim, realizamos alguns movimentos de troca de regiões entre as instituições, de modo que o estado de Rondônia passou a contar integralmente com o apoio da BP, assim como a Macrorregião Leste do Maranhão. Em Goiás, a BP ficou concentrada em praticamente todas as macrorregiões, exceto a Centro-Norte, na qual a experiência do HIAE com a saúde mental justificava maior tempo de aperfeiçoamento e experimentação, sendo um laboratório do qual temos expectativa de emergirem experiências positivas para todo o projeto. No Distrito Federal, reiniciamos na região Leste.

Além desse movimento de mudança, o cenário epidemiológico e climático no Rio Grande do Sul acabou levando à suspensão do projeto. Em um primeiro período, o enfoque das atenções esteve na crise do sistema hospitalar em decorrência da elevada taxa de ocupação de leitos no início do ano, motivada, sobretudo, pela escalada de arboviroses e condições respiratórias (G1 RS, 2024). Em seguida, o estado foi atingido pela maior catástrofe climática que já vivenciamos no País, a qual impossibilitou

quaisquer movimentos de retomada das atividades (Freitas, 2025). Desse modo, mobilizamos a equipe e os esforços planejados para esse território para uma nova região, o que permitiu abrir uma frente da PAS na Região Oeste do Distrito Federal, a qual engloba as regiões de Ceilândia, Brazlândia e Sol Nascente, e onde vive em situação de vulnerabilidade importante parcela da população dessa UF.

Afora essas frentes, foi planejada nova ação concentrada para o tema da mortalidade materno-infantil, dessa vez direcionando esforços para o estado de Rondônia. Ali, observava-se elevada mortalidade materna em algumas regiões, apesar de um desempenho superior à média nacional ao longo da série histórica (Souza, 2024). Além do trabalho intensivo na atenção primária e de qualificação dos serviços de atenção especializada, o projeto ofertou os cursos de ALSO e BSLO em Ji-Paraná e Cacoal. Nesses momentos, foi possível integrar os atores da APS, AAE e Atenção Hospitalar em prol do melhor atendimento às gestantes e aos neonatos. A estes movimentos em conjunto, o estado tem atribuído a queda expressiva nesse indicador, colocando o estado na posição de melhor desempenho comparado aos demais da região Norte, alcançando uma razão de 14,7 no primeiro semestre de 2024 (Rondônia, 2024).

Como forma de avaliar os avanços nesse tema em todas as regiões beneficiadas pelo projeto, está em curso a avaliação de impacto com o objetivo de identificar claramente os efeitos do projeto sobre a melhoria dos indicadores da linha materno-infantil, sinalizando se, de fato, é possível atribuir às ações do projeto os resultados que já temos observado em alguns territórios. Dados preliminares sugerem que o pré-natal tem sido qualificado na APS com esses movimentos, sendo possível observar melhor programação do cuidado nas UBS, com consequente incremento no número de consultas pré-natal, maior assertividade na detecção de sífilis, entre outros fatores. O mesmo tipo de estudo está sendo realizado em relação à linha de cuidado das pessoas com hipertensão e diabetes, na qual tudo indica que tem havido impacto na redução de internações motivadas por agudização dessas condições e amputações.

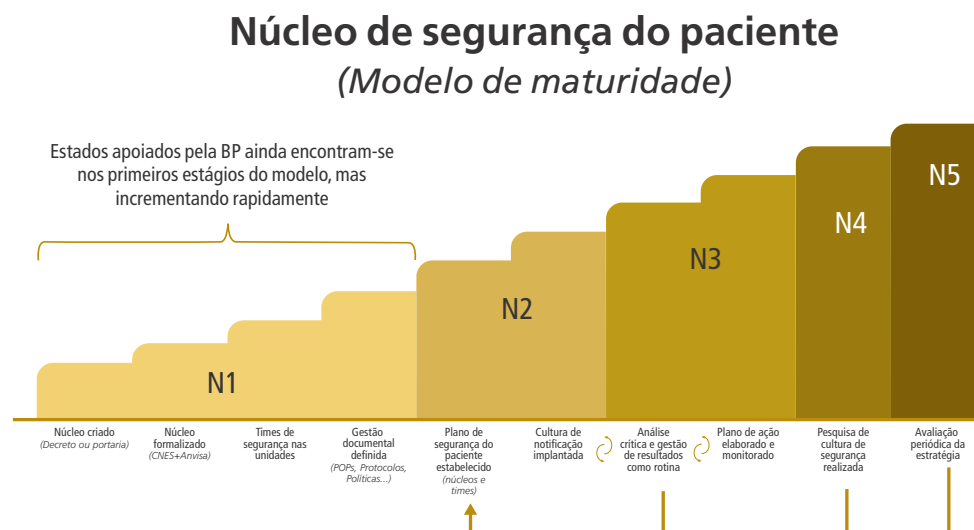
**Figura 2.** Equipe da PAS BP em 2024



Em 2025, a PAS na BP chega ao alcance de 265 municípios nos territórios beneficiados, nos quais temos cerca de 1.500 UBS e 13 ambulatórios de especialidades em processo de implementação e/ou consolidação do modelo Pasa. Até o momento, mais de 14 mil profissionais de saúde tiveram contato com nossa equipe em oficinas tutoriais presenciais, atividades *on-line*, *webinars* e eventos, o que corresponde a pouco menos que 10% dos profissionais que atuam nesses níveis de atenção, sendo uma meta ampliar essa participação até dezembro de 2026.

Outro tema que vem sendo trabalhado intensamente como um dos eixos transversais do projeto é a segurança do paciente. Trata-se de um campo da saúde visto globalmente como sensível e necessário, sendo determinante para oportunizar melhor assistência às pessoas usuárias e condições de trabalho seguras para os profissionais. No *Plano de ação global para a segurança do paciente 2021-2030*, documento produzido pela OMS a partir de relatos e dados colhidos por especialistas de todo o mundo, consta que parte significativa dos danos aos pacientes tem como causa problemas originados na APS e AAE, sendo que mais da metade dos pacientes recebendo cuidados nesse nível de atenção já passou por situações de erros assistenciais ou de diagnóstico com algum grau de impacto sobre sua qualidade de vida ou condição de saúde (WHO, 2021). Esse movimento se traduz em ações que vão desde eventos e capacitações até o estímulo à adoção das metas internacionais de segurança do paciente no contexto de APS e AAE, estruturação de núcleos municipais de segurança do paciente, cultura de notificação de eventos adversos e de análise acompanhada de proposição de ações de melhoria de processos para redução desse fenômeno.

**Figura 3.** Maturidade dos processos relacionados à segurança do paciente



Fonte: elaboração própria.

Outro tema que tem ganhado relevância são os cuidados paliativos. Mesmo antes da publicação da PNCP, a equipe do projeto já havia reconhecido o tema como prioridade e adotado a perspectiva de trabalhar esse conceito e suas práticas na APS e AAE, ambientes nos quais a discussão e a oportunidade de aplicação de ferramentas ainda são pouco maduras no Brasil. Esse relativo atraso da incorporação de práticas e do debate quando comparado com a atenção hospitalar, como destaca Rodrigues em seu artigo “Cuidados paliativos: percurso na atenção básica no Brasil” (2022), deve-se, sobretudo, a uma cultura de negação da finitude da vida pelos profissionais de saúde e a escassez de iniciativas e políticas públicas para melhorar a qualidade da morte no Brasil (o País ocupa a 42ª posição em um *ranking* global divulgado pela The Economist).

Nota-se que essa realidade vem mudando progressivamente, com várias regiões movimentando-se no sentido de estabelecer suas equipes para a temática e definir políticas regionais para esse eixo. A difusão do conceito em si faz parte das ações da PAS nesse tema, dado que se trata de iniciativa ainda insipiente em contexto de APS e AAE no Brasil. Outrossim, foram trabalhados instrumentos para identificação de pacientes elegíveis e para planejamento terapêutico de casos complexos, o que pereniza nas equipes um ferramental para atuar nessas situações.

## CONCLUSÃO

Em cada um dos estados que estão vivenciando a PAS com apoio da BP, podemos citar avanços e desafios particulares. O Maranhão tem surpreendido muito positivamente pelo avanço rápido na incorporação da PAS como uma política pública, traduzindo-se na alocação de equipe dedicada a implementar o modelo em todo o território, de modo que suas três macrorregiões se encontram em planificação neste momento. Vemos também um movimento de aproximação da Escola de Saúde Pública, que tem empreendido esforços para desenvolver metodologia e itinerários próprios de capacitação dos quadros da SES e SMS para operacionalização do projeto com suas próprias pernas. O fortalecimento da governança do projeto e das redes ainda é um desafio, sendo necessário um esforço adicional para que práticas de proposição, planejamento, execução e monitoramento de ações de melhoria para as redes tornem-se rotina nos fóruns dos CIR e CIB.

Já em Goiás, os diferentes movimentos deste triênio produziram resultados. Vale destacar as ações no eixo de eventos agudos, as quais fortaleceram a atenção primária para o atendimento de emergências, síndromes respiratórias e arboviroses, inclusive com treinamentos de reanimação cardiorrespiratória, fluxos para o período da dengue, fluxo ágil para outros níveis de atenção e implantação de carrinhos de medicação e parada em muitas de suas unidades, tornando as equipes aptas e em condições de lidar melhor com situações que podem ocorrer no entorno da unidade ou durante o atendimento e que exigem rápida condução. A despeito dos inequívocos benefícios já colhidos nos municípios que aderiram a essas práticas, cabe

ainda os difundir e alcançar ainda mais cidades com essa estratégia. Segue como desafio o aperfeiçoamento da coordenação entre APS e AAE, de modo a alinhar os projetos em curso no estado, como a “Rede Nascer em Goiás” e as melhorias em implementação no complexo regulador.

O estado de Rondônia, apesar do cenário complexo vivido em 2024 em função da seca extrema e incêndios florestais, tem se mostrado muito engajado na iniciativa e bastante comprometido com a elevação da segurança do paciente e com a linha materno-infantil. Parceria da SES, SMS e Tribunal de Contas do Estado, somada aos esforços da equipe da BP, tem estimulado os três níveis de atenção a agirem de maneira integrada para o melhor cuidado a esse subgrupo populacional, com boas perspectivas de reversão das estatísticas. A revisão da estratégia estadual para a atenção primária em curso com o apoio da equipe do projeto compõe esse esforço. Como ressaltamos, tudo leva a crer que temos um movimento de redução da mortalidade materna expressivo, porém, ainda não se refletindo plenamente no cuidado ao neonato e à criança na primeira infância, em que há ainda muito o que fazer.

O Distrito Federal também tem enfrentado substanciais desafios, seja em função do cenário epidemiológico, seja em face do cenário político e de alternâncias na gestão, os quais têm levado a muitas dificuldades na operacionalização da rede em si e da PAS. Contudo, a entrada da região Oeste, território no qual temos observado elevado grau de engajamento e mobilização das equipes, e os avanços na região Leste dão perspectivas bastante positivas. Em ambos os territórios, estamos experimentando a oportunidade de apoiar a estruturação de serviços de AAE desde o início para operarem segundo o modelo Pasa, o que evidencia compromisso da gestão e equipes com o tema e com as pessoas usuárias. Dados preliminares sugerem que a PAS tem sido decisiva para a melhoria do cuidado às pessoas com hipertensão e diabetes, sendo sinalizada redução nos eventos de internação por agudização dessas condições nos territórios apoiados pelo projeto quando comparado a outras regiões.

Não obstante esses inegáveis avanços, há ainda muitos desafios a serem superados nacionalmente para que as boas práticas preconizadas pelo projeto se tornem realidade para a maior parte do País.

Em primeiro lugar, urge a necessidade de revisão da PNAB, considerando o cenário em que tivemos recentemente instalada uma nova Política da Atenção Especializada em Saúde (PNAES), exigindo, portanto, um novo olhar para a integração entre esses níveis de atenção, assim como o reconhecimento das práticas de Cuidados Paliativos para a APS que emanam da também nova política nacional para o tema. Deve, igualmente, olhar para o que está acontecendo no mundo, sobretudo em termos de incorporação de tecnologias que possam tornar a APS mais potente na gestão do cuidado, promoção, prevenção, monitoramento da saúde populacional e oferta de serviços via telessaúde.

A esse movimento, soma-se a necessidade de utilização efetiva dos dados colhidos no recém-realizado Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde, com o intuito de atualizar o cenário da infraestrutura, capacidade operacional e desempenho da atenção primária, sendo um subsídio para o aperfeiçoamento das políticas públicas.

Um segundo ponto bastante desafiador tem sido a governança da PAS em si nos territórios e das redes de atenção. As demandas para os gestores em âmbito municipal e estadual são muitas e críticas, roubando deles espaço de agenda para pensar em melhoria de processos e fluxos, os quais, obviamente, trariam maior confiabilidade e redução de variabilidade nas rotinas de suas unidades. Segundo Toni (2020), especialista em planejamento estratégico no setor público, assim como ocorre em todas as grandes organizações — e não é diferente no setor público —, a agenda de futuro e de organização é sempre engolida pelos incêndios do dia a dia, limitando maiores avanços. É fundamental, portanto, criar espaços protegidos de agenda para refletir sobre indicadores e metas, desenhar planos de ação e, sobretudo, garantir sua execução dentro de horizontes razoáveis de tempo. Abordando especificamente o caso da saúde, o *Manual de Planejamento no SUS* (Brasil, 2015) enfatiza que as demandas dos cidadãos são grandes e, especialmente na Saúde, urgentes, exigindo ação tempestiva e assertiva dos gestores e técnicos das secretarias.

Por fim, a PAS precisa ser mais do que um projeto: deve se tornar uma estratégia de gestão para as SES e SMS. Se é assim, ela exige a definição de uma estrutura própria, técnica e robusta, que conduza a iniciativa independentemente de suportes externos que possam ser oferecidos via Proadi-SUS ou por outras fontes de financiamento no futuro. Ter um time dedicado, capaz de conduzir o processo e apto a formar novos quadros alinhados a esses conceitos e práticas é crítico para que o modelo cresça e se expanda, sendo ainda mais reconhecido por seu potencial de transformação da realidade nos municípios brasileiros.

## REFERÊNCIAS

BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO. **Planificação da Atenção à Saúde: Gestão e Organização da Atenção Primária e Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde.** Plano de trabalho submetido ao Ministério da Saúde no âmbito do PROADI-SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO. **Relatório de Sustentabilidade 2024.** São Paulo: BP, 2024. Disponível em: <https://www.bp.org.br/institucional/sustentabilidade/relatorio-2024>. Acesso em: 6 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS.** Brasília: MS 2015. (Série Articulação Interfederativa; v. 4). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/>

[pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/publicacoes/volume-4](https://pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/publicacoes/volume-4). Acesso em: 5 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna**. Brasília: MS, 2025. Disponível em: <http://plataforma.saude.gov.br/mortalidade/materna/>. Acesso em: 6 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório da 1ª Oficina de Trabalho: Morte Materna de Mulheres Negras no Contexto do SUS**. Brasília: MS, 2023. Disponível em: <https://www.conass.org.br/relatorio-da-1a-oficina-de-trabalho-morte-materna-de-mulheres-negras-no-contexto-do-sus/>. Acesso em: 6 out. 2025.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE, 2., 2023, Brasília. **Anais** [...]. São Paulo: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. 2023. Disponível em: <https://biblioteca.observatoriosaudepublica.com.br/documentos-umane/anais-da-ii-conferencia-nacional-de-planificacao-da-atencao-a-saude/>. Acesso em: 6 out. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Planificação da Atenção à Saúde. **Consensus**, Brasília, v. 6, n. 20, 1-36, 2016. Disponível em: [https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/revistaconsensus\\_20.pdf](https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/revistaconsensus_20.pdf). Acesso em: 5 out. 2025.

FREITAS, C. M; BARCELLOS, C. Desastre no Rio Grande do Sul, Brasil: crise climática, resposta do Sistema Único de Saúde e desafios dos novos tempos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, n. 11, p. e00114424, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT114424>. Acesso em: 5 out. 2025.

G1 RS. Entenda como crise em hospitais da Região Metropolitana impacta emergências de Porto Alegre. **G1**, [s. l.], 2 abr. 2024. Disponível em: <https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2024/04/02/entenda-crise-hospitais-regiao-metropolitana-porto-alegre.ghtml>. Acesso em: 5 out. 2025.

GRABAN, M. **Lean Hospitals**: Improving Quality, Patient Safety, and Employee Engagement. 3. ed. Boca Raton: CRC Press, 2016.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **Tackling Wasteful Spending on Health**. Paris: OECD Publishing, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/9789264266414-en>. Acesso em: 5 out. 2025.

PROJECT MANAGEMENT INSTITUTE. **Pulse of the Profession®**: Entrega de valor: concentre-se nos benefícios durante a execução do projeto. [S. l.]: Project

Management Institute, 2016. Disponível em: <https://www.pmi.org/learning/library/pt-2016-pulse-entrega-valor-13593>. Acesso em: 5 out. 2025.

RODRIGUES, L. F.; SILVA, J. F. M.; CABRERA, M. Cuidados paliativos: percurso na atenção básica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 38, n. 9, p. e00130222, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT130222>. Acesso em: 5 out. 2025.

RONDÔNIA. Governo do Estado. **Rondônia lidera na redução da mortalidade materna e avanços na saúde das gestantes**. Porto Velho: Governo de Rondônia, 2024. Disponível em: <https://rondonia.ro.gov.br/rondonia-lidera-na-reducao-da-mortalidade-materna-e-avancos-na-saude-das-gestantes/>. Acesso em: 6 out. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE EXPERIÊNCIA DO PACIENTE E CUIDADO CENTRADO NA PESSOA. The Beryl Institute. **Expectativas e Experiência do Paciente com os Cuidados em Saúde no Brasil**. [S. l.]: SOBREXP, 2024. Disponível em: [https://www.theberylinstitute.org/wp-content/uploads/2024/04/2024-PORTUGUES\\_Expectativas\\_e\\_Experiencia\\_do\\_Paciente\\_com\\_os\\_Cuidados\\_em\\_Saude\\_no\\_Brasil\\_2024.pdf](https://www.theberylinstitute.org/wp-content/uploads/2024/04/2024-PORTUGUES_Expectativas_e_Experiencia_do_Paciente_com_os_Cuidados_em_Saude_no_Brasil_2024.pdf). Acesso em: 5 out. 2025.

SOUSA, L. F.; SOUSA, I. J. O. Investigação de fatores associados à mortalidade materna no Estado do Maranhão. In: JORNADA ACADÊMICA DE MEDICINA DE CODÓ, 2., 2024, Codó. **Anais** [...]. Codó (MA): Faculdade Pitágoras de Ciências da Saúde de Codó, 2025. Disponível em: <https://www.even3.com.br/anais/jamedcfpmc/1003423-investigacao-de-fatores-associados-a-mortalidade-materna-no-estado-do-maranhao/>. Acesso em: 5 out. 2025.

TONI, J. **Reflexões sobre o planejamento estratégico no setor público**. Brasília: ENAP, 2020. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/6334/1/Jackson%20de%20Toni.pdf>. Acesso em: 5 out. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Patient Safety Action Plan 2021–2030**: Towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>. Acesso em: 5 out. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Maternal Mortality**: Fact Sheet – 2023 Update. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>. Acesso em: 6 out. 2025.

# A PLANIFICAÇÃO EM MOVIMENTO: A EXPERIÊNCIA EINSTEIN E O PLANIFICASUS

Marcio Anderson Cardozo Paresque

## 1. INTRODUÇÃO

A consolidação de um sistema de saúde público, universal e equânime constitui um dos maiores desafios históricos do Brasil. Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, o país vem avançando na construção de um modelo centrado nas necessidades das pessoas e sustentado pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Contudo, a efetivação desses princípios depende da capacidade de articular os diferentes pontos da rede, garantindo continuidade do cuidado e gestão integrada entre níveis de atenção.

A Portaria nº 4.279/2010, que institui as Redes de Atenção à Saúde (RAS), representou um marco normativo nesse percurso, ao propor um modelo de organização baseado na coordenação do cuidado pela Atenção Primária à Saúde (APS). Complementarmente, a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017) e a Política Nacional de Atenção Especializada à Saúde (Brasil, 2023) reforçam o papel da APS como eixo ordenador e articulador das redes de atenção, estimulando estratégias inovadoras de gestão e cuidado.

Nesse contexto, a Planificação da Atenção à Saúde (PAS) emerge como uma metodologia estruturante para reorganizar o cuidado e fortalecer a coordenação entre os diferentes pontos da rede, adotando um modelo de gestão de base territorial que articula gestão, prática assistencial e educação. Seu propósito é apoiar gestores e equipes na qualificação das práticas e processos de trabalho, orientando a atenção à saúde de forma centrada na pessoa, contínua e resolutiva.

O Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS), assumiu papel estratégico na implementação dessa metodologia, atuando em parceria com o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). Desde 2019, o Einstein vem desenvolvendo o Projeto PlanificaSUS, uma iniciativa de abrangência nacional que combina suporte técnico, formação profissional, produção científica e inovação, com o objetivo de fortalecer a APS e a AAE e integrar os diferentes níveis de atenção.

A experiência representa um marco importante na trajetória da Planificação, por possibilitar essa implementação em larga escala.

O presente capítulo tem como objetivo descrever a trajetória, as estratégias inovadoras, alguns resultados e as lições aprendidas no desenvolvimento do Projeto PlanificaSUS, ao longo deste período, além de perspectivas de futuro. A narrativa está organizada de modo a evidenciar a evolução metodológica e institucional do projeto, desde sua concepção inicial até a atual fase de consolidação e geração de evidências, destacando as inovações implementadas, os desafios enfrentados e os aprendizados acumulados. Mais do que um relato de execução, o texto busca contribuir para o debate sobre inovação pública, governança em saúde e sustentabilidade da planificação, reforçando o papel do PROADI-SUS como plataforma de fortalecimento do sistema público de saúde brasileiro.

## 2. PLANIFICASUS FASE 1 (2019–2020): INÍCIO E CONSOLIDAÇÃO METODOLÓGICA

A primeira fase do Projeto PlanificaSUS, desenvolvida entre 2019 e 2020, marcou o início da implementação nacional, em larga escala, da metodologia de Planificação da Atenção à Saúde (PAS) sob coordenação técnica do Hospital Israelita Albert Einstein, em parceria com o Ministério da Saúde e o Conass. Influenciado pela ciência da implementação, esta fase priorizou a atuação em unidades-laboratório, nos territórios selecionados para funcionar como espaços de aprendizagem e prototipagem dos macroprocessos da APS e na AAE, a partir do modelo PASA, em diferentes regiões de saúde. Essa estratégia metodológica permitiu a experimentação de ferramentas e abordagens de gestão que posteriormente seriam replicadas em outros contextos, consolidando um modelo de apoio técnico e formativo baseado em aprendizagem na prática.

A implementação envolveu 25 regiões de saúde, abrangendo 278 municípios e aproximadamente 300 unidades básicas de saúde, além de 25 ambulatórios especializados, sendo 17 para a linha de cuidado ao pré-natal, seis para a linha de cuidado de doenças crônicas – hipertensão e diabetes, uma para a linha de cuidado da pessoa idosa e uma para a linha de cuidado em saúde mental, totalizando cerca de 5 mil profissionais diretamente engajados. Cada território estruturou um grupo condutor local, composto por gestores e profissionais de referência, responsável por coordenar as ações e alinhar o projeto às realidades regionais, além de definirem tutores, que são agentes estratégicos para as melhorias.

A Fase 1 foi estruturada em torno de quatro temas centrais que orientaram toda a metodologia de trabalho e a organização dos macroprocessos tanto na Atenção Primária à Saúde (APS) quanto na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). O primeiro tema, o papel da APS e do modelo de Planificação da Atenção à Saúde (PASA), enfatizou a importância da APS como ordenadora da rede e coordenadora

do cuidado, fortalecendo seus atributos. O segundo, território e gestão de base populacional, tratou da organização dos serviços a partir das necessidades sanitárias das populações adscritas, valorizando o conhecimento do território e o uso de informações para o planejamento local. O terceiro tema, acesso, buscou qualificar a entrada dos usuários na rede, articulando o acolhimento, identificando as barreiras e implantando o bloco de horas. Por fim, o quarto tema, gestão do cuidado, integrou os anteriores, correlacionou com o MACC e instrumentalizou para uma melhor programação do cuidado e organização da agenda.

Durante a execução, o projeto vivenciou um dos maiores desafios de sua história institucional: a pandemia de COVID-19. Em 2020, a necessidade de isolamento social interrompeu as atividades presenciais e exigiu uma rápida reconfiguração da estratégia metodológica. O PlanificaSUS respondeu a esse cenário com inovação e agilidade, migrando suas ações para o ambiente digital e estruturando uma rede de apoio remoto para os territórios. Foram criadas oficinas virtuais, webinários formativos e compartilhamento de conteúdo técnico e notas metodológicas, através plataforma e-Planifica. Essa transição fortaleceu a capacidade de resposta do projeto e marcou a entrada definitiva da educação digital e híbrida como pilar da metodologia de apoio técnico.

Mesmo diante das restrições impostas pela pandemia, a primeira fase mais de 2.100 oficinas tutoriais e em torno de 125.000 participações em workshops. Além de resultados quantitativos expressivos, destacou-se a consolidação da metodologia de apoio presencial-remoto, o fortalecimento das parcerias estaduais e a validação de instrumentos técnicos que se tornariam estruturantes das fases seguintes, como os roteiros de tutoria, os painéis de acompanhamento de macroprocessos e os indicadores de desempenho da APS e da AAE.

A estruturação da Fase 1 teve um caráter piloto e estruturante para a operacionalização da Planificação em larga escala e para validação enquanto metodologia para os diferentes contextos do SUS. A experiência em unidades-laboratório permitiu experimentar novos instrumentos, novos formatos, ajustar processos e consolidar práticas de gestão e de cuidado, que serviram de base para a fase de expansão para as demais unidades e novos territórios.

A Fase 1 demonstrou, na prática, que a implementação bem-sucedida da PAS requer testes controlados, pactuação permanente e envolvimento direto da gestão e das equipes locais, de modo que se consolida como um modelo vivo, flexível e capaz de gerar resultados concretos desde o início do processo.

### 3. PLANIFICASUS FASE 2 (2021–2023): EXPANSÃO E INSERÇÃO NOVOS TEMAS

A segunda fase do Projeto PlanificaSUS, desenvolvida entre 2021 e 2023, representou o momento de expansão e consolidação da metodologia. Após o ciclo inicial de experimentação e ajustes realizados nas unidades-laboratório, o projeto avançou para a etapa de expansão, com o objetivo de ampliar o processo de planificação para as demais unidades básicas de saúde dos municípios participantes, consolidando o modelo em nível municipal e regional e fortalecendo a integração entre os diferentes pontos da rede. Essa expansão marcou a transição do caráter piloto da primeira fase para uma estratégia estruturada de implementação plena, voltada à institucionalização da metodologia e ao fortalecimento das capacidades locais de gestão e cuidado.

Com a retomada gradual das atividades presenciais e a incorporação das tecnologias digitais consolidadas durante a pandemia, o projeto estruturou um modelo híbrido de apoio técnico, combinando oficinas presenciais, momentos de aprendizagem virtual e acompanhamento remoto contínuo. Essa abordagem assegurou capilaridade e continuidade metodológica, permitindo o monitoramento simultâneo de múltiplos territórios e a troca de experiências entre estados e municípios. O apoio técnico tornou-se mais sistematizado, com agendas de tutoria planejadas, acompanhamento de indicadores e devolutivas periódicas aos grupos condutores regionais.

Durante essa fase, o projeto ampliou o escopo temático dos macroprocessos de trabalho, mantendo os quatro eixos centrais estruturados na Fase 1 — papel da APS e do modelo PASA, território e gestão de base populacional, acesso e gestão do cuidado — e incorporando novas temáticas, Integração entre a APS e a AAE, Monitoramento e avaliação, Autocuidado Apoiado, Cuidados Paliativos, Segurança do Paciente e Vigilância.

Com isso, passamos a ter dois cenários: unidades-laboratório que avançaram na organização dos macroprocessos, conforme os novos temas e unidades de expansão, que replicaram o aprendizado da Fase 1 nas demais unidades básicas, de seus municípios.

Paralelamente, conduzimos o Projeto Saúde Mental na APS, que uniu a Planificação com a proposta do Manual de Intervenções *mental health Gap Action Programme* (MImhGAP) e pilotamos em seis regiões de saúde, a organização do cuidado em saúde mental na APS.

O componente educacional também ganhou robustez. Foram desenvolvidas trilhas formativas híbridas e autoinstrucionais, permitindo o acesso de profissionais de diferentes regiões às formações sobre os fundamentos e instrumentos da Planificação. A adesão foi expressiva, com mais de 15 mil participações em atividades formativas, demonstrando o avanço da educação permanente como estratégia de

consolidação das mudanças organizacionais. As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde passaram a assumir papel ativo na condução das formações e no acompanhamento das regiões, fortalecendo o protagonismo local.

Os resultados alcançados entre 2021 e 2023 demonstram a consolidação do modelo e a ampliação de sua efetividade. O PlanificaSUS esteve presente em todas as cinco regiões do país, com ações em 24 Regiões de Saúde e 18 Unidades Federativas, promovendo a integração entre as esferas de gestão e a melhoria da coordenação do cuidado. Casos emblemáticos — como a consolidação do modelo em municípios da Região do Baixo Amazonas, a ampliação da Planificação, por iniciativa própria, pelo Estado do Paraná — exemplificam o alcance e a adaptabilidade do projeto.

A segunda fase consolidou o PlanificaSUS como uma estratégia nacional de qualificação da gestão e da atenção, deixando de ser uma experiência piloto para se tornar uma metodologia institucionalizada nos territórios, sustentada por evidências e pela cooperação entre os níveis de gestão. Essa etapa evidenciou que a sustentabilidade de um projeto dessa natureza depende da consolidação das capacidades locais, da continuidade do apoio técnico e da incorporação da metodologia à rotina de gestão e cuidado dos municípios.

## 4. PLANIFICASUS FASE 3 (2023–2026): INOVAÇÃO, EVIDÊNCIAS E SUSTENTABILIDADE

A terceira fase do Projeto PlanificaSUS, em curso desde 2023, marca a transição de uma estratégia de implementação em larga escala para um modelo orientado pela sustentabilidade, inovação e geração de evidências. Após o período de consolidação metodológica e expansão nacional, o projeto ingressa em um novo ciclo de maturidade, voltado à integração dos territórios, institucionalização das práticas e mensuração dos resultados obtidos. Essa etapa reflete uma inflexão estratégica: a Planificação deixa de ser apenas uma metodologia de reorganização da atenção à saúde para se tornar uma plataforma de governança em redes, capaz de gerar conhecimento e influenciar políticas públicas de forma sistêmica.

O escopo dessa fase foi ampliado para fortalecer os cinco eixos estruturantes do projeto: apoio à gestão e aos serviços, soluções educacionais, gestão de dados e informações para a tomada de decisão, produções técnicas e instrumentos de trabalho, e geração de evidências. As ações passaram a enfatizar o uso de dados em tempo real e a gestão do conhecimento, com base em um modelo de governança distribuída e cooperativa. Essa estratégia tem permitido alinhar a Planificação a outras iniciativas estratégicas do Proadi-SUS e do Ministério da Saúde, promovendo sinergias com projetos voltados à qualidade, segurança e fortalecimento da Atenção Primária e Especializada.

Entre as principais inovações, destaca-se o aprimoramento da plataforma e-Planifica, que se consolidou como ambiente nacional de monitoramento e apoio ao gerenciamento da PAS. A plataforma passou a abrigar dashboards interativos, mapas de desempenho regional, instrumentos de autoavaliação e relatórios dinâmicos que subsidiam a tomada de decisão por gestores e equipes locais. Essa evolução tecnológica reforça o compromisso do projeto com a transparência, eficiência e cultura de dados, permitindo o acompanhamento contínuo de avanços e desafios em cada território.

No campo da formação e educação permanente, a fase 3 aprofunda o uso de abordagens inovadoras, como trilhas formativas integradas, microcertificações e comunidades de prática digitais, consolidando um modelo de aprendizagem em rede. Essa arquitetura educacional tem estimulado a autonomia dos territórios e favorecido a sustentabilidade dos processos de mudança, ao apoiar gestores e profissionais na construção de soluções locais. Com base nesse modelo, o projeto prevê alcançar mais de 30 mil profissionais formados até 2026, consolidando uma base nacional de competências em gestão e cuidado nas redes de atenção.

Um dos pilares dessa etapa é a produção de evidências científicas sobre a efetividade e os impactos do modelo. Em parceria com universidades e centros de pesquisa, o Einstein vem conduzindo estudos de avaliação de implementação, análises de custo-efetividade e pesquisas multicêntricas sobre resultados em gestão e atenção à saúde. Essa vertente científica reposiciona o PlanificaSUS como uma iniciativa de inovação pública baseada em evidências, contribuindo para a literatura nacional e internacional sobre redes de atenção e modelos integrados de cuidado. Além disso, as lições aprendidas estão sendo sistematizadas em caderno técnico, fortalecendo a disseminação do conhecimento gerado.

O foco, nesta fase, desloca-se da execução para a consolidação e o aperfeiçoamento contínuo, reforçando a importância de mecanismos de governança estáveis e de monitoramento longitudinal dos resultados. O modelo de apoio adotado nesta fase combina mentoria técnica, avaliação formativa e devolutivas periódicas de desempenho, integrando os territórios a um ciclo permanente de melhoria.

A Fase 3 reafirma o papel da Planificação da Atenção à Saúde como indutor de inovação pública e consolida o PlanificaSUS como um projeto estruturante de fortalecimento do SUS. Ao integrar dados, práticas, educação e pesquisa, o projeto contribui para uma nova geração de políticas orientadas pela aprendizagem sistêmica e pela gestão do cuidado baseada em evidências. Essa trajetória, iniciada em 2019 e com conclusão prevista para 2026, demonstra que a sustentabilidade das inovações no sistema de saúde brasileiro depende da capacidade de articular conhecimento técnico, engajamento territorial e governança colaborativa, consolidando a Planificação como uma das mais relevantes experiências contemporâneas de transformação em rede no SUS.

## 5. AS ENTREGAS E EIXOS ESTRUTURANTES DO PROJETO

A trajetória do PlanificaSUS entre 2019 e 2026 consolidou um modelo de implementação baseado em cinco eixos estruturantes que se interconectam de maneira sistêmica: apoio à gestão e aos serviços, soluções educacionais, gestão de dados e informações para a tomada de decisão, produções técnicas e instrumentos de trabalho e geração de evidências. Esses eixos expressam a lógica de intervenção que sustenta o projeto desde a sua origem — a de que fortalecer as redes de atenção à saúde requer, simultaneamente, desenvolver capacidades gestoras, aprimorar a prática clínica, ampliar a formação profissional, qualificar a informação e produzir conhecimento.

### 5.1. APOIO À GESTÃO E AOS SERVIÇOS

O eixo de apoio à gestão e aos serviços configurou o coração operativo do projeto. Em 2025, o PlanificaSUS alcançou 19 unidades federativas, apoiando 54 regiões de saúde e 720 municípios distribuídos nas cinco macrorregiões brasileiras, com estratégias diferenciadas conforme a maturidade das redes e as necessidades locais. Em todos os contextos, o apoio técnico combinou acompanhamento territorial, mentoria metodológica e suporte às instâncias estaduais de coordenação, permitindo que o projeto evoluísse de uma lógica de tutoria pontual para um modelo de parceria institucional continuada.

Esse olhar territorial ampliou o escopo do projeto e favoreceu a inclusão de populações historicamente vulnerabilizadas. Foram desenvolvidos pilotos em quatro Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) — Acre, Paraíba e Tocantins — além de experiências voltadas à população privada de liberdade, em Pernambuco, e à população de migrantes, refugiados e apátridas, em Roraima. Também foi incorporado um olhar mais diretivo para o cuidado em saúde mental, com ações de apoio técnico em cinco estados e quinze regiões, fortalecendo o trabalho intersetorial e a integração entre os níveis de atenção.

### 5.2. SOLUÇÕES EDUCACIONAIS

A formação e a educação permanente constituíram pilares centrais da Planificação. As trilhas formativas foram desenhadas a partir do princípio da aprendizagem significativa, articulando teoria e prática no cotidiano das equipes e conectando o processo formativo às demandas reais dos serviços. O projeto estruturou um portfólio de cursos híbridos e autoinstrucionais, abordando desde os fundamentos do modelo de atenção até a implementação dos macroprocessos de trabalho.

As trilhas evoluíram das oficinas presenciais e tutorias da fase 1 para cursos digitais e estratégias de microlearning nas fases seguintes, com ampla adesão de profissionais das redes municipais e estaduais. Até 2025, mais de 25 mil trabalhadores haviam participado das ações formativas. Essa dimensão pedagógica consolidou a educação

permanente como eixo estruturante da transformação organizacional, reafirmando que a qualificação dos serviços de saúde se sustenta em processos contínuos de aprendizagem, reflexão e prática colaborativa.

### 5.3. GESTÃO DE DADOS E INFORMAÇÕES PARA A TOMADA DE DECISÃO

O eixo de gestão de dados e informações consolidou-se como um dos diferenciais estratégicos do PlanificaSUS. A partir de 2021, o projeto estruturou um conjunto de painéis interativos e ferramentas de monitoramento que passaram a apoiar gestores e equipes na análise de resultados e na tomada de decisão. Esses instrumentos possibilitaram acompanhar o avanço dos macroprocessos e visualizar, em tempo real, indicadores de desempenho da Atenção Primária e da Atenção Ambulatorial Especializada.

Além de qualificar o monitoramento, o uso sistemático dos dados estimulou uma cultura de análise e aprendizado contínuo, promovendo discussões baseadas em evidências durante as reuniões de governança e nos encontros de devolutiva dos territórios. Essa dimensão do projeto fortaleceu a gestão orientada por resultados, estimulando a transparência, a corresponsabilidade e a melhoria contínua das práticas assistenciais e gerenciais.

### 5.4. PRODUÇÕES TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE TRABALHO

Ao longo de suas fases, o PlanificaSUS produziu um conjunto expressivo de materiais técnicos e operacionais, que hoje compõem um acervo nacional sobre a Planificação da Atenção à Saúde. Foram elaborados guias metodológicos, roteiros de tutoria, cadernos de apoio, manuais operacionais e materiais audiovisuais, desenvolvidos de forma colaborativa com os territórios e as Secretarias Estaduais de Saúde. Esses instrumentos desempenham papel fundamental na padronização da metodologia, garantindo consistência conceitual e aplicabilidade prática.

A produção técnica evoluiu para um modelo de construção participativa e validação em campo, no qual os conteúdos são continuamente atualizados a partir das experiências dos territórios. Essa dinâmica assegura pertinência e aderência às realidades locais, fortalecendo o caráter vivo e adaptável da metodologia. Em 2025, o acervo do PlanificaSUS já reunia mais de 60 produtos técnicos validados, utilizados por diferentes projetos do PROADI-SUS e por gestores estaduais e municipais em todo o país.

Esses materiais consolidaram a planificação como uma referência metodológica para a organização das redes de atenção, ampliando o acesso a instrumentos de gestão, educação e monitoramento. Ao traduzir a experiência prática em ferramentas concretas de apoio, o PlanificaSUS reforça seu papel como plataforma de disseminação do conhecimento e de fortalecimento institucional no SUS.

## 5.5. GERAÇÃO DE EVIDÊNCIAS

O eixo de geração de evidências consolidou-se como elemento estratégico para sustentar a expansão e a sustentabilidade do PlanificaSUS. A partir de 2023, o projeto passou a incorporar uma agenda estruturada de pesquisa e avaliação, voltada a mensurar resultados, impactos e processos de implementação. Essa vertente científica reforçou o compromisso do projeto com a transparência, a efetividade e o aprendizado institucional, conectando a prática de gestão e cuidado à produção de conhecimento.

Os resultados das pesquisas nas duas primeiras fases trouxeram análises sobre a maturidade das redes regionalizadas e a evolução dos macroprocessos nos territórios apoiados. A partir dessas análises, o projeto passou a identificar facilitadores e dificultadores, permitindo aperfeiçoar continuamente os instrumentos e orientar novas estratégias de apoio técnico. Essa dinâmica de avaliação contínua contribuiu para consolidar a gestão por evidências como prática de governança no âmbito do projeto.

Em parceria com universidades e centros de pesquisa, o PlanificaSUS vem também fortalecendo a produção e a disseminação científica. Foram elaborados artigos, relatórios técnicos e diversas participações em eventos nacionais e internacionais, com resultados e aprendizados sistematizados a partir da experiência dos territórios. Esses materiais têm sido utilizados para subsidiar decisões de políticas públicas e inspirar outras iniciativas de reorganização da atenção à saúde no SUS.

Ao integrar pesquisa, gestão e prática assistencial, o projeto reafirma a vocação da planificação como plataforma de inovação pública baseada em evidências, contribuindo para transformar experiências locais em conhecimento aplicável em larga escala. Assim, a geração de evidências cumpre papel essencial na consolidação da Planificação como metodologia sustentável e validada cientificamente, fortalecendo o SUS e promovendo a melhoria contínua da atenção à saúde em todo o país.

## 6. LIÇÕES APRENDIDAS E PERSPECTIVAS

A trajetória do PlanificaSUS entre 2019 e 2025 demonstra que a transformação das redes de atenção à saúde exige visão sistêmica, compromisso federativo e aprendizado contínuo. O projeto consolidou-se como uma experiência singular de cooperação interinstitucional no SUS, evidenciando que mudanças estruturantes em larga escala dependem tanto da capacidade técnica quanto da criação de ambientes de confiança, corresponsabilidade e engajamento coletivo.

Uma das principais lições aprendidas foi o reconhecimento de que a transformação acontece no território, e que o protagonismo das equipes locais é decisivo para o sucesso das mudanças. As experiências dos estados e municípios mostraram que o fortalecimento da Atenção Primária e sua integração com a Atenção Especializada só se tornam efetivos quando há liderança compartilhada, clareza de propósito e

acompanhamento sistemático dos resultados. A criação de grupos condutores, a formação de tutores e o apoio direto aos gestores regionais revelaram-se instrumentos essenciais para sustentar a mudança e garantir a continuidade das ações.

Outro aprendizado relevante foi a importância da flexibilidade metodológica e da adaptação às realidades locais. A diversidade do SUS exige que cada território encontre seu próprio caminho para a implementação dos macroprocessos, mantendo a fidelidade aos princípios da planificação, mas respeitando suas condições institucionais, geográficas e sociais. Essa abordagem colaborativa favoreceu o fortalecimento da capacidade de gestão nos municípios e consolidou o projeto como um modelo de apoio técnico adaptável e responsivo.

O projeto também evidenciou o valor da governança em rede como elemento de sustentabilidade. A articulação entre o Ministério da Saúde, o Conass, o Hospital Israelita Albert Einstein e demais instituições parceiras garantiram coerência técnica e política, permitindo o alinhamento das ações nos diferentes níveis de gestão. Esse modelo de governança tripartite consolidou-se como uma prática inovadora de cooperação, fortalecendo o diálogo federativo e criando bases sólidas para a institucionalização da metodologia no SUS.

Por fim, o PlanificaSUS reafirmou o papel da educação permanente e da gestão por evidências como pilares para a sustentabilidade das transformações. A sistematização dos dados, a avaliação contínua e a disseminação de resultados têm permitido que o projeto aprenda com sua própria trajetória e aperfeiçoe continuamente suas estratégias. O legado dessa experiência está não apenas nos resultados mensuráveis, mas na construção de uma cultura de aprendizado, corresponsabilidade e inovação pública, que se projeta como referência para o fortalecimento das políticas de saúde no Brasil.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência do Projeto PlanificaSUS, desenvolvida pelo Hospital Israelita Albert Einstein em parceria com o Ministério da Saúde e o Conass, representa um dos mais consistentes esforços de qualificação da gestão e da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) na última década. Sua trajetória, construída entre 2019 e 2025, demonstra que é possível implementar metodologias complexas em escala nacional quando há alinhamento institucional, base científica, cooperação federativa e compromisso com o fortalecimento da rede pública.

O projeto consolidou-se como uma plataforma de inovação pública, capaz de articular teoria, prática e pesquisa em torno de um propósito comum: reorganizar o cuidado de forma centrada nas pessoas e orientada por evidências. A Planificação, enquanto metodologia, mostrou-se mais do que um instrumento técnico — tornou-se um processo de aprendizagem coletiva e transformação cultural, que mobiliza

gestores, trabalhadores e instituições em torno de um mesmo horizonte de valor: o da integralidade e da equidade em saúde.

A partir de seus cinco eixos estruturantes — gestão e serviços, educação, dados, produção técnica e evidências —, o PlanificaSUS construiu um legado de inovação institucional e metodológica. Fortaleceu a Atenção Primária como coordenadora do cuidado, integrou a atenção especializada aos fluxos assistenciais e disseminou uma nova cultura de planejamento, monitoramento e uso de informações. Ao promover a qualificação dos processos de gestão e da prática clínica, o projeto reafirmou o papel do PROADI-SUS como política pública estratégica para a modernização e o fortalecimento do SUS.

Mais do que resultados imediatos, o PlanificaSUS deixa um legado de sustentabilidade e de visão de futuro. Sua consolidação até 2026 aponta para um modelo de governança em rede que pode inspirar outras iniciativas de transformação em saúde pública, dentro e fora do país. O aprendizado gerado ao longo dessa trajetória mostra que a inovação no SUS nasce do encontro entre a potência dos territórios e a ciência da implementação, entre a prática cotidiana e a gestão estratégica.

Assim, o PlanificaSUS reafirma o compromisso do Einstein com o fortalecimento das políticas públicas brasileiras e com a promoção de um sistema de saúde mais resolutivo, humano e sustentável. Trata-se de uma experiência que transcende o âmbito de um projeto e se projeta como referência nacional de transformação em rede, capaz de influenciar o presente e inspirar o futuro do SUS.



## Capítulo 5 – Experiências do Programa de Apoio ao Desenvolvimento

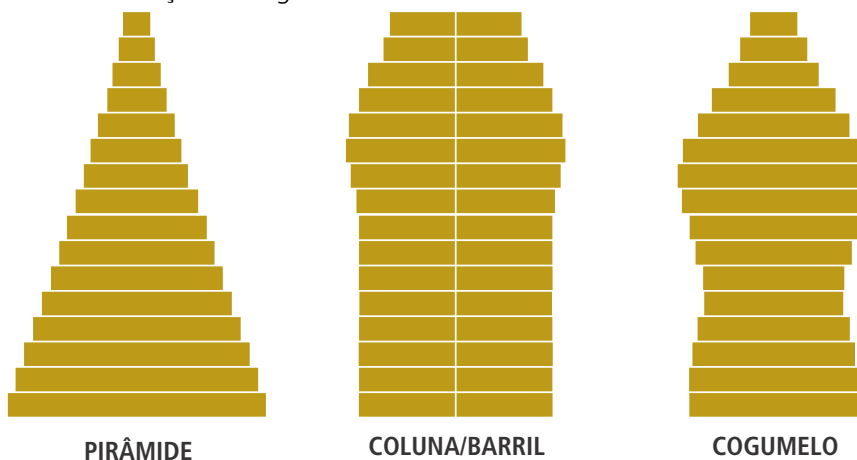
### REDE TEMÁTICA SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Edgar Nunes de Moraes, Flávia Lanna de Moraes, Rúbia Pereira Barra,  
Priscila Rodrigues Rabelo Lopes, Marco Antônio Bragança de Matos,  
Eliane Regina da Veiga Chomatas, Leane de Carvalho Machado, Cristina Angélica

#### INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento populacional é uma realidade concreta nos países desenvolvidos — e, mais recentemente, nos países em desenvolvimento, como no Brasil —, onde essa transição demográfica é bem mais acelerada. Nos últimos 50 anos, a expectativa de vida aumentou cerca de 30 anos, dependendo do país, e tende a aumentar progressivamente até certo limite, que não sabemos ainda, mas estima-se que se estenda até 150 anos. No Brasil, calcula-se que 1 milhão de pessoas completem 60 anos, anualmente, alargando ainda mais o ápice da pirâmide populacional, que está sendo remodelada rapidamente, com estreitamento da base e alargamento do topo, transformando-a em barril, e que, em breve, terá o formato de cogumelo (Figura 1).

**Figura 1.** Transição demográfica



Fonte: elaboração própria.

A população brasileira é de 203 milhões de pessoas, com 32 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais, que representam 15,81% da população, com cerca de 30 centenários (Censo de 2022). A imensa maioria dos brasileiros completarão 60 anos, que é a definição de velhice, segundo o Estatuto da Pessoa Idosa (Brasil, 2003). A longevidade cronológica é um fenômeno atual, que deve ser considerada a maior conquista da humanidade, apesar de impor novos desafios para saúde pública. Enfrentamos hoje uma dupla carga de doenças dada a heterogeneidade dessa transição no Brasil. Todavia, o aumento da mortalidade por doenças não transmissíveis vai aumentar assim como a prevalência e os anos vividos com condições crônicas de saúde e incapacidades. Desse modo, um profundo remodelamento dos sistemas de saúde será imperativo dadas para se adequar à transição epidemiológica.

As RAS representam a melhor resposta ao envelhecimento populacional acelerado. Elas são constituídas por três componentes básicos: estrutura operacional, modelo de atenção à saúde e população (Figura 2). A **estrutura operacional** é coordenada pela APS e representa o centro de comunicação entre todos os pontos de atenção à saúde, como a atenção secundária, a atenção hospitalar, os sistemas de apoio (apoio diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica, sistemas de teleassistência e sistemas de informação em saúde), os sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde e sistema de acesso regulado) e o sistema de governança. O **modelo de atenção à saúde** deve responder adequadamente às condições de saúde, definidas como as

[...] circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas e fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias (Mendes, 2011).

Assim, as respostas às condições agudas de saúde, que, usualmente, têm duração inferior a três meses, podem ser reativas, episódicas e fragmentadas; e sua variável-chave é o tempo da resposta, que deve ser condicionado pelos critérios de gravidade ou classificação de risco, como o sistema Manchester. Por sua vez, as condições crônicas de saúde têm duração superior a três meses e incluem as doenças crônico-degenerativas (HAS, diabetes, câncer etc.), doenças infecciosas de longa duração (hanseníase, tuberculose, HIV/aids etc.), estados fisiológicos (gravidez), acompanhamento dos ciclos de vida (infância, adolescência, adultez e velhice) e os diversos fenótipos da fragilidade. Nesses casos, a variável-chave não é só o tempo, mas sim uma resposta integral e integrada, proativa e contínua ao longo do tempo, com o objetivo de estabilização das condições crônicas de saúde, que, usualmente, são múltiplas na pessoa idosa. Portanto, os modelos de respostas às condições agudas e crônicas são bem distintos, mas têm como ponto de partida a estratificação de risco da população.

O terceiro componente da RAS, a **população**, deve ser conhecida nas suas particularidades para que as respostas socio sanitárias às suas demandas sejam efetivas. Como vimos nos capítulos anteriores, a principal característica da população idosa

é a sua heterogeneidade, variando conforme o grau de vitalidade e/ou fragilidade dos indivíduos. A Classificação Clínico-Funcional, proposta por Moraes *et al.* (2016), apresenta, de forma visual, as 10 categorias clínico-funcionais das pessoas idosas, que variam desde pessoas idosas robustas (estrato 1), sem nenhuma condição de saúde, até indivíduos com alto grau de fragilidade (estrato 10), que dependem de terceiros para todas as Atividades de Vida Diária (AVD), incluindo a alimentação.

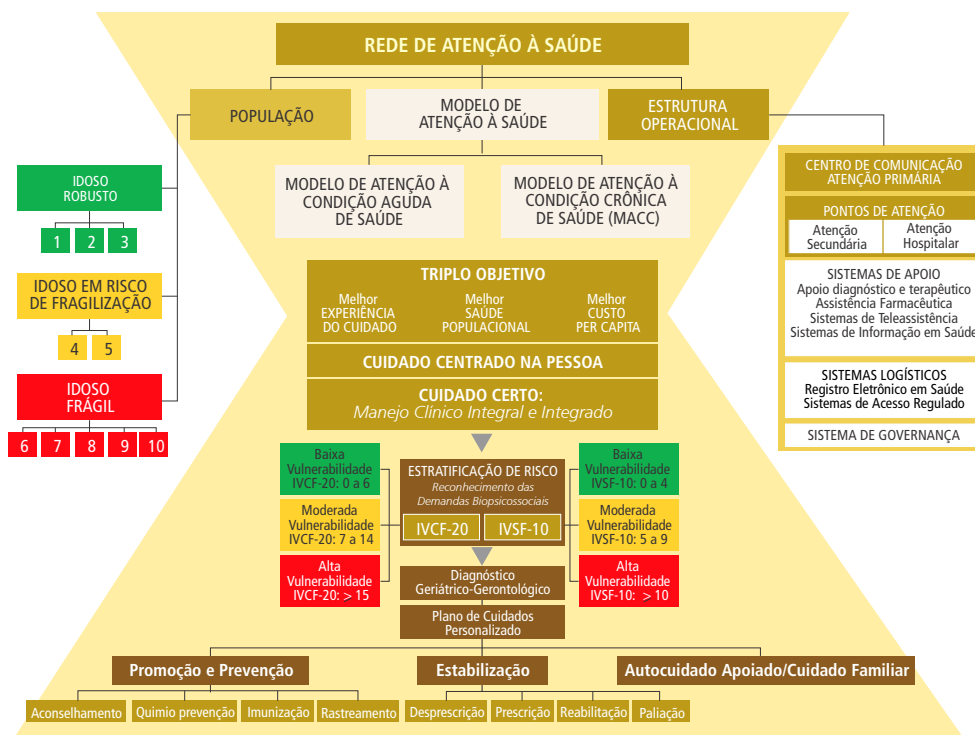
A resposta da RAS às condições de saúde dessa população deve ser, portanto, individualizada, incluindo as metas terapêuticas, como na HAS e no diabetes mellitus, da mesma forma que a definição da proporcionalidade terapêutica é absolutamente indispensável na definição do plano de cuidados. Dessa forma, a população não pode se restringir a parâmetros demográficos estabelecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Ciência (IBGE), mas sim à população efetivamente cadastrada na APS, que deve ser subdividida em subpopulações baseadas em fatores de risco ou ciclo de vida e estratificada segundo a complexidade de seus problemas de saúde. Os componentes da RAS devem estar alinhados com os princípios do **Triplo Objetivo** (*Triple Aim*) **Cuidado Centrado na Pessoa e do Cuidado Certo** (Bisognano; Kenney, 2012). O Triplo Objetivo consiste em oferecer a melhor experiência do cuidado, a melhor saúde populacional e, conseqüentemente, o melhor custo per capita. Outros dois objetivos foram acrescentados, como a satisfação dos profissionais da saúde e a equidade no acesso. Por sua vez, o **Cuidado Centrado na Pessoa** consiste na utilização de todos os recursos disponíveis para melhorar a vida do paciente e de sua família, e não simplesmente tratar doenças ou prescrever intervenções ou medicamentos.

O reconhecimento das expectativas, valores, desejos, preferências e possibilidades do paciente é tão importante quanto o diagnóstico da condição de saúde propriamente dita, e deve ser considerado na tomada de decisão. Todas as decisões devem ser discutidas e compartilhadas, garantindo-se o protagonismo do paciente e de sua família na elaboração do plano de cuidados personalizado. Outro aspecto relevante é a avaliação das possibilidades do paciente em relação às intervenções propostas, não sendo raro a suspensão de intervenções potencialmente indicadas, em virtude das limitações socioeconômicas e de letramento em saúde percebidas no paciente ou no seu contexto familiar. Da mesma forma, a coordenação do cuidado e a longitudinalidade, com a criação de vínculos de confiança e respeito, são indispensáveis, assim como o engajamento ativo de todos os profissionais envolvidos no cuidado e do paciente e da família, para que desenvolvam aptidões e competências necessárias ao autocuidado apoiado.

O **Cuidado Certo** é aquele ofertado para otimizar a saúde e o bem-estar, por meio da prestação da atenção que é necessária, desejada, clinicamente efetiva, acessível, equitativa e responsável no uso dos recursos. Por sua vez, o **Cuidado Pobre** é aquele que se caracteriza pela sobreutilização e/ou subutilização dos serviços de saúde (Mendes, 2019). Na pessoa idosa frágil, a iatrogenia é a maior consequência do cuidado pobre, especialmente pela sobreutilização de tecnologias diagnósticas e terapêuticas associadas a metas terapêuticas inapropriadas, que podem agravar

ainda mais a qualidade de vida. A prevenção quaternária é, portanto, a principal estratégia preventiva a ser utilizada nessa faixa etária. Vale ressaltar a importância do aforisma *“Primun non nocere”*, atribuído a Hipócrates, há mais de 2 mil anos, que continua sendo atual (Princípio da Não Maleficência). O excesso de intervenções representa uma ameaça à saúde, particularmente na pessoa idosa frágil, em que a vulnerabilidade é maior pela redução da resiliência homeostática e, consequentemente, maior risco de desfechos adversos.

**Figura 2.** Redes de Atenção à Saúde com enfoque na pessoa idosa



## POPULAÇÃO IDOSA

### CONCEITO DE SAÚDE

Ser velho não é sinônimo de “perda da saúde”, mas sim a fase da vida na qual vamos usufruir de tudo o que fomos acumulando ao longo da infância (0 a 12 anos), adolescência (12 aos 18 anos), adultez (18 a 59 anos) e velhice (60 anos ou mais). O limite biológico da vida humana é desconhecido, mas encontra-se por volta dos 120 anos. Portanto, a velhice é o ciclo de vida mais duradouro, no qual temos a chance de compreender o “sentido da vida” e, dessa forma, contribuir para o bem comum e para o desenvolvimento da humanidade.

A longevidade com saúde ainda representa um enorme desafio, pois depende de uma série de variáveis, como proposto por Dahlgren e Whitehead, 1992 (Mendes, 2019) (Figura 3), como:

**Figura 3.** Modelo de Dahlgren e Whitehead



- **Determinantes Proximais** (*Comportamento e Estilo de Vida*): dieta inadequada, sobrepeso/obesidade, sedentarismo, fumo, álcool, sexo não protegido etc.
- **Redes Sociais e Comunitárias** (*Capital Social*): cooperação entre familiares, vizinhos e comunidade, associações comunitárias, redes sociais, relações informais de confiança e solidariedade, sistema de seguridade social, participação em movimentos sociais etc.
- **Determinantes Intermediários** (*Condições de Vida e Trabalho*): disponibilidade de alimentos, emprego, trabalho e renda, educação, transporte e mobilidade urbana, moradia, água, saneamento básico, segurança, acesso à saúde e assistência social etc.
- **Determinantes Distais** (*Macrodeterminantes*): condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais, incluindo também determinantes supranacionais como o processo de globalização.

Percebe-se que a idade cronológica é um dos determinantes da saúde, mas, claramente, não é seu principal determinante. Todavia, a heterogeneidade de tais determinantes de saúde é tanto maior quanto maior é a idade, aliada ao fato de a

maioria dos indivíduos não se prepararem adequadamente para a velhice. Daí resulta a confusão entre velhice e perda da saúde.

Outro fator complicador é o conceito de saúde, que muitas vezes é confundido com a “ausência de doenças”. Envelhecer sem nenhuma condição crônica de saúde é mais uma exceção do que a regra. A prevalência de hipertensão arterial e diabetes mellitus aumenta com o envelhecimento, além de outras condições crônico-degenerativas. Entretanto, ter doenças não significa perda da qualidade de vida. Assim, o conceito de saúde está estritamente relacionado à qualidade de vida, o que levou a OMS (1948) a estabelecer que “saúde é o estado de completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Houve, portanto, a ampliação do conceito ao incluir a importância do bem-estar, que, em seu sentido mais global, inclui domínios como a felicidade, a satisfação e a plenitude. Tais domínios são abstratos e absolutamente individuais, sendo, portanto, de difícil operacionalização. Como definir se determinado indivíduo é saudável ou não, particularmente se for uma pessoa idosa? Em 2015, a OMS sugeriu o conceito de **envelhecimento saudável**, como sendo a **capacidade individual de ser e fazer o que valoriza ao longo da vida**, tais como:

- Atender suas necessidades básicas para garantir um padrão de vida adequado;
- Aprender, desenvolver, e tomar decisões;
- Ter mobilidade;
- Construir e manter relacionamentos;
- Contribuir para a sociedade.

Esse novo conceito valoriza a **capacidade ou habilidade funcional**, que permite o bem-estar mesmo em idades avançadas e na presença de doenças. Assim, saúde não depende diretamente da idade nem da presença de doenças. A idade e as doenças não são, portanto, os principais preditores de perda da habilidade funcional e das incapacidades funcionais. Assim, o conceito de saúde pode ser compreendido como a **capacidade individual de adaptação (resiliência), autogestão (autonomia) e satisfação das necessidades biopsicossociais (independência), diante dos desafios físicos, psíquicos, emocionais e sociais (plenitude e felicidade)**.

Saúde é, portanto, estritamente relacionada à habilidade funcional, que depende da presença de atributos relativos à saúde (**capacidade intrínseca**) e da sua relação com o **ambiente** no qual o indivíduo está inserido. A capacidade intrínseca é a combinação de todas as capacidades físicas e mentais que a pessoa tem a seu dispor, e inclui a capacidade cognitiva, capacidade psicológica, capacidade locomotora, vitalidade e capacidade visual (visão e audição). A interação da capacidade intrínseca com o ambiente permite que as pessoas sejam e façam aquilo que valorizam.

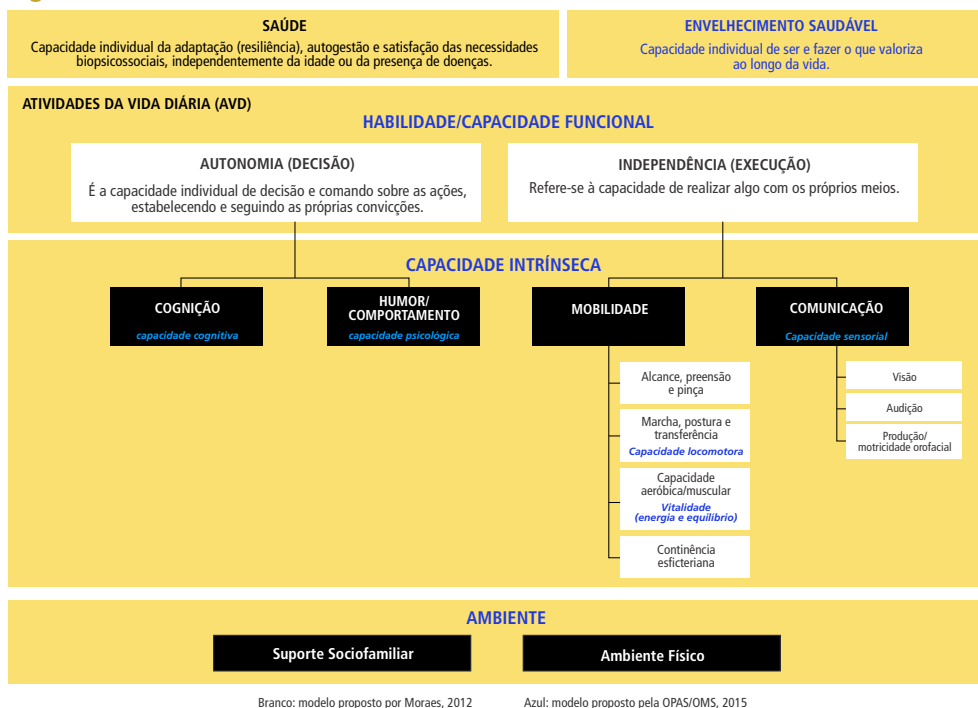
## MODELO MULTIDIMENSIONAL DE SAÚDE

Em 2012, propusemos o Modelo Multidimensional de Saúde da Pessoa Idosa, baseado na funcionalidade global do indivíduo e nos conceitos de autonomia e independência funcional nas AVD. A capacidade de decisão e comando sobre as ações, estabelecendo e seguindo as próprias convicções, é denominada **autonomia**. **Independência**, por sua vez, refere-se à capacidade de realizar algo com os próprios meios. São, portanto, conceitos diferentes, mas absolutamente interdependentes, sendo indispensáveis para a satisfação das necessidades biopsicossociais do indivíduo.

A **autonomia** depende diretamente da cognição e do humor/comportamento. **Cognição** é a capacidade mental de compreender e resolver adequadamente os problemas do cotidiano e depende do funcionamento harmonioso das funções cognitivas (memória/aprendizado, atenção complexa, linguagem, funções executivas, habilidades visuoespaciais e cognição social). O **humor** é a motivação necessária para a realização das atividades e/ou participação social. Inclui também o comportamento do indivíduo, que é afetado pelas outras funções mentais, como o pensamento, a sensopercepção e o nível de consciência.

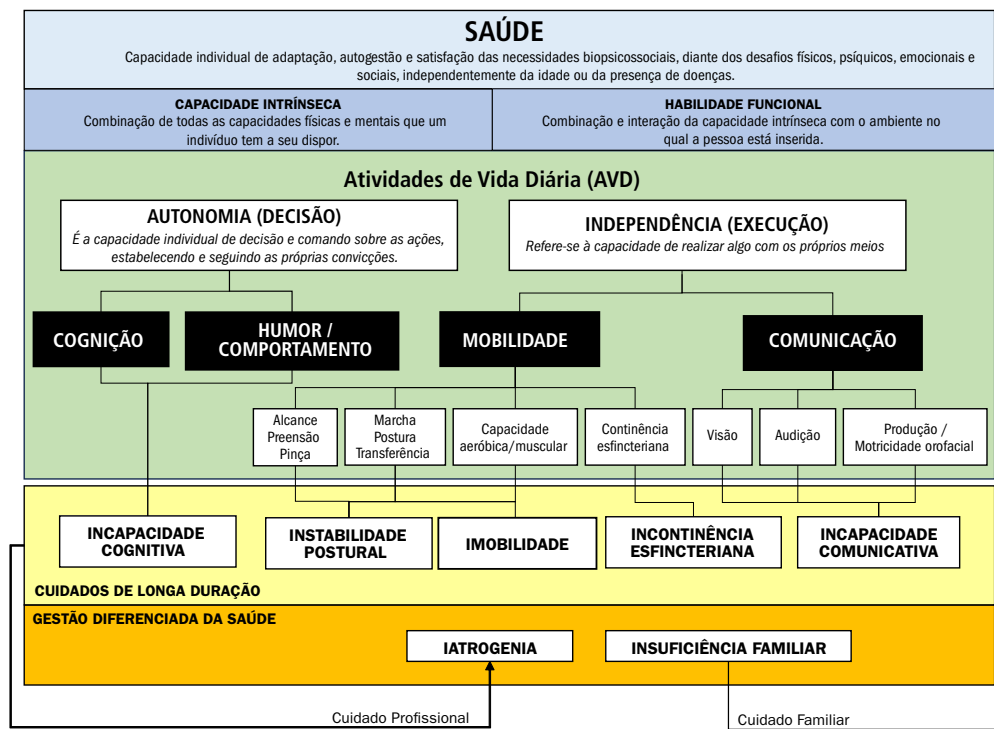
A **independência**, por sua vez, depende diretamente da mobilidade e da comunicação. A **mobilidade** é a capacidade individual de deslocamento e de manipulação do meio. Esse domínio funcional depende de quatro subsistemas: alcance/preensão/pinça (membros superiores), capacidade aeróbica e muscular (função muscular e nutrição), marcha (capacidade de deslocamento no meio) e continência esfincteriana, essa última fundamental para permitir a participação social do indivíduo. A **comunicação** é a capacidade de estabelecer um relacionamento produtivo com o meio, trocar informações, manifestar desejos, ideias e sentimentos. Depende de três subsistemas funcionais: visão, audição e produção/motricidade orofacial. Esse último é representado pela voz, fala e mastigação/deglutição.

Ambos os modelos propostos valorizam a capacidade funcional e os seus determinantes, representados pela capacidade intrínseca e sua interação com o ambiente (Figura 4)

**Figura 4.** Modelo Multidimensional de Saúde da Pessoa Idosa

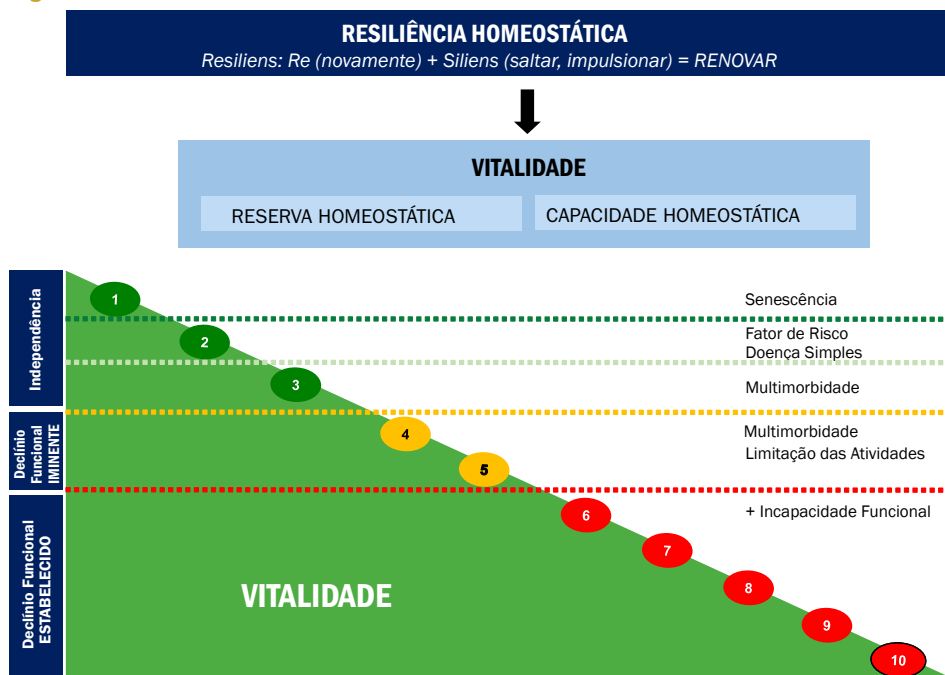
Fonte: elaboração própria com base em Moraes (2012) e OMS (2015).

O comprometimento dos sistemas funcionais impede o indivíduo de gerir a sua vida e/ou cuidar de si mesmo, gerando a dependência funcional, também conhecida como incapacidade funcional (Moraes, 2009). As principais incapacidades na pessoa idosa são a **incapacidade cognitiva** (demência, depressão, *delirium* e doença mental), a **instabilidade postural** (quedas), a **imobilidade**, a **incontinência esfincteriana** e a **incapacidade comunicativa** (cegueira e surdez). Tais condições crônicas de saúde estão associadas à necessidade de cuidados de longa duração, que exigem uma gestão diferenciada da saúde, realizada tanto pelos profissionais de saúde quanto pelos familiares da pessoa idosa. O manejo clínico inadequado resulta em maior risco de iatrogenia. A família, frequentemente, não se encontra preparada para prover os cuidados necessários, condição conhecida como insuficiência sociofamiliar. Essas incapacidades são agrupadas com o nome de “Gigantes da Geriatria” ou “Grandes Síndromes Geriátricas” ou “7 Is da Geriatria”. O envelhecimento normal, por si só, não compromete significativamente a capacidade intrínseca e é incapaz de causar dependência funcional, que, na sua maioria, é consequência de uma ou mais doenças agravadas pelas barreiras relacionadas aos fatores ambientais e contextuais. Esse modelo multidimensional de saúde da pessoa idosa é o ponto de partida para a compreensão do conceito de saúde dessa camada da sociedade (Figura 5).

**Figura 5.** Grandes Síndromes Geriátricas

## VITALIDADE E FRAGILIDADE COMO PARÂMETRO DA CLASSIFICAÇÃO CLÍNICO-FUNCIONAL

A heterogeneidade entre as pessoas idosas é marcante, mesmo em indivíduos da mesma idade, e está diretamente relacionada à sua trajetória de saúde ao longo dos ciclos de vida. O envelhecimento, por si só, está associado à redução da capacidade de adaptação às mudanças fisiológicas (senescência) e patológicas (senilidade), que ocorrem com a passagem do tempo, aumentando a vulnerabilidade do indivíduo a desfechos adversos. Os termos vitalidade e fragilidade são utilizados para expressar essa medida da resiliência global do indivíduo, permitindo sua adaptação aos desequilíbrios físicos, psíquicos, emocionais e sociais, garantindo a manutenção de todas as capacidades físicas e mentais necessárias para a manutenção da autonomia e independência nas AVD (Boers; Cruz, 2015). O declínio da vitalidade compromete a independência e a autonomia do indivíduo, podendo causar limitação na execução de algumas atividades (declínio funcional iminente), que, por sua vez, pode evoluir para incapacidades funcionais (declínio funcional estabelecido), caso não haja intervenção terapêutica adequada. A prevalência e a gravidade de doenças crônico-degenerativas e multimorbidade são diretamente proporcionais ao declínio da vitalidade (Figura 6).

**Figura 6.** Vitalidade

O termo fragilidade é de origem latina, *fragilitas*, utilizado para caracterizar a qualidade de ser frágil, de se quebrar, romper ou deteriorar facilmente. Em geriatria e gerontologia, o conceito é amplo e pouco consensual. Usualmente, refere-se à redução da reserva homeostática de múltiplos sistemas fisiológicos associada ao envelhecimento, e, conseqüentemente, aumento da vulnerabilidade a uma série de desfechos adversos, como declínio funcional, hospitalização, institucionalização e óbito (Deng *et al.*, 2025; Kim; Rockwood, 2024; Morley *et al.*, 2013). É, portanto, um conceito multidimensional e em constante evolução na Medicina Geriátrica (Boers; Cruz, 2015; Cesari *et al.*, 2017; Clegg *et al.*, 2013; Cohen *et al.*, 2023; Fierro-Marrero *et al.*, 2025; Fried *et al.*, 2001; Gobens, 2010; Gordon; Masud; Gladman, 2014; Rockwood *et al.*, 1994; Villacampa-Fernández *et al.*, 2017), dificultando sua operacionalização na prática clínica.

Propomos um modelo de fragilidade capaz de abarcar os aspectos biopsicosociais da saúde, valorizando sua natureza multifatorial e frequentemente não linear. Fragilidade não deve ser considerada uma doença específica, mas sim uma condição crônica de saúde. O termo doença é utilizado para identificar alterações estruturais e/ou funcional de órgãos ou sistemas fisiológicos, agrupando indivíduos que compartilham características comuns e homogêneas e que apresentam uma etiologia clara. O termo condição crônica de saúde é mais apropriado para definir a fragilidade, na medida em que pode ser considerada uma circunstância da saúde das

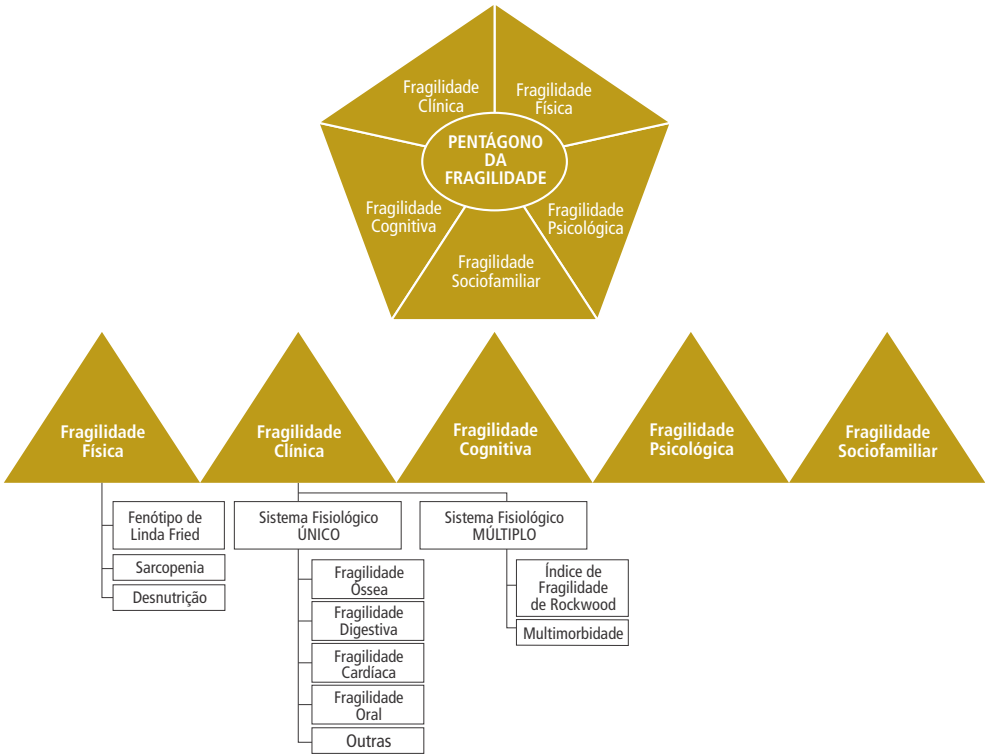
pessoas idosas que se apresenta de forma persistente e que exige respostas sociais proativas, contínuas e integradas dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias (Mendes, 2019).

Nessa perspectiva, fragilidade é uma condição crônica de saúde, com caráter biopsicossocial e, portanto, multidimensional, abrangente, dinâmica, contínua, progressiva, mas potencialmente reversível, caracterizada pelo declínio da capacidade adaptativa ou resiliência diante dos desafios físicos, psíquicos, emocionais e sociais, associada a alto risco de declínio funcional, hospitalização, institucionalização e óbito. Do ponto de vista fisiológico, é um estado de redução gradual da reserva homeostática em um ou múltiplos sistemas fisiológicos e, conseqüentemente, aumento da vulnerabilidade a uma série de desfechos adversos. Os determinantes da fragilidade são, portanto, múltiplos, que podem ocorrer de forma isolada ou não.

A robustez, estado de maior reserva homeostática e resiliência (vitalidade), é identificada na prática clínica pela avaliação da funcionalidade. Ademais, ela é fruto da integração dos sistemas fisiológicos e determinantes de saúde. O comprometimento de qualquer elemento que garante a robustez do indivíduo pode gerar vulnerabilidade. Assim, podemos ter vários fenótipos ou domínios da fragilidade, que podem se apresentar de forma isolada ou múltipla no mesmo indivíduo. Essa condição de saúde deve ser reconhecida precocemente para que as respostas clínico-sanitárias adequadas possam ser ofertadas rapidamente e de forma interdisciplinar, contínua e integrada.

Com o objetivo de facilitar a compreensão da fragilidade, desenvolvemos o **Pentágono da Fragilidade** (Figura 7), que ilustra as vias de desenvolvimento da fragilidade, de forma coerente com a visão integradora, holística e biopsicossocial, assim como o Modelo Multidimensional de Saúde da Pessoa Idosa. Temos então 5 principais fenótipos da fragilidade, não excludentes, detalhados no Quadro 1. Tais fenótipos são os principais alvos de intervenções biopsicossociais direcionadas a essa condição crônica frequente na população idosa.

Figura 7. Pentágono da Fragilidade com seus fenótipos principais



Quadro 1. Fenótipos da fragilidade

FENÓTIPO	SUBDOMÍNIO	CARACTERIZAÇÃO
Fragilidade Física	Fenótipo de Linda Fried	Presença de três ou mais dos seguintes critérios: perda de peso, fadigabilidade (exaustão), fraqueza (redução da força muscular), baixo nível de atividade física e lentificação da marcha. Este modelo é encapsulado na mobilidade e não inclui a cognição, humor/comportamento e comunicação na definição de “idoso frágil” (Fried <i>et al.</i> , 2001).
	Sarcopenia	Transtorno progressivo e generalizado da musculatura esquelética, envolvendo uma acelerada perda de massa, força e função muscular que se associa ao aumento de desfechos negativos em idosos, como declínio funcional, fragilidade, quedas e morte (CID-10: M62.5) (Cruz-Jentoft <i>et al.</i> , 2019)
	Desnutrição	Os critérios de Glim para o diagnóstico de desnutrição exige a presença de, pelo menos, um critério fenotípico (perda significativa de peso ou IMC<22kg/m2 ou redução da massa muscular) e um critério etiológico (perda do apetite ou da assimilação de alimentos e presença de doenças/inflamação) (Cederholm <i>et al.</i> , 2025 )

FENÓTIPO	SUBDOMÍNIO	CARACTERIZAÇÃO
Fragilidade Clínica	Sistema Fisiológico Único	Fragilidade Óssea É a redução da resistência óssea, secundária à redução da densidade mineral óssea e/ou qualidade óssea (microarquitetura, mineralização, estrutura do colágeno, conectividade trabecular), associada a aumento do risco de fratura de baixo impacto ou fratura osteoporótica.
		Fragilidade Digestiva É a redução das funções gastrointestinais, de múltiplas etiologias, como disbiose da microbiota gastrointestinal, aumento de células senescentes, desregulação da microcirculação, redução da peristalse e da atividade secretivas das células gastrointestinais etc. Caracteriza-se pela presença de dor e desconforto epigástrico, irregularidades intestinais (constipação e/ou diarreia), dor e distensão abdominal, inapetência e perda de peso. A constipação intestinal é o sintoma mais frequente e sua presença está associada a menor expectativa de vida (Nailto, 2023).
		Fragilidade Cardíaca A inflamação crônica e a ativação imunológica da fragilidade estão associadas à elevação da interleucina-6, fator de necrose tumoral, proteína C reativa, que estão relacionados à lesão dos miócitos, remodelamento cardíaco, doença arterial coronariana, aumentando o risco de doença cardiovascular. A desregulação metabólica (resistência à insulina, redução da testosterona, síndrome metabólica) é outro epifenômeno comumente encontrado na fragilidade e na doença cardiovascular (Kirstyn <i>et al.</i> , 2024).
		Fragilidade Oral É o declínio da função e estrutura oral associada ao envelhecimento, associada à deterioração do estado de saúde bucal, perda dentária, redução das habilidades motoras, como mastigação e deglutição, diadococinesia oral, redução da força de oclusão e xerostomia (Zhao <i>et al.</i> , 2024; Dibello, 2021)
		Outras Todos os sistemas fisiológicos podem ser afetados pelas alterações inflamatórias, imunológicas neuro-humorais presentes na fragilidade.
	Sistema Fisiológico Múltiplo	Índice de Fragilidade de Rockwood É um modelo matemático que define a fragilidade como um acúmulo de déficits, expressados através do Índice de Fragilidade, que é uma medida ponderada do acúmulo individual de 30 a 70 déficits clínicos, como doenças específicas (insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, doença de Parkinson, câncer, etc.), sinais e sintomas (tremor, bradicinesia, cefaleia, síncope, etc), perdas funcionais (dependência nas atividades de vida diária, problemas de memória, problemas de humor, alterações da marcha e equilíbrio, quedas, imobilidade, incontinência urinária, etc), alterações radiológicas, dentre outras. Cada item recebe um “peso”, que varia de zero a um, representando a sua frequência ou gravidade. O índice é calculado dividindo-se o número de índices presentes pelo total de índices avaliados pela Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). A presença de IF maior ou igual a 0,25 define a pessoa idosa frágil (Rockwood <i>et al.</i> , 2005). É importante ressaltar que, embora o máximo teórico do FI por definição é 1, o limite superior de 99% tem sido consistentemente comprovado como sendo inferior a 0,722.

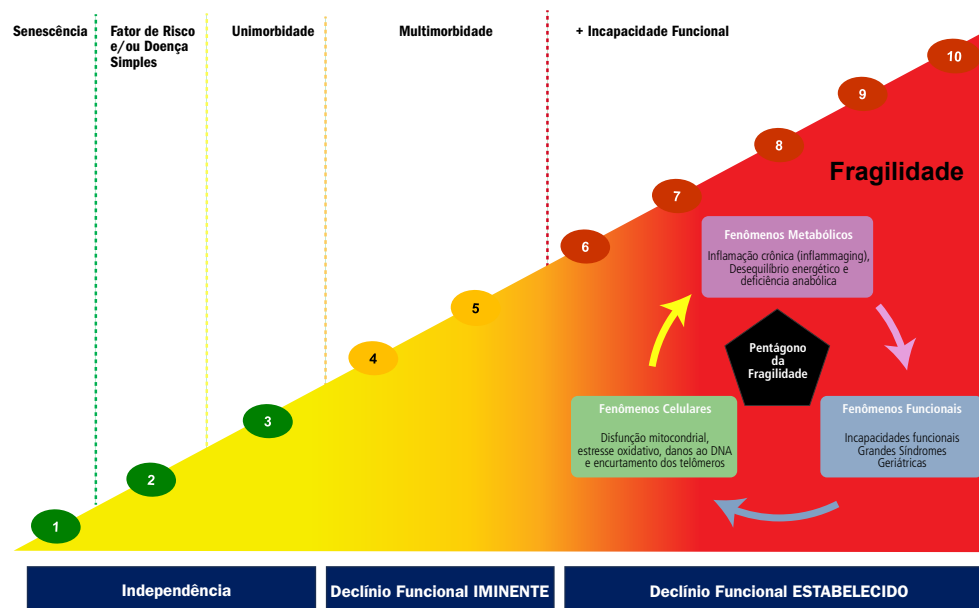
FENÓTIPO	SUBDOMÍNIO		CARACTERIZAÇÃO
		Multimor- bidade	É a ocorrência simultânea de várias condições de saúde no mesmo indivíduo. Não pode ser considerada um simples somatório de doenças individuais, mas sim, o resultado da interação sinérgica entre elas, com consequências clínicas bem mais complexas do que aquela resultante do somatório isolado de cada uma delas (Villacampa-Fernández, et al. 2017)
Fragilidade Cognitiva			É a presença do continuum do declínio cognitivo patológico, compatível com o diagnóstico de Transtorno Neurocognitivo Leve, que apresenta alto risco de evoluir para Transtorno Neurocognitivo Maior. Kelaiditi et al. (2013) definir como uma desordem clínica heterogênea caracterizada pela presença simultânea de fragilidade física e comprometimento cognitivo (CDR 0,5), na ausência de demência de Alzheimer ou outras demências. Os mecanismos celulares e metabólicos são semelhantes em ambos os fenótipos da fragilidade (Facal et al., 2021; Sugimoto; Arai; Sakurai, 2022).
Fragilidade Psicológica			Rebaixamento do humor, ansiedade irritabilidade, solidão, apatia e redução da resiliência, com baixa capacidade de enfrentamento dos problemas do cotidiano são marcadores de maior morbimortalidade entre as pessoas idosas. A depressão está associada à disfunção mitocondrial, stress oxidativo, aumento de citocina pró-inflamatórias (IF-6, TNF ), disfunção dopaminérgica, além de alterações físicas e nutricionais, que resultam em apoptose celular e redução da resiliência celular (Brown et al., 2016; Gobbens et al., 2010).
Fragilidade Social e Familiar			É a presença de risco ou perda, parcial ou total, do suporte social e da capacidade de prover os recursos, atividades, habilidades ou comportamentos necessários para atender às necessidades sociais básicas relacionadas à participação e convívio interpessoal e comunitário (bem-estar social) (Bunt et al., 2017). O isolamento social, morar sozinho, carência de suporte social e sentir-se só (solidão) são marcadores importantes de desfechos adversos na pessoa idosa (Makizako et al., 2015; Gobbens et al., 2010;). Algumas famílias são incapazes de prover os cuidados, dar apoio e suporte à pessoa idosa, por ausência de família ou por falta de condições. Esta insuficiência familiar não deve ser confundida com negligência ou abandono, pois, muitas vezes, a família deseja cuidar da sua pessoa idosa frágil ou dependente, mas não reúne as condições necessárias para este cuidado (Yamada; Arai, 2018).

É importante manter o fenótipo de fragilidade física separado do fenótipo clínico para preservar a coerência com a ideia do fenótipo de fragilidade (presente mesmo na ausência de morbidade e incapacidades) e com o conceito de capacidade intrínseca da OMS.

Outra característica da fragilidade é seu caráter espectral ou contínuo, não podendo ser reduzido a dois polos opostos e excludentes. Os fenômenos celulares,

metabólicos e funcionais característicos da fragilidade são autoperpetuantes, justificando seu caráter progressivo, na ausência de intervenções específicas (Figura 8). Dessa forma, a fragilidade pode comprometer a capacidade intrínseca do indivíduo, afetando diretamente sua habilidade funcional. Portanto, não pode ser considerada “normal da idade”, devendo ser reconhecida precocemente e tratada de forma adequada. Destaca-se a associação da fragilidade com quedas, hospitalização, institucionalização, maior risco cardiovascular, depressão, morte, além de impactar significativamente os custos assistenciais, o que aponta a necessidade do seu reconhecimento e manejo pelo sistema de saúde (Pilotto *et al.*, 2020).

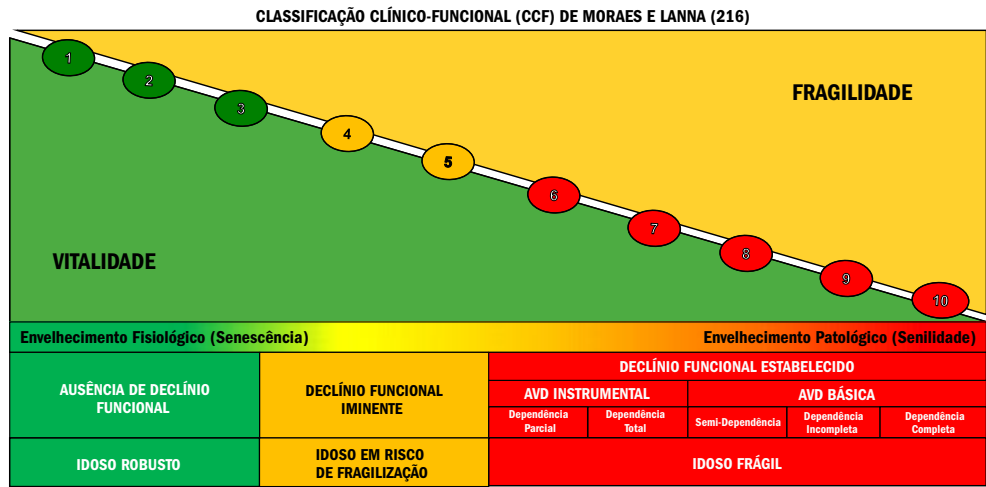
**Figura 8.** Fragilidade



Fonte: Próprio autor

Os fatores que comprometem a vitalidade são os mesmos que aumentam a fragilidade, o que mostra que são conceitos interdependentes e indissociáveis. A Classificação Clínico-Funcional, proposta por Moraes *et al.* (2016), define dez estratos de pessoas idosas, conforme o grau vitalidade ou fragilidade. Os estratos 1, 2 e 3 são pessoas idosas independentes, cuja única diferença é a presença de condições crônicas de saúde (Pessoas Idosas Robustos). Os estratos 4 e 5 são pessoas idosas que continuam independentes nas AVD instrumentais e básicas, mas que apresentam maior grau de fragilidade e, consequentemente, declínio funcional iminente (Pessoas Idosas em Risco de Fragilização). Por sua vez, as pessoas idosas nos estratos de 6 e 7 são dependentes em AVD instrumentais, mas independentes nas AVD básicas. A dependência em AVD básicas está presente nas pessoas idosas nos estratos 8, 9 e 10. As pessoas idosas frágeis são, portanto, aqueles indivíduos que perderam sua independência e autonomia nas AVD (Quadro 2). Essa classificação é visual e analógica, facilitando a compreensão da heterogeneidade entre as pessoas idosas (Figura 9).

Figura 9. Classificação Visual e Analógica da Pessoa Idosa



Quadro 2. Classificação Clínico-Funcional, segundo Moraes *et al.* 2016

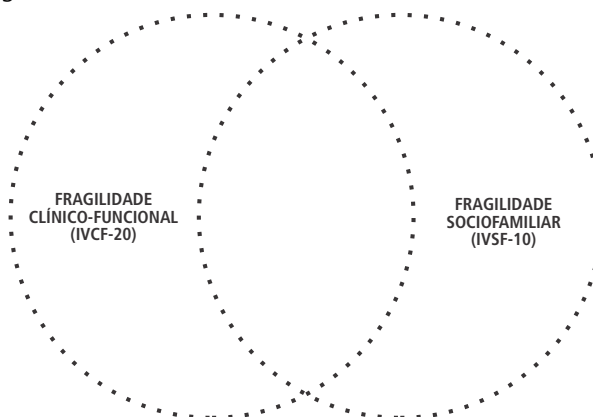
IDOSOS ROBUSTOS	
Estrato 1	São idosos que se encontram no grau máximo de vitalidade. Apresentam independência para todas as AVD avançadas, instrumentais e básicas e ausência de doenças ou fatores de risco, exceto a própria idade.
Estrato 2	São idosos independentes para todas as AVD, mas que apresentam condições de saúde de baixa complexidade clínica, como a hipertensão arterial controlada e sem lesão de órgão alvo, diabetes mellitus controlado sem lesão de órgão alvo, e fatores de risco, como tabagismo, dislipidemia, osteopenia, depressão leve, dentre outros.
Estrato 3	São idosos independentes para todas as AVD, mas que apresentam doenças crônico-degenerativas com base em critérios diagnósticos bem estabelecidos e de maior complexidade clínica, como hipertensão arterial descontrolada ou com lesão de órgão alvo, diabetes mellitus descontrolado ou com lesão de órgão-alvo, depressão, ataque isquêmico transitório, acidente vascular cerebral, doença renal crônica, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica/asma, osteoartrite, doença arterial coronariana, história de IAM, doença arterial periférica, câncer não cutâneo, osteoporose densitométrica, dor crônica, fibrilação atrial, doença de Parkinson ou anemia.
IDOSOS EM RISCO DE FRAGILIZAÇÃO	
Estrato 4	São idosos independentes para todas as AAVD, AIVD e ABVD, mas que apresentam uma das três condições abaixo: <ul style="list-style-type: none"><li>• Evidência de sarcopenia, fenótipo pré-frágil de Fried <i>et al.</i> (2001) ou desnutrição (critérios de Glim).</li><li>• Comprometimento Cognitivo Leve e/ou depressão moderada a grave.</li><li>• Comorbidade múltipla, definida como duas ou mais doenças crônico-degenerativas bem estabelecidas (multimorbidade) ou cinco ou mais condições crônicas de saúde (fatores de risco, sinais e sintomas limitantes, enfermidades etc.); polifarmácia (uso diário de 5 ou medicamentos de classes diferentes) ou internação recente, nos últimos 6 meses.</li></ul>

<b>Estrato 5</b>	São idosos independentes para AIVD e ABVD, portadores das condições crônicas definidas no estrato 4, mas que já apresentam limitações nas AVD avançadas, como atividades relacionadas à integração social, atividades produtivas, recreativas e/ou sociais, ou evidências clínicas de redução significativa no desempenho muscular ( $VM \leq 0,8$ m/s ou $TUG \geq 20s$ ) ou presença do fenótipo de Fried <i>et al.</i> 2001 (3 ou mais critérios).
<b>IDOSOS FRÁGEIS</b>	
<b>Estrato 6</b>	São os idosos que apresentam declínio funcional parcial nas atividades instrumentais de vida diária e são independentes para as AVD básicas.
<b>Estrato 7</b>	São os idosos que apresentam declínio funcional em todas as atividades instrumentais de vida diária, mas ainda são independentes para todas as atividades básicas de vida diária.
<b>Estrato 8</b>	São os idosos que apresentam dependência completa nas AVD instrumentais associada à semidependência nas AVD básicas: comprometimento de uma das funções influenciadas pela cultura e aprendizado (banhar-se e/ou vestir-se e/ou uso do banheiro).
<b>Estrato 9</b>	São os idosos que apresentam dependência completa nas AVD instrumentais associada à dependência incompleta nas AVD básicas: comprometimento de uma das funções vegetativas simples (transferência e/ou continência), além de, obviamente, ser dependente para banhar-se, vestir-se e usar o banheiro. A presença isolada de incontinência urinária não deve ser considerada, pois é uma função fisiológica e não uma atividade.
<b>Estrato 10</b>	São os idosos que se encontram no grau máximo de fragilidade e, consequentemente, apresentam o máximo de dependência funcional, necessitando de ajuda, inclusive, para alimentar-se sozinho.

## ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

O reconhecimento da pessoa idosa de alto risco (“idoso frágil”) é fundamental na RAS. O alto risco traduz a presença dos marcadores biopsicossociais de fragilidade, que não deve ser definida como um somatório de doenças, mas representa o resultado das interconexões entre diversas condições crônicas de saúde mais prevalentes nessa população, cuja importância individual é inquestionável, mas que, quando associadas, podem causar profundas consequências na autonomia e independência da pessoa idosa. Pessoas idosas frágeis são mais vulneráveis às condições crônicas e mais suscetíveis às condições agudas, como doenças infecciosas e causas externas, como quedas. Portanto, os profissionais de saúde devem compreender o «Pentágono da Fragilidade» e utilizar instrumentos capazes de reconhecer os seus principais fenótipos. Todavia, as ferramentas diagnósticas devem ser simples e de rápida aplicação, podendo ser utilizadas por todos os profissionais de saúde, incluindo o ACS.

Sugerimos a utilização de dois instrumentos capazes de reconhecer os principais fenótipos da fragilidade multidimensional, agrupados em dois grandes grupos: fragilidade clínico-funcional e sociofamiliar (Figura 10). O Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20) é considerado um dos quatro melhores instrumentos do mundo para identificação da fragilidade (Faller *et al.*, 2019), enquanto o Índice de Vulnerabilidade Sociofamiliar-10 (IVSF-10) mostrou-se adequado para a avaliação do suporte familiar e social da pessoa idosa (Moraes; Lopes, 2023).

**Figura 10.** Fragilidade Clínico-Funcional e Sociofamiliar

### Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20)

O IVCF-20 foi incorporado ao Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC e-SUS APS) do Ministério da Saúde, com o objetivo de qualificar o registro, o acompanhamento de saúde e o monitoramento de indicadores da pessoa idosa na Atenção Primária, em nível nacional 2025 (Nota Informativa nº 2/2025 Copid/DGCI/Saps/MS). As principais vantagens são:

- propiciar a identificação oportuna de pessoas idosas com fatores de risco para o declínio funcional ou com necessidades específicas a serem priorizadas;
- facilitar o diálogo entre profissionais de saúde, oportunizando a análise de casos e o trabalho em equipe;
- apoiar a elaboração de planos cuidados personalizados e interprofissionais;
- qualificar o acompanhamento da saúde da população idosa pelas equipes, por meio do acompanhamento do histórico de registros do IVCF-20, auxiliando na avaliação da efetividade das intervenções e tratamentos realizados;
- qualificar a referência e contrarreferência dos usuários entre diferentes níveis de atenção da rede, aprimorando o acesso aos serviços especializados e a comunicação na RAS;
- qualificar a gestão de dados e de informações estratégicas sobre a saúde da população idosa, contribuindo para avaliação e o monitoramento da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

O IVCF-20 pode ser aplicado por todos os profissionais de saúde nos três níveis de atenção, incluindo todas as categorias de nível superior ou médio, como o ACS,

além de profissionais das equipes do Sistema Único de Assistência Social (Suas), desde que conheçam e saibam aplicar o instrumento ou que tenham recebido orientação. Todos os profissionais devem manter vigilância ativa para os sinais de risco para declínio funcional em pessoas idosas, e intervir oportunamente, dentro de suas atribuições, ofertando acesso aos recursos de suporte e tratamento disponíveis, com enfoque na manutenção ou recuperação, sempre que possível, da autonomia e da independência das pessoas idosas.

Apresenta alta acurácia para o reconhecimento da pessoa idosa frágil (Moraes *et al.*, 2016; Moraes *et al.*, 2020; Ribeiro *et al.*, 2020). O instrumento é composto por 20 perguntas, que avaliam as principais dimensões da saúde da pessoa idosa. As perguntas devem ser sequenciais e realizadas de forma sistematizada. Cada pergunta tem um significado clínico e, caso esteja presente, deve ser seguida por orientações direcionadas ao problema identificado. Sua aplicação é simples e rápida (5 a 10 minutos) e tem a vantagem de ter caráter multidimensional (Fierro-Marrero *et al.*, 2025), pois avalia oito dimensões consideradas preditoras de declínio funcional e/óbito em pessoas idosas: a idade, a autopercepção da saúde, as AVD (três AVD instrumentais e uma AVD básica), a cognição, o humor/comportamento, a mobilidade (alcance, preensão e pinça; capacidade aeróbica/muscular; marcha e continência esfinteriana), a comunicação (visão e audição) e a presença de comorbidades múltiplas, representada por polipatologia, polifarmácia e/ou internação recente. Cada seção é avaliada por meio de perguntas simples, que podem ser respondidas pela pessoa idosa ou por alguém que conviva com ela (familiar ou cuidador). Foram também incluídas algumas medidas consideradas fundamentais na avaliação do risco de declínio funcional da pessoa idosa, como peso, estatura, índice de massa corporal, circunferência da panturrilha e velocidade da marcha em 4 metros. Cada pergunta recebe uma pontuação específica, de acordo com o desempenho da pessoa idosa. As perguntas são direcionadas à pessoa idosa e devem ser confirmadas pelo familiar ou acompanhante, desde que convivam com essa pessoa e estejam em condições de responder aos questionamentos. Nas pessoas idosas incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador. Dessa forma, o instrumento pode ser utilizado em qualquer cenário de atendimento à pessoa idosa, independentemente da sua condição de saúde, e em qualquer cenário de atendimento (ambulatório, Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPI, hospital, domicílio etc.).

Após a aplicação do instrumento, o avaliador soma os pontos obtidos pelo paciente e define o escore final (Quadro 3). O escore varia de 0 a 40 pontos, e a pontuação é diretamente proporcional à gravidade da fragilidade. Pessoas idosas com pontuação igual ou superior a 15 pontos apresentam alta vulnerabilidade clínico-funcional. Pessoas idosas com pontuação entre 7 e 14 pontos apresentam moderada vulnerabilidade clínico-funcional, enquanto pessoas idosas com pontuação entre 0 e 6 pontos apresentam baixa vulnerabilidade clínico-funcional. Os escores obtidos no IVCF-20 demonstraram alta correlação com a classificação clínico-funcional realizada por equipe geriátrico-gerontológica especializada. Dessa forma, podemos considerar que pessoas idosas com baixa vulnerabilidade clínico-funcional são “ro-

bustas”, enquanto pessoas idosas com moderada e alta vulnerabilidade podem ser consideradas “em risco de fragilização” (pré-frágeis) e “frágeis” respectivamente.

### Quadro 3. IVCF-20

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO FUNCIONAL-20 (IVCF-20) www.ivcf20.org			
			Pontuação
IDADE	1. Qual é a sua idade?	( ) 60 a 74 anos <sup>0</sup> ( ) 75 a 84 anos <sup>1</sup> ( ) ≥ 85 anos <sup>3</sup>	0 a 3 pts
PERCEPÇÃO DA SAÚDE	2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:	( ) Excelente, muito boa ou boa <sup>0</sup> ( ) Regular ou ruim <sup>1</sup>	0 a 1 pt
AVD Instrumental	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? ( ) Sim <sup>4</sup> ( ) Não ou não compra mais por outros motivos que não a saúde  4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gasto ou pagar as contas de sua casa? ( ) Sim <sup>4</sup> ( ) Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde  5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? ( ) Sim <sup>4</sup> ( ) Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde		0 a 4 pts
AVD Básica	6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho? ( ) Sim <sup>6</sup> ( ) Não		0 a 6 pts
COGNIÇÃO	7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? ( ) Sim <sup>1</sup> ( ) Não  8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? ( ) Sim <sup>1</sup> ( ) Não  9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? ( ) Sim <sup>2</sup> ( ) Não		0 a 2 pts
HUMOR	10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? ( ) Sim <sup>2</sup> ( ) Não  11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? ( ) Sim <sup>2</sup> ( ) Não		0 a 2 pts

<b>ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO FUNCIONAL-20 (IVCF-20)</b> <i>www.ivcf20.org</i>			
MOBILIDADE	Alcance, preensão e pinça	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? ( ) <i>Sim</i> <sup>1</sup> ( ) <i>Não</i> 13. Você tem dificuldade para manusear ou segurar pequenos objetos? ( ) <i>Sim</i> <sup>1</sup> ( ) <i>Não</i>	0 a 1 pt
	Capacidade aeróbica e/ou muscular	14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? ( ) <i>Sim</i> <sup>2</sup> ( ) <i>Não</i> • Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês ( ) • Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m <sup>2</sup> ( ) • Circunferência (perímetro) da panturrilha a < 31 cm ( ) • Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 seg ( )	0 a 2 pts
	Marcha	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? ( ) <i>Sim</i> <sup>2</sup> ( ) <i>Não</i> 16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? ( ) <i>Sim</i> <sup>2</sup> ( ) <i>Não</i>	0 a 2 pts
COMUNICAÇÃO	Continência Esfincteriana	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? ( ) <i>Sim</i> <sup>2</sup> ( ) <i>Não</i>	0 a 2 pts
	Visão	18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? <i>É permitido o uso de óculos ou lentes de contato.</i> ( ) <i>Sim</i> <sup>2</sup> ( ) <i>Não</i>	0 a 2 pts
	Audição	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? <i>É permitido o uso de aparelhos de audição.</i> ( ) <i>Sim</i> <sup>2</sup> ( ) <i>Não</i>	0 a 2 pts
COMORBIDADE MÚLTIPLA		20. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? ( ) <i>Sim</i> <sup>4</sup> ( ) <i>Não</i> • Cinco ou mais doenças crônicas • Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia • Internação recente, nos últimos 6 meses	0 a 4 pts
0 1 2 3 4 5 6 <b>7</b> 8 9 10 11 12 13 14 <b>15</b> 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40			
<div> <div>0 a 6 pontos BAIXA VULNERABILIDADE clínico-funcional</div> <div>7 a 14 pontos MODERADA VULNERABILIDADE clínico-funcional</div> <div>≥ 15 pontos ALTA VULNERABILIDADE clínico-funcional</div> </div>			

A estimativa de prevalência da população idosa de baixo, moderado e alto risco pode ser vista no quadro abaixo.

**Quadro 4.** Categorias de risco

Pontos de Corte Sugeridos	Níveis de sensibilidade e especificidade associadas às classificações	Classificação quanto ao grau de vulnerabilidade de Clínico-Funcional	Prevalência na população idosa residente na comunidade	Prioridade para realização da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA)
0 a 6 pts	—	Idoso com baixo risco de vulnerabilidade clínico-funcional	50 a 60%	BAIXA
7 a 14 pts	Sensibilidade: 91%	Idoso com moderado risco de vulnerabilidade clínico-funcional	20 a 30%	MÉDIA
	Especificidade: 71%			
≥ 15 pts	Sensibilidade: 52%	Idoso com alto risco de vulnerabilidade clínico-funcional	10 a 20%	ALTA
	Especificidade: 98%			

O Quadro 5 abaixo apresenta diversas informações referentes à interpretação da pontuação final do IVCF-20 e disponibiliza orientações que devem ser compartilhadas entre a APS, pessoas idosas e família.

**Quadro 5.** Interpretação do escore do IVCF-20

0 a 6 pontos	Baixa Vulnerabilidade Clínico-Funcional	Pessoas idosas classificadas nesse grupo são, em geral, capazes de gerenciar a própria vida de maneira independente e autônoma. A probabilidade de apresentar fragilidade é baixa. O cuidado voltado para os indivíduos desse grupo deve contemplar, especialmente, ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e de doenças transmissíveis e não transmissíveis, além de acesso ao tratamento adequado de condições crônicas prevenindo complicações a longo prazo. Na RAS, pode ser necessário compartilhamento do cuidado com especialistas focais para apoio diagnóstico ou tratamento de condições específicas. Qualquer pontuação obtida no IVCF-20 deve ser considerada anormal e deve ser melhor investigada, exceto a idade.
7 a 14 pontos	Moderada Vulnerabilidade Clínico-Funcional	Pessoas idosas classificadas nesse estrato intermediário apresentam condições de saúde, únicas ou múltiplas, que podem comprometer gradualmente sua funcionalidade. A probabilidade de apresentar fragilidade é consistente. As equipes de saúde devem exercer vigilância ativa e oferecer ações em saúde, com foco na manutenção das funções ainda preservadas e na recuperação das dimensões alteradas. Atenção especial deve ser dada ao manejo adequado de doenças crônicas e à garantia de acesso prioritário ao cuidado multiprofissional, interprofissional e/ou especializado, quando indicado.

≥ 15 pontos	Alta Vulnerabilidade Clínico-Funcional	A probabilidade de apresentar fragilidade é bastante elevada. Está fortemente indicada uma avaliação clínico-funcional mais detalhada da saúde, que deve ser realizada, preferencialmente, por equipe geriátrico-gerontológica especializada. O envelhecimento por si só não explica a situação clínica atual deste idoso, independentemente de sua idade. Provavelmente, este indivíduo apresenta algum grau de dependência nas tarefas do cotidiano. Desta forma, deve-se definir quais incapacidades estão presentes (incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incontinência esfincteriana e incapacidade comunicativa), além das outras condições crônicas determinantes da fragilidade. Pessoas idosas classificadas neste estrato podem necessitar, com maior frequência, de acesso aos serviços de saúde nos três níveis de atenção da RAS. O cuidado voltado para os indivíduos desse grupo deve ter como foco a manutenção das funções ainda preservadas, a reabilitação quando indicada, e a promoção da qualidade de vida. A definição da proporcionalidade terapêutica deve ser realizada de forma compartilhada com a pessoa idosa e sua família. Deve-se dedicar atenção especial ao manejo adequado dos sintomas, à prevenção de iatrogenias, e à adaptação dos cuidados e suporte às necessidades específicas de cada nível de dependência. As equipes de saúde devem sempre considerar a rede de apoio e as características sociais e/ou familiares, envolvendo sempre que necessário, outros serviços de atenção à pessoa idosa disponíveis no território, como a proteção social, acesso à renda, cuidados e a prevenção de violência.
-------------	--	---

### Índice de Vulnerabilidade Sociofamiliar-10 (IVSF-10)

Existem várias ferramentas para a avaliação do suporte social e familiar na APS, como o Apgar familiar, Genograma, Ecomapa etc., mas que apresentam limitações importantes na identificação dos marcadores de vulnerabilidade sociofamiliar mais específicos da pessoa idosa. Com o objetivo de reconhecer a fragilidade sociofamiliar, o Serviço de Geriatria e Gerontologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais desenvolveu um instrumento simples e de rápida aplicação, constituído de 10 questões, que avaliam os marcadores mais relevantes do suporte social e familiar (Quadro 6). Além de ser mais consistente e conciso em relação aos instrumentos existentes, o IVSF-10 apresenta caráter qualitativo e quantitativo, definindo parâmetros mais objetivos e específicos da fragilidade sociofamiliar, reduzindo a subjetividade do examinador.

A proposta é mostrar que o IVSF-10 pode complementar e apoiar tanto na organização dos serviços de saúde quanto na alocação de recursos nas equipes de saúde da APS e reorganização dos serviços da assistência social, com enfoque na pessoa idosa. O instrumento foi desenvolvido, e um Comitê de Especialistas em Geriatria e Gerontologia validou o seu conteúdo. O IVSF-10 já está sendo utilizado rotineiramente no referido serviço nos últimos dois anos, demonstrando a sua praticidade na

avaliação multidimensional da pessoa idosa (Reis, 2022). O instrumento está sendo avaliado quanto à sua consistência interna, confiabilidade, assim como validade de critério, incluindo a sua sensibilidade e especificidade (Terwee, 2007).

#### Quadro 6. IVSF-10


Dimensão	Categoria	Pergunta	Pts	Comentários
<b>SUORTE FAMILIAR</b>	Moradia	1. Com quem o Sr.(a) mora: ( ) Mora em ILPI <sup>6</sup> ( ) Mora sozinho <sup>2</sup> ( ) Mora com familiares ou amigos, na mesma casa ou lote <sup>0</sup>		Morar sozinho significa que o idoso é o único ocupante de seu domicílio. Excluem-se pacientes em cuja vizinhança imediata (andar abaixo, mesmo lote etc.) vivam familiares.
	Cônjuge ou Companheiro	2. O Sr.(a) tem cônjuge ou companheiro? ( ) Sim <sup>0</sup> ( ) Não <sup>2</sup> ( ) Viuvez recente <sup>4</sup>		Paciente em casamento ou relação estável vigente, nos termos do art.1723 da lei 10.406 de janeiro de 2002 (adaptado): Art. 1.723. É reconhecida como entidade familiar a união estável entre duas pessoas, configurada na convivência pública, contínua e duradoura e estabelecida com o objetivo de constituição de família. Viuvez recente: falecimento do companheiro ou cônjuge nos últimos 12 meses, desde que partindo de união estável ou convívio significativo. Importante salientar que pacientes com casamento vigente, mas já há muito vivendo separadamente do cônjuge não devem pontuar nesse item.
	Apoio nas atividades de vida diária	3. O Sr.(a) tem familiares/ cuidadores para atendê-lo plenamente na realização das tarefas do cotidiano, atualmente ou em caso de necessidade? ( ) Sim <sup>0</sup> ( ) Não <sup>6</sup>		É possível identificar alguém que esteja capacitado e disposto a auxiliar o idoso em suas atividades instrumentais (afazeres domésticos e extradomiciliares) e/ou básicas (dar banho, vestir suas roupas, higiene íntima, dar alimentos etc.), em caso de necessidade. Nos idosos dependentes, deve ser considerado a disponibilidade e a capacidade técnica do cuidador para realizar o cuidado necessário. A sobrecarga do cuidador também deve ser valorizada na pontuação.

	Interação familiar e comunitária	4. O Sr.(a) está satisfeito com o convívio ou frequência de visitas de familiares e/ou amigos? ( ) Sim <sup>0</sup> ( ) Não <sup>2</sup>		O paciente convive com familiares e amigos regularmente (periodicidade subjetiva, frequência percebida como satisfatória pelo próprio paciente), não sente falta dos amigos e/ou familiares ou não se sente abandonado.
	Sobrecarga familiar	5. O Sr.(a) é responsável pelo cuidado de pessoas dependentes e/ou reside com pessoas que possam causar desorganização no convívio familiar? ( ) Sim <sup>2</sup> ( ) Não <sup>0</sup>		Pessoas com deficiência física ou mental, idosos dependentes etc., que demandam cuidados e que estão sob sua responsabilidade. Pessoas que causam desorganização em casa são, por exemplo, usuários de drogas lícitas ou ilícitas e/ou pessoas envolvidas com criminalidade.
<b>SUPORTE SOCIAL</b>	Renda	6. O Sr.(a) tem acesso à renda própria? ( ) Benefício previdenciário <sup>0</sup> ( ) Benefício assistencial <sup>2</sup> ( ) Não tem acesso à benefício previdenciário ou assistencial, mas tem acesso à renda de terceiros, em caso de necessidade <sup>4</sup> ( ) Ausência completa de acesso à renda <sup>5</sup>		Benefício previdenciário: renda advinda de salário, aposentadoria ou outra fonte de renda própria (aluguéis, dividendos, previdência privada etc.), que seja suficiente para sua subsistência. Benefício assistencial: renda proveniente de benefícios assistenciais, como Benefício de Prestação Continuada (BPC), auxílio-Brasil etc., definidos pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que seja suficiente para sua subsistência.
	Escolaridade	7. O Sr.(a) é capaz de ler e escrever? ( ) Sim <sup>0</sup> ( ) Não <sup>1</sup>		O idoso (a) é incapaz de ler de maneira funcional ou consegue ler/escrever de maneira limitada (seu próprio nome, o de parentes), mas incapaz de entender pequenos textos ou instruções (como uma prescrição médica) devem pontuar nesse item (ou seja, analfabetos absolutos ou funcionais).
	Condições da Moradia	8. O Sr.(a) tem moradia própria? ( ) Sim <sup>0</sup> ( ) Não <sup>1</sup>		O idoso (a) é proprietário do imóvel em que reside ou de outro imóvel residencial, ainda que esteja locado
		9. Moradia está em boas condições de organização, segurança e higiene? ( ) Sim <sup>0</sup> ( ) Não <sup>2</sup>		Presença de baixas condições de saneamento (lixo a céu aberto, água sem tratamento e esgoto a céu aberto), relação morador/cômodo inadequada (igual ou maior que 1) ou percepção subjetiva do paciente ou acompanhante quanto às condições de higiene e organização do domicílio.

	Participação social	10. O Sr.(a) participa de eventos ou atividades extradomiciliares ou comunitária ou rede social, como trabalho, família, igreja, grupo de convivência, lazer etc.? ( ) Sim <sup>0</sup> ( ) Não <sup>1</sup>	O paciente possui convívio na comunidade, seja em atividades religiosas, acadêmicas, encontros com amigos, com familiares, em projetos sociais, desde que extradomiciliar e com a participação de terceiros.
--	---------------------	--	--

INTERPRETAÇÃO DO ESCORE (Categoria de Risco):

- 0 a 4 pontos: baixa vulnerabilidade sociofamiliar
- 5 a 9 pontos: moderada vulnerabilidade sociofamiliar
- ≥ 10 pontos: alta vulnerabilidade sociofamiliar



## MODELO DE ATENÇÃO À CONDIÇÃO CRÔNICA DE SAÚDE (MACC)

O cuidado oferecido às pessoas idosas portadoras de múltiplas condições crônicas de saúde, poli-incapacidades ou necessidades complexas é frequentemente fragmentado, ineficiente, ineficaz e descontínuo, capaz de agravar ainda mais a sua condição de saúde (Bodenheimer; Wagner; Grumbach, 2002; Boulton; Wieland, 2010; Wagner, 1998). Além disso, o enfoque da formação dos médicos da atenção primária é direcionado às condições agudas, aos traumas e ao gerenciamento de doenças crônicas, mas de forma isolada (unimorbidade). Evidências atuais mostram que a atenção à saúde das pessoas idosas mais frágeis, com qualidade, resolutividade e custo-eficácia, deve ser associada a quatro condições essenciais, que superam o simples diagnóstico e tratamento das doenças individuais:

- Avaliação multidimensional ou abrangente, capaz de reconhecer todas as demandas biopsicossociais do paciente, seus valores, crenças, sentimentos e preferências para o cuidado;
- Elaboração, implementação e monitoramento do plano de cuidados, composto por todas as intervenções preventivas, curativas, paliativas e reabilitadoras, definidas de forma compartilhada;
- Comunicação e coordenação com todos os profissionais e serviços necessários para implementação do plano de cuidados (linha do cuidado ou macrogestão da clínica), com ênfase no cuidado transicional;
- Promoção do engajamento ativo do paciente e sua família no cuidado com sua saúde.

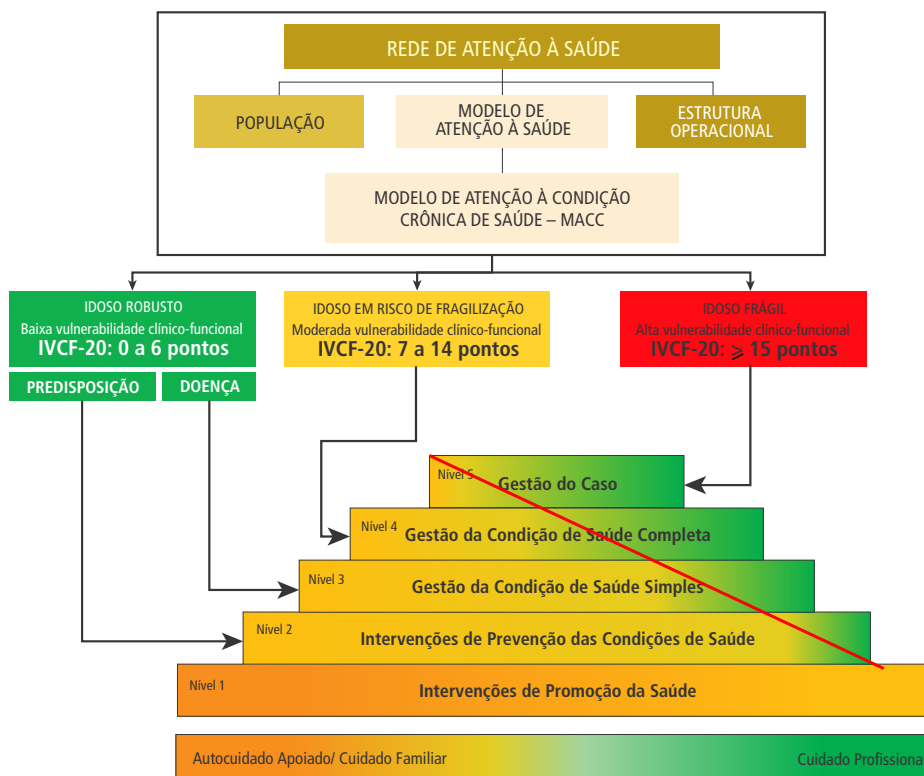
Mendes (2011) desenvolveu um modelo de atenção às condições crônicas denominado de MACC, para utilização no SUS. Esse modelo estrutura-se em cinco níveis de atenção à saúde, conforme a população estratificada por riscos e, consequentemente, o tipo de intervenção proposto. O MACC foi adaptado para a população idosa por Moraes (2012) (Figura 11), inserindo as particularidades dessa população, particularmente, os principais grupos de risco baseados na classificação clínico-funcional proposta (MACC adaptado para pessoa idosa).

- **Nível 1:** engloba a população global, com enfoque nos determinantes sociais da saúde, representada pelas condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos, ambientes saudáveis, acesso aos serviços essenciais de saúde, educação, saneamento e habitação e às redes sociais e comunitárias. As intervenções focalizam as estratégias de promoção da saúde e são aplicadas a toda a população.
- **Nível 2:** engloba um estrato da população global que apresenta fatores predisponentes para as condições de saúde ou fatores de risco. As intervenções são direcionadas às estratégias de prevenção de doenças (prevenção primária), com ênfase nos comportamentos e estilo de vida (tabagismo, alimentação inadequada, inatividade física, excesso de peso, uso excessivo de álcool etc). Até o segundo nível, não há condição de saúde estabelecida. Envolve as pessoas idosas robustas estratos 1 e 2, que apresentam condições crônicas simples e de fácil manejo pela atenção primária.
- **Níveis 3, 4 e 5** opera-se em indivíduos com condições crônicas de saúde ou problemas de saúde estabelecidos, variando de condições crônicas simples (**nível 3**) e complexas (**nível 4**) de baixo ou médio risco, em geral prevalente entre 70% e 80% dos portadores de condições de saúde, até condições de saúde altamente complexas (**nível 5**), presentes em 1% a 5% da população total e que chegam a consumir a maior parte dos recursos globais de um sistema de atenção à saúde. As intervenções de gestão da clínica englobam a gestão de condição crônica e a gestão de caso, nos indivíduos portadores de condições crônicas de saúde altamente complexas. O nível 3 inclui as pessoas idosas robustas portadoras de doenças de baixa complexidade, mas independentes para todas as AVD (estratos 3). O nível 4 envolve as pessoas idosas em risco de fragilização (estratos 4 e 5) e as pessoas idosas frágeis (6, 7, 8, 9 e 10). As pessoas idosas frágeis com alto potencial de melhora clínico-funcional e os em fase final de vida estão incluídos no nível 5, nos quais é fundamental a realização da AGA, que inclui a Avaliação Multidimensional do Idoso (AMI) e a elaboração de um Plano de Cuidados Personalizado (PCP)

A linha transversa que corta o desenho, desde as ações de prevenção das condições de saúde até a gestão de caso, representa uma divisão relativa à natureza da atenção à saúde. O que estiver acima dessa linha representa, mais significativamente, a atenção profissional, o que estiver abaixo dessa linha, hegemonicamente, o autocuidado apoiado. O autocuidado apoiado na pessoa idosa apresenta também

algumas particularidades. A perda da autonomia e da independência é a principal característica da pessoa idosa frágil, de tal forma que ele se torna dependente para a realização das atividades do cotidiano. Pessoas idosas frágeis no estrato 10 não apresentam grau máximo de dependência funcional, pois não conseguem nem se alimentar sem ajuda de terceiros. A família ou o cuidador tornam-se atores fundamentais na preservação dos cuidados básicos com a vida. Assim, o termo autocuidado apoiado inclui o cuidador da pessoa idosa, que, na maioria das vezes, é um familiar. O ato de cuidar do outro exige o conhecimento da tecnologia do cuidado, além de dedicação e carinho (Moraes; Azevedo, 2016). O programa deve garantir o treinamento dos cuidadores de pessoas idosas frágeis, familiares e profissionais, e enfatizar a importância do envolvimento deles na equipe interdisciplinar de saúde responsável pelo acompanhamento da pessoa idosa.

**Figura 11.** Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), adaptado por Moraes (2011)

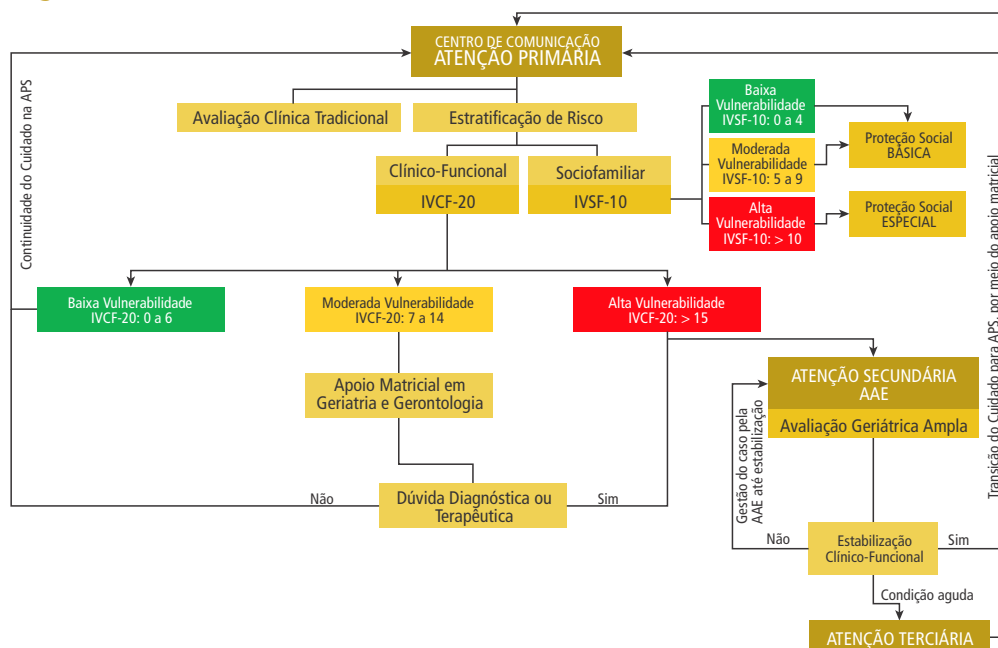


## ESTRUTURA OPERACIONAL

A estrutura operacional tem como centro de comunicação a APS, responsável pelo cadastro e captação da população idosa adscrita ao seu território de abrangência. Essa adscrição permite a criação de um vínculo e responsabilização entre a equipe

interprofissional da APS e a população idosa, garantindo o acesso qualificado e a continuidade do cuidado. A UBS é a referência daquela população específica e assume a “governança clínica” do cuidado integral e integrado, acionando os diversos pontos da RAS, conforme a necessidade. A estratificação do risco clínico-funcional e sociofamiliar, por meio da aplicação do IVCF-20 e IVSF-10, respectivamente, permite o reconhecimento das principais demandas de saúde da população idosa e garante a equidade na definição dos fluxos e contrafluxos entre a APS e a atenção secundária (AAE) em geriatria. Pessoas idosas com maior vulnerabilidade clínico-funcional e sociofamiliar devem ser atendidas prioritariamente pelas redes SUS e Suas respectivamente (Figura 12).

**Figura 12.** Fluxos e contrafluxos da APS com a AAE



## MICROSSISTEMA CLÍNICO ENTRE APS E AAE

Após a identificação e o cadastro da pessoa idosa no território, realiza-se a estratificação de risco, por meio da aplicação do IVCF-20 e IVSF-10 (Moraes *et al.*, 2016; Moraes; Lopes, 2023). Como vimos, são instrumentos simples, que podem ser aplicados pelo ACS e por todos os profissionais de saúde da APS. Ambos os instrumentos são fundamentais para a programação da assistência, de forma semelhante ao que é proposto pelos instrumentos de estratificação de risco para as condições agudas. Assim, podemos afirmar que o IVCF-20 é o “Manchester” da principal condição crônica de saúde da pessoa idosa, que é a fragilidade clínico-funcional.

Recomenda-se que o ACS faça a avaliação da segurança ambiental da moradia, com o objetivo de identificar os perigos e os riscos ambientais e apresentá-los para

a equipe de saúde. Em seguida, a pessoa idosa deve ser avaliada de forma integral pelo médico e enfermeiro da APS, para complementar as informações obtidas até o momento, e aprofundar na identificação das demandas biopsicossociais. Pode ser necessária a avaliação por outros profissionais da APS, como o assistente social e/ou os profissionais da equipe multiprofissional (eMulti/Nasf). Todos os itens alterados no IVCF-20 e IVSF-10 devem ser avaliados rigorosamente, por meio do detalhamento das queixas existentes, revisão dos multidomínios da capacidade intrínseca, avaliação clínica e laboratorial, revisão de medicamentos, avaliação da saúde bucal, avaliação da saúde do cuidador e atualização do cartão de vacinação e implementação de outras medidas preventivas e promocionais, conforme a necessidade (Figura 13).

**Figura 13.** Linha de Cuidados da Pessoa Idosa na APS

**Fluxo de Atenção da Pessoa Idosa na Atenção Primária**



A suspeita de fragilidade clínico-funcional ou sociofamiliar indica a aplicação de instrumentos e escalas específicas, que devem ser realizadas, preferencialmente, por equipes geriátrico-gerontológicas especializadas (AAE). Estima-se que 10% a 20% das pessoas idosas apresentem critérios de encaminhamento para a AAE em Geriatria, que ainda é pouco disponível no nosso meio. Nesses casos, a APS deverá envolver outros profissionais da equipe interdisciplinar e programar atendimentos mais frequentes e com duração apropriada para a definição do diagnóstico geriátrico-gerontológico e elaboração do Plano de Cuidados Personalizado.

**Pessoas idosas de baixa vulnerabilidade clínico-funcional**, nos quais o IVCF-20 está entre 0 e 6 pontos, podem ter a continuidade do cuidado na APS. Pode ser necessário o compartilhamento do cuidado com especialistas focais para apoio diagnóstico ou

tratamento de condições específicas. Qualquer pontuação obtida no IVCF-20 deve ser considerada anormal e investigada mais a fundo, excetuando-se, obviamente, a pontuação referente à idade. Nesse grupo, devem ser priorizadas as ações de promoção da saúde, prevenção de fatores de risco (aconselhamento, imunização, rastreamentos e quimioprevenção), controle das condições crônicas de saúde e prevenção quaternária, evitando-se intervenções farmacológicas e não farmacológicas inapropriadas para a pessoa idosa ou sem evidência clara de benefícios.

O uso de Medicamentos Potencialmente Inapropriados (MPI) está presente em cerca de 36,7% da população idosa mundial e em 46,9% da população idosa da América do Sul (Tian *et al.*, 2023). Zhou *et al.*, em 2025, relataram relação significativa entre o uso de MPI e maior risco de mortalidade (OR 1,28) nas pessoas idosas com 70 anos ou mais e, particularmente, com o uso de antipsicóticos e fármacos com alta carga anticolinérgica. Os autores sugerem cautela com os medicamentos de alto risco, ponderando benefícios e riscos. Revisões regulares da medicação e planos individualizados com base no estado de saúde de cada paciente são essenciais. Ajustes oportunos em prescrições inadequadas, com uma comunicação clara sobre os riscos da medicação, são cruciais. Além disso, a seleção de critérios de avaliação de MPI adequados, adaptados às condições do paciente, aumenta a segurança dos medicamentos.

**Pessoas idosas de alta vulnerabilidade clínico-funcional**, nos quais a pontuação no IVCF-20 foi igual ou superior a 15 pontos, são consideradas de **alto risco**, e devem ser avaliadas por equipe geriátrico-gerontológica especializada na atenção secundária (AAE). A AAE tem a função de aplicar a Avaliação Geriátrica Ampla, composta da avaliação multidimensional com a utilização de diversas escalas e instrumentos específicos para o diagnóstico geriátrico-gerontológico e elaboração do Plano de Cuidados Personalizado. A escassez de recursos humanos especializados em Geriatria justifica a utilização de várias estratégias de avaliação, dependendo da disponibilidade local de recursos humanos, insumos e estrutura própria. A atenção secundária em Geriatria deve atuar como Pasa de uma RAS, e não como um Centro de Especialidades Médicas (CEM), conforme estabelecido por Mendes (2011). O quadro abaixo mostra as principais diferenças entre o Pasa e o CEM (Brasil, 2019) (Quadro 7).

**Quadro 7.** Diferenças entre CEM e Pasa

CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (CEM)	PONTO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA DE UMA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (Pasa)
Planejamento baseado na oferta de serviços.	Planejamento baseado nas necessidades de saúde da população. Evita-se a indução da demanda pela oferta de serviços e não pelas necessidades do usuário e estratificação de risco.
Unidade isolada sem comunicação fluida com a rede. Histórias pessoais e familiares são retomadas a cada consulta, exames são ressolvidos a cada atendimento.	Ponto de atenção com comunicação em rede com os outros níveis de atenção, evitando-se retrabalhos e redundâncias. Presença de sistemas logísticos potentes como o cartão de identificação dos usuários, prontuário clínico eletrônico, sistema de acesso regulado e sistema de transporte em saúde.

Sistema aberto.	Sistema fechado. Não há possibilidade de acesso direto das pessoas usuárias.
Autogoverno.	Governo pela APS. A única via de chegada é através de um sistema de referência e contrarreferência.
Acesso regulado pelos gestores da saúde, diretamente na central de regulação.	Acesso regulado pelas equipes de APS, que acessam diretamente a central de regulação.
Atenção focada no profissional médico especialista.	Atenção focada na ação coordenada de uma equipe multiprofissional, com forte integração com a atenção primária. Não há a captação do paciente pelo especialista, de forma definitiva, capaz de gerar uma demanda incontrolável e bloquear o acesso a novos pacientes. O trabalho interdisciplinar é mais do que a soma das contribuições de diferentes profissões.
Decisões clínicas não articuladas em diretrizes clínicas.	Decisões clínicas articuladas em linhas-guia e em protocolos clínicos, construídos com base em evidências, adaptadas à realidade vigente. Definição clara do papel da atenção primária e dos demais níveis de atenção neste sistema de referência e contrarreferência.
Prontuários clínicos individuais, não integrados em rede.	Prontuários clínicos eletrônicos integrados na rede.
Não utilização das ferramentas de gestão da clínica.	Utilização rotineira das ferramentas de gestão da clínica, baseada em diretrizes clínicas onde a estratificação de riscos para cada condição está bem estabelecida.
Função meramente assistencial.	Função assistencial, supervisional, educacional e de pesquisa.
Pagamento por procedimento.	Pagamento por orçamento global, estimulando a aplicação de esforços nas ações de promoção e prevenção e de contenção do risco evolutivo das condições de saúde de menor custo.

Como vimos, pessoas idosas de alta vulnerabilidade clínico-funcional apresentam alta probabilidade do diagnóstico de fragilidade estabelecida e, consequentemente, algum grau de dependência nas tarefas do cotidiano. O envelhecimento, por si só, não explica a situação clínica atual dessa pessoa idosa, independentemente de sua idade. Dessa forma, deve-se definir quais incapacidades estão presentes (incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incontinência esfinteriana e incapacidade comunicativa), além das outras condições crônicas determinantes da fragilidade. O cuidado voltado para os indivíduos desse grupo deve ter como alvo a manutenção das funções ainda preservadas, a reabilitação e a promoção da qualidade de vida. A definição da proporcionalidade terapêutica deve ser realizada de forma compartilhada com a pessoa idosa e sua família. O Cuidado Paliativo, com enfoque no conforto, deve ser considerado nas pessoas idosas em fase final de vida, classificadas nos estratos clínico-funcionais mais avançados (estratos 9 e 10), nos quais a resiliência homeostática ou vitalidade está muito comprometida, reduzindo as chances de reversibilidade. Deve-se dedicar atenção especial ao manejo adequado dos sintomas, à prevenção de iatrogenias, e à adaptação dos cuidados e suporte às necessidades específicas de cada nível de dependência. As equipes

de saúde devem sempre considerar a rede de apoio e as características sociais e/ou familiares, envolvendo, quando necessário, outros serviços de atenção à pessoa idosa disponíveis no território, como a proteção social, acesso à renda, cuidados e a prevenção de violência.

A meta terapêutica é a **estabilização clínico-funcional** das condições crônicas e incapacidades presentes. A estabilização nada mais é do que a redução máxima das manifestações clínicas resultantes de condições crônicas de saúde descontroladas, a utilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas capazes de modificar a história natural das doenças e a máxima recuperação funcional obtida por meio da reabilitação. Significa alcançar um ponto de equilíbrio em que a doença crônica, embora não curada, está sob controle, e a pessoa idosa consegue manter um nível estável de funcionalidade, qualidade de vida e menor risco de agudizações. A gestão clínica do caso deve continuar na AAE até o controle das condições crônicas, que apresentam alta probabilidade de melhora, desde que realizadas por equipe geriátrico-gerontológica especializada. Assim, pessoas idosas portadoras de condições crônicas com alto potencial de melhora são denominadas **pessoas idosas frágeis de alta complexidade**, na medida em que as tecnologias utilizadas para a gestão clínica dos casos são mais específicas e de difícil implementação pela APS.

Outra modalidade de atendimento pela AAE é a **atenção contínua**, na qual a APS e a AAE atendem o usuário de forma sequenciada, passando por diferentes profissionais de saúde, no mesmo turno de trabalho. Nesse caso, os profissionais da APS e AAE atendem juntos, com a presença de outros especialistas, conforme a necessidade e a disponibilidade local. Os objetivos a serem alcançados pela AC são:

- melhorar os resultados sanitários;
- aumentar a satisfação das pessoas usuárias;
- monitorar a condição crônica;
- aumentar a satisfação da equipe de saúde;
- reduzir a utilização de serviços desnecessários.

Dessa forma, a pessoa idosa frágil com alto potencial de melhora clínico-funcional deverá ser submetida a, no mínimo, cinco encontros com a equipe geriátrico-gerontológica especializada (AAE), cujos objetivos principais são:

- Suspensão de intervenções diagnósticas e/ou terapêuticas inadequadas, com ênfase na desprescrição segura de medicamentos inapropriados.
- Definição de metas terapêuticas individualizadas e compartilhadas com a pessoa idosa e sua família, respeitando o estrato clínico-funcional do paciente.

- Tratamento adequado de condições subdiagnósticas e, consequentemente, subtratadas, comumente atribuídas à “idade” ou “senilidade”.
- Educação sobre as condições crônicas de saúde e como manejá-las (“autocuidado apoiado”).
- Orientações à família quanto aos cuidados com a pessoa idosa (“autocuidado apoiado”).
- Abordagem não farmacológica das incapacidades funcionais e doenças associadas.
- Manejo interdisciplinar das condições crônicas de saúde, visando ao cumprimento das metas de estabilização da pessoa idosa frágil de alta complexidade.
- Motivação de pacientes/familiares não aderentes.
- Reabilitação: a reabilitação dependerá da existência de estrutura e recursos humanos no local. Deverá ser feita preferencialmente em outro ponto de RAS.

A estabilização clínico-funcional pela AAE tem duração variável, dependendo da gravidade do caso e da disponibilidade do cuidado profissional especializado e do autocuidado apoiado ou cuidado familiar. A duração aproximada é de 6 a 12 meses. A obtenção da estabilidade deve ser feita na transição do cuidado para APS, por meio do apoio matricial. Obviamente, as condições crônicas de saúde estabilizadas tendem a ser progressivas, mas a gestão clínica poderá ser realizada pela APS, desde que as intervenções propostas estejam bem definidas no Plano de Cuidados Personalizado. Ademais, na presença de dúvidas pela APS, a AAE continua disponível para gestão clínica compartilhada, por meio do apoio matricial. A APS e AAE fazem parte do mesmo microsistema clínico e devem estar fortemente integradas, com vínculos bem estabelecidos entre profissionais de ambos os pontos da RAS.

**Pessoas idosas com Moderada Vulnerabilidade Clínico-Funcional**, nos quais o IVCF-20 tem pontuação entre 7 e 14 pontos, são ainda independentes para as AVD instrumentais e básicas, mas apresentam uma ou mais condições crônicas de saúde preditoras da fragilidade multidimensional. O risco de declínio funcional é consistente. A APS deve exercer vigilância ativa e oferecer ações em saúde integrais e interdisciplinares, com o objetivo de reverter o declínio da capacidade intrínseca e retardar o desenvolvimento de incapacidades funcionais. São, portanto, pessoas idosas com condições de saúde mais complexas, mas que podem continuar a gestão do cuidado na APS, desde que “apoiadas” pela AAE. O apoio matricial em Geriatria é, portanto, uma ferramenta importante para dar suporte e permitir a continuidade do cuidado na APS. Todavia, na presença de dúvida diagnóstica e/ou terapêutica, mesmo com o suporte da AAE, via apoio matricial, torna-se necessário o encaminhamento para a atenção secundária, seguindo as recomendações sugeridas para a gestão clínica da pessoa idosa de alto risco.

## CUIDADO INTERDISCIPLINAR E INTERSETORIAL

A coordenação do cuidado é uma estratégia que visa organizar uma assistência integral e multidimensional à saúde da pessoa idosa, evitando a fragmentação do cuidado. A adoção de uma Linha de Cuidados personalizada para pessoas idosas, elaborada a partir de uma equipe interdisciplinar, estabelece metas e atividades com o intuito de manter a autonomia, a qualidade de vida e a reabilitação da pessoa idosa, e, dessa forma, assegurar a assistência integral à saúde, além de possibilitar a organização das prioridades para melhor prestação de serviços. A interdisciplinaridade refere-se à integração e à articulação entre diferentes áreas do cuidado, promovendo uma troca contínua de informações e o compartilhamento de responsabilidades. Essa abordagem favorece uma assistência mais qualificada e resolutiva, especialmente para pessoas idosas com necessidades complexas.

Sabemos que os principais cuidados com a pessoa idosa envolvem: a saúde física, mental e emocional, além da segurança e da independência. Considerar todos esses aspectos que norteiam a coordenação do cuidado para um envelhecimento saudável e, se necessário, a reabilitação da saúde da pessoa idosa; assim, é indispensável incluir nas equipes interdisciplinares profissionais como (Figura 14):

- Médico
- Enfermeiro(a)
- Assistente social
- Fisioterapeuta
- Terapeuta ocupacional
- Psicólogo(a)
- Educador Físico
- Cirurgião-Dentista
- Nutricionista

Essa composição interdisciplinar permite abordagens mais completas e individualizadas para cada caso e ajudam a priorizar as necessidades das pessoas idosas. Além disso, aprimora o cuidado qualificado realizado por meio de uma classificação mediante a identificação de suas demandas funcionais, incluindo:

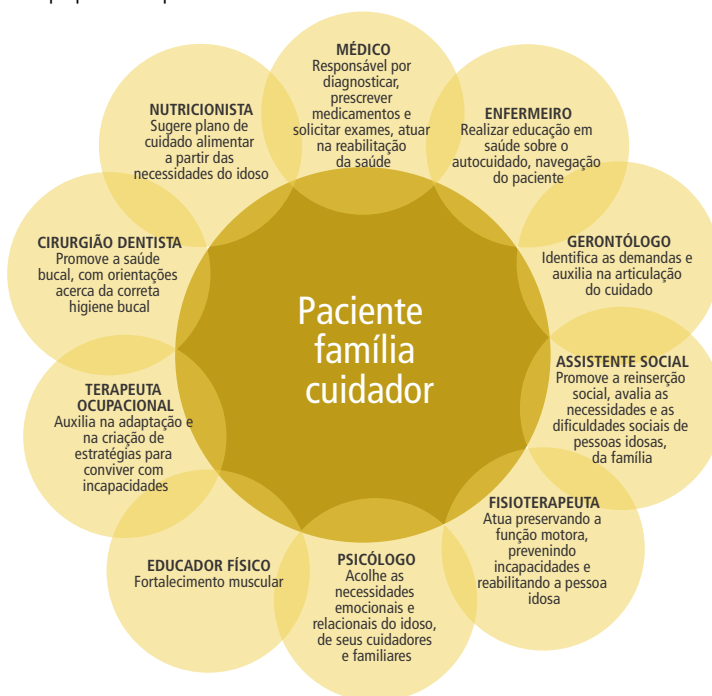
- Avaliar a saúde física e mental da pessoa idosa;

- Estabelecer metas para o cuidado;
- Organizar as tarefas de cuidado com equipe interdisciplinar;
- Analisar o contexto social, rede de apoio e familiar da pessoa idosa;
- Considerar as capacidades físicas e cognitivas da pessoa idosa.

Para o sucesso do modelo proposto e melhor coordenação do cuidado ao paciente idoso, precisamos destacar a capacitação e a formação dos profissionais para as especificidades relativas ao envelhecimento e à educação constante voltadas às questões de acolhimento e resolubilidade em equipe dos problemas apresentados para cada paciente idoso. Isso contribui para a prática interdisciplinar, visando a um atendimento integral das limitações que interferem no bem-estar da pessoa idosa.

A figura abaixo resume as principais atividades desenvolvidas por cada profissional de saúde envolvido no cuidado coordenado à pessoa idosa.

**Figura 14.** Equipe Interprofissional

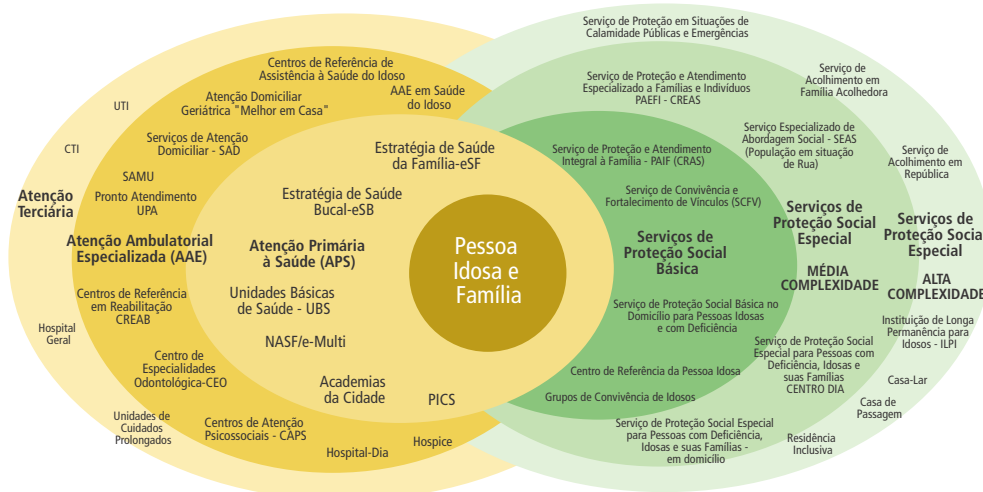


Fonte: elaboração própria, 2025.

O cuidado integral e integrado à pessoa idosa deve incluir também ações da assistência social e outras áreas intersetoriais, como pode ser visto na figura abaixo. O Suas deve atuar de forma compartilhada com o SUS (Figura 15). Ele organiza as ações da assistência social em dois tipos de proteção social: Proteção Social Básica e

Especial. A **Proteção Social Básica** é destinada à prevenção de riscos sociais e pessoais, por meio da oferta de programas, projetos, serviços e benefícios a indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade social. A **Proteção Social Especial** é destinada a famílias e indivíduos que já se encontram em situação de risco e que tiveram seus direitos violados por ocorrência de abandono, maus-tratos, abuso sexual, uso de drogas, entre outros. É também responsável pela oferta de Benefícios Assistenciais prestados a públicos específicos de forma integrada aos serviços, contribuindo para a superação de situações de vulnerabilidade. O Suas também gerencia a vinculação de entidades e organizações de assistência social ao Sistema, mantendo atualizado o Cadastro Nacional de Entidades e Organizações de Assistência Social (CNEAS) e concedendo certificação a entidades beneficentes, como ocorre com as ILPI, públicas e filantrópicas.

**Figura 15.** Rede SUS e Suas



O **Serviço de Acolhimento para Pessoas Idosas** é destinado a pessoas idosas (60 anos ou mais) de ambos os sexos, independentes ou com algum grau de dependência. O acolhimento deverá ser adotado como uma medida excepcional, quando esgotadas todas as possibilidades de autossustento e convívio com os familiares. É previsto para as pessoas idosas que não têm condições para permanecer com a família, pois passaram por situações de violência e negligência, estão em situação de rua ou de abandono. **O serviço pode ser ofertado nas seguintes unidades:**

- **Abrigo Institucional (ILPI):** atendimento em unidade institucional com característica domiciliar que acolhe pessoas idosas com diferentes necessidades e graus de dependência. Deve garantir a convivência com familiares e amigos de forma contínua, bem como o acesso às atividades culturais, educativas, lúdicas e de lazer na comunidade.

- **Casa-Lar:** atendimento em unidade residencial. Deve contar com profissionais habilitados, treinados e supervisionados por equipe técnica capacitada para auxiliar nas atividades da vida diária.
- **República:** destinada a pessoas idosas que tenham condições de desenvolver, de forma independente, as atividades da vida diária, mesmo que requeiram o uso de equipamentos de autoajuda. O serviço objetiva a autonomia de seus residentes, incentivando sua independência ao funcionar em um sistema que permite que seus moradores tomem as decisões com relação ao funcionamento da unidade de maneira conjunta.

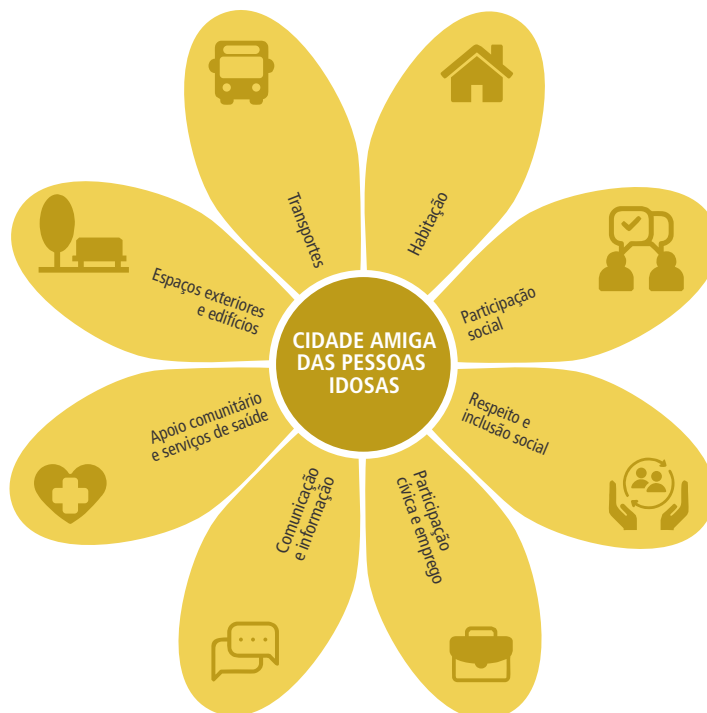
O **Centro-Dia** é outro equipamento destinado a indivíduos que não têm autonomia e dependem de outras pessoas, mas que residem em seus domicílios. As famílias dessas pessoas devem ser atendidas no Centro-Dia, garantindo a oportunidade de lazer, convivência com outros familiares e cuidadores, qualificação cuidado e profissional, assistência à saúde e, até mesmo, “espaço de respiro” para o cuidador. São realizadas diversas ações individuais ou em grupo, durante o dia, servindo de apoio às famílias e cuidadores para a redução do estresse decorrente dos cuidados prolongados na família. As atividades ofertadas são interdisciplinares e variam conforme o tipo de doença existente e a gravidade da dependência funcional do indivíduo, respeitando a disponibilidade das famílias. É um espaço multifuncional, capaz de atender a diferentes necessidades físicas, cognitivas, psicológicas e sociais da pessoa idosa e de seus familiares, ofertando cuidados complementares, prevenindo o isolamento, fortalecendo os vínculos familiares, sociais e comunitários e prevenindo a violência, a negligência, o abandono e a institucionalização.

Todas as ações desenvolvidas nos Serviços de Acolhimento para Pessoas Idosas e no Centro-Dia devem estar articuladas e monitoradas pela APS, por meio do registro do Plano de Cuidados Personalizado.

O cuidado integral e integrado à pessoa idosa exige profundas mudanças no sistema de saúde e de assistência social, respeitando sua heterogeneidade e seguindo os preceitos do cuidado centrado na pessoa, no qual se preza valores, preferências, desejos e expectativas da pessoa idosa. Da mesma forma, é indispensável o remodelamento das ações de outros setores governamentais, que atuam no “ambiente” onde a pessoa idosa vive, favorecendo o “Envelhecimento Saudável”. Melhoria nos espaços exteriores e edifícios, transportes, habitação, participação social, respeito e inclusão social, participação cívica e emprego, comunicação e informações são, também, medidas que devem ser implementadas pelas cidades onde as pessoas idosas vivem, como sugerido no Programa Cidades e Comunidades Amigas da Pessoa Idosa (Figura 16). Uma cidade ou comunidade amiga das pessoas idosas deve manter a independência das pessoas pelo maior tempo possível, prover assistência, apoio e proteção, quando for necessário, e respeitar a autonomia e a dignidade da pessoa idosa. É, portanto, um bom lugar para envelhecer, pois promove o envelhe-

cimento saudável e, desse modo, cuida do bem-estar durante todo o curso da vida (Organização Pan-Americana da Saúde, 2023).

**Figura 16.** Setores prioritários no Programa Cidades e Comunidades Amigas da Pessoa Idosa



## MONITORAMENTO DO PLANO DE CUIDADOS PERSONALIZADO

O monitoramento longitudinal ou navegação é o conjunto de tecnologias utilizadas para facilitar o percurso assistencial do indivíduo, com o objetivo de minimizar as barreiras de acesso presentes nas RAS e garantir o acesso ao “Cuidado Certo”. A navegação contribui significativamente para otimizar as estratégias de melhoria contínua da qualidade, vinculação, continuidade do cuidado, organização, acesso ampliado e coordenação do cuidado. Está formalmente indicada para pessoas idosas com alta vulnerabilidade clínico-funcional e sociofamiliar. Pode ser considerada uma estratégia de gestão de casos, que é um processo cooperativo que se desenvolve entre um profissional gestor de caso e uma pessoa portadora de uma condição de saúde muito complexa, com o objetivo de planejar, monitorar e avaliar as opções de cuidados e de coordenação da atenção à saúde, de acordo com suas necessidades e possibilidades, com o objetivo de propiciar uma atenção de qualidade, humanizada, capaz de maximizar a autonomia e independência da pessoa idosa e reduzir a sobrecarga familiar e os custos assistenciais.

O navegador ou gestor de caso tem função primordial a advocacia do paciente, que consiste em alinhar suas expectativas, desejos e preferências, facilitar a comunicação entre os vários prestadores de serviços envolvidos no trabalho interdisciplinar, empoderar o paciente para o autocuidado e cuidado familiar e coordenar o cuidado em toda a rede. Pode ser implementado por qualquer profissional de saúde, desde que devidamente qualificado para essa função. Esse profissional pode estar diretamente envolvido na assistência profissional à saúde do indivíduo (*Hands-on*) ou não (*Hands-off*) (Mendes, 2019).

O Plano de Cuidados Personalizado deve ser complementado pelo Plano de Navegação, que consiste nas estratégias necessárias para obter a estabilização do paciente. Deve conter as ações a serem implementadas pelo profissional navegador, nos seguintes aspectos:

- **Monitoramento de Medicamentos:** ações indicadas para a desprescrição de medicamentos inapropriados e/ou fúteis, com o objetivo de aumentar a adesão e a segurança do paciente. De igual importância, os medicamentos prescritos devem ser monitorados, com ênfase no acesso, na adesão e no monitoramento dos benefícios percebidos pelo paciente e família, e no acompanhamento das Reações Adversas a Medicamentos (RAM).
- **Monitoramento da Propedêutica Complementar:** consiste em monitorar a realização dos exames e a disponibilização dos resultados durante o acompanhamento clínico do paciente.
- **Monitoramento da Medida Residencial da Pressão Arterial (MRPA):** cerca de 70% a 80% das pessoas idosas atendidas no serviço são hipertensas e/ou fazem uso de fármacos anti-hipertensivos, com alto risco de hipotensão ortostática e suas repercussões. A MRPA é, portanto, indispensável para avaliarmos a pressão arterial do paciente fora do consultório, seguindo a padronização feita pelo serviço. A MRPA é feita em 5 dias, com duas medidas da PA feitas pela manhã e à noite.
- **Monitoramento da Reabilitação:** consiste em eliminar as barreiras para o acesso ao programa de reabilitação definido no PCP, garantindo a adesão e o acompanhamento dos resultados.
- **Autocuidado Apoiado/Cuidado Familiar:** estimular o autocuidado apoiado é uma das principais funções do profissional navegador. É uma tecnologia de intervenção educacional e de apoio realizada pela equipe de saúde com o intuito de aumentar a habilidade e a confiança das pessoas em gerenciar suas condições de saúde. Tem por objetivo preparar e empoderar cada pessoa para autogerenciar sua saúde e a atenção que lhe é prestada, transformando a pessoa usuária em protagonista do gerenciamento do seu cuidado, e, assim, contribuir para mudança de comportamento, tendo em vista a incorporação de hábitos saudáveis de vida (Mendes, 2019). O Plano de Navegação deve oferecer condições e dar apoio material para

o desenvolvimento de novos conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para a implementação das decisões compartilhadas. As mudanças do estilo de vida e o engajamento no processo terapêutico exigem esforço enorme do paciente e de sua família. Em pessoas idosas frágeis ou dependentes para as AVD, o “autocuidado” é direcionado para o cuidador e familiares (Cuidado Familiar), que devem aprender as tecnologias indicadas para o manejo das Grandes Síndromes Geriátricas (Moraes; Azevedo, 2016).

- **Educação em Saúde:** consiste em empoderar o paciente e família quanto ao diagnóstico, tratamento e prognóstico, esclarecendo dúvidas e facilitando o seu engajamento na aliança terapêutica.
- **Comunicação:** consiste em facilitar a integração e a comunicação efetiva entre o paciente, a família e todos os profissionais envolvidos no cuidado.
- **Função burocrática:** consiste em eliminar barreiras de acesso a relatórios, prescrições, pedido de exames, marcação de consultas subsequentes, organização e disponibilização do PCP a todos os profissionais envolvidos no cuidado.

## INDICADORES DE SAÚDE

O método mais utilizado para avaliação de intervenções em serviços e sistemas de saúde foi proposto no trabalho clássico de Donabedian (2003). Esse autor propõe os seguintes enfoques para avaliação de serviços de saúde:

- **Avaliação de estrutura:** compreende as condições de estrutura física, recursos tecnológicos e organizacionais dos serviços e intervenções disponíveis. Esta avaliação é direcionada à análise do aumento esperado da capacidade física (número de salas de atendimento, leitos de UTI etc.), da incorporação das tecnologias (número de equipamentos, novas técnicas de diagnóstico e terapêutica) e de modernização gerencial (novos procedimentos administrativos e/ou controle de insumos, tais como medicamentos). Essas informações permitem relacionar a estrutura às atividades realizadas
- **Avaliação de processo:** refere-se à análise da quantidade e do tipo de atividade realizada que possibilita observar possíveis modificações no modelo de assistência à saúde. É realizada, primordialmente, de forma quantitativa e complementada, quando possível, pela análise qualitativa das intervenções executadas.
- **Avaliação de resultado/impacto:** compreende o que é finalizado para os pacientes e seus efeitos na saúde e no funcionamento do sistema de saúde. Consequentemente, devem retratar as modificações nas condições de saúde dos pacientes sob intervenção e na Unidade de Saúde.

Assim, considera-se indicador uma informação quantitativa ou qualitativa que, por si só, tenha capacidade de retratar a parcela da intervenção que se deseja analisar. Nesse sentido, o indicador é uma variável de estrutura, processo, ou resultado/ impacto que mostra o alcance da modificação analisada. O acompanhamento dos indicadores de processo e resultados é, portanto, fundamental para a avaliação da efetividade da RAS, com enfoque na população idosa.

Os indicadores de processo sugeridos são:

**Quadro 8.** Indicadores de processo

INDICADORES DE PROCESSO	DEFINIÇÃO
Proporção de Idosos com Estratificação de Risco Clínico-Funcional	Proporção de idosos com avaliação pelo IVCF-20 e definição do grau de vulnerabilidade clínico-funcional. Esta classificação de risco é fundamental para a indicação de avaliação geriátrico-gerontológica especializada e para elaboração de plano de orientações para o paciente e sua família.
Proporção de Idosos com Estratificação de Risco Sociofamiliar	Proporção de idosos com avaliação pelo IVSF-10 e definição do grau de vulnerabilidade sociofamiliar. Esta classificação é fundamental para a APS acionar os pontos da rede SUAS com o objetivo de melhorar o suporte social e familiar.
Proporção de Idosos com Plano de Cuidados Personalizado (PCP)	O PCP está indicado em todo idoso com IVCF-20 $\geq 15$ pontos e deverá ser feito para AAE e deverá conter lista de condições de saúde e as intervenções preventivas, curativas, paliativas e reabilitadoras indicadas para o idoso e sua família, além de estabelecer as prioridades e as justificativas para as mudanças, bem como o local de atendimento e a equipe interdisciplinar necessária para o seu seguimento.
Número de pacientes com polifarmácia	A polifarmácia é definida como o uso diário de 5 ou mais medicamentos diferentes e representa um marcador de maior risco para reações adversas.
Frequência do uso de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos	Os MPI para idosos são medicamentos que devem ser sempre evitados em idosos por existirem similares mais seguros. Os critérios utilizados serão aqueles especificados pelas principais listas de MPI para idosos: Beers, STOPP/START, FORTA, Australian Prescribing Indicators Tool, Screening Tool for Older Person's Appropriated Prescriptions for Japanese, Consenso Brasileiro de Medicamentos Potencialmente Inapropriados para Idosos, McLeod/IPET, PRISCUS, EU(7)-PIM List, Lista de Taiwan e NORGE (Moraes, 2018)
Taxa de encaminhamento para consulta na atenção especializada	Mede a percentagem de encaminhamento de idosos pela atenção primária para as especialidades médicas diversas, excluindo o atendimento geriátrico-gerontológico realizado pelo Centro de Especialidades.
Implantação de atendimento interdisciplinar específico para idoso, conforme estratificação de risco	A disponibilidade de equipe interdisciplinar específica para o idoso, constituída por médico geriatra e equipe multiprofissional com formação na área de saúde do idoso, é fundamental para o atendimento qualificado do idoso, em especial, o idoso considerado frágil.
Proporção de internações de idosos com acompanhante	Distribuição percentual das internações hospitalares financiadas pelo SUS de idosos de 60 anos ou mais com pelo menos uma diária de acompanhante paga. Estima a percentual de idosos que tiveram acompanhantes em pelo menos um dia da internação hospitalar.

Os indicadores de resultados sugeridos são:

**Quadro 9.** Indicadores de resultados

INDICADORES DE RESULTADOS	DEFINIÇÃO
Grau de satisfação do idoso e família	Mede a satisfação idoso e de sua família em relação ao atendimento realizado na unidade básica de saúde e no centro de especialidades. Deve incluir aspectos como acesso, tempo de espera, acolhimento, comunicação com a equipe de saúde e resolutividade dos serviços prestados.
Número de atendimentos em UPA/Pronto atendimento por idosos nos últimos 6 meses	Mede o número de atendimentos em unidades de pronto atendimento do município nos últimos 6 meses.
Taxa de Readmissão Hospitalar (todas as causas) dentro de 30 dias após a alta	Mede a frequência de reinternação hospitalar no período de 30 dias após a alta. O indicador é importante para avaliar a qualidade da preparação para a alta hospitalar e o atendimento pós-hospitalar, podendo ser considerado um parâmetro de avaliação da continuidade do cuidado na RAS.
Tempo médio de internação hospitalar	Cálculo da duração total da internação. É um indicador da qualidade do atendimento ofertado pelo hospital e é diretamente afetado pelo grau de fragilidade do paciente.
Taxa de óbito domiciliar	Proporção de pacientes que vieram a óbito no domicílio. Pode ser considerado um indicador da capacidade da rede em ofertar assistência domiciliar para idosos em cuidados paliativos.
Proporção de óbitos de idosos	Distribuição percentual dos óbitos de idosos de 60 anos ou mais residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Mede a magnitude dos óbitos entre os idosos de 60 anos ou mais, em relação ao total de óbitos ocorridos na população de mesma faixa etária.
Taxa de mortalidade de idosos	Número de óbitos, na população idosa de 60 anos ou mais, por 10 mil habitantes de mesma faixa etária, residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Estima o risco de morte dos idosos de 60 ou mais de uma determinada população.
Taxa de internação de idosos	Percentual de internações de idosos de 60 anos ou mais na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
Taxa de internações de idosos por causas evitáveis (internações por ICSAP)	Número de internações de idosos por causas evitáveis, causas definidas como condições sensíveis à atenção primária, na população idosa de 60 a 74 anos, por 10 mil habitantes de mesma faixa etária, residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. O indicador de condições sensíveis à atenção primária (Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária - ICSAP), desenvolvido por Billings e colaboradores, representa um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetivação da atenção primária diminuiria o risco de internações, tais como a prevenção de doenças, o diagnóstico e o tratamento precoce de patologias agudas e o controle e acompanhamento de patologias crônicas. A lista de causas sensíveis utilizada foi a estabelecida pelo Ministério da Saúde através da Portaria 221 da SAS/MS, 17/04/2008.

Mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNTs	Indica a proporção dos óbitos de idosos de 60 até 69 anos do total de óbitos de pessoas de 30 até 69 anos pelo conjunto das quatro principais DCNTs (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas/ CID-10 - I00-I99; C00-C97; J30-J98; E10-E14), em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Mede a participação dos óbitos prematuros de idosos de 60 a 69 anos, em relação ao total de óbitos prematuros de pessoas de 30 até 69 anos. Contribui para o monitoramento do impacto das políticas públicas na prevenção e no controle das DCNT e em seus fatores de risco.
Taxa de internação de idosos por fratura de fêmur	Número de internações hospitalares financiadas pelo SUS por fratura de fêmur (CID-10 S72), na população idosa de 60 anos ou mais, por 10 mil habitantes na mesma faixa etária, residente em determinado espaço geográfico no ano considerado. Estima o risco de internação por fratura de fêmur (CID-10 S72) na população idosa de 60 anos ou mais e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública.
Tempo médio de permanência hospitalar de pacientes idosos com fratura no quadril	Número médio de dias de internação de idosos de 60 anos ou mais por fratura no quadril (CID-10 S72.0; S72.1; S72.2). Estima o tempo médio de permanência hospitalar de pacientes idosos com fratura no quadril. Um tempo de permanência muito longo aponta para uma inadequação do cuidado hospitalar. O tempo de permanência adequado é de 12 a 18 dias*. O valor 0 indica que não houve internações por fratura de quadril no período.
Taxa de internação de idosos por queda em pelo menos uma das causas	Número de internações hospitalares financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) por queda em pelo menos uma das causas (CID-10 W00-W19) na população idosa de 60 anos ou mais, por 10 mil habitantes na mesma faixa etária, residente em determinado espaço geográfico no ano considerado. Estima o risco de internação por quedas na população idosa de 60 anos ou mais e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública.
Proporção de óbitos de idosos com causa básica mal definida	Proporção de declarações de óbito de idosos de 60 anos ou mais, por causa mal definida (CID-10 R00-R99), na população de mesma faixa etária, residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. As causas de morte mal definidas incluem aquelas codificadas como causa indeterminada, assim como, por exemplo: parada cardíaca, choque, caquexia, morte súbita e sinais e sintomas não relacionados a nenhuma doença específica. Reflete a qualidade da informação que permite identificar a causa básica da morte na Declaração de Óbito. As dificuldades estão geralmente associadas ao uso de expressões ou termos imprecisos. Sinaliza a disponibilidade de infraestrutura assistencial e de condições para o diagnóstico de doenças, bem como a capacitação profissional para preenchimento das declarações de óbito.

## CASO DE UBERLÂNDIA

O município de Uberlândia atua como Centro Colaborador da PAS desde 2017. Com uma população estimada de 706.597 habitantes, dos quais 108.793 são pessoas idosas (15,39%), a partir de dezembro de 2018, iniciou a organização da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (Raspi) sob a ótica da PAS. A organização da Raspi se deu a partir do MACC, desenvolvido para se adaptar às exigências de um

sistema de atenção à saúde público e universal como o SUS. Foram feitas a análise de prevalência de fragilidade e a descrição do perfil clínico-funcional das pessoas idosas residentes no município, identificados por meio da estratificação de risco realizada pelo IVCF-20, assim como foi realizada a distribuição espacial da fragilidade no município por unidades de atenção primária.

Cerca de 63.784 pessoas idosas foram estratificadas pelo IVCF-20, representando 58,61% da população idosa. Após a aplicação dos critérios de seleção, a amostra final foi de 47.182 pessoas idosas. A prevalência de robustos foi superior a 80% daqueles com 60 a 69 anos, decrescendo com o avanço da idade, chegando a 4,20% entre pacientes com 100 anos ou mais. Houve predomínio de mulheres (27.138) em relação aos homens (20.044). As idades variaram de 60 a 113 anos, com média de 70,3 anos ( $DP = 7,8$ ), houve predomínio de mulheres, 57,52%, e a maioria das pessoas idosas foram consideradas robustas, 69,40%. A prevalência de robustos foi superior a 80% daqueles com 60 a 69 anos, decrescendo com o avanço da idade, chegando a 4,20% entre pacientes com 100 anos ou mais. Houve correlação significativa entre idade e fragilidade ( $p < 0,001$ ), sendo a fragilidade mais prevalente nas mulheres ( $p < 0,001$ ). A prevalência de baixo risco foi maior entre os homens (75,60%), e moderado e alto risco foi mais prevalente entre as mulheres ( $p < 0,001$ ). A percepção da saúde regular ou ruim foi elevada, presente em 31,54% da população idosa. A dependência em AVD instrumental e básica esteve presente em 13,67% e 4,85% das pessoas idosas respectivamente.

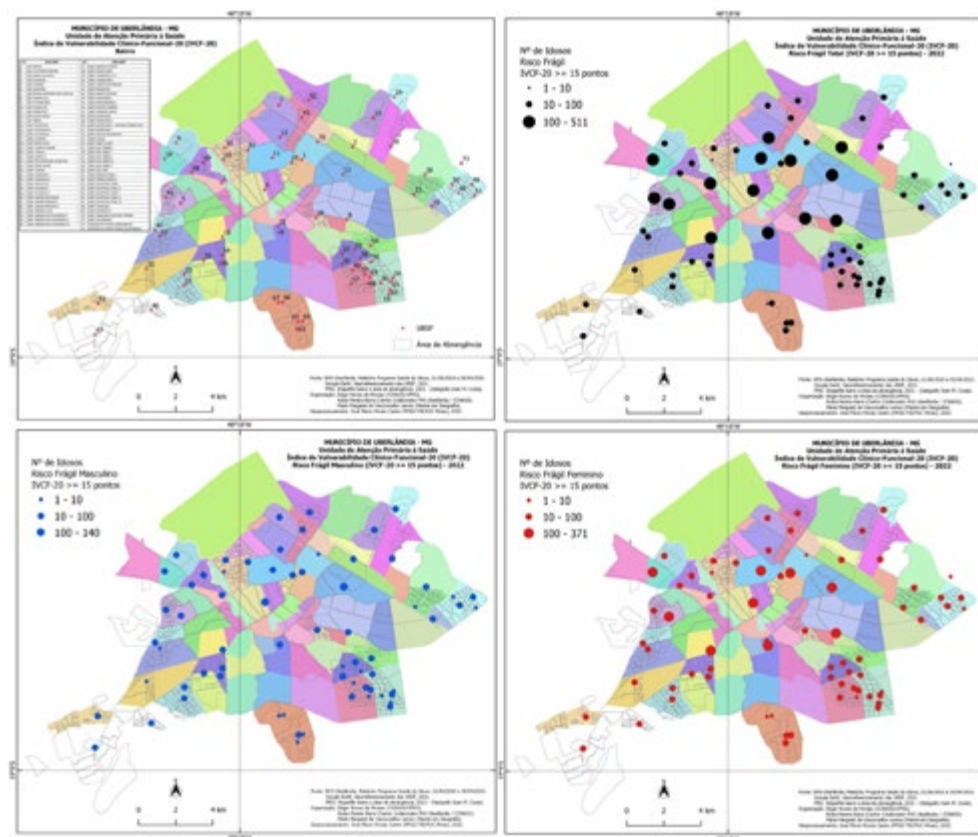
Queixas cognitivas consistentes foram presentes em 24,83% da população, caracterizando uma forte suspeita de transtorno neurocognitivo maior. A suspeita de demência esteve presente em 7,60% das pessoas idosas. A prevalência de suspeita de transtorno do humor foi elevada, 27,40%. Quedas de repetição estiveram presentes em 8,12% das pessoas idosas, e foi observada alta prevalência de alterações significativas da marcha (16,06%). Problemas nutricionais foram percebidos em 5,65% das pessoas idosas, e forte suspeita de sarcopenia foi observada em 11,69%, pela lentificação na velocidade da marcha, considerada principal preditor de sarcopenia em pessoas idosas.

A incontinência esfincteriana teve prevalência de 10,61%. Problemas visuais significativos estiveram presentes em 15,93% das pessoas idosas, além de alterações da audição (9,13%). O destaque maior foi a alta prevalência de polifarmácia, presente em 21,40% da população idosa, particularmente nas pessoas idosas frágeis, 63,08%. Os homens, quando comparados às mulheres, tiveram chance inferior de risco moderado ( $OR = 0,63$ ;  $IC95\% 0,60-0,66$ ;  $p < 0,001$ ) e alto ( $OR = 0,53$ ;  $IC95\% 0,50-0,57$ ;  $p < 0,001$ ). Em comparação com pessoas idosas robustas, os resultados apontaram que autopercepção negativa da saúde teve chances maiores em pessoas idosas em risco de fragilização ( $OR = 6,48$ ;  $IC95\% 6,16-6,81$ ;  $p < 0,001$ ) e pessoas idosas frágeis ( $OR = 19,95$ ;  $IC95\% 18,53-21,49$ ;  $p < 0,001$ ). Já a chance de ocorrência de queixas cognitivas foi 6,69 ( $IC95\% 6,34-7,06$ ) vezes maior entre os em risco de fragilização e 19,78 ( $IC95\% 18,45-21,20$ ;  $p < 0,001$ ) entre os frágeis.

A suspeita de depressão foi maior nas pessoas idosas em fragilização (OR = 8,69; IC95% 8,24–9,17;  $p < 0,001$ ) e nas frágeis (OR = 20,12; IC95% 18,75–21,59;  $p < 0,001$ ). A chance de uso diário de múltiplos medicamentos (polifarmácia) foi maior nas pessoas idosas em fragilização (OR = 8,55; IC95% 8,07–9,05;  $p < 0,001$ ) e nas pessoas idosas frágeis (OR = 18,84; IC95% 17,57–20,19;  $p < 0,001$ ).

O mapeamento identificou as unidades de saúde com maior prevalência de fragilidade. A espacialização dos dados evidenciou que a distribuição geográfica e as áreas de concentração das pessoas idosas frágeis são aleatórias, com maior concentração em torno da área central urbana e nas unidades de saúde com maior população adscrita. Observou-se o predomínio de fragilidade nas mulheres, cerca de duas vezes superior, particularmente nas UBS Tocantins, UBS Brasil, UBS D. Zulmira, UBS Luizote, UBS Martins, UBS Pampulha, UBS Patrimônio, UBS Planalto, UBS Roosevelt e UBS Tibery (Figura 17).

**Figura 17.** Distribuição Geográfica da População Idosa em Uberlândia



## REFERÊNCIAS

BARRA, R. P. *et al.* Fragilidade e espacialização de pessoas idosas do município de Uberlândia com IVCF-20. **Revista de Saude Publica**, [s. l.], v. 57, n. 3, p. 9s, 2023. Suplemento.

BISOGNANO, M.; KENNEY, C. **Pursuing the triple aim**: Seven innovators show the way to better care, better health, and lower costs. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 2012.

BODENHEIMER, T.; WAGNER, E. H.; GRUMBACH, K. Improving primary care for patients with chronic illness. **JAMA**, Chicago, v. 288, p. 1775-1779, 2002.

BOERS, M.; CRUZ, J. A new concept of health can improve the definition of frailty. **Calcified Tissue International**, v. 97, n. 5, p. 429-431, 2015.

BOULT, C.; WIELAND, G. D. Comprehensive Primary Care for Older Patients with Multiple Chronic Conditions. **JAMA**, Chicago, v. 304, p. 1936-1943, 2010.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 140, n. 192, p. 1, 3 out. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. **Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde do Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada**: Saúde da Pessoa Idosa (2019). São Paulo; Brasília, DF: Hospital Israelita Albert Einstein; Ministério da Saúde, 2019. 56 p.:il.

BRIGGS, R. *et al.* Comprehensive geriatric assessment for community-dwelling, high-risk, frail, older people. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s. l.], v. 5, n. 5, p. CD012705, 2022.

BRITISH GERIATRICS SOCIETY. **Improving healthcare for older people**. London: British Geriatrics Society, 2019. Disponível em <https://www.bgs.org.uk/topics/cga-in-community-settings>. Acesso em: 13 set. 2025.

BROWN, P. J. *et al.* The depressed frail phenotype: The clinical manifestation of increased biological aging. **American Journal of Geriatric Psychiatry**, [s. l.], v. 24, n. 11, p. 1084-1094, 2016.

BUNT, S. *et al.* Social Frailty in older adults: a scoping review. **European Journal of Aging**, [s. l.], v. 14, n. 3, p. 323-334, 2017.

CEDERHOLM, A. T. *et al.* The GLIM consensus approach to diagnosis of malnutrition: a 5-year update. **Clinical Nutrition**, [s. l.], v. 49, p. 11-20, 2025.

CESARI, M. *et al.* Frailty: an emerging public health priority. **Journal of the American Medical Directors Association**, [s. l.], v. 17, n. 3, p. 188-92, 2016.

CHOI, J. Y. *et al.* Comprehensive geriatric assessment and multidisciplinary team interventions for hospitalized older adults: A scoping review. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 104, p. 104831, 2023.

CLEGG, A. *et al.* Frailty in elderly people. **Lancet**, London, v. 381, n. 9868, p. 752- 762, 2013.

COHEN, C. I. *et al.* Frailty: a multidimensional biopsychosocial syndrome. **Medical Clinics of North America**, [s. l.], v. 107, p. 183-197, 2023.

COLLARD, R. M. *et al.* Prevalence of Frailty in Community-Dwelling Older Persons: A Systematic Review. **Journal of the American Geriatrics Society**, [s. l.], v. 60, p.1487-1492, 2012.

CRUZ-JENTOFT, A. J. *et al.* **Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis**. **Age Ageing**, [s. l.], v. 48, n. 1, p. 16-31, 2019.

DENG, Y. *et al.* Frailty in older adults: A systematic review of risk factors and early intervention pathways. **Intractable & Rare Diseases Research**. [s. l.], v. 14, n. 2, p. 93-108, 2025.

DIBELO, V. *et al.* Oral frailty and its determinants in older age: a systematic review. **Lancet Healthy Longevity**, v. 2, n. 8, p. e507-e520, 2021.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. Oxford: Oxford University Press, 2003.

ELLIS, G. *et al.* Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s. l.], v. 9, n. 9, p. CD006211, 2011.

FACAL, D. *et al.* Cognitive frailty: An update. **Frontiers in Psychology**, [s. l.], v. 12, 2021. doi: 10.3389/fpsyg.2021.813398.

FALLER, J. W. *et al.* Instruments for the detection of frailty syndrome in older adults: A systematic review. **PLoS ONE**, [s. l.], v. 14, n. 19, p. e0216166, 2019.

FERRUCCI, L.; FABBRI, E.; WALSTON, J. D. Frailty. *In*: HAZZARD, W. R. *et al.* (ed.). **Principles of Geriatric Medicine and Gerontology**. 7th ed. New York: McGraw Hill Education, 2017. p. 691-708.

FIERRO-MARRERO, J. *et al.* Frailty in geriatrics: A critical review with content analysis of instruments, overlapping constructs, and challenges in diagnosis and prognostic precision. **Journal of Clinical Medicine**, [s. l.], v. 14, p. 1808, 2025.

FRIED, L. P. *et al.* Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences**, [s. l.], v. 56, n. 3, p. M146-156, 2001.

FRIED, L. P. *et al.* Untangling the Concept of Disability, Frailty and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care. **Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences**, [s. l.], v. 59, p. 255-63, 2004.

GARRARD, J. W. *et al.* Comprehensive geriatric assessment in primary care: a systematic review. **Aging Clinical and Experimental Research**, v. 32, p. 197-205, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40520-019-01183-w>. Acesso em: 13 set. 2025.

GOBBENS, R. J. J. *et al.* Determinants of frailty. **Journal of the American Medical Directors Association**, [s. l.], v. 11, p. 356-64, 2010.

GORDON, A. L.; MASUD, T.; GLADMAN, J. R. F. Now that we have a definition for physical frailty, what shape should frailty medicine take? **Age and Ageing**, London, v. 43, n. 1, p. 8-9, 2014.

HÉBERT, R. A revolução do envelhecimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, p. 1, 2015.

HUANG, C. *et al.* Social frailty in community-dwelling older adults: a scoping review. **BMC Geriatrics**, [s. l.], v. 25, p. 329, 2025.

KELAIDITI, E. *et al.* Cognitive Frailty: Rational and Definition from an (I.A.N.A./I.A.G.G.) International Consensus Group. **The Journal of Nutrition, Health and Aging**, [s. l.], v. 17, n. 9, p. 726-734, 2013.

KIM, D. H.; ROCKWOOD, K. Frailty in older adults. **New England Journal of Medicine**, v. 391, n. 6, p. 538-548, 2024.

KIRSTYN, J. *et al.* Frailty and Cardiovascular Health. **Journal of the American Heart Association**, [s. l.], v. 6, n. 13, p. e031736, 2024.

LACAS, A.; ROCKWOOD, K. Frailty in primary care: a review of its conceptualization and implications for practice. **BMC Medicine**, Londres, v. 10, n. 4, p. 1-9, 2012.

MAKIZAKO, H. *et al.* Social frailty in community-dwelling older adults as a risk factor for disability. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 16, n. 11, p. 1003.e7-11, 2015.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. Brasília, DF: Conass, 2019.

MITNITSKI, A. B.; MOGILNER, A. J.; ROCKWOOD, K. Accumulation of deficits as a proxy measure of aging. **Scientific World Journal**, [s. l.], v. 1, 323-336, 2001.

MORAES, E. N. **A Arte da (DES)Prescrição no Idoso: a dualidade terapêutica**. Belo Horizonte: Folium, 2018.

MORAES, E. N. *et al.* A new proposal for the clinical-functional categorization of the elderly: Visual Scale of Frailty (VS-Frailty). **Journal of Aging Research & Clinical Practice**, [s. l.], v. 5, n. 1, p. 24-30, 2016.

MORAES, E. N. *et al.* Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 50, p. 81, 2016.

MORAES, E. N. *et al.* Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20: proposta de classificação e hierarquização entre idosos identificados como frágeis. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, Sorocaba, v. 22, n. 1, p. 31-35, 2020.

MORAES, E. N.; AZEVEDO, R. S. **Fundamentos do Cuidado ao Idoso Frágil**. Belo Horizonte: Folium, 2016.

MORAES, E. N.; LOPES, P. R. R. **Manual de Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa para a Atenção Primária à Saúde: aplicações do IVCF-20 e do ICOPE – Linha de cuidado: saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Conass, 2023. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/manual-de-avaliacao-multidimensional-da-pessoa-idosa-para-a-atencao-primaria-a-saude/>. Acesso em: 13 set. 2025.

MORLEY, J. E. *et al.* Frailty consensus: A call to action. **Journal of the American Medical Directors Association**, [s. l.], v. 14, p. 392-397, 2013.

NAILTO, Y. Gut frailty: Its concept and pathogenesis. **Digestio**, [s. l.], v. 105, n. 1, p. 49-57, 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Guia dos programas nacionais de cidades e comunidades amigas das pessoas idosas**. Washington, D.C.: OPAS; 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275727928>. Acesso em: 13 set. 2025.

PILOTTO, A. *et al.* A multidimensional approach to frailty in older people. **Aging Research Reviews**, [s. l.], v. 60, p. 101047, 2020.

PRADANA, A. A. *et al.* Social frailty in older adults: A concept analysis. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 130, p. 105729, 2025.

RIBEIRO, E. R. *et al.* Propriedades psicométricas do Índice de Vulnerabilidade Clínico- Funcional - 20 na Atenção Primária à Saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, [s. l.], v. 24, p. e-1332, 2020.

ROCKWOOD, K *et al.* A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. **Canadian Medical Association Journal**, [s. l.], v. 113, p. 489-495, 2005.

ROCKWOOD, K *et al.* Frailty in elderly people: an evolving concept. **Canadian Medical Association Journal**, [s. l.], v. 150, n. 4, p. 489-495, 1994.

RUBENSTEIN, L. Z. *et al.* Impacts of geriatric evaluation and management programs on defined outcomes: Overview of the evidence. **Journal of the American Geriatrics Society**, [s. l.], v. 39, n. 9/2, p. 85-16S, 1991.

SUGIMOTO, T.; ARAI, H.; SAKURAI, T. An update on cognitive frailty: Its definition, impact, associated factors and underlying mechanisms, and interventions. **Geriatrics & Gerontology International**, [s. l.], v. 22, p. 99-109, 2022.

THEO, O. *et al.* Disability and co-morbidity in relation to frailty: How much do they overlap? **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 55, p. e1-e8, 2012.

TIAN, F. *et al.* Prevalence of use of potentially inappropriate medications among older adults worldwide: A systematic review and meta-analysis. **JAMA Network Open**, v. 6, n. 8, p. e2326910, 2023.

VERONESI, N. *et al.* Comprehensive geriatric assessment in older people: an umbrella review of health outcomes. **Age and Ageing**, v. 51, p. 1-9, 2022.

VILLACAMPA-FERNÁNDEZ, P. *et al.* Frailty and multimorbidity: two related yet different concepts. **Maturitas**, [s. l.], v. 95, p. 31-35, 2017.

WAGNER, E. H. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? **Effective Clinical Practice**, [s. l.], Philadelphia, v. 1, p. 2-4, 1998.

YAMADA, M.; ARAI, H. Social frailty predicts incident disability and mortality among community-dwelling japanese older adults. **Journal of the American Medical Directors Association**, [s. l.], v. 19, n. 12, p. 1099e1103, 2018.

ZHAO, H. *et al.* Oral frailty: a concept analysis. **BMC Oral Health**, v. 24, p. 594, 2024.

ZHOU, Y. *et al.* Association between potentially inappropriate medication and mortality risk in older adults: A systematic review and meta-analysis. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 26, p. 105394, 2025.

# PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL: A EXPERIÊNCIA VIVA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PRISIONAL

Dayvson Silva dos Santos, Carla Ulhoa André

A APS é a base sobre a qual se organiza uma rede coordenada de cuidados (Ribeiro; Pereira; César, 2023). Quando transpostada para o contexto prisional, ela carrega o desafio e a potência de fazer saúde em um território de privação de liberdade, ambiente que concentra vulnerabilidades, mas que também revela a força de equipes que se constroem no cotidiano, enfrentando resistências, limites institucionais e complexidades de acesso. A PAS no sistema prisional nasceu justamente dessa tensão entre o ideal e o possível, e propõe um caminho: organizar, qualificar e fortalecer os processos de trabalho das equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP), respeitando a singularidade de cada unidade prisional.

## TERRITÓRIO E REDE: “OS NÓS INVISÍVEIS DO CUIDADO”

Ao planificar a atenção à saúde no sistema prisional, torna-se imprescindível ressignificar o conceito de território. Diferentemente do que se observa na APS em contextos convencionais, o território das eAPP é delimitado por muros, portões e normas rígidas de segurança institucional. Ainda assim, trata-se de um território vivo, dinâmico e relacional, atravessado por fluxos, vínculos, disputas e singularidades que demandam leitura atenta por parte das equipes. Nesse cenário, a unidade prisional deve ser compreendida como o território formal de atuação da eAPP, e suas subdivisões internas, pavilhões, alas ou módulos, devem ser reconhecidas como microáreas, com as celas configurando-se como domicílios. Embora marcada por especificidades extremas, essa leitura territorial permite alinhar as práticas da Atenção Primária Prisional (APP) aos princípios fundantes da APS: vínculo, adstrição, longitudinalidade e responsabilização.

Reconhecer e atuar sobre esses “nós invisíveis do cuidado” - aqueles que não aparecem nos mapas oficiais, mas que organizam as possibilidades de acesso, escuta e presença da equipe no cotidiano prisional - é fundamental para garantir a integralidade e a continuidade da atenção em um dos contextos mais desafiadores do

SUS. A territorialização, assim compreendida, torna-se ferramenta estratégica não apenas de gestão do cuidado, mas também de enfrentamento das iniquidades que marcam a vida em privação de liberdade.

Adotar essa lógica territorial é reconhecer que a unidade prisional, apesar de sua estrutura aparentemente rígida, é um espaço profundamente dinâmico. A alta rotatividade da população privada de liberdade, impulsionada por novas admissões, transferências, progressões de regime e constantes reorganizações internas por razões de segurança, impõe às equipes a necessidade de uma leitura contínua e atualizada da composição do território. Esse dinamismo é agravado por um fenômeno estrutural e crônico: a superlotação dos estabelecimentos penais, realidade que se estende por quase todas as regiões do País. Tal contexto impacta diretamente a organização dos serviços de saúde no interior das unidades e compromete a capacidade de resposta das equipes, exigindo estratégias adaptativas e sensíveis à complexidade do ambiente prisional.

Segundo Silva e Matias (2024), a sociedade ainda carrega estigmas profundos em relação à população privada de liberdade, o que, infelizmente, reflete-se também nos serviços da RAS. As Unidades Básicas de Saúde Prisional (UBSP), apesar de constituírem a porta de entrada da rede SUS para essa população, nem sempre são reconhecidas como tal pelos demais pontos de atenção. Essa fragilidade na integração se manifesta de múltiplas formas: na dificuldade de garantir continuidade de cuidado, na ausência de comunicação com a AAE e, por vezes, na não garantia de deslocamento para consultas ou exames, por motivos institucionais diversos, que vão desde a logística até a gestão do efetivo de escolta (McLeod *et al.*, 2020).

Há ainda uma complexidade pouco visível que interfere no acesso à UBSP: os atravessadores do território prisional (Peairs *et al.*, 2024). Em determinadas realidades, a presença de lideranças internas entre as próprias pessoas privadas de liberdade pode atuar como mediadora do acesso aos serviços de saúde. Esses sujeitos, por sua posição reconhecida dentro da dinâmica prisional, tornam-se interlocutores estratégicos entre a equipe de saúde e os demais custodiados. Em outros contextos, trabalhadores privados de liberdade alocados em funções administrativas exercem papel relevante nos bastidores da organização dos atendimentos, influenciando diretamente os fluxos e a composição das agendas. Esses arranjos, embora informais, revelam camadas importantes da governança interna das unidades prisionais e evidenciam como os processos de cuidado são atravessados por dinâmicas institucionais próprias, que devem ser consideradas no planejamento e na execução das ações em saúde. Em muitas unidades, o policial penal também atua como chave do acesso, seja como facilitador, seja como agente que, por ausência de sensibilização, pode comprometer a fluidez das demandas (Martins *et al.*, 2014). Por isso, é fundamental que as eAPP reconheçam essas interfaces e trabalhem para se aproximar das microáreas e dos domicílios, em um movimento que se assemelha ao macroprocesso da atenção domiciliar.

Apesar dos múltiplos atravessamentos e dos limites impostos pela lógica de segurança, as eAPP demonstram enorme capacidade de fazer saúde (Hek, 2006). Trata-se de equipes que aprendem a negociar com o cotidiano, construindo vínculos mesmo em uma rotina permeada por normas rígidas, imprevistos e limitações institucionais. Essas equipes desenvolvem formas possíveis de cuidado, sem jamais abdicar dos princípios fundantes da APS. A organização dos serviços a partir dos macroprocessos da APS permite estruturar o cuidado de forma longitudinal, responsiva e centrada na pessoa. Nesse cenário, as ações de promoção da saúde, como grupos operativos, rodas de conversa e espaços de educação em saúde, emergem como estratégias potentes para enfrentar as demandas mais prevalentes e, sobretudo, para acolher o sofrimento humano que o cárcere acentua. São práticas que ressignificam o cuidado e reafirmam o compromisso ético com a dignidade e a saúde das pessoas privadas de liberdade.

## RELEITURAS NECESSÁRIAS: DA CASA À CELA, DA FAMÍLIA AO INDIVÍDUO

A adaptação dos instrumentos e fundamentos da Planificação da APS ao contexto prisional demandou profundas ressignificações conceituais e metodológicas. Uma das mais emblemáticas refere-se à releitura da metáfora da “casa”, tradicionalmente utilizada na APS para representar o espaço de vida familiar e comunitária, conforme elaborado por Mendes e colegas (2019).

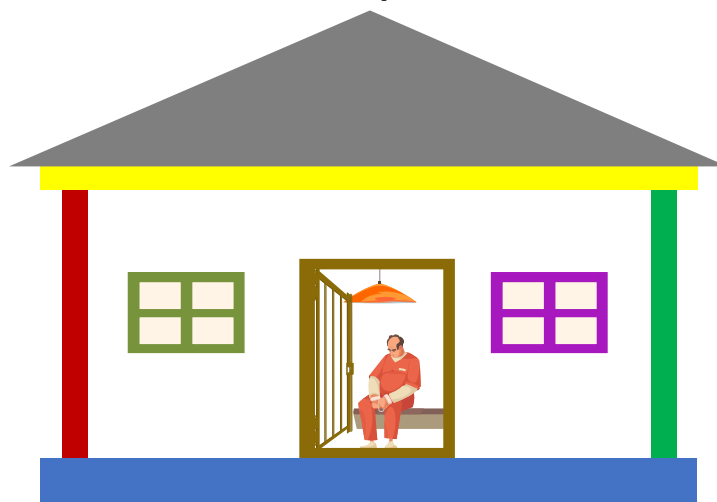
Nos territórios convencionais, a visita domiciliar parte do pressuposto de que a abertura da porta da residência representa um gesto simbólico de acolhimento, de vínculo e de confiança mútua entre equipe de saúde e a família. No entanto, no sistema prisional, a realidade impõe uma inversão radical desse simbolismo: a porta que se abre é a da cela, um espaço institucionalizado, marcado por vigilância permanente, coerção e privação de liberdade.

Essa mudança impõe à eAPP o desafio de reformular o conceito e a prática do acolhimento, conferindo-lhe sentido e potência mesmo em um ambiente hostil à noção clássica de cuidado domiciliar. A cela, nesse contexto, deixa de ser apenas espaço de contenção e passa a ser reconhecida também como território de cuidado, exigindo escuta qualificada, abordagem humanizada e construção de vínculos possíveis, ainda que mediados por estruturas de controle.

A experiência de Planificação desenvolvida no estado de Pernambuco (PE) exemplifica essa transformação ao deslocar o enfoque da unidade de cuidado da família para o indivíduo privado de liberdade. A condição de encarceramento rompe ou fragiliza vínculos familiares e redes sociais de apoio (McCarthy; Brunton-Smith, 2017), desafiando as equipes a construir outros laços terapêuticos. Nesse cenário, o acolhimento torna-se uma prática essencialmente relacional, capaz de mitigar os

efeitos do isolamento social e da institucionalização, reafirmando o compromisso ético da APS com o cuidado integral mesmo nos contextos mais adversos.

**Figura 1.** A metáfora da casa na construção social da APP



Fonte: Imagem adaptada por tutor estadual da PAS prisional do estado de PE, com base em representação original de Mendes e colegas (2019).

## PLANIFICANDO A ATENÇÃO À SAÚDE NAS UBSP

A PAS é um método estruturado de organização dos processos de trabalho na APS, com enfoque na melhoria da qualidade do cuidado (Mendes *et al.*, 2019). No sistema prisional, esse método precisa ser adaptado, mas mantém sua essência: promover a organização dos macroprocessos do cuidado, com base em instrumentos de gestão do território, da clínica e da rede.

### 1. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO TERRITÓRIO PRISIONAL

A primeira etapa consiste na preparação pedagógica e metodológica da equipe responsável por acompanhar o processo de planificação. No contexto prisional, essa etapa adquire contornos ainda mais desafiadores, pois requer uma compreensão profunda das especificidades que permeiam o cotidiano das eAPP. Diferentemente da APS em territórios abertos, as eAPP atuam em espaços marcados por restrições físicas e normativas, nos quais o tempo, o acesso e os fluxos de pessoas são regulados por instituições externas à saúde, notadamente, a administração penitenciária.

Diante disso, a preparação inicial deve se ancorar não apenas nos princípios e fundamentos da APS e da vigilância em saúde, mas também no entendimento das dinâmicas institucionais que regem os estabelecimentos penais. O tutor da planificação, nesse cenário, assume também o papel de mediador institucional, alguém capaz

de transitar entre os códigos, linguagens e racionalidades dos campos da saúde e do sistema de segurança, promovendo pontes possíveis entre ambos. Essa mediação é essencial para assegurar a viabilidade das ações planejadas e a legitimidade do processo perante os diferentes atores envolvidos.

Para que o diagnóstico situacional alcance efetividade real, é essencial assegurar a participação de representantes da Administração Penitenciária (ou instância congênera) durante essa etapa do processo, pois muitas das oportunidades de melhoria identificadas não estarão sob a governabilidade direta das equipes de saúde. Questões estruturais, como a acessibilidade aos consultórios, a inadequação da ambiência, a ausência de equipamentos e de instrumentais mínimos, ou ainda rotinas institucionais que interferem na fluidez do acesso ao cuidado exigem análise conjunta com os atores que detêm poder de decisão e pactuação dentro da instituição penal. A presença ativa da gestão penitenciária no diagnóstico situacional fortalece o compromisso intersetorial e amplia a viabilidade das intervenções propostas, garantindo que as ações de melhoria estejam ancoradas em pactos institucionais sólidos e orientadas pela corresponsabilidade no cuidado às pessoas privadas de liberdade.

Paralelamente, esta etapa é marcada por um esforço deliberado de apropriação dos dados e da realidade do território. A eAPP é chamada a conhecer em profundidade a unidade prisional onde atua, seus aspectos estruturais, operacionais e sua singularidade histórica e cultural. Isso envolve o levantamento de informações como o número de pessoas privadas de liberdade, a capacidade instalada, o perfil demográfico e epidemiológico da população, a prevalência de agravos, os registros de condições crônicas, o histórico de surtos e o grau de acesso a exames, medicamentos e demais insumos essenciais à atenção em saúde. Ao mesmo tempo, é fundamental que a equipe se aproprie da trajetória institucional da unidade prisional: seu papel no contexto do sistema penitenciário estadual, eventos marcantes que tenham influenciado sua cultura organizacional, e a forma como se articula ou não com a RAS. Esses dados, longe de se reduzirem a estatísticas, devem ser compreendidos como narrativas vivas, que atravessam o cotidiano e moldam as práticas de cuidado no cárcere. Reconhecê-las é condição para construir intervenções que respeitem a complexidade do território e promovam um cuidado verdadeiramente contextualizado.

Apresentar a metodologia da PAS e os benefícios que podem ser colhidos na APP nesta etapa inicial é dar visibilidade ao território prisional como território de cuidado. É permitir que a equipe enxergue a si mesma como agente transformador, e não apenas como executora de tarefas. É reconhecer que o cuidado em saúde, mesmo em contextos adversos, pode ser organizado com método, a partir da escuta e da leitura atenta do lugar onde se atua.

## 2. TERRITORIALIZAÇÃO E GESTÃO DE BASE POPULACIONAL

O primeiro objetivo desta etapa consiste em conhecer profundamente o território da unidade prisional, em toda a sua complexidade. Na experiência da PAS em

Pernambuco, essa compreensão iniciou-se com a padronização de conceitos fundamentais acerca do território. A unidade prisional, delimitada por muros, foi definida como área. Os pavilhões, enquanto subdivisões dessa área, foram classificados como microáreas. As celas foram reconhecidas como domicílios ou locais de moradia.

Compreender os espaços de circulação das pessoas privadas de liberdade “como pátios, quadras, escolas, refeitórios, locais de culto, ambientes de estudo e trabalho”, identificando quais grupos têm acesso a cada um deles, em que horários e sob quais condições é fundamental para o processo. No entanto, essa leitura territorial não se limita à dimensão física: é igualmente essencial compreender os fluxos internos de movimentação, associando as rotinas institucionais e os diferentes níveis de restrição.

A dinâmica da população privada de liberdade é notoriamente instável, marcada por admissões e saídas frequentes, transferências entre microáreas, mudanças de cela (domicílio), inserções ou desligamentos de atividades laborais e educacionais, além de medidas disciplinares que impactam diretamente o cotidiano. Diante dessa complexidade, o mapeamento territorial deve ser construído em diálogo e pactuação com a equipe de segurança da unidade, garantindo que as normas institucionais sejam respeitadas e que a atuação da eAPP ocorra de forma colaborativa, ética e alinhada à gestão prisional.

Importa ressaltar que segurança institucional e cuidado em saúde não são esferas antagônicas; ao contrário, podem e devem coexistir por meio de pactuações inter-setoriais, que reconheçam o papel estratégico da saúde na promoção de ambientes prisionais mais humanizados e seguros para todos os envolvidos.

O segundo objetivo desta etapa consiste na institucionalização do processo de cadastramento da população privada de liberdade no sistema de informação da APS adotado pelo município ou estado. A efetivação desse cadastro nas UBSP possibilita a qualificação e fidedignidade dos dados epidemiológicos do território. Com isso, a gestão passa a dispor de informações mais precisas para o planejamento de ações, alocação de recursos e monitoramento de indicadores, fortalecendo a capacidade de resposta do sistema de saúde às necessidades dessa população.

Por fim, o terceiro objetivo desta etapa é realizar o mapeamento das subpopulações com condições crônicas ou que se encontram em situações específicas de vulnerabilidade que habitam o território da unidade prisional. Trata-se de um espaço marcado por múltiplas e sobrepostas vulnerabilidades, que exigem um olhar atento e contextualizado. Reconhecer essas subpopulações, suas condições clínicas e sociais, bem como suas localizações dentro da unidade, como celas de isolamento ou pavilhões diferenciados, torna-se essencial para a construção de um cuidado em saúde responsivo e equitativo.

É nesse momento que se inicia a construção do chamado mapa inteligente do território prisional, uma representação gráfica e analítica que sistematiza informações

estratégicas sobre a distribuição populacional, os pontos de atenção em saúde, as vulnerabilidades identificadas e os fluxos institucionais que influenciam diretamente o cuidado. Mais do que uma ferramenta técnica, o mapa inteligente constitui um dispositivo político de visibilização. Ao cartografar o território prisional com todas as suas camadas físicas, organizacionais e relacionais, afirma-se que ali também existem estruturas sociais, grupos, necessidades concretas e potencial de planejamento baseado em evidências.

Esse instrumento torna-se, portanto, uma âncora para a atuação das eAPP, contribuindo para o ordenamento do processo de trabalho, a identificação de prioridades e a tomada de decisão qualificada. Além disso, configura-se como artefato de gestão pactuada, construído em diálogo com os setores de segurança e com as demais instâncias institucionais da unidade, reforçando a perspectiva de uma atenção integral e intersetorial no interior do sistema prisional.

Nesta etapa, incorpora-se, de forma estruturada, o macroprocesso transversal da segurança do paciente como componente indissociável da organização da APP. As Seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente, adaptadas para a APS pelo Conass, passam a orientar, de maneira sistemática, tanto as práticas clínicas quanto os processos gerenciais, demonstrando viabilidade concreta mesmo no contexto desafiador do sistema prisional. Na saúde prisional de Pernambuco, adotou-se a abordagem descrita a seguir, integrando essas metas de forma operacional e contextualizada à realidade das unidades prisionais. Cabe ressaltar, entretanto, que a implementação da transversalidade da segurança do paciente poderia igualmente ser aplicadas, conforme discutido anteriormente aqui no livro.

Neste momento, a Meta 1 de garantir a identificação correta do paciente assume centralidade, em razão da sua relevância direta para a temática em destaque. Entretanto, evidencia-se uma lacuna histórica que compromete a efetividade dessa meta: as pessoas privadas de liberdade, em sua maioria, não portam documentos de identificação civil com foto durante o período de custódia. Muitos sequer possuem certidões de nascimento ou registros civis regularizados, o que fragiliza a segurança clínica, a rastreabilidade das informações em saúde e a construção de vínculos longitudinais.

Na prática, o acesso aos dados pessoais ocorre de forma fragmentada e não padronizada, frequentemente mediado por registros paralelos mantidos pela custódia ou pela administração penitenciária. Essa situação expõe riscos que impactam diretamente a qualidade e a segurança do cuidado, exigindo articulações interinstitucionais que promovam a regularização documental como estratégia essencial para o fortalecimento da atenção à saúde no sistema prisional.

Nesse sentido, o fortalecimento da identificação segura configura-se como um imperativo tanto ético quanto operacional no âmbito da APP. Para apoiar esse processo, está prevista, durante a fase de dispersão desta etapa, a aplicação de um

*checklist* de segurança do paciente especialmente adaptado à realidade prisional. Esse instrumento tem por objetivo auxiliar as equipes na realização de um diagnóstico situacional das práticas de segurança desenvolvidas nas UBSP.

Trata-se de uma ferramenta estratégica que permite identificar fragilidades, mapear riscos e subsidiar o planejamento de ações corretivas e de aprimoramento, com vistas à qualificação contínua do cuidado. Ao incorporar esse *checklist* à rotina das equipes, reforça-se a cultura de segurança como eixo estruturante do processo de trabalho e amplia-se a capacidade de resposta diante dos desafios específicos do contexto prisional.

### 3. ACESSO NA APP?

Falar em acesso à APP é ir além da mera abertura de portas ou do funcionamento formal de um consultório. Nesta terceira etapa da Planificação, o eixo estruturante é a reorganização do processo de acolhimento das demandas de saúde da população privada de liberdade. Nesse contexto, a eAPP é convocada a realizar uma leitura crítica de seu próprio modo de funcionamento: de que forma as demandas chegam à equipe? Por quais caminhos institucionais ou informais transitam? Com que regularidade ocorrem? Há agendas previamente organizadas ou prevalece o atendimento baseado na urgência e na imprevisibilidade? Além disso, é necessário questionar: quem autoriza, quem conduz e quem filtra os pedidos de atendimento?

Essas perguntas abrem uma reflexão essencial para a construção de fluxos mais equitativos, responsivos e integrados às necessidades reais da população encarcerada. Em muitos espaços, a pessoa privada de liberdade não acessa diretamente a equipe de saúde; seu pedido de atendimento precisa, antes, transitar por figuras de autoridade internas. Ainda que não componham formalmente a equipe de saúde, todos esses atravessadores exercem influência direta ou indireta sobre a porta de entrada do cuidado, podendo facilitar o acesso, condicioná-lo ou até mesmo bloqueá-lo.

A eAPP precisa elaborar estratégias para reconhecer e, quando possível, pactuar com esses atravessadores. Não se trata de eliminar mediações, o que muitas vezes seria irrealizável, mas de construir uma lógica de acesso mais justa e transparente, na qual o critério clínico, a escuta qualificada e a avaliação do risco sejam os elementos centrais da regulação interna. O acesso à APP deve ser estruturado com fluxos que garantam a manifestação direta da demanda por parte da pessoa privada de liberdade, respeitando sua autonomia e assegurando a integralidade do cuidado em saúde no contexto prisional.

Neste momento da planificação, torna-se fundamental que a eAPP reconheça e mapeie os fluxos reais que estruturam sua prática cotidiana, tanto o da população privada de liberdade em direção ao serviço de saúde quanto o da equipe em direção ao território prisional. Trata-se de uma via de mão dupla: de um lado, é necessário compreender como as demandas chegam ao consultório ou à sala de atendimento;

de outro, é preciso analisar como a equipe se organiza para estar presente nas microáreas, nas celas e nos espaços coletivos da unidade. Esse mapeamento possibilita identificar lacunas, barreiras e pontos críticos, evidenciando não apenas as ausências de cuidado, mas também a necessidade de uma atuação proativa, que antecipe demandas e leve o cuidado aonde ele ainda não se efetivou. A partir da análise dos fluxos existentes, torna-se viável realizar ajustes e aprimoramentos, bem como, a partir da identificação dessas lacunas, propor novos fluxos capazes de qualificar o funcionamento do serviço.

Outro ponto estratégico nesta etapa é a análise da população que mais utiliza os serviços de saúde no contexto prisional, os chamados usuários frequentes (hiperutilizadores). Diferentemente do senso comum, que tende a associar a hiperutilização a um suposto “excesso de demanda”, no ambiente prisional, essa condição pode indicar, antes, maior grau de acesso, e não necessariamente maior necessidade clínica. Muitas vezes, os indivíduos que acessam com maior frequência o serviço de saúde ocupam posições de confiança ou desempenham funções laborais internas. A hiperutilização, nesse contexto, deve ser compreendida como um possível indicativo de privilégio no acesso, revelando desigualdades estruturais na dinâmica institucional. Cabe, portanto, à eAPP adotar uma postura crítica diante desses padrões de uso, buscando identificar situações de invisibilidade ou subutilização entre aqueles cuja demanda permanece silenciosa ou bloqueada pelos atravessadores do sistema.

Por essa razão, este ponto do processo exige que a equipe realize um exercício analítico fundamental: o cruzamento entre a demanda expressa pela população privada de liberdade e a oferta real de cuidado que pode ser assegurada. Isso implica identificar quais demandas são mais recorrentes, com que frequência se apresentam, por quais vias são encaminhadas, e, simultaneamente, reconhecer os limites impostos pela estrutura física, pela disponibilidade de profissionais e pela rotina institucional vigente. É neste momento que a equipe inicia um deslocamento essencial: do lugar da resposta reativa para o da escuta ativa, da organização intencional do cuidado e da presença qualificada nos territórios prisionais.

## 4. GESTÃO DO CUIDADO

A aplicação do conceito de gestão do cuidado no âmbito da APS, tal como defendido na construção social da APS (Mendes, 2012; Mendes *et al.*, 2019), encontra, no contexto prisional, um campo fértil para a materialização de práticas inovadoras e desafiadoras.

No arcabouço do MACC, o cuidado se estrutura na parede verde da metáfora da Casa da APS. Nessa metáfora, estão assentados os processos essenciais: estratificação de risco, gestão da condição crônica, gestão de caso, autocuidado apoiado, manejo integrado e contínuo, além do monitoramento dos resultados clínicos e funcionais (Mendes, 2012; Mendes *et al.*, 2019).

A organização do cuidado às condições crônicas na APP exige que a estratificação da população vá além da identificação clínica, incorporando a análise dos determinantes sociais que estruturam a vida no cárcere. O reconhecimento da superlotação, das normas institucionais, da escassez de recursos diagnósticos e terapêuticos e da baixa disponibilidade de fatores protetores de saúde é fundamental para compreender o risco real a que estão submetidas as pessoas privadas de liberdade.

No manejo dessas condições, a gestão da condição de saúde deve ser compreendida como um processo de cuidado longitudinal e compartilhado, mesmo em um contexto em que a rotatividade populacional é alta. Assim, a manutenção de planos de cuidado individualizados, associados a protocolos clínicos adaptados à realidade, torna-se indispensável. Outro eixo imprescindível é a gestão de caso, direcionada aos indivíduos em condição de alta complexidade clínica e social, tais como pessoas privadas de liberdade em sofrimento mental grave ou portadoras de condições crônicas múltiplas. A tecnologia da gestão de caso, enquanto cooperação entre profissionais, pessoa privada de liberdade e rede de suporte, enfrenta o desafio adicional de articular-se com a AAE, exigindo conexão interinstitucional robusta.

Nesse contexto, justifica-se a centralidade da Meta 2 de segurança do paciente - “Aprimorar a comunicação efetiva entre profissionais de saúde e usuários” durante esta etapa da planificação. No cotidiano prisional, diversos fatores impactam negativamente a qualidade da comunicação: barreiras linguísticas, ausência de privacidade, vigilância constante e o próprio ambiente coercitivo que caracteriza a privação de liberdade.

Diante desse cenário, práticas como a comunicação estruturada, a escuta ativa e a validação das informações compartilhadas entre profissionais e pessoas privadas de liberdade tornam-se ainda mais estratégicas. Essas ferramentas fortalecem a segurança clínica e a acurácia dos registros, promovendo, dentro dos limites impostos pela instituição, o exercício da autonomia relativa e o protagonismo do sujeito no cuidado em saúde.

Nesse sentido, justifica-se a importância de trabalhar a Meta 2 da segurança do paciente durante esta etapa, que propõe aprimorar a comunicação segura entre profissionais e pessoas usuárias. No cotidiano prisional, as barreiras linguísticas, as limitações de privacidade e o contexto coercitivo interferem na qualidade da comunicação. Assim, a comunicação estruturada, a escuta ativa e a validação de informações tornam-se ainda mais centrais para garantir a segurança clínica e a autonomia relativa da pessoa em privação de liberdade.

Vale ressaltar que o autocuidado apoiado, como pilar estruturante do MACC, enfrentará complexidades para sua efetivação. As limitações de autonomia e a disciplina institucional podem restringir a responsabilização ativa do indivíduo sobre seu cuidado. Cabe à eAPP criar estratégias educativas e intervenções coletivas que fortaleçam o protagonismo possível, mesmo em um ambiente de restrições.

Recomenda-se agendar ciclos de Atenção Contínua (AC) previamente, em sintonia com a direção da unidade prisional, garantindo a liberação dos privados de liberdade dentro de blocos organizados. A AC pode ocorrer, por exemplo, nos consultórios de atendimento da UBSP, onde as pessoas em condição de alto ou muito alto risco circulam entre diferentes profissionais sem sair do setor, enquanto os profissionais se alternam nos consultórios, respeitando a disciplina institucional e minimizando o risco de evasão ou conflitos.

Além disso, o produto de cada ciclo de AC deve ser a elaboração ou atualização do Plano de Cuidado, construído de forma pactuada entre equipe de saúde e pessoa privada de liberdade, devidamente registrado em prontuário e revisitado em intervalos regulares. A elaboração, a pactuação e o monitoramento desse plano requerem ajustes sensíveis e contextualizados, especialmente diante das limitações impostas pelo ambiente de confinamento. O Plano de Cuidado deve contemplar ações factíveis dentro da dinâmica institucional da unidade prisional: horários de medicação compatíveis com a rotina permitida, atividades educativas adaptadas ao ambiente coletivo e estratégias de acompanhamento que considerem as limitações de deslocamento interno.

Além disso, o Plano de Cuidado, na APP, deve ser elaborado com clareza e objetividade, escrito em linguagem acessível, considerando o letramento funcional em saúde, frequentemente limitado nessa população. Seu registro deve integrar o prontuário clínico e, quando necessário, ser socializado com a equipe de segurança, resguardando o sigilo ético, para minimizar barreiras operacionais.

Outro ponto central refere-se ao compartilhamento interdisciplinar no processo de cuidado. O Plano de Cuidado não deve ser elaborado de forma isolada por um único profissional, mas construído coletivamente, a partir de discussões interdisciplinares que envolvam toda a eAPP. Sempre que pertinente, deve-se incluir também a Equipe Complementar Psicossocial (ECP) e, quando necessário, um representante da polícia penal, com o objetivo de colaborar no direcionamento das atividades propostas e de viabilizar sua execução dentro das normas institucionais. Além disso, é fundamental promover, sempre que possível, a participação ativa da própria pessoa usuária, a fim de que ela se reconheça como coautora de seu processo de cuidado.

A programação do cuidado das condições crônicas adquire contornos singulares. Aqui, a população é, em tese, fixa, no sentido da delimitação geográfica, mas a dinâmica interna impõe uma rotatividade constante por transferências, progressões de regime ou solturas. Assim, conhecer quem são as pessoas privadas de liberdade, suas condições de saúde e suas estratificações de risco torna-se imprescindível como pré-requisito para a programação.

No contexto da APP, programar é negociar. A eAPP precisa pactuar fluxos com a segurança e a direção da unidade prisional para garantir que a agenda seja exequível. Isso implica reservar horários coerentes com as rotinas disciplinares, prever impre-

vistos, como procedimentos de segurança nas microáreas, e definir contingências para situações emergenciais. Neste momento, trabalha-se a Meta 4 de segurança do paciente para assegurar procedimentos corretos para o paciente e local de intervenção adequado, relacionando-se diretamente aos cuidados de saúde bucal, à aplicação de vacinas e demais procedimentos clínicos, garantindo que cada intervenção seja realizada de forma segura e adequada, respeitando a identidade do paciente e o local correto da intervenção.

Outro desafio é a articulação interinstitucional. A programação local deve mapear, além dos atendimentos da atenção primária, a demanda de consultas especializadas, exames complementares e procedimentos que exijam deslocamentos para fora da unidade. Aqui, a eAPP precisa exercer forte função de coordenação da RAS, articulando-se com a regulação territorial, a vigilância epidemiológica, os transportes e as autoridades penais, muitas vezes mediando questões logísticas, condições de segurança e necessidades clínicas.

Na organização dos macroprocessos dos eventos agudos, ainda nesta etapa, é necessário materializar três processos centrais: acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco eficaz e atendimento resolutivo. Esses processos, articulados, asseguram que a pessoa privada de liberdade seja escutada de forma humanizada, avaliada quanto à gravidade do quadro e atendida, no local e no tempo adequados, de forma ética e segura.

O acolhimento, enquanto prática estruturante, precisa ir além de uma abordagem reducionista centrada em triagens burocráticas. No contexto da unidade prisional, onde o tempo de deslocamento interno está condicionado à liberação de celas, à presença de escolta e à disponibilidade de agentes da polícia penal, a qualificação do acolhimento torna-se ainda mais crucial. Nesses cenários, é o acolhimento sensível e tecnicamente fundamentado que impede que riscos iminentes à saúde sejam invisibilizados ou negligenciados.

A classificação de risco, conforme proposto por Mendes (2015), configura-se como ferramenta essencial nesse processo, pois promove uma linguagem clínica comum entre os diferentes pontos da RAS, permitindo que o cuidado seja organizado segundo a gravidade e a complexidade das demandas, e não apenas pela ordem de chegada. Por sua vez, o atendimento resolutivo na APP deve conjugar capacidade de resposta imediata com articulação em rede, assegurando continuidade do cuidado em todos os níveis do sistema. Na prática, isso implica:

1. Disponibilização de espaço de observação clínica estruturado dentro ou nas proximidades da UBSP, dotado de insumos básicos para estabilização inicial e monitoramento de pacientes em situação aguda;

2. Manutenção de uma caixa de emergência completa, checada periodicamente, contendo materiais, equipamentos e medicamentos organizados, com validade atualizada, armazenados em local seguro e de acesso exclusivo à eAPP;
3. Pactuação de fluxos interinstitucionais com a gestão prisional e os serviços externos da RAS, garantindo a remoção segura de casos graves mediante transporte sanitário com escolta, quando necessário;
4. Implementação de POP claros e acessíveis, voltados para situações de ressuscitação, estabilização clínica e acionamento da rede de urgência e emergência;
5. Constituição de um Time de Resposta Rápida (TRR), previamente identificado no âmbito da eAPP, com atribuições definidas para o atendimento inicial de urgências maiores, minimizando improvisações e garantindo resposta ágil e coordenada, o que, no contexto prisional, pode representar a diferença entre a preservação e a perda da vida.

## 5. AUTOCUIDADO APOIADO

O autocuidado apoiado, conforme definido por Mendes (2012), transcende a condição de estratégia complementar e configura-se como um macroprocesso estruturante da organização do MACC. Trata-se de uma abordagem que integra educação em saúde, fortalecimento de habilidades individuais e construção de vínculos de confiança, com o objetivo de transformar a pessoa usuária em protagonista de sua própria trajetória de cuidado.

No contexto prisional, no entanto, essa prática enfrenta desafios significativos e particulares já mencionados: restrição da autonomia, baixos níveis de escolaridade, alta prevalência de transtornos mentais e limitações no acesso a recursos protetores de saúde, como alimentação adequada, práticas corporais regulares e redes de apoio social. Ainda assim, é imperativo reafirmar que a privação de liberdade não deve ser entendida como anulação da autonomia em saúde. Pelo contrário, mesmo sob restrição, as pessoas privadas de liberdade devem ser reconhecidas como sujeitos ativos, capazes de participar, compreender e responsabilizar-se pelos processos de cuidado que lhes dizem respeito.

A operacionalização do autocuidado apoiado no âmbito APP se trata de um processo sistemático que deve ser incorporado à rotina assistencial de forma estruturada. Para tanto, é essencial garantir espaços protegidos no cotidiano da equipe, dedicados especificamente à pactuação de planos de autocuidado apoiado traçando metas factíveis à realidade do usuário.

A metodologia dos 5As (Avaliação, Aconselhamento, Acordo, Assistência e Acompanhamento) torna-se ferramenta essencial para estruturar o processo de apoio. Cada etapa deve ser conduzida em linguagem clara, respeitando o letramento funcional

em saúde. A eAPP precisa avaliar as crenças, motivações e redes de apoio dentro e fora dos muros. O Acordo, produto concreto da pactuação, deve estabelecer metas curtas, realistas, mensuráveis e adaptadas à disciplina do ambiente prisional.

Na APP, a ausência do Agente Comunitário de Saúde traz a responsabilidade do acompanhamento para toda eAPP, monitorando nos atendimentos de rotina se as metas pactuadas estão sendo realizadas, onde se encontram os obstáculos e como a equipe pode apoiar na superação de recaídas. A cultura de não julgar deslizes é essencial para sustentar o processo de mudança de comportamento nessa população.

Além disso, deve-se considerar que o autocuidado na APP pode envolver coletivos de apoio, como grupos operativos, oficinas educativas ou rodas de conversa. Tais estratégias fortalecem vínculos, criam redes de solidariedade e potencializam o sentido de pertencimento, que é uma variável essencial para sustentar o engajamento no cuidado.

É fundamental lembrar que o autocuidado apoiado não se limita às condições clínicas isoladas, abrange a saúde mental, o manejo de estresse, o enfrentamento de hábitos nocivos como tabagismo, uso abusivo de substâncias psicoativas, além da adesão correta aos esquemas terapêuticos. Na unidade prisional, onde a rotina muitas vezes é de ociosidade e tensão, o incentivo a práticas de autocuidado é, também, uma estratégia de promoção da dignidade humana.

Neste momento, a Meta 6 da segurança do paciente, que busca reduzir o risco de danos decorrentes de quedas e lesões por pressão, adquire necessidade de reflexões. A população privada de liberdade, especialmente pessoas com condições crônicas, deficiência, transtornos mentais ou em situação de envelhecimento, apresenta riscos aumentados para tais eventos, agravados por fatores como ambiente físico inadequado, colchões deteriorados, limitação de mobilidade e ausência de protocolos de prevenção estruturados nas unidades prisionais. A prática do autocuidado apoiado, nesse cenário, deve incluir orientações individuais e coletivas sobre mobilidade segura, identificação de fatores de risco, reconhecimento precoce de lesões por pressão e medidas preventivas viáveis no cotidiano institucional. Além disso, cabe à eAPP pactuar com a gestão prisional ações de vigilância ativa, disponibilização de materiais adequados e adaptação do ambiente físico, de modo a integrar segurança clínica e autonomia progressiva como dimensões complementares do cuidado.

## 6. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO NA APS

Um aspecto singular da APP, que reforça a relevância do monitoramento e avaliação, é o fato de que não existem, hoje, indicadores formais e específicos definidos pelo Ministério da Saúde para balizar nacionalmente a atenção à saúde no contexto prisional. Diferentemente da APS tradicional, que conta com pactuações consolidadas, a APP ainda transita em um terreno de invisibilidade estatística no âmbito federal.

Diante desse vácuo normativo, cada estado ou município, ao estruturar suas eAPP, assume um papel estratégico: o de definir localmente os parâmetros e as prioridades de monitoramento. Nesse contexto, o primeiro passo para uma gestão qualificada do cuidado é a construção de indicadores e informações estratégicas, capazes de refletir, com fidelidade e sensibilidade, as singularidades epidemiológicas, sociais e institucionais da população privada de liberdade sob sua responsabilidade.

A construção desses indicadores deve decorrer de um processo sistemático de diagnóstico, fundamentado em múltiplas dimensões do território prisional. Esse processo inicia-se com o cadastro nominal da população, passa pela estratificação de risco, pela análise das condições crônicas mais prevalentes, dos perfis epidemiológicos e dos determinantes específicos do contexto de privação de liberdade, como a alta rotatividade, a superlotação, a incidência de doenças infectocontagiosas e a prevalência de transtornos mentais e de sofrimento psíquico.

É essa leitura crítica e situada da realidade local que orienta a definição de quais dados possuem valor estratégico, quais metas são exequíveis e como o painel de monitoramento (ou painel de bordo) deve ser estruturado, com vistas a retroalimentar os processos de trabalho e qualificar continuamente a prática assistencial da equipe.

Neste processo, incorpora-se a Meta 5 da segurança do paciente, que propõe a redução do risco de infecções associadas aos cuidados em saúde. Em ambientes como o sistema prisional, em que há déficit histórico de infraestrutura, limitação de insumos, sobrecarga assistencial e condições precárias de higiene, o monitoramento de eventos infecciosos relacionados a práticas de cuidado, como curativos, administração de medicamentos injetáveis e uso de dispositivos, deve ser tratado como prioridade sanitária e ética. A inclusão de indicadores sobre infecções associadas ao cuidado, como abscessos pós-injetáveis, surtos de doenças infectocontagiosas e adesão a protocolos de higienização, representa um passo fundamental para garantir segurança clínica, rastreabilidade de riscos e melhoria contínua da qualidade assistencial nas unidades prisionais.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 150, n. 143, p. 32-33, 26 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 150, n. 62, p. 43-44, 2 abr. 2013.

HEK, G. Unlocking potential: challenges for primary health care researchers in the prison setting. **Primary Health Care Research and Development**, Cambridge, v. 7, n. 2, p. 91-94, 2006.

MARTINS, É. L. C. *et al.* The contradictory right to health of people deprived of liberty: the case of a prison in Minas Gerais, Brazil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1222–1234, 2014.

MCCARTHY, D.; BRUNTON-SMITH, I. Prisoner-family ties during imprisonment: reassessing resettlement outcomes and the role of visitation. **Prison Service Journal**, [s. l.], n. 233, p. 23-27, 2017.

MCLEOD, K. E. *et al.* Global prison health care governance and health equity: a critical lack of evidence. **American Journal of Public Health**, [s. l.], v. 110, n. 3, p. 303-308, 2020.

MENDES, E. V. *et al.* **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. 2. ed. Brasília: CONASS, 2019.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2012.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2014.

PEAIRS, E. M. *et al.* Establishing Orthopaedic Standards of Care for Incarcerated Patients: Ethical Challenges and Policy Considerations. **Journal of Bone and Joint Surgery – American**, [s. l.], v. 106, n. 5, p. 477-481, 2024.

RIBEIRO, F. C. P.; PEREIRA, K. F.; CÉSAR, A. R. A. Primary Care – A brief summary that every Cephaliatrist should know. **Headache Medicine**, [s. l.], v. 14, n. 4, p. 176-183, 2023.

SILVA, M. V. P. L.; MATIAS, P. R. S. A população brasileira privada de liberdade e o acesso aos serviços de assistência à saúde. **RevistaFT**, [s. l.], v. 29, n. 140, 2024.

# A PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE E OS CUIDADOS PALIATIVOS

Gabriela Hidalgo, Carla Ulhoa, Rubia Barra

No SUS, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reconhece os cuidados paliativos como parte das atribuições da APS, incluindo-os no conjunto de ações voltadas à integralidade do cuidado (Brasil, 2017).

A realidade brasileira, entretanto, ainda demonstra que a maior parte da assistência paliativa permanece concentrada em polos hospitalares, frequentemente vinculada ao final da vida. Essa lógica contrasta com a evidência de que a maioria das pessoas que necessitam dessa abordagem vive em suas comunidades e domicílios, em fases muito anteriores ao processo de morrer. Por isso, a incorporação dos cuidados paliativos na APS torna-se estratégica: é nesse nível de atenção que se encontram os atributos de acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, além da responsabilização sanitária pelo território (ANCP, 2012; Mendes *et al.*, 2019; World Health Organization, 2018).

O livro *A construção social da Atenção Primária à Saúde* (Mendes *et al.*, 2019) inclui os macroprocessos de cuidados paliativos como parte dos macroprocessos essenciais da APS. Essa incorporação representou um marco conceitual e metodológico, pois elevou os cuidados paliativos à mesma condição de outros campos tradicionalmente consolidados na prática da APS, fortalecendo o papel desse nível de atenção na oferta de cuidados paliativos como espaço privilegiado para o cuidado longitudinal ao longo do ciclo de vida e para a integralidade do cuidado (Mendes *et al.*, 2019; Starfield, 2002).

Comparados a outros temas historicamente consolidados na rotina da APS, os cuidados paliativos ainda representam um campo de conhecimento incipiente para grande parte das equipes do SUS, sobretudo pela baixa inserção do tema na graduação em saúde. Por isso, sua efetiva implementação depende de processos de sensibilização, desmistificação e capacitação em serviço. Nesse sentido, evidencia-se a necessidade de adotar metodologias que favoreçam a aprendizagem coletiva e a reorganização dos processos de trabalho, sendo a PAS uma possibilidade concreta e qualificada de disseminação dessa prática no âmbito do SUS (Brasil, 2023a, 2023b; World Health Organization, 2018).

As oficinas tutoriais desenvolvidas na PAS desempenham um papel fundamental na organização dos macroprocessos de cuidados paliativos, representados por uma das janelas da metáfora da construção social da APS. Durante essas oficinas, são discutidos os conceitos e princípios relacionados com os cuidados paliativos, incluindo: a relação entre cuidados paliativos e os demais macroprocessos da APS; a integração dos cuidados paliativos com o MACC e a abordagem paliativa completa. O objetivo é fomentar a compreensão dos profissionais da APS sobre seu papel na realização de uma abordagem paliativa qualificada. Ao longo da construção dessa janela, os processos de trabalho são organizados para abordar questões como: identificação das pessoas elegíveis para cuidados paliativos; melhoria da qualidade de vida e conforto da pessoa; prevenção e alívio do sofrimento; promoção da independência e autonomia; e apoio à fase final de vida e ao luto. Além disso, são conduzidas ações de suporte familiar e mobilização da rede social de suporte. O objetivo final é melhorar a qualidade da atenção prestada às pessoas com condições que ameacem a continuidade da vida e de suas famílias, respeitando a autonomia e os valores de cada um (Brasil, 2023a).

A primeira experiência-piloto referente à organização dos macroprocessos de cuidados paliativos na perspectiva da construção social da APS foi realizada entre os meses de outubro de 2020 e abril de 2021, em uma UBS laboratório composta por uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), localizada no Setor Sul, em Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, no âmbito do Centro Colaborador da Planificação da Atenção à Saúde de Uberlândia.

O processo de tutoria compreendeu atividades de alinhamento teórico-conceitual e cinco oficinas tutoriais, conduzidas na lógica do “fazer junto”, envolvendo planejamento, execução e monitoramento das ações pactuadas. Cada oficina também incluiu um momento de treinamento técnico voltado a profissionais de nível superior da ESF, com enfoque na utilização de ferramentas específicas de cuidados paliativos, favorecendo a aplicação prática e qualificada desses instrumentos no cotidiano das equipes. Os conteúdos e as ferramentas trabalhados nesse percurso estão detalhados no Anexo 1.

No território da UBS laboratório, com aproximadamente 4 mil pessoas cadastradas, a aplicação do macroprocesso de cuidados paliativos identificou 60 pessoas elegíveis para abordagem completa (1,5% da população adscrita). Entre elas, as condições mais prevalentes foram a demência e a fragilidade, seguidas por doenças cardiovasculares, doenças pulmonares e, em menor proporção, cânceres. No contexto comunitário, os sintomas mais frequentemente relatados foram ansiedade e dor. Após cerca de seis meses de implantação, observou-se que, dos 60 pacientes inicialmente identificados, apenas 40 permaneciam vivos (taxa de mortalidade de 33,3%). Esses achados reforçam a relevância estratégica da inserção dos cuidados paliativos na APS, evidenciando o elevado risco de mortalidade em intervalo inferior a um ano e a necessidade de abordagem organizada e sistemática no território.

Após essa experiência, a etapa sobre Cuidados Paliativos passou a ser incorporada na PAS, inclusive nos projetos Proadi-SUS, desenvolvidos pelos hospitais de excelência, HIAE e BP, como uma das entregas previstas para o triênio 2021-2023. Dentre as principais mudanças implementadas, destacam-se a redução das oficinas tutoriais de cinco para três, a substituição do treinamento técnico presencial por curso de apoio em Ensino a Distância (EAD), com carga horária de 20 horas, e a inclusão de oficina específica de comunicação. Como recursos educacionais, foi publicado manual de cuidados paliativos na APS, complementado por vídeos e *podcasts* de apoio ao tutor. Os conteúdos e as ferramentas trabalhados nesse percurso estão detalhados no Anexo 2.

Em 2024, foi publicada a PNCP, marco normativo para a consolidação dessa abordagem no SUS. Inspirada em referenciais de organização sistêmica da atenção à saúde, a PNCP estrutura os cuidados paliativos como macroprocesso transversal da RAS, assegurando sua presença em todos os pontos de atenção, do hospital à comunidade. Reafirma-se a APS como ordenadora do cuidado e coordenadora da rede, com responsabilidade sanitária de identificar precocemente demandas paliativas e garantir integralidade ao longo do ciclo de vida. A política também destaca capilaridade, longitudinalidade e articulação interprofissional (Brasil, 2018, 2024b; World Health Organization, 2018).

A partir da publicação da PNCP, o Centro Colaborador de Uberlândia voltou a ser referência como projeto-piloto, com instituição de Grupo de Trabalho (GT) da PNCP, composto por representantes de todos os pontos da RAS, da gestão, da assistência farmacêutica e dos serviços especializados em cuidados paliativos. A proposta de intervenção inicial foi expandir a organização dos macroprocessos de cuidados paliativos para 100% das equipes da APS, em articulação com as equipes do Programa Melhor em Casa (PMeC), além de incluir treinamento técnico de profissionais prescritores, assegurando integração clínica e ampliação da capacidade resolutiva no território (BRASIL, 2024a, 2024b).

Considerando as equipes de APS da ESF participantes, abrangendo população de aproximadamente 470 mil pessoas, foram identificados 5.094 elegíveis para abordagem paliativa (1,08% da população adscrita). Entre as condições mais prevalentes, estiveram demência e fragilidade, seguidas por problemas cardiovasculares e neurológicos. Em quarto lugar, destacou-se “outras condições”, com diabetes mellitus e transtornos relacionados ao uso de substâncias (Brasil, 2023a, 2024b; World Health Organization, 2018).

Nos projetos-piloto, a identificação de pessoas com indicação de abordagem paliativa foi de 1,5% da população adscrita (60/4.000) e de 1,08% no recorte ampliado de 470 mil pessoas (5.094/470.000) na intervenção de 2024 baseada na PNCP. Esses achados são comparáveis ao estudo conduzido na APS/ESF por Corrêa *et al.* (2015), que, em 12 meses de acompanhamento, identificou 38 pessoas com necessidades paliativas em 3 mil cadastrados (1,2%). Os diagnósticos mais frequentes

foram câncer (39,5%), doença psiquiátrica (18,4%), doença cardiovascular (15,8%), fragilidade (10,5%), demência (10,5%) e doença respiratória (7,9%) (Corrêa *et al.*, 2015; Marcucci *et al.*, 2016).

Nos pilotos, por sua vez, as condições mais prevalentes foram demência e fragilidade, seguidas por doenças cardiovasculares, doenças neurológicas e, em quarto lugar, cânceres; no grupo “outras condições”, destacaram-se diabetes e transtornos relacionados à dependência química. A comparação evidencia que, embora ambos os contextos apontem incidência semelhante (1–1,5% da população), há diferenças no perfil de diagnósticos predominantes: enquanto o estudo de Corrêa *et al.* (2015) reforça o peso do câncer como porta de entrada, os pilotos indicam maior visibilidade de condições crônicas não oncológicas e de fragilidade, reforçando o papel estratégico da APS e a necessidade de gestão de base populacional com responsabilização sanitária customizada ao território (Corrêa *et al.*, 2015; World Health Organization, 2018).

A consolidação dos cuidados paliativos como macroprocesso estruturante da APS no Brasil demanda fortalecimento institucional, normativo e formativo, para garantir identificação precoce, integralidade e coordenação das necessidades no território. As evidências dos projetos-piloto indicam incidência entre 1% e 1,5% na APS, consistente com estudos nacionais no contexto da ESF (Corrêa *et al.*, 2015; Marcucci *et al.*, 2016). A OMS ressalta que integrar cuidados paliativos à APS é crucial para ampliar acesso equitativo, sobretudo em países extensos e desiguais (World Health Organization, 2018).

Nesse sentido, a PNCP configura marco normativo para que a gestão de base populacional incorpore demandas paliativas, respeitando singularidades epidemiológicas, sociais e culturais (Brasil, 2018, 2024b). Reafirma-se que os cuidados paliativos, além do imperativo ético de aliviar o sofrimento, devem consolidar-se como política pública transversal, orientada por diretrizes globais e nacionais, enquanto a PAS se afirmar como metodologia central para organizar a RAS em integração com a APS, estruturando macroprocessos e articulando pontos de atenção conforme as necessidades de cada território (Brasil, 2023a; Mendes *et al.*, 2019; World Health Organization, 2018).

Por fim, destaca-se que a PAS é uma ferramenta poderosa para a implementação de ações de cuidados paliativos nas unidades de APS. Ao possibilitar uma abordagem estruturada e sistemática, a planificação favorece a identificação precoce das necessidades das pessoas elegíveis, o desenvolvimento de planos de cuidado personalizados e eficazes, bem como a implementação de intervenções voltadas à melhoria da qualidade de vida das pessoas em cuidados paliativos e de suas famílias (Brasil, 2023a; World Health Organization, 2018).

## REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. IAHPC divulga definição de cuidados paliativos. **ANCP**, 19 dez. 2018. Disponível em: <https://paliativo.org.br/iahpc-divulga-definicao-cuidados-paliativos>. Acesso em: 20 ago. 2025.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos ANCP**: ampliado e atualizado. 2. ed. São Paulo: ANCP, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete da Ministra. Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 1601, n. 200, p. 87-90, 18 de outubro de 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/legislacao/portaria-gm-ms-no-1-604-de-18-de-outubro-de-2023/@download/file>. Acesso em: 20 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, n. 225, p. 276, 23 nov. 2018. Disponível em: [http://www.in.gov.br/web/guest/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746](http://www.in.gov.br/web/guest/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746). Acesso em: 20 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024. Altera as Portarias de Consolidação nºs 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, para atualizar as regras do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMeC). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 4, p. 56, 5 jan. 2024a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.005-de-2-de-janeiro-de-2024-535816012>. Acesso em: 20 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; 2023a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PlanificaSUS**: Manual de Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein; Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 2023b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Portaria de Consolidação nº 2, de 3 de outubro de 2017. Brasília: MS, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html). Acesso em: 20 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) no SUS. **Diário Oficial da**

**União:** Seção 1, Brasília, DF, 23 maio 2024b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681\\_22\\_05\\_2024.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html). Acesso em: 20 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS):** versão profissionais de saúde e gestores. Brasília: MS/SAPS/Depto. de Saúde da Família, 2020.

CORRÊA, R. S. M. *et al.* Identificação de pacientes com necessidades de cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde: estudo em equipes da ESF. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s. l.], v. 10, n. 35, 2015.

MARCUCCI, F. C. I. *et al.* Identificação de pacientes com indicação de cuidados paliativos na Estratégia Saúde da Família: estudo exploratório. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 145-152, 2016.

MENDES, E. V. *et al.* **A construção social da Atenção Primária à Saúde.** 2. ed. Brasília, DF: Conass, 2019.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer pain relief and palliative care:** report of a WHO Expert Committee (Meeting held in Geneva, 3–10 July 1989). Geneva: WHO, 1990.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Integrating palliative care and symptom relief into primary health care:** a WHO guide for planners, implementers and managers. Geneva: WHO, 2018.

# ANEXOS

## ANEXO 1 – ETAPA PILOTO (UBERLÂNDIA, 2020-2021)

### *Workshop – Cuidados Paliativos na APS*

- Macroprocessos de CP na construção social da APS
- Conceitos de CP
- Atributos da APS e abordagem paliativa
- CP na Rede de Atenção à Saúde (RAS)

### *Oficina 1 – Cuidados Paliativos na APS*

- Conceitos de CP na prática da APS
- Identificação da demanda por CP
- Ferramentas: Elegibilidade Simplificada, SPIC-TBR, PPS, ESAS, DAM

### *Oficina 2 – Como percebo a evolução das doenças?*

- Avaliação prognóstica em condições clínicas avançadas
- Comunicação de notícias difíceis
- Ferramentas: Pergunta Surpresa, Curvas de Trajetórias, ferramentas de comunicação

### *Oficina 3 – Abordagem centrada na pessoa*

- Abordagem paliativa centrada na pessoa
- Planejamento Antecipado de Cuidados (PAC)
- Ferramentas: DAM, PAC

#### Oficina 4 – Apoio quando a morte se aproxima

- Sinais de fase final de vida e processo ativo de morte
- Manejo clínico e apoio às últimas horas
- Estratégias de comunicação
- Ferramentas: ações diante da possibilidade de morte e ferramentas de comunicação

#### Oficina 5 – Perdas e luto

- *Processo de perdas e luto; fatores de risco e proteção*
- *Cuidado de quem cuida (profissionais)*
- Ferramentas: cinco dimensões do luto e modelo do processo dual

## ANEXO 2 – ETAPA PLANIFICASUS (TRIÊNIO 2021-2023)

### Workshop 8

- Conceitos importantes e desmistificações em CP
- CP no SUS: o que esperar da APS e da AAE

#### Oficina 8.1 – APS

- Alinhamento conceitual em CP
- Ferramentas de elegibilidade para CP
- Plano de acompanhamento de usuários elegíveis

#### Oficina 8.1 – AAE

- Alinhamento conceitual em CP
- Macroprocessos da AAE e papel dos CP
- Ferramentas de elegibilidade para CP

### Oficina 8.2 – APS

- Apresentação de caso SPIC-T-BR positivo
- Abordagem Paliativa Completa
- Registro e monitoramento de casos

### Oficina 8.2 – AAE

- Macroprocesso educacional
- Macroprocesso assistencial
- Registro e acompanhamento de usuários elegíveis na AAE

### Oficina 8.3 – Integrada APS e AAE

- Abordagem Paliativa Integrada
- Planejamento do cuidado frente à possibilidade de morte
- Saúde mental: cuidado frente a perdas e luto

### Formação complementar

- Curso EAD (20h) como apoio transversal às oficinas
- Oficina específica de comunicação (pós-etapa)
- Materiais: manual de CP na APS, vídeos e *podcasts* de apoio ao tutor

## ANEXO 3 – CONSOLIDAÇÃO EM UBERLÂNDIA (A PARTIR DE 2024)

### Grupo de Trabalho da PNCP e plano de ação inicial

- Representantes de todos os pontos da RAS, da gestão, da assistência farmacêutica e de serviços especializados em CP
- Ampliação dos macroprocessos de cuidados paliativos com expansão para 100% das equipes de APS

- Integração com o Programa Melhor em Casa
- Treinamento técnico com foco em profissionais prescritores

### Workshop

- “O que a construção social da APS nos ensina sobre Cuidados Paliativos”

### Oficina Tutorial 1 – Fundamentos e Identificação

- Fundamentos e conceitos de CP
- Novos processos organizativos em CP
- Quem pode se beneficiar da abordagem paliativa
- Registro e acompanhamento de usuários elegíveis

### Oficina Tutorial 2 – Trajetória e Centralidade da Pessoa

- Em que momento da trajetória da doença a pessoa está
- Abordagem Paliativa Centrada na Pessoa
- Participação da pessoa nas decisões de cuidado

### Oficina Tutorial 3 – Apoio no Final da Vida e Comunicação

- Apresentação do caso e dados do território
- Como apoiar a pessoa e a família quando a morte se aproxima
- Saúde mental: cuidado frente a perdas e luto
- Elaboração do plano de ação (com Oficina de Comunicação)

### Formação complementar

- Curso EAD de apoio técnico (20h), transversal às oficinas
- Encontros de formação específicos para prescritores
- Materiais de apoio: Fluxo de rede para cuidados paliativos, manual de CP na APS, vídeos e *podcasts* de apoio ao tutor.

# ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA APS: A PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE TRANSFORMAÇÃO SISTÊMICA

Joana Moscoso Teixeira de Mendonça, Ana Alice Freire,  
Marcio Anderson Cardozo Paresque, Letícia Yamawaka de Almeida

O debate sobre a saúde mental tem se destacado enquanto pauta prioritária para os sistemas de saúde em escala global, impulsionada pela expressiva e persistente prevalência dos transtornos mentais e suas repercussões em indivíduos, famílias e comunidades, somadas à sua natureza multifacetada e às desigualdades na distribuição de recursos e disponibilidade da força de trabalho qualificada (Patel *et al.*, 2018).

Em termos epidemiológicos, estimativas recentes revelam que os transtornos mentais se mantêm entre as dez principais causas da carga global relacionada à saúde (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022), com tendência ascendente, presença de disparidades regionais e variações entre os transtornos (com destaque para o transtorno depressivo maior e transtornos de ansiedade), além de marcas relacionadas com as desvantagens de gênero (Fan *et al.*, 2025).

Para além das projeções e impactos do cenário apresentado, reconhecem-se ainda formas de expressão do sofrimento psíquico que, por vezes, diluem-se entre as classificações formais e aprofundam o abismo na oferta de cuidados. Na prática, os contornos nosológicos nem sempre são evidentes (Patel *et al.*, 2018) — embora os sintomas, as manifestações e as consequências do sofrimento sejam vivenciados intensamente pelos indivíduos, enlaçando-se, atravessando e interagindo também com outros fatores contextuais que acrescentam camadas de complexidade para a atenção em saúde mental.

Esse contexto torna ainda mais desafiadora a garantia de cuidados adequados e deixa marcas de necessidades não atendidas, que persistem e se acumulam no tempo, tensionando o planejamento e a organização dos serviços. Ao mesmo tempo, amplia-se a disparidade no acesso e na qualidade da atenção, exigindo a superação de abordagens restritas ao modelo biomédico (Pathare; Brazinova; Levav, 2018). Esse panorama evidencia a amplitude da lacuna no cuidado em saúde mental, que se manifesta tanto na ausência de tratamentos clínicos convencionais e intervenções psicossociais quanto na oferta fragmentada e insuficiente de ações que compõem o

contínuo do cuidado, comprometendo a atenção integral das múltiplas necessidades do sujeito, sobretudo em países de baixa e média renda.

Em resposta a essa complexidade, torna-se imperativa a organização dos sistemas de saúde, a partir de arranjos mais abrangentes, que não se restrinjam a serviços especializados, mas que envolva diferentes pontos de atenção e parcerias intersetoriais, por meio de estratégias combinada de atuação. Nesse sentido, a OMS e pesquisadores vinculados ao Movement for Global Mental Health (MGMH) recomendam que os sistemas de saúde se organizem a partir de serviços de base comunitária, sustentados por uma rede efetiva de cuidados e por um conjunto diversificado de ações que incluam a APS (HORTON, 2007). Essa diretriz parte do reconhecimento de que os serviços especializados em saúde mental, isoladamente, não são suficientes para assegurar a integralidade da assistência, reforçando o papel essencial das equipes de APS na mitigação da lacuna dos cuidados em saúde mental.

No cenário brasileiro, essa integração ainda enfrenta diversos obstáculos, apesar do potencial das Equipes de Saúde da Família (eSF) — que ocupam uma posição estratégica no território e na Rede de Atenção Psicossocial (Raps) para identificação, manejo e coordenação de casos em saúde mental (Brasil, 2011). Dentre eles, destacam-se a formação incipiente dos profissionais, a forma como se organiza o processo de trabalho nos serviços além de questões socioculturais (Kohrt *et al.*, 2020). Vale ressaltar que a saúde mental permanece no imaginário social como uma questão sensível e, frequentemente, negligenciada, ainda permeada por estigmas que dificultam seu enfrentamento nos territórios (Link; Phelan, 2006).

Além disso, os desarranjos existentes na articulação entre a APS e os demais pontos de atenção da Raps — especialmente os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) — comprometem o desenvolvimento de uma atenção integral e territorializada, limitam a oferta de cuidado em tempo oportuno e restringem a capacidade de resposta às demandas dos usuários, sobrecarregando os serviços especializados.

Nesse contexto, embora as diretrizes e portarias que regulamentam a Raps estabeleçam processos estratégicos para a construção de um modelo de atenção psicossocial, a prática cotidiana revela fragilidades que comprometem sua plena efetivação. A fragmentação dessa rede, agravada por fragilidades na comunicação, ausência de fluxos de cuidado e escassez de recursos, sobrecarrega os serviços e dificulta o acesso das pessoas usuários — um desafio central a ser enfrentado.

Assim, apesar dos avanços e progressos alcançados recentemente no cenário nacional, marcado por reformulações éticas, sociais e políticas oriundas dos esforços coletivos da sociedade e que promoveram a mudança do paradigma no campo da saúde mental, percebe-se a necessidade de respostas efetivas e de esforços coordenados para garantir a integração da Raps, com aposta no fortalecimento da APS como elemento-chave e protagonista na ampliação do acesso adequado e oportuno às pessoas com necessidades de cuidado em saúde mental.

Dessa forma, a lacuna no cuidado em saúde mental — caracterizada pela ausência de acesso oportuno, baixa resolutividade e descontinuidade no acompanhamento — encontra na APS tanto o seu maior desafio quanto a sua principal possibilidade de superação. A despeito de se saber que integrar os cuidados em saúde mental à APS é a forma mais viável e sustentável de reduzir essa lacuna e assegurar que todas as pessoas tenham acesso contínuo, integral e humanizado ao cuidado que necessitam (Lancet Global Mental Health Group *et al.*, 2007), a APS segue operando de forma fragmentada, com práticas centradas em encaminhamentos e medicação, reproduzindo um modelo reativo, tecnicista e pouco conectado às necessidades reais das pessoas.

Essa integração não se realiza apenas com normativas ou protocolos: ela requer mudanças profundas na organização dos serviços, na compreensão do papel da APS nas redes de atenção e, sobretudo, no modo como os profissionais atuam e se relacionam com o território. Nesse contexto, a saúde mental deve ser compreendida como uma dimensão transversal do cuidado, e não como uma responsabilidade isolada de alguns profissionais, serviços ou dispositivos.

Incorporar essa transversalidade, conforme propõe o modelo biopsicossocial de George Engel (1978), significa reconhecer que o sofrimento psíquico está entrelaçado a determinantes sociais, biológicos e emocionais, e que o cuidado precisa ser integral e contextualizado. A drástica redução da expectativa de vida entre pessoas com transtornos mentais graves — de cerca de 15 a 20 anos menor do que a média da população — é uma evidência brutal dos efeitos da fragmentação e da negligência do cuidado integral, tanto no campo da saúde física quanto no da saúde mental (Nordentoft *et al.*, 2013).

Para transformar esse cenário, além do fortalecimento da APS no cuidado à saúde mental e o investimento na integração da rede, é necessário investir na qualificação dos profissionais da APS. O mhGAP, lançado pela OMS em 2008, oferece uma resposta robusta a essa necessidade. Ao organizar diretrizes clínicas baseadas em evidências para o manejo de condições prioritárias em saúde mental, neurológica e uso de substâncias (MNS), o Manual de Intervenções mhGAP – versão 2.0 (Organização Pan-Americana da Saúde, 2018) tornou-se uma ferramenta técnica de baixo custo e alto impacto para ampliar a capacidade clínica das equipes. No entanto, o mhGAP, por si só, não reorganiza o cuidado. É preciso mais do que saber o que fazer: é preciso saber como organizar-se para fazer.

Organizar o cuidado em saúde com base nas necessidades da população não é tarefa simples. Diante da fragmentação dos serviços, da sobreposição de ofertas, da descontinuidade nos acompanhamentos e da lógica assistencial centrada na demanda espontânea, os sistemas de saúde enfrentam o que ficou conhecido na literatura como problemas perversos (*wicked problem*): problemas complexos, de múltiplas causas, sem solução única e que não podem ser resolvidos apenas com a ampliação da oferta de serviços (Kreuter *et al.*, 2004). Problemas perversos não são meramente

complicados ou técnicos nem podem ser resolvidos pela simples aplicação da lógica ou do poder computacional, tampouco pelos programas de melhoria da qualidade, requerendo intervenções amplas de reimaginação e exigindo necessariamente soluções em redes e inovações disruptivas (Runnels; Pronovost, 2024).

Trabalhar em rede, como nos lembra o *Guia prático de matriciamento em saúde mental* (CHIAVERINI *et al.*, 2011), é “tecer possibilidades”: ampliar as oportunidades de atuação das pessoas, dos profissionais e dos serviços de saúde, conectando saberes e potências diversas em uma corrente de corresponsabilidade. Para isso, é necessário estratégias operacionais que transcendam a dimensão prescritiva e atuem sobre os arranjos institucionais, a cultura organizacional e a forma como os profissionais constroem sentido sobre seu fazer cotidiano.

É nesse ponto que a PAS se apresenta estrategicamente, não apenas como uma metodologia de planejamento, mas principalmente como uma proposta de transformação sistêmica dos processos de trabalho. Fundamentada na lógica da gestão da base populacional e nos atributos essenciais da APS (acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado), a PAS visa superar os modelos baseados na oferta fragmentada de serviços, propondo redes organizadas por critérios de responsabilidade sanitária, interdependência e planejamento ascendente.

A PAS parte do reconhecimento da complexidade dos sistemas de saúde e propõe uma resposta sistêmica, interdependente e colaborativa, articulando a APS com outros pontos da RAS, de forma integrada e centrada nas necessidades das pessoas (Mendes, 2008). Seu objetivo é transitar de um modelo baseado na oferta para um modelo baseado na gestão da saúde da população, assumindo uma responsabilidade sanitária sobre o território adscrito, com enfoque na continuidade, integralidade e qualidade do cuidado. Para isso, a PAS oferece ferramentas, instrumentos e práticas organizativas que buscam garantir que os cuidados sejam prestados no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade adequada.

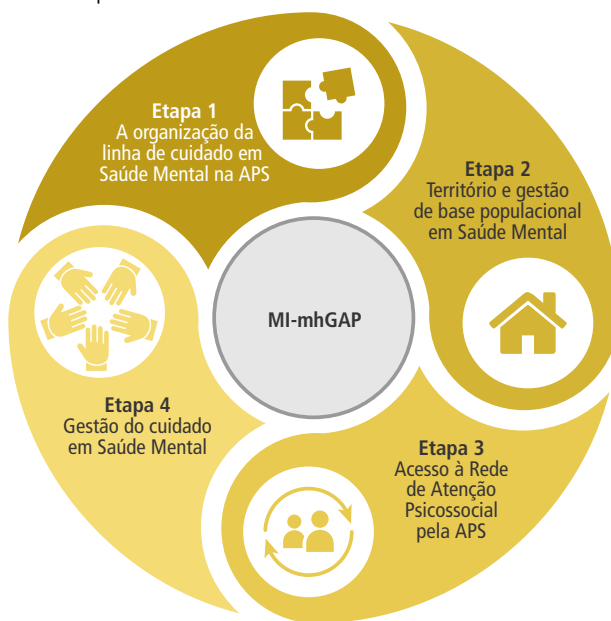
No intuito de promover um cuidado em saúde mental que seja não apenas clinicamente qualificado, mas também territorializado, intersetorial, compartilhado, resolutivo e institucionalmente sustentado, destaca-se a importância de aliar a metodologia da PAS à formação para utilização do MI-mhGAP. Essa integração permite a construção de microssistemas de cuidado que partem do território e da realidade concreta das equipes, orientando a organização do trabalho com base em dados populacionais, vínculos estabelecidos e reconhecimento dos determinantes sociais que atravessam o sofrimento.

Diante desse panorama, este capítulo apresenta o desenho operacional para a organização dos processos de trabalho voltados ao cuidado em saúde mental na APS, com o propósito de contribuir para o fortalecimento da linha de cuidado em saúde mental. Partindo dos desafios impostos pela persistente lacuna na oferta de cuidados nessa área, disparam-se reflexões acerca de elementos centrais para a

estruturação dessa linha de cuidado, destacando o papel da APS na coordenação do cuidado de uma rede colaborativa, capaz de responder de forma integrada às necessidades das pessoas em sofrimento psíquico.

É nesse marco que se inscreve a proposta que detalharemos a seguir: um conjunto de estratégias estruturadas em quatro temáticas — organização da linha de cuidado em saúde mental na APS, território e gestão de base populacional, acesso e gestão do cuidado — que, articuladas entre si, sustentam um desenho operacional construído com base na metodologia da PAS para a organização do cuidado em saúde mental na APS.

**Figura 1.** Desenho operacional da saúde mental na APS



Como parte do percurso formativo que sustentou essa proposta de reorganização da linha de cuidado, foi ofertado um conjunto de cursos EAD no formato assíncrono, com ênfase na preparação de gestores e tutores para a condução de *workshops* e oficinas tutoriais nos territórios. Esses cursos funcionaram como um disparador prévio, promovendo o alinhamento conceitual e metodológico necessário para a aplicação das estratégias formativas presenciais. Suas temáticas dialogaram diretamente com os quatro eixos estruturantes do projeto — organização da linha de cuidado em saúde mental na APS, território e gestão de base populacional, acesso e gestão do cuidado — e foram organizadas em módulos objetivos, com recursos audiovisuais, textos de apoio e atividades práticas. Além desses, foram oferecidos cursos curtos voltados para temas específicos, como intervenções psicossociais, matriciamento em saúde mental, escalonamento do cuidado e estratégias de prevenção e posvenção ao

suicídio. A oferta em formato assíncrono possibilitou que os participantes acessassem os conteúdos no seu próprio ritmo, fortalecendo a autonomia na aprendizagem e garantindo a preparação prévia necessária para a atuação qualificada durante os encontros presenciais.

Ao unir a formação de multiplicadores do MI-mhGAP com a abordagem sistêmica e territorial da PAS, essa proposta visa fortalecer a linha de cuidado em saúde mental a partir do cotidiano das unidades, das equipes e das pessoas.

## TEMÁTICA 1 – ORGANIZAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA APS

Superar a fragmentação da atenção à saúde mental no SUS exige resgatar os princípios fundantes da Reforma Psiquiátrica e da APS, reconhecendo o lugar estratégico da APS como coordenadora do cuidado e articuladora da Raps. Isso implica deslocar o foco da lógica centrada no encaminhamento para uma atuação resolutiva, contínua e territorializada, alinhada ao princípio da integralidade. A APS deve ser entendida como ponto de entrada e cuidado continuado, capaz de acolher o sofrimento psíquico, construir vínculo e articular os demais pontos da Raps. O cuidado em saúde mental na APS, portanto, não é um anexo ou exceção à regra, mas parte constitutiva do trabalho cotidiano das equipes.

Para inaugurar esse novo olhar, o percurso formativo da PAS teve início com a Temática “Organização da Linha de Cuidado em Saúde Mental na APS”, cujo objetivo foi revalorizar a APS como espaço legítimo para o cuidado em saúde mental e reforçar sua centralidade na organização da rede.

No *workshop* inicial, promoveu-se um alinhamento conceitual entre os profissionais, com ênfase em:

- Relacionar os atributos da APS à atenção psicossocial;
- Compreender a saúde mental como parte do cuidado integral;
- Reconhecer os determinantes sociais como elementos indissociáveis do sofrimento psíquico.

A leitura compartilhada de textos e a técnica de narração de histórias por meio de estudo de caso estimularam a reflexão crítica sobre os desafios vividos nos territórios, promovendo empatia, escuta qualificada e elaboração de hipóteses explicativas coletivas.

Antes das oficinas, foi realizada uma etapa preparatória de diagnóstico, em que as equipes preencheram dois instrumentos avaliativos fundamentais:

- A autoavaliação dos macroprocessos da APS, que permitiu revisar a estrutura e organização dos processos de trabalho relacionados com a construção social da APS na unidade;
- O Instrumento de Autoavaliação dos Processos Estratégicos da Linha de Cuidado em Saúde Mental, que deu visibilidade às lacunas existentes nos processos de trabalho relativos ao cuidado em saúde mental.

Esses dados subsidiaram o trabalho da oficina tutorial, que teve como alvo a construção de um Diagnóstico Situacional da Unidade. As equipes organizaram e analisaram:

- O perfil sociodemográfico e epidemiológico do território;
- O *status* da organização dos macroprocessos da APS e dos processos estratégicos em saúde mental;
- Análise de indicadores de saúde;
- A existência de estratificação de risco das subpopulações;
- O horário de funcionamento da unidade e profissionais atuantes;
- As ações de segurança do paciente.

Em outro instrumento disparado na oficina tutorial, as equipes evidenciaram a modelagem da rede, por meio do mapeamento dos pontos que compõem a Raps nos territórios, revelando tanto os equipamentos de saúde existentes quanto os vazios assistenciais.

Essa primeira temática inaugurou o percurso da PAS com um convite ao reconhecimento: do lugar da APS na rede; da potência das práticas existentes; da rede; e, sobretudo, de si mesmo como sujeito coletivo de transformação. O reconhecimento é o ponto de partida para qualquer mudança de modelo de atenção.

Com essa base conceitual e prática estruturada, as equipes puderam avançar para a Temática Território e Gestão de Base Populacional, em que o objetivo se desloca para o território como campo ativo do cuidado e para a gestão de base populacional como estratégia concreta de organização do trabalho das equipes.

## TEMÁTICA 2 – TERRITÓRIO E GESTÃO DE BASE POPULACIONAL

Se na temática anterior, reforçou-se a centralidade da APS na linha de cuidado em saúde mental, esta segunda temática avança no aprofundamento do seu compromisso com o cuidado integral a partir da lógica do território e da gestão de base

populacional. O território, entendido como espaço vivido, abriga os vínculos, os determinantes sociais da saúde e os dispositivos de cuidado — formais e informais — que condicionam o sofrimento e a potência de cada pessoa e família. A gestão de base populacional, por sua vez, amplia a lente da clínica individual para um cuidado orientado por riscos, vulnerabilidades e recursos presentes na coletividade.

No *workshop* da temática, esse olhar ampliado foi incentivado por meio de reflexões críticas ancoradas em textos teóricos e na leitura compartilhada de uma literatura de cordel. A vivência resgatou a importância da escuta sensível ao sofrimento cotidiano e à cultura dos territórios, reforçando que conhecer o território é conhecer as pessoas que nele vivem – suas redes de apoio, desafios e formas de resistência.

Na oficina tutorial, as equipes revisitaram a lógica da territorialização e foram apoiadas para organizar o cuidado a partir das necessidades concretas da população adscrita. Dentre as estratégias mobilizadas, destacam-se:

- Aplicação da Escala Coelho Savassi, para estratificação de risco familiar com base em determinantes biopsicossociais;
- Construção de mapas falantes, que integraram vulnerabilidades, dispositivos comunitários e recursos intersetoriais em saúde, assistência, educação e justiça;
- Elaboração de guias territoriais de serviços e ações psicossociais, acessíveis para os profissionais e para a comunidade;
- Incorporação de fichas com sinais de alerta em saúde mental nas visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde, valorizando sua escuta e presença cotidiana como sentinelas do sofrimento psíquico nos lares e nas ruas;
- Mapeamento das subpopulações com necessidade de cuidado em saúde mental, integrando esse dado à planilha de gestão das demais subpopulações da unidade.

Essas ações representaram um importante avanço para a institucionalização de uma lógica de cuidado que considera não apenas o indivíduo, mas também seu contexto familiar e territorial. O protagonismo dos usuários e das famílias foi valorizado, especialmente ao reconhecer o território como espaço legítimo de cuidado, no qual saberes e práticas comunitárias também contribuem para a promoção da saúde mental.

A temática do território permitiu às equipes deslocar o foco da oferta reativa para um planejamento ativo e situado, conectando práticas individuais com uma perspectiva populacional. Esse alinhamento preparou o caminho para a temática seguinte, que se debruça sobre as barreiras e as possibilidades de ampliação do acesso à Raps pela APS, com ênfase na continuidade do cuidado e na articulação dos serviços.

## TEMÁTICA 3 – ACESSO À RAPS PELA APS

A ampliação do acesso em saúde mental é um dos principais desafios enfrentados pela APS. Mais do que garantir uma vaga ou um agendamento, trata-se de garantir um cuidado que começa no momento da escuta e que se sustenta na continuidade, na integralidade e na corresponsabilidade entre serviços, profissionais, usuários e suas redes de apoio. Nesta temática, o conceito de acesso foi trabalhado a partir de três dimensões fundamentais: a identificação e o enfrentamento das barreiras, a organização racional e responsiva da oferta de cuidado, e a estruturação de vínculos colaborativos na Raps.

O *workshop* da temática foi construído sobre duas bases: o trabalho com textos teóricos e a vivência do “Jogo do Acesso”. A leitura dirigida promoveu uma reflexão crítica sobre os conceitos de acesso, continuidade e acolhimento, além de destacar as responsabilidades da APS na superação das barreiras organizacionais e simbólicas presentes no SUS. Já o jogo de tabuleiro — centrado em trajetórias fictícias de usuários — propôs um exercício coletivo de identificação de barreiras de acesso e possibilidades de superá-las na unidade básica, estimulando o raciocínio clínico-institucional e a empatia. As perguntas do jogo propunham não apenas decisões técnicas, mas também escolhas que envolviam escuta, vínculo e articulação inter-setorial. Com isso, as equipes vivenciaram situações que demandam diálogo entre clínica e gestão, e entre os diferentes pontos da Raps.

Na sequência, três oficinas tutoriais aprofundaram, de forma integrada, o diagnóstico das barreiras de acesso, a qualificação das ofertas de cuidado em saúde mental na APS e o fortalecimento do cuidado colaborativo.

Na primeira oficina, o alvo foi o diagnóstico do acesso. Por meio de ferramentas como o mapeamento da recepção, o desenho dos fluxos de acolhimento e o balanço dos atendimentos, as equipes revisitaram sua agenda e sua organização do cuidado. Foram mobilizadas estratégias práticas para a reorganização do processo de agendamento, em especial, fortalecendo o agendamento por blocos de horas. Essa oficina promoveu a análise crítica das rotinas e evidenciou o quanto a escuta qualificada, o acolhimento humanizado e o agendamento com base nas necessidades reais podem ser potentes instrumentos de ampliação do acesso.

A segunda oficina dedicou-se às intervenções psicossociais, com ênfase nas ações ofertadas diretamente pela APS. Utilizando a matriz FOFA (Fortalezas, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças), as equipes analisaram as práticas já em curso, os desafios para sua manutenção e as oportunidades de fortalecimento. A oficina incentivou a valorização de experiências locais bem-sucedidas, a pactuação de novas ações e o envolvimento de diferentes categorias profissionais. Foram debatidas também estratégias de monitoramento e qualificação dos grupos terapêuticos, reconhecendo que tais práticas, quando centradas nas necessidades das pessoas, contribuem significativamente para o cuidado contínuo e humanizado.

Na terceira oficina, a ênfase foi na colaboração interprofissional e interorganizacional. As equipes utilizaram o Instrumento de Avaliação do Trabalho Interdisciplinar Colaborativo, que convidou os profissionais a refletirem sobre dez dimensões essenciais para a colaboração, como: metas e visão compartilhadas, confiança entre os membros da equipe, conectividade com outros serviços, formalização dos fluxos e estratégias de intercâmbio de informações. Essa avaliação os permitiu identificar pontos fortes e lacunas na atuação colaborativa cotidiana e gerar planos de ação para qualificar o trabalho colaborativo. A terceira oficina também se valeu de orientações práticas para a organização do matriciamento em saúde mental na APS, estruturadas em seis fases sequenciais: 1) análise da equipe e das necessidades da população; 2) organização da agenda interprofissional; 3) pactuação de critérios de elegibilidade e fluxos de agendamento; 4) organização da comunicação entre os pontos da rede; 5) pactuação de ações de cuidado conjunto; e 6) avaliação dos arranjos estabelecidos.

De forma transversal, a temática destacou que o acesso não se limita a abrir portas — ele exige acolher com compromisso, escutar com respeito e garantir continuidade com presença qualificada. O protagonismo das pessoas usuárias e de suas famílias foi convocado, não apenas como alvo das ações, mas também como coprodutor do cuidado, especialmente nas decisões sobre os planos terapêuticos e nas articulações com a rede.

Assim, essa temática reforçou a ideia de que ampliar o acesso em saúde mental implica repensar o modelo de atenção, substituindo práticas centradas na oferta por estratégias baseadas nas necessidades reais, compartilhadas e contextualizadas. Esse movimento prepara o terreno para a temática seguinte, dedicada à consolidação da gestão do cuidado em saúde mental e à organização das ofertas segundo os diferentes níveis de complexidade.

## TEMÁTICA 4 – GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

O último eixo estruturante abordado por meio da PAS na linha de cuidado em saúde mental aprofunda o conceito de cuidado longitudinal e compartilhado, apresentando a gestão do cuidado como uma competência estratégica da APS para garantir a continuidade, a integralidade e a responsabilização pelos casos acompanhados. Essa temática organizou-se em torno de três macrocomponentes interdependentes: o cuidado em condições agudas, o escalonamento do cuidado em saúde mental para condições crônicas e a programação e construção de planos de cuidados integrados.

O *workshop* desta temática partiu do MACC proposto por Mendes (2011), que estratifica as populações segundo o grau de complexidade e necessidade de cuidado, orientando a organização das ofertas em saúde mental na APS — da promoção à gestão de casos mais graves. Utilizando textos teóricos, roda de debates e o jogo de tabuleiro “Mental MACC”, os participantes foram provocados a refletir sobre como suas práticas e decisões cotidianas impactam o percurso das pessoas na rede. O jogo

trouxe cartas com situações-problema baseadas em casos reais, incentivando o raciocínio clínico-epidemiológico, a análise dos contextos psicossociais e a articulação com as demais ofertas da Raps. A atividade fortaleceu o papel estratégico da APS na coordenação do cuidado, promovendo a escuta qualificada, a corresponsabilidade e o planejamento compartilhado.

A primeira oficina tutorial teve como enfoque o atendimento de eventos agudos em saúde mental na APS, reforçando a capacidade da unidade em acolher, intervir e articular respostas coordenadas em situações críticas. Uma ferramenta para acolhimento com classificação de risco foi trabalhada, apoiando as equipes para identificar e ofertar cuidado para situações de risco de suicídio, agitação psicomotora, crises psicóticas e outros agravos, com apoio de fluxogramas adaptados dos Cadernos de Atenção Básica nº 28 e da Portaria nº 2.048/GM (Brasil, 2002, 2013). As equipes também discutiram a estrutura necessária para atuar com segurança — incluindo a composição da maleta de emergência, a definição de um time de resposta rápida e a organização dos espaços físicos. A oficina reafirmou a importância de uma APS preparada para agir com ética e cuidado mesmo diante de situações complexas, articulando-se com a rede de forma fluida e contínua.

Na segunda oficina tutorial, abordou-se o escalonamento do cuidado em saúde mental, com a introdução da Escala de Avaliação da Necessidade de Cuidado em Saúde Mental — CuidaSM (Mendonça *et al.*, 2023) como instrumento estruturante da decisão clínica e programática. A partir da estratificação das necessidades em cinco níveis de complexidade, a escala orienta o tipo de acompanhamento necessário, ajudando as equipes a alocarem tempo, profissionais e recursos de forma mais coerente com as demandas da população. Uma oficina adicional foi dedicada exclusivamente ao aprofundamento desse processo, promovendo discussões sobre os quatro elementos para escalonar o cuidado em saúde mental: a estratificação das necessidades de cuidado pela escala CuidaSM, a estratificação da vulnerabilidade familiar, a presença ou ausência de redes de apoio, e a avaliação clínica-diagnóstico, ampliando a perspectiva para a tomada de decisão, visando ao cuidado no local certo, na hora certa, pela pessoa certa, com equidade, qualidade e segurança.

A terceira oficina tutorial evidenciou a programação assistencial e a construção dos planos de cuidados integrados em saúde mental, instrumentos essenciais para garantir o seguimento e a efetividade das ações. As equipes utilizaram uma planilha de programação para estimar a carga assistencial e organizar a agenda com base nas subpopulações prioritárias. Em seguida, desenvolveram planos de cuidados centrados na pessoa, com objetivos terapêuticos claros, definição de responsáveis, prazos e pactos firmados com a pessoa usuária e, sempre que possível, com seus familiares. Ferramentas como o genograma e o ecomapa foram utilizadas para contextualizar as ações e fortalecer a abordagem psicossocial e intersetorial do cuidado. Esse processo valorizou o protagonismo das pessoas e de suas redes, reconhecendo que o cuidado só é integral quando é, também, compartilhado, negociado e centrado em vínculos significativos.

Assim, esta temática consolidou os aprendizados das temáticas anteriores e traduziu os princípios da atenção psicossocial em instrumentos operacionais de gestão do cuidado. Ao integrar o acolhimento dos eventos agudos, o escalonamento do cuidado das condições crônicas e a construção participativa dos planos terapêuticos, fortaleceu-se a APS como núcleo organizador da linha de cuidado em saúde mental. Esse arranjo prepara as equipes para sustentar um modelo de cuidado que seja, ao mesmo tempo, responsivo, integral e transformador — e que tenha, nas pessoas e nos territórios, não apenas destinatários, mas também protagonistas do processo de cuidado.

## ARTICULAÇÃO ENTRE AS TEMÁTICAS DA PAS E O MHGAP NA TRANSFORMAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Durante todo o processo da PAS, o projeto adotou o MI-mhGAP como protocolo de manejo clínico em saúde mental baseado em evidências, o que foi fundamental para ampliar a qualificação das equipes no manejo das condições prioritárias em saúde mental na APS. Com sua organização em algoritmos objetivos, acessíveis e aplicáveis ao cotidiano das equipes, o MI-mhGAP serviu de referência para qualificar a escuta clínica, apoiar decisões diagnósticas, orientar intervenções psicossociais e farmacológicas, além de oferecer parâmetros claros para o acompanhamento longitudinal dos casos, ao longo das temáticas da PAS. Assim, sua incorporação ao processo de mudança operativa dos serviços contribuiu para ampliar a capacidade resolutiva da APS no cuidado em saúde mental, promovendo maior segurança clínica, redução de encaminhamentos desnecessários e fortalecimento da atenção centrada na pessoa.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A execução desta proposta nos territórios foi acompanhada por uma pesquisa científica, com vistas à avaliação do processo de implementação do projeto saúde mental na APS, sob a ótica da ciência da implementação (Eshriqui *et al.*, 2023). A investigação se debruçou sobre os determinantes e desfechos de implementação, buscando identificar fatores contextuais que favoreceram ou dificultaram a adoção das propostas, estratégias e adaptações locais, bem como identificar as repercussões e as transformações provocadas pelo projeto na compreensão do cuidado, processos de trabalho e conhecimento em saúde mental das equipes e serviços, contribuindo para um ciclo contínuo de aprendizado, retroalimentação e aprimoramento dos processos.

Complementando essa abordagem, os resultados da pesquisa avaliativa de efeito do projeto Saúde Mental na APS (SMAPS), publicada em periódico internacional (Eshriqui *et al.*, 2025), evidenciam tendências promissoras na qualificação do cuidado em saúde mental na APS. A análise de dados secundários, extraídos de sistemas de informação já utilizados na rotina dos municípios participantes, sugeriu uma possível redução nas taxas de encaminhamento para serviços especializados, além

de mudanças no padrão de dispensação de psicotrópicos — com queda no uso de benzodiazepínicos e aumento na entrega de antidepressivos, antipsicóticos e anticonvulsivantes. Embora essas variações não tenham alcançado significância estatística, possivelmente devido ao tamanho reduzido da amostra, os achados apontam para uma maior aderência às diretrizes internacionais e refletem os efeitos combinados das estratégias formativas, do uso do mhGAP-IG e da ampliação do cuidado compartilhado entre APS e Raps. Além disso, o uso de dados agregados demonstrou ser uma via metodologicamente viável e sustentável para o monitoramento contínuo, fortalecendo a cultura da avaliação no SUS e fomentando a tomada de decisão baseada em evidências.

A articulação, portanto, entre formação, reorganização do processo de trabalho e acompanhamento avaliativo evidenciou que a organização da linha de cuidado em saúde mental na APS vai além de aprimoramento técnico: trata-se de um exercício coletivo de reconhecimento, negociação e corresponsabilidade. As quatro temáticas estruturantes serviram como eixos orientadores de uma transformação sistêmica sustentada. A transversalidade do treinamento para uso do MI-mhGAP fortalece essa abordagem ao trazer protocolos clínicos baseados em evidência, enquanto as quatro temáticas trabalhadas nos *workshops* e oficinas tutoriais promovem uma mudança concreta no *modus operandi* das equipes. Assim, este desenho operacional não apenas qualificou o cuidado prestado como também reafirmou o papel estratégico da APS na produção de uma saúde mental integral, intersetorial, resolutive e baseada em evidências.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 139, n. 219, p. 32, 12 nov. 2002. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048\\_05\\_11\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html). Acesso em: 25 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1 Brasília, DF, ano 148, n. 251, p. 59-60, 30 dez. 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 25 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 56 p. (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, v. 1).

CHIAVERINI, D. H. (org.) *et al.* **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.

ENGEL, G. L. The biopsychosocial model and the education of health professionals. **Annals of the New York Academy of Sciences**, New York, v. 310, p. 169-187, 21 jun. 1978. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1978.tb22070.x>. Acesso em: 25 out. 2025.

ESHRIQUI, I. *et al.* The effect of an intervention for organizing primary mental health care in Brazil: a study based on routine process indicators. **BMC Primary Care**, London, v. 26, p. 56, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12875-025-02735-y>. Acesso em: 25 out. 2025.

ESHRIQUI, I. *et al.* Utilizando ciência da implementação para avaliar intervenção em saúde mental: proposta metodológica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 36, p. eAPESPE01954, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AOSPE01954>. Acesso em: 25 out. 2025.

FAN, Y. *et al.* Global burden of mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2021: results from the global burden of disease study 2021. **BMC Psychiatry**, London, v. 25, n. 1, p. 486, 15 maio 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06932-y>. Acesso em: 25 out. 2025.

GBD 2019 MENTAL DISORDERS COLLABORATORS. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **The Lancet Psychiatry**, [s. l.], v. 9, n. 2, p. 137-150, 2022. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3). Acesso em: 25 out. 2025.

HORTON, R. Launching a new movement for mental health. **The Lancet**, London, v. 370, n. 9590, p. 806, 8 set. 2007. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61243-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61243-4). Acesso em: 25 out. 2025.

KOVRT, B. A. *et al.* Reducing mental illness stigma in healthcare settings: proof of concept for a social contact intervention to address what matters most for primary care providers. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 250, p. 112852, 15 fev. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112852>. Acesso em: 25 out. 2025.

KREUTER, M. W. *et al.* Understanding wicked problems: a key to advancing environmental health promotion. **Health Education & Behavior**, Thousand Oaks, v. 31, n. 4, p. 441-454, ago. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1090198104265597>. Acesso em: 25 out. 2025.

LANCET GLOBAL MENTAL HEALTH GROUP *et al.* Scale up services for mental disorders: a call for action. **The Lancet**, London, v. 370, n. 9594, p. 1241-1252, 6 out. 2007. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61242-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61242-2). Acesso em: 25 out. 2025.

LINK, B. G.; PHELAN, J. C. Stigma and its public health implications. **The Lancet**, London, v. 367, n. 9509, p. 528-529, 11 fev. 2006. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68184-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68184-1). Acesso em: 25 out. 2025.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 18, n. 4 supl. 4, p. S3-S11, 2008.

MENDONÇA, J. M. T. *et al.* Escala de Avaliação da Necessidade de Cuidado em Saúde Mental: evidências adicionais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 57, supl. 3, p. 7s, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057005347>. Acesso em: 25 out. 2025.

NORDENTOFT, M. *et al.* Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. **PLoS One**, San Francisco, v. 8, n. 1, p. e55176, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055176>. Acesso em: 25 out. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **MI-mhGAP**: manual de intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde. Versão 2.0. Brasília, DF: OPAS, 2018. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

PATEL, V. *et al.* The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. **The Lancet**, London, v. 392, n. 10157, p. 1553-1598, 27 out. 2018. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X). Acesso em: 25 out. 2025.

PATHARE, S.; BRAZINOVA, A.; LEVAV, I. Care gap: a comprehensive measure to quantify unmet needs in mental health. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, Cambridge, v. 27, n. 5, p. 463-467, out. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S2045796018000100>. Acesso em: 25 out. 2025.

RUNNELS, P.; PRONOVOST, P. Reducing the value/burden ratio: a key to high performance in value-based care. **BMJ quality and safety**, London, v. 34, n. 2, p. 133-136, 2024.



# SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PERSPECTIVAS DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Carla Ulhoa André  
Marcus Vinícius Ramos Borges de Carvalho

## INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é um pilar da qualidade do cuidado e um princípio transversal que deve permear todas as práticas assistenciais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2021; ULHOA; BRITO; SILVA, 2023). Na APS, sua importância é amplificada, pois esse é o ponto de contato preferencial do usuário com o SUS, o centro de comunicação da RAS e o espaço no qual se ordena e coordena o cuidado (BRASIL, 2017; MENDES et al., 2019).

Compreender a segurança do paciente como um componente essencial da qualidade significa integrá-la a todos os atributos e funções da APS (MENDES et al., 2019). Ao assumir seu papel de coordenadora do cuidado, a APS deve incorporar práticas seguras, desde o primeiro contato até a responsabilização pela continuidade assistencial. Os atributos essenciais (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e os derivados (focalização na família, orientação comunitária e competência cultural) formam a base para um sistema de saúde mais seguro, contínuo e humanizado. Da mesma forma, as funções de resolutividade, comunicação e responsabilização criam um ambiente favorável a uma cultura de segurança, pautada na escuta ativa e na tomada de decisão compartilhada (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2020; 2022).

Este capítulo discute como a segurança do paciente pode ser incorporada de forma estruturante nos processos da APS, à luz da PAS e dos seu **Macroprocesso 10: Qualidade e Segurança do Paciente**.

## A SEGURANÇA DO PACIENTE NA APS: CONCEITOS E ESPECIFICIDADES

Em 2021, a OMS lançou o Plano de Ação Global de Segurança do Paciente 2021-2030, estabelecendo a visão de “Zero dano evitável em saúde” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2021). O documento redefine a segurança do paciente como uma “estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes na área da saúde que reduz riscos

de forma consistente e sustentável, diminui a ocorrência de dano evitável, torna os erros menos prováveis e reduz o impacto do dano quando este ocorrer”.

Aplicar esse conceito à APS é fundamental. Como porta de entrada do sistema, a APS lida com alta demanda e diversidade clínica, sendo o ponto de partida para diagnósticos e prescrições, o que a torna um ambiente crítico para a promoção da segurança. Diferentemente do ambiente hospitalar, os eventos adversos na APS são, muitas vezes, invisibilizados pela subnotificação, pela fragmentação da informação e pela baixa institucionalização de práticas de vigilância (ULHOA; BRITO; SILVA, 2023; BRASIL, 2014). Um estudo da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE (*The Economics of Patient Safety in Primary and Ambulatory Care*) revela que quatro em cada dez pacientes na atenção primária sofrem algum dano, a maioria decorrente de erros de diagnóstico e prescrição. Estima-se que até 80% desses eventos sejam evitáveis, o que reforça a ideia de que investir em segurança na APS é uma questão ética e de sustentabilidade econômica (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2021; OECD, 2018).

Para enfrentar riscos como erros de medicação, falhas de comunicação, perda de continuidade do cuidado e atrasos no diagnóstico, é preciso construir uma cultura de segurança robusta na APS, fundamentada em cinco pilares:

1. **Cultura Justa:** gestores e trabalhadores reconhecem que falhas são, em geral, sistêmicas, não individuais. Isso incentiva o aprendizado com os erros, sem uma abordagem punitiva (ULHOA; BRITO; SILVA, 2023; BRASIL, 2014).
2. **Processos e Procedimentos Adaptados:** a segurança se sustenta em processos bem definidos, porém flexíveis à realidade do território, como protocolos para administração segura de medicamentos ou estratificação de riscos (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2018).
3. **Ambiente e Tecnologias de Apoio:** a segurança é reforçada com o redesenho de ambientes e o uso de tecnologias leves, como *checklists*, prontuários eletrônicos com alertas visuais para alergias e fluxos padronizados na farmácia da unidade (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2018).
4. **Comportamento e Atitude:** a segurança se expressa na comunicação efetiva, na escuta ativa, no respeito à autonomia do usuário e no fortalecimento do vínculo longitudinal (MENDES et al., 2019; BRASIL, 2017).
5. **Gestão Proativa de Riscos:** a APS deve identificar riscos de forma contínua, agindo para prevenir danos (por exemplo, orientação sobre eventos adversos de medicamentos) e estando preparada para mitigar os eventos quando erros ocorrem (tais como comunicação de incidentes e apoio à “segunda vítima”) (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2018; WU, 2000).

## OPERACIONALIZANDO O MACROPROCESSO 10 NO TERRITÓRIO

A PAS oferece a estrutura para que o Macroprocesso 10 deixe de ser um conceito abstrato e se torne uma prática cotidiana. Isso se dá por meio da institucionalização de rotinas, da definição de papéis e do uso de ferramentas que promovem a melhoria contínua (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2020; 2022).

### 1. O Papel dos Times de Segurança, dos Núcleos de Segurança do Paciente e do Núcleo Estadual de Gestão e Estratégia de Segurança do Paciente

A implementação do Macroprocesso 10 de Qualidade e Segurança do Paciente ganha corpo com a criação de instâncias-chave:

- **Times de Segurança nas Unidades Básicas de Saúde (UBS):** formados por profissionais da própria unidade, esses times são o motor da segurança no nível local. Sua rotina deve incluir (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2022; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2018):
  - **Reuniões Periódicas:** para analisar notificações de incidentes, discutir riscos identificados e planejar ações.
  - **Giros de Segurança** (*Safety WalkRounds*): caminhadas estruturadas pela unidade para observar processos *in loco* (por exemplo, fluxo de pacientes na sala de vacina, armazenamento de medicamentos, descarte de resíduos) e conversar com outros profissionais sobre suas preocupações com a segurança.
  - **Análise de Incidentes:** utilizar ferramentas simples para entender as causas de eventos adversos e *near misses* (quase erros), enfocando melhorias de processo (BRASIL, 2014; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2018).
  - **Promoção de Ciclos de Melhoria:** implementar pequenas e rápidas mudanças usando o **Ciclo PDSA** para testar soluções para os problemas encontrados.

Importante: este time deve estar alinhado às diretrizes do Núcleo Municipal/Distrital de Segurança do Paciente

- **Núcleos Municipais/Distritais de Segurança do Paciente (NMSP/NDSP):** Vinculados à gestão da Secretaria Municipal/Distrital de Saúde, esses núcleos dão suporte estratégico e técnico aos Times de Segurança. Suas funções incluem agregar e analisar os dados de todas as unidades, identificar padrões, promover capacitações, implementar os protocolos nacionais e internacionais, por exemplo, os objetivos estratégicos do Plano de Ação Global da Segurança do Paciente 2021-2030 para a realidade local e garantir que a segurança do paciente seja uma pauta permanente na gestão (BRASIL, 2014; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2021).

- Núcleo Estadual de Gestão e Estratégia da Segurança do Paciente (Negesp): Este núcleo é uma estrutura estratégica e permanente vinculada à alta gestão das SES. Seu propósito é integrar todos os departamentos da SES com evidências científicas, gestão e prática assistencial na RAS, atuando como catalisador na construção de uma cultura organizacional orientada à segurança, incentivando o uso sistemático de dados e indicadores para decisões baseadas em evidências, o incentivo de capacitação contínua sobre a segurança do paciente em todos os pontos de atenção à saúde. Essa instância atua como ponto de articulação com o envolvimento ativo de lideranças e usuários. Assim, fortalece a governança estadual e municipal, contribuindo para um SUS mais seguro, eficiente e centrado no paciente (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2025).

## 2. Ferramentas Práticas para o Dia a Dia

A segurança não se faz sem método. Algumas ferramentas leves podem ser incorporadas à rotina da APS para reduzir a variabilidade e os riscos:

- **Comunicação Estruturada (SBAR):** para garantir que as informações essenciais sejam passadas de forma clara e concisa durante transferências de cuidado (como encaminhamento para a UPA ou para um especialista), a equipe pode usar o mnemônico SBAR (Situação, Breve Histórico, Avaliação e Recomendação) (ULHOA; BRITO; SILVA, 2023; BRASIL, 2014):
  - **S (Situação):** “Estou ligando sobre o Sr. José (nome completo), 72 anos, que procurou a UBS com quadro de dor intensa no peito, tipo pressão, iniciada há cerca de 40 minutos, acompanhada de sudorese e náuseas. No momento, está estável hemodinamicamente, mas permanece com dor”.
  - **B (Breve Histórico/Background):** “O paciente é conhecido na UBS, com seguimento regular para hipertensão e diabetes tipo 2. Já teve um episódio de angina estável há 2 anos. Faz uso de losartana 50 mg 2x/dia e metformina 850 mg 2x/dia. Não apresenta alergias conhecidas. Não fuma nem consome álcool. Histórico familiar de infarto em dois irmãos antes dos 60 anos”.
  - **A (Avaliação/Assessment):** “Acredito que ele possa estar tendo um evento coronariano agudo com possível infarto. foi administrado AAS 300 mg e clopidogrel 300 mg na UBS, além de oxigênio suplementar por cateter nasal. Dor persiste mesmo após analgésico. Sinais Vitais: PA 140X90 mmHg, FC 94 bpm, SatO2 96% em ar ambiente, FR 18 irpm, glicemia capilar 146 mg/dl”.
  - **R (Recomendação):** “Gostaria que ele fosse avaliado na emergência imediatamente.”
- **Checklists (Listas de Verificação):** para procedimentos de rotina, como administração de vacinas, curativos ou inserção de DIU, *checklists* simples garantem que

todos os passos críticos de segurança sejam seguidos (tais como dupla checagem da identificação do paciente, verificação de alergias, confirmação de validade do insumo) (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2018).

- **Análise de Causa Raiz Simplificada (5 Porquês):** diante de um incidente (por exemplo, um paciente recebeu a dose errada de um medicamento), a equipe pode se perguntar sucessivamente “Por quê?” para ir além da falha individual e encontrar problemas no sistema (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2018).
- *O paciente recebeu a dose errada. Por quê? A prescrição no sistema era diferente da receita de papel. Por quê? O profissional que digitou cometeu um erro. Por quê? Ele estava sobrecarregado, atendendo ao telefone ao mesmo tempo. Por quê?...*

## ESTRATÉGIAS PRÁTICAS PARA INTEGRAR A QUALIDADE E A SEGURANÇA DO PACIENTE NA PLANIFICAÇÃO

O Quadro 1, a seguir, detalha como essas e outras estratégias se conectam aos macroprocessos da Construção Social da APS, tornando o cuidado mais seguro em todas as suas fases.

**Quadro 1.** Organização das Estratégias Práticas para Integrar a Qualidade e Segurança do Paciente na Planificação de Atenção à Saúde

Macro e Microprocessos	Estratégias Práticas para a Qualidade e Segurança do Paciente
<b>Macroprocessos e Microprocessos Básicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Garantir o cadastramento correto, completo e atualizado das famílias, assegurando a rastreabilidade dos dados, a continuidade do cuidado e a identificação precisa dos riscos individuais e coletivos, como parte fundamental da gestão segura na APS (BRASIL, 2017).</li> <li>– Realizar educação permanente enfocada em cultura justa, promovendo um ambiente no qual a equipe se sinta segura para relatar incidentes e aprenda com eles, além de garantir a aplicação efetiva dos protocolos nacionais de segurança do paciente e todas as etapas do cuidado (BRASIL, 2014; ULHOA; BRITO; SILVA, 2023).</li> <li>– Otimizar os processos de recepção, vacinação e curativos e procedimentos clínicos, com ênfase na prevenção de infecção por meio da higienização das mãos, desinfecção adequada de superfícies, materiais e equipamentos, bem como o gerenciamento seguro de resíduos de saúde, reduzindo riscos de contaminação cruzada e eventos adversos (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2018).</li> <li>– Estruturar, de forma segura, a organização, o armazenamento e a dispensação de medicamentos na farmácia da unidade, adotando práticas que previnam erros de medicação, garantindo a rastreabilidade dos lotes e datas de validade, promovendo, assim, o uso racional e seguro pelos usuários (BRASIL, 2013).</li> </ul> <p>Elaborar, implementar e revisar os POP (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2018).</p>

Macro e Microprocessos	Estratégias Práticas para a Qualidade e Segurança do Paciente
	<p>Organizar a carteira de serviço como um eixo de prevenção de eventos adversos, a presença de linhas de cuidados como critério de segurança (BRASIL, 2017; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2020).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Segurança na provisão de insumos para a garantia de segurança assistencial, como: protocolos de validade, armazenamento adequado e rastreabilidade de medicamentos, vacinas e materiais. Garantia de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), materiais de curativos. Uso correto de checklist e auditorias regulares para identificar falhas na cadeia de suprimentos.</li> <li>– Avaliar indicadores de segurança e o estímulo às boas práticas como incentivo a melhoria contínua e a cultura justa. O uso de selos de qualidade pode funcionar como mecanismo de reconhecimento para equipes e UBS (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2018; ULHOA; BRITO; SILVA, 2023).</li> </ul>
<b>Abordagem Familiar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Realizar uma escuta qualificada e empática para compreender a dinâmica familiar, identificar os cuidadores principais e as redes de apoio formais e informais, reconhecendo fatores de risco psicossociais que possam comprometer a segurança e a continuidade do cuidado (MENDES et al., 2019; BRASIL, 2017).</li> <li>– Educar a família e cuidadores sobre a segurança no lar, reconhecendo o papel central do cuidador na adesão ao plano terapêutico, bem como aos riscos associados a sobrecarga emocional e física, que pode impactar nos desfechos clínicos e na ocorrência de eventos adversos.</li> <li>– Promover o engajamento da família como parceira na segurança do paciente, fornecendo informações acessíveis, orientações práticas e apoio emocional, fortalecendo a cultura de cuidado compartilhado e a corresponsabilizabilidade no território.</li> </ul>
<b>Atenção a Eventos Agudos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Implementar protocolos de classificação de risco com critérios objetivos e acessíveis, por exemplo: fluxogramas clínicos simplificados, assegurando o acolhimento com escuta qualificada, a priorização segura dos atendimentos e redução de atrasos potencialmente danosos (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2018).</li> <li>– Padronizar a comunicação entre equipe durante a transferência de cuidados, utilizando ferramentas como o SBAR, a fim de minimizar falhas na informação, promovendo a continuidade assistencial e reduzindo os eventos adversos evitáveis (ULHOA; BRITO; SILVA, 2023).</li> <li>– Estabelecer fluxos de comunicação ágil com outros pontos da rede de atenção à saúde, por meio de canais diretos, por exemplo, via telefone ou aplicativo institucionais, favorecendo respostas rápidas e a integração efetiva do cuidado (BRASIL, 2014; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2018).</li> <li>– Criar rotinas de identificação, notificação e análise de incidentes, incluindo <i>near miss</i> e eventos adversos, como parte da cultura organizacional de aprendizado, promovendo a melhoria contínua e segura dos processos de mitigação de riscos.</li> <li>– Oferecer apoio emocional estruturado à equipe após eventos críticos (apoio à segunda vítima), reconhecendo o impacto emocional nos profissionais envolvidos e assim promover ambientes de cuidado psicologicamente seguros, baseados em empatia, escuta e suporte emocional (WU, 2000; ULHOA; BRITO; SILVA, 2023).</li> </ul>

Macro e Microprocessos	Estratégias Práticas para a Qualidade e Segurança do Paciente
<b>Condições Crônicas Não Agudizadas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Realizar a estratificação de riscos de forma sistemática e elaborar planos de cuidado individualizados com participação ativa do usuário/cuidador, promovendo a corresponsabilização no cuidado, a tomada de decisão compartilhada e a antecipação de agravos que podem ser evitáveis (MENDES et al., 2019; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2020).</li> <li>– Registrar alertas clínicos relevantes, como alergias, restrições, preferências e diretivas antecipadas, de forma padronizada e visível no prontuário, garantindo a continuidade segura do cuidado e prevenindo assim os eventos adversos (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2018).</li> <li>– Promover o uso seguro de medicamentos por meio da reconciliação medicamentosa periódica em todas as transições de cuidado, com orientação clara e adaptável ao nível de letramento do usuário sobre interações, efeitos colaterais e adesão terapêutica (BRASIL, 2013; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2018).</li> <li>– Implementar linhas de cuidado com rastreio e acompanhamento contínuo, incluindo avaliação de riscos para quedas e lesões por pressão, com adoção de medidas preventivas baseadas em protocolos e evidências, especialmente em populações com maior vulnerabilidade (BRASIL, 2017; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2020).</li> <li>– Realizar ações de alfabetização em saúde voltadas à autonomia do usuário, capacitando-o a reconhecer sinais de alerta e buscar ajuda oportuna, como estratégia de empoderamento, prevenção de complicações e fortalecimento da cultura de segurança (MENDES et al., 2019; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2021).</li> </ul>
<b>Ações Preventivas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Adotar a checagem segura antes da aplicação de vacinas assegurando os nove certos: cartão de vacina certo, paciente certo, vacina certa, via certa, dose certa, validade certa, tempo de aplicação certa, orientação certa, registro certo, prevenindo erros e garantindo a segurança imunológica do usuário (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2018).</li> <li>– Implementar protocolos padronizados para a notificação imediata e o manejo adequado de eventos adversos pós-vacinais, promovendo a vigilância ativa, a resposta rápida e o aprendizado institucional com foco na prevenção de recorrências (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2018).</li> <li>– Realizar busca ativa e ações extramuros como estratégias para garantir o acesso seguro, equitativo e oportuno, considerando as vulnerabilidades socioculturais, a escuta qualificada e a adaptação da linguagem para facilitar a compreensão, adesão e confiança do usuário (BRASIL, 2017).</li> </ul>

Macro e Microprocessos	Estratégias Práticas para a Qualidade e Segurança do Paciente
<b>Demandas Administrativas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Implantar a dupla checagem como prática em todos os processos administrativos, como: agendamento de consultas, entrega de exames e emissão de documentos, com objetivo de prevenir erros, promovendo a rastreabilidade das ações e garantir a segurança e continuidade do cuidado (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2018).</li> <li>– Garantir que todos os registros estejam completos, legíveis e corretamente arquivados nos prontuários físicos e/ou eletrônicos, assegurando a integridade das informações em saúde e o respeito aos princípios de confidencialidade, privacidade e sigilo, conforme preconizado pelas boas práticas de segurança do paciente e pelas normas de proteção de dados (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais LGPD) (BRASIL, 2017).</li> </ul>
<b>Atenção Domiciliar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Realizar avaliação situacional do domicílio para identificar com enfoque em segurança do paciente, identificando riscos ambientais como barreiras arquitetônicas, iluminação inadequada, presença de tapetes soltos ou superfícies escorregadias, que aumentam o risco de quedas, além de verificar condições sanitárias e estruturais que comprometam a segurança do cuidado (BRASIL, 2017).</li> <li>– Elaborar um plano de cuidado domiciliar individualizado, com critérios de alarme e fluxo de referência claro e instruções acessíveis para o cuidador, promovendo uma comunicação segura e eficaz sobre sinais de agravamento (BRASIL, 2017).</li> <li>– Capacitar cuidadores sobre o uso seguro de medicamentos, incluindo armazenamento, preparo, doses e horários, e a execução segura de procedimentos como curativos e higiene, utilizando uma linguagem compreensível e adequada ao seu nível de letramento e as características socioculturais da família (BRASIL, 2013).</li> <li>– Garantir o descarte correto de resíduos e materiais perfurocortantes, orientando sobre os riscos de contaminação, lesão e acidentes, como parte de prevenção de eventos no ambiente domiciliar (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2018).</li> <li>– Monitorar e reavaliar periodicamente o ambiente e o plano de cuidado, incentivando a cultura da segurança do paciente no cuidado em casa, com ênfase na prevenção de quedas e erros de medicação e complicações evitáveis.</li> </ul>
<b>Autocuidado Apoiado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Empoderar o usuário para tomar decisões seguras, ensinando-o a reconhecer situações de risco, evitar a automedicação e verificar a validade de insumos (MENDES et al., 2019; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2021).</li> <li>– Monitorar a adesão às orientações e analisar incidentes relacionados ao autocuidado (por exemplo, erros na dose de insulina) para ajustar o apoio.</li> <li>– Promover uma cultura de corresponsabilidade, em que o usuário se sinta seguro para errar, aprender e buscar ajuda.</li> </ul>

Macro e Microprocessos	Estratégias Práticas para a Qualidade e Segurança do Paciente
<b>Cuidados Paliativos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Elaborar um plano de cuidado pactuado, focado em conforto e alívio de sofrimento evitável, garantindo a comunicação efetiva entre a equipe, o usuário e sua família como estratégia de prevenção de erros e respeito à autonomia (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2021).</li> <li>– Implementar protocolos para o manejo seguro de sintomas e medicamentos de alto risco (como opióides), assegurando armazenamento adequado, administração correta e capacitação da equipe e dos cuidadores, minimizando riscos e danos associados.</li> <li>– Capacitar a equipe de APS para o reconhecimento de condições clinicamente avançadas e sinais de fase de fim de vida, com ênfase na prevenção de intervenções que não se converterão em cuidado a partir de decisões clínicas baseadas em evidência, planejamento antecipado de cuidados e dos princípios da segurança do paciente.</li> <li>– Desenvolver ações estruturadas de acolhimento ao luto como parte do plano de cuidado, reconhecendo o sofrimento do paciente, dos familiares e seus cuidadores prevenindo desfechos emocionais adversos, com acompanhamento longitudinal, escuta qualificada e articulação com a rede de apoio comunitária.</li> </ul>
<b>Qualidade e Segurança do Paciente (Macroprocesso 10)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Institucionalizar <b>Núcleos Municipais de Segurança do Paciente na SMS e Times de Segurança</b> nas UBS (BRASIL, 2014; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2025).</li> <li>– Utilizar a experiência do usuário (escuta qualificada, pesquisas) como indicador de qualidade.</li> <li>– Estabelecer processos de cadastramento do núcleo local no CNES e Notivisa, realizar a notificação e análise sistemática de eventos adversos, criando planos de ação locais (BRASIL, 2014; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2018).</li> <li>– Estimular a melhoria contínua com participação da equipe, aplicando ferramentas como o Ciclo PDSA (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2022).</li> <li>– Promover a capacitação contínua das equipes da APS em segurança do paciente e implantar estratégias alinhadas aos objetivos estratégicos do Plano de Ação Global da Segurança do Paciente da OMS, considerando as prioridades nacionais e as necessidades locais identificadas (BRASIL, 2014; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2021).</li> <li>– Utilizar a experiência do usuário (escuta qualificada, pesquisa) como indicador de qualidade.</li> <li>– Fortalecer a atuação do Negesp como instância de apoio técnico e articuladora das ações de segurança do paciente no território, promovendo a integração entre os diferentes níveis de atenção, a qualificação da gestão local e o monitoramento dos avanços (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2025).</li> <li>– Implantar os protocolos nacionais e internacionais de segurança do paciente.</li> </ul>

Fonte: Adaptado de Mendes et al. (2019) e das discussões do capítulo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Incorporar a segurança do paciente à PAS é um caminho potente para qualificar a APS. O Macroprocesso 10, metaforicamente, é a **“luz da casa”**: ele ilumina todos

os demais processos, permitindo que as ações assistenciais ocorram de forma mais segura e transparente. Assim como a luz revela detalhes que precisam de atenção, esse macroprocesso permite enxergar as vulnerabilidades do cuidado e construir soluções coletivas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2021; MENDES et al., 2019).

Segurança do paciente não é apenas a ausência de erro, mas a presença ativa de processos que protegem, escutam e promovem saúde com dignidade e equidade. O fortalecimento desse caminho depende da corresponsabilidade entre usuários, gestores e trabalhadores da saúde. Investir na consolidação do Macroprocesso 10 é garantir que toda a estrutura da APS funcione com clareza, segurança e propósito.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Indicadores de segurança do paciente em serviços de saúde**. Brasília: Anvisa, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 156, n. 183, p. 68-76, 22 set. 2017.

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. **Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD)**. Diário Oficial da União, Brasília, 15 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: MS, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos**. Brasília: MS, 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Ciclos de Melhorias na Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conass, 2022. (CONASS Documenta, n. 40).

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **NEGESP – Um guia prático**. Brasília; Conass, 2025. E-book. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/implementacao-do-negesp-um-guia-pratico/>. Acesso em: 25 out 2025.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Planificação da Atenção à Saúde: metodologia e organização do processo**. Brasília: Conass, 2020. (CONASS Documenta, n. 36).

MENDES, E. V. et al. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. 2. ed. Brasília: Conass, 2019.

OECD. **The economics of patient safety in primary and ambulatory care**: Flying blind. Paris: OECD, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021-2030**. Genebra: OMS, 2021.

ULHOA, C.; BRITO, M. C.; SILVA, E. A. L. (org.). **Segurança do paciente em serviços de saúde**: uma prioridade com múltiplas dimensões. Brasília: Conass, 2023. (CONASS Documenta, n. 46).

WU, A. W. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. **BMJ**, [s. l.], v. 320, n. 7237, p. 726-727, 2000.



## Capítulo 6 – Avaliação

# PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE: UMA ESTRATÉGIA DE ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS NA PERSPECTIVA DOS ATORES ENVOLVIDOS

Dr<sup>a</sup> Tania Cristina Morais Santa Barbara Rehem<sup>1\*</sup>, Msc Maria Zélia Soares Lins<sup>\*\*</sup>,  
Doutoranda Naira Pereira de Sousa Rocha<sup>\*\*\*</sup>, Doutoranda Joyce Souza Lemes<sup>\*\*\*</sup>,  
Dr<sup>o</sup> Yuri Sá Oliveira Sousa<sup>\*\*\*\*</sup>, Msc Juliane Aparecida Alves<sup>\*\*</sup>,  
Msc Maria José de Oliveira Evangelista<sup>\*\*</sup>

### RESUMO

A Planificação da Atenção à Saúde (PAS) é uma estratégia de gestão, planejamento e organização tanto da Atenção Primária quanto da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). Seu objetivo primário é apoiar o corpo técnico e gerencial das secretarias estaduais e municipais de saúde, qualificando o serviço, integrando os profissionais dos diversos níveis de atenção e contribuindo para o atendimento adequado dos usuários e da comunidade. **Objetivo:** Compreender o papel da PAS na organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no SUS na perspectiva de atores-chave. **Métodos:** Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa. Os locais do estudo envolveram sete regiões de saúde (Rondonópolis, Caxias, Caruaru, Café, Diamantina, Uberlândia e Irati), com estratégia PAS implantada há pelo menos três anos e integração da APS com a AAE, de acordo com o modelo do Ponto de Atenção Secundária Ambulatorial em RAS. Participaram 25 atores-chave envolvendo gestores, profissionais da saúde e usuários. A amostragem foi não probabilística intencional. Os dados empíricos foram obtidos por meio de entrevistas individuais semiestruturadas gravadas, codificadas, transcritas e analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo (modalidade temática), utilizando-se o software IRaMuTeQ. **Resultados:** No tocante à caracterização dos entrevistados, a maioria era do sexo feminino (84%), com faixa etária entre 31 a 40 anos e com ensino superior (64%). O corpus textual

---

\* Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências e Tecnologias em Saúde (UnB/FCTS)

\*\* Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)

\*\*\* Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde (UnB/FS)

\*\*\*\* Universidade Federal da Bahia. Instituto de Psicologia (IPS)

foi composto por 25 textos, os quais foram separados em 1.408 segmentos de textos, cujo aproveitamento foi de 94,46%, demonstrando a alta representatividade da análise e sinalizando que a maior parte do conteúdo textual foi categorizado nas classes identificadas. Emergiram duas categorias de análise e sete subcategorias que evidenciaram a natureza sistêmica da planificação envolvendo, ao mesmo tempo, dimensões políticas, organizacionais, assistenciais e avaliativas. Dentre os achados, destaca-se o papel da PAS na qualificação de processos, organização de fluxos de encaminhamentos e assistenciais, integração de serviços, especialmente APS e AAE, desenvolvimento do ciclo de atenção contínua, atendimento multiprofissional e interprofissional, elaboração de planos de cuidado e aplicação do apoio matricial. Para isso, sua implementação exige decisão política, envolvimento e articulação entre diversos atores nas esferas municipal, regional e estadual. Foram destacadas como dificuldades a insuficiência de recursos financeiros para investimento e custeio, assim como de recursos humanos; alta rotatividade de profissionais das equipes; falhas na articulação entre APS e AAE; infraestrutura insuficiente; fragilidade nos sistemas de apoio bem como no engajamento de atores políticos na manutenção da PAS. Apesar dos desafios que possam surgir, a PAS demonstrou potencial para fomentar mudanças positivas na organização dos serviços e na qualificação do cuidado, especialmente ao fortalecer a APS como ordenadora das Redes de Atenção à Saúde. Considerando que os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (Agenda 2030) depende diretamente do protagonismo da APS, a sua organização utilizando a PAS pode ser um dos caminhos para o alcance das metas.

**Descritores:** Planificação, Redes de Atenção à Saúde, Atenção Primária, Atenção Secundária, Pesquisa Qualitativa

## ABSTRACT

Health Care Planning (HCP) is a management, planning, and organizational strategy for both Primary Health Care (PHC) and Specialized Ambulatory Care (SAC). Its primary objective is to support the technical and managerial teams of state and municipal health departments by enhancing service quality, integrating professionals across different levels of care, and contributing to the adequate care of users and communities. **Objective:** To understand the role of HCP in organizing Health Care Networks (HCN) within the Brazilian Unified Health System (SUS) from the perspective of key stakeholders. **Methods:** This is a qualitative study conducted in seven health regions (Rondonópolis, Caxias, Caruaru, Café, Diamantina, Uberlândia, and Irati), where the HCP strategy had been implemented for at least three years and integration between PHC and SAC had occurred, following the Secondary Ambulatory Care Point model within the HCN framework. Twenty-five key stakeholders participated, including managers, health professionals, and users. A non-probability, purposive sampling method was used. Empirical data were obtained through individual semi-structured interviews, which were recorded, coded, transcribed, and analyzed using thematic content analysis with IRaMuTeQ software. **Results:** Most participants were female (84%), aged 31 to 40 years, and held a higher education degree (64%). The

textual corpus consisted of 25 texts, which were divided into 1,408 text segments, of which 94.46% were retained, indicating high representativeness and showing that most of the content was categorized within the identified classes. Two analytical categories and seven subcategories emerged, revealing the systemic nature of HCP, encompassing political, organizational, care-related, and evaluative dimensions. Notable findings include the role of HCP in improving processes; organizing referral and care flows; integrating services, especially PHC and SAC; developing the continuous care cycle; promoting multiprofessional and interprofessional care; creating care plans; and applying matrix support. Its implementation requires political will, engagement, and coordination among actors across municipal, regional, and state levels. Reported challenges included insufficient financial and human resources, high staff turnover, weak coordination between PHC and SAC, inadequate infrastructure, fragile support systems, and limited political engagement in sustaining HCP. Despite these barriers, HCP showed potential to foster positive changes in service organization and care quality, particularly by strengthening PHC as the coordinating hub of Health Care Networks. Given that the Sustainable Development Goals (2030 Agenda) depend directly on PHC leadership, organizing PHC through HCP may represent one of the pathways toward achieving these targets.

**Descriptors:** Health Care Planning; Health Care Networks; Primary Health Care; Secondary Health Care; Qualitative Study.

## 1. INTRODUÇÃO

Mudanças globais relacionadas ao perfil demográfico e epidemiológico, ao padrão de consumo e aos estilos de vida apontam para o envelhecimento da população, gerando um aumento considerável de condições crônicas de saúde.

O Brasil acompanha essas mudanças, apesar de viver uma complexa situação epidemiológica, considerada não uma transição, mas acumulação epidemiológica. Essa acumulação é definida como “tripla carga de doenças”, envolvendo uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e saúde reprodutiva; o desafio das condições crônicas e de seus fatores de risco; e a tendência crescente da violência e das causas externas<sup>1:41</sup>.

Os sistemas de atenção à saúde devem estar afinados para captar as necessidades de saúde de uma população e encontrar formas de responder a essas demandas. O Sistema Único de Saúde (SUS) vive uma crise, já que convive com uma situação epidemiológica na qual predominam condições crônicas de saúde dentro de um sistema de atenção responsivo prioritariamente a condições agudas, de forma fragmentada, episódica e reativa. Portanto, há que se adotar um modelo de atenção à saúde com atendimento integrado, o que requer a implantação das redes regionalizadas de atenção à saúde<sup>2</sup>.

Historicamente, as discussões sobre as Redes de Atenção à Saúde (RAS) surgiram no Reino Unido, na década de 1920, como consequência de um debate a respeito de mudanças no sistema de proteção social após a Primeira Guerra Mundial. Na década de 1990, os Estados Unidos, Canadá e outros países da Europa propuseram organizar a oferta interdisciplinar de serviços a uma população delimitada, com integração entre os serviços de saúde, tendo como base a Atenção Primária à Saúde (APS)<sup>3:10</sup>. Em outras palavras, a ideia era organizar os serviços de modo a atender as necessidades das pessoas, considerando suas particularidades e contexto de vida.

Ainda sobre esse tema, a Organização Mundial da Saúde (OMS) entende que as RAS se constituem “na gestão e na oferta de serviços de saúde de forma que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades, ao longo do tempo e por meio de diferentes níveis de atenção à saúde”<sup>4:10</sup>.

No Brasil, de acordo com a Portaria 4.279 do Ministério da Saúde (MS), as RAS são definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”<sup>5</sup>.

A APS compõe um dos cinco componentes da estrutura operacional das RAS, constituindo-se como o seu centro de comunicação, coordenando o cuidado e ordenando os fluxos e contrafluxos da rede. Para tal, deve atuar com qualidade e desempenhar seus atributos essenciais e derivados, bem como as funções de resolutividade, comunicação e responsabilização<sup>2</sup>.

Desde 2004, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) vem apoiando as secretarias estaduais e municipais de saúde no aprimoramento de habilidades técnicas e de tomadas de decisão relacionadas à organização dos processos de trabalho no âmbito das RAS, considerando a APS como coordenadora do cuidado e eixo estruturante do SUS<sup>6</sup>.

Dentre as diversas iniciativas adotadas por esse Conselho, destaca-se o Programa de Apoio às Secretarias Estaduais de Saúde (PASES), que abrange a elaboração de conteúdos técnicos e de metodologias, além da realização de diversas atividades para consolidar o SUS. O PASES está organizado de acordo com quatro áreas temáticas, sendo uma delas a Regionalização e Organização da RAS com foco nos seguintes temas: (1) Planificação da Atenção à Saúde (PAS); (2) Planejamento Regional nas Macrorregiões de Saúde; (3) Organização de Consórcios Interfederativos de Saúde; e (4) Organização da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa<sup>7</sup>.

A PAS é uma estratégia de gestão, planejamento e organização tanto da APS quanto da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). Ela tem o objetivo primário de apoiar o corpo técnico e gerencial das secretarias estaduais e municipais de saúde, a fim de contribuir com o desenvolvimento das competências das equipes de atenção

à saúde, qualificando o serviço, integrando os profissionais dos diversos níveis de atenção e contribuindo para o atendimento adequado das pessoas usuárias e da comunidade<sup>8</sup>.

Pensada inicialmente em 2008 para fortalecer exclusivamente a APS, a proposta da PAS foi posteriormente validada por meio de 11 oficinas, diante da necessidade percebida de consolidar seu desenvolvimento. Dessa forma, entre 2014 e 2016, realizou-se o Laboratório de Inovações na Atenção Primária à Saúde, em Tauá/CE, capacitando-se 100% dos trabalhadores da saúde do município. Foi incluído o processo de tutorias nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), visando aplicar os micro-processos e macroprocessos da APS com novas estratégias de capacitação alinhadas ao aprendizado decorrente das experiências locais<sup>8,9</sup>.

A PAS foi evoluindo e se aperfeiçoando, tanto em relação às estratégias metodológicas e operacionais da intervenção quanto à necessidade de integrá-la à AAE. Nesse sentido, em 2016, o Conass ampliou a ação da PAS, trabalhando com uma nova proposta de Planificação da Atenção à Saúde, enquanto instrumento de gestão na organização da APS e AAE, integrando os processos de trabalho entre esses dois níveis de atenção à saúde. A ideia, pautada na experiência do Centro de Atenção Especializada de Santo Antônio do Monte/MG, tinha o objetivo de implantar ambulatorios especializados, que trabalhassem segundo o Modelo de Atenção às Condições Crônicas de Saúde (MACC), proposto ao SUS, por Mendes<sup>8</sup>, tendo as primeiras experiências ocorridas nas regiões de saúde Leste/DF e Caxias/MA.

Em 2018 com o avanço da PAS e aumento de sua capilaridade para outros estados do país, o Conass firmou parceria com o município de Uberlândia MG, que havia implantado a PAS (denominada “QualificaSaUDI”) e se destacou no desenvolvimento dos processos de trabalho da AAE integrada à APS, incluindo-o como um Centro Colaborador da Planificação. Dessa forma, disponibilizou à Secretaria Municipal de Saúde a metodologia desenvolvida na planificação, o material educacional e novas tecnologias, com o objetivo de desenhar todos os processos para serem partilhados ao município. Em contrapartida, o Centro Colaborador funcionaria como um Laboratório de Inovação em Saúde, exercendo as funções de: apoiar os demais estados na expansão e consolidação da PAS; desenvolver metodologias de capacitação; qualificar gestores e profissionais da saúde; e receber em suas unidades de saúde, com a intermediação do Conass, técnicos de outros estados e municípios para conhecerem os processos implantados, tanto na APS quanto na AAE\*.

A partir de 2019, houve a expansão da PAS para várias regiões do país, contando com a participação da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBI-BAE). Isso foi feito por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS), que adotou a metodologia utilizada pelo projeto proposto pelo Conass e passou a executá-lo com o nome de PlanificaSUS<sup>10,11</sup>.

---

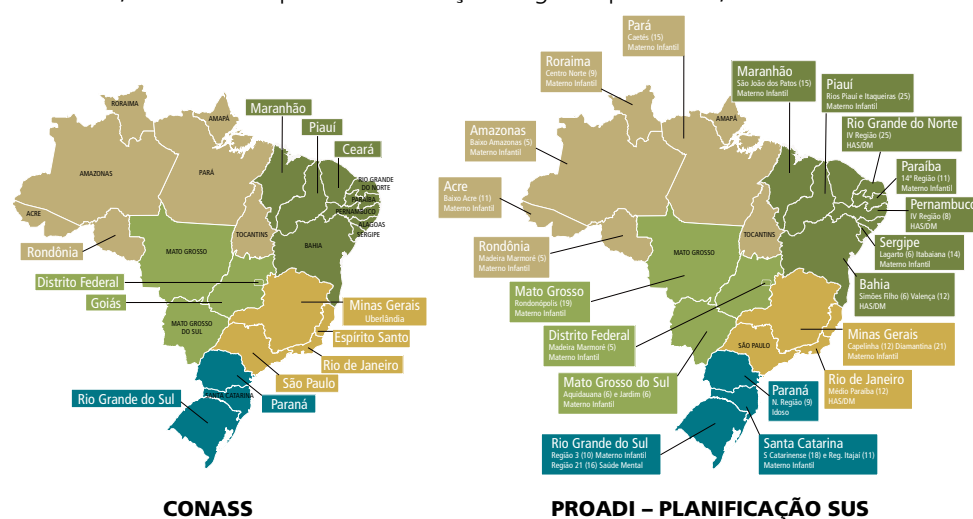
\* Informações obtidas por meio de documentos internos do Conass.

Em 2022, a Real e Benemerita Associação Portuguesa de Beneficência de São Paulo (BP) também aderiu ao projeto da Planificação da Atenção à saúde, via Proadi-SUS, aumentando ainda mais a sua expansão em outras regiões de saúde do Brasil.

Em dezembro de 2022, o Conass em participação com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), ampliou parceria com a Umane, uma associação civil, independente, isenta, e sem fins lucrativos que apoia iniciativas no âmbito da saúde pública que impactam no Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de expandir e fortalecer a PAS nos estados de Pernambuco e Ceará. Desde o início de 2024, a região do Cariri (CE) vem sendo contemplada enquanto laboratório de inovação, para a implantação da RAS com todos os seus elementos, incluindo a governança e atenção hospitalar, trabalhando com várias linhas de cuidado\*.

Atualmente, a PAS encontra-se em 23 estados da federação, 173 regiões de saúde, 1.750 municípios, 10 mil unidades de APS e 85 unidades ambulatoriais especializadas (Figura 1).

**Figura 1.** Situação da implantação da Planificação da Atenção à Saúde em estados brasileiros, com suas respectivas instituições/órgãos apoiadores, em 2024.



**Fonte:** Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass).

Com o avanço da implantação da PAS, surgiu a necessidade de sistematizar as evidências científicas identificadas na literatura sobre esse processo. Entendeu-se que sintetizar os achados principais, potencialidades, limitações/fragilidades, lições aprendidas e desafios discutidos em cada trabalho publicado contribuiria para o aperfeiçoamento da estratégia<sup>10</sup>.

\* Informações obtidas por meio de documentos internos do Conass.

Ainda nessa linha, entre 2020 e 2021, foi realizada uma pesquisa (“EfetivaPAS”) para avaliar a Efetividade da Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde em cinco regiões de saúde no Brasil, nos estados de Rondônia, Maranhão, Goiás, Rio Grande do Sul e Distrito Federal<sup>6</sup>.

Considerando o exposto, percebe-se que o tempo de implantação e avanço da PAS no Brasil vem estimulando o Conass a conhecer mais sobre os efeitos e contribuições dessa planificação, para subsidiar uma adequada organização das RAS e efetividade do processo de regionalização nos diversos contextos. Isso justifica a realização de estudos adicionais para identificar novas evidências.

Esta pesquisa parte do pressuposto de que a PAS é considerada um dos instrumentos que podem ser adotados para a organização das RAS no Brasil, na medida em que provoca reflexões sobre o modelo de atenção vigente no SUS, estimula o envolvimento de gestores estaduais e municipais para sua implantação, bem como atua na mudança dos processos de trabalho dos profissionais da APS e da AAE.

Nesse sentido, a presente pesquisa buscou responder a seguinte questão: Qual é a percepção de gestores, profissionais de saúde e usuários a respeito da Planificação da Atenção à Saúde para organização das RAS no SUS?

## 2. OBJETIVO

Compreender o papel da PAS na organização das RAS no SUS na perspectiva de atores-chave.

## 3. MATERIAL E MÉTODOS

### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, por esta oferecer amplas condições para que o pesquisador possa captar o fenômeno na sua concretude histórica, o que significa, portanto, não se limitar somente a descrevê-lo, mas também expressar as ideias que tem sobre ele<sup>12</sup>. Segundo a mesma autora, o estudo qualitativo:

“[...] é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam”<sup>13:57</sup>.

O processo de definição da amostra qualitativa deve ser feito considerando o critério de saturação, isto é, o ponto em que o pesquisador, imerso no campo, atinge uma compreensão suficiente da lógica interna do grupo ou coletividade

investigada. No entanto, provisoriamente, o investigador pode e deve prever um conjunto de entrevistas e de outras técnicas de abordagem a serem balizadas em campo conforme consiga o entendimento das homogeneidades, da diversidade e da intensidade das informações necessárias para seu trabalho<sup>12</sup>.

A escolha e o quantitativo de participantes desta pesquisa seguiu algumas recomendações: (i) privilegiar, na amostra, os sujeitos que detêm os atributos que o pesquisador pretende conhecer; (ii) assegurar que a escolha do local e do grupo (ou dos grupos) para observação e troca de informações contemple o conjunto das características, experiências e expressões que o pesquisador objetiva com seu estudo; (iii) considerar um número suficiente de interlocutores que propicie reincidência e complementaridade das informações<sup>13</sup>.

## 3.2. POPULAÇÃO DO ESTUDO

Considerando-se que a PAS está implantada em todas as cinco regiões federativas do país, a população-alvo da pesquisa foi pensada para ter a participação de pelo menos um estado de cada uma delas, excetuando-se a Região Nordeste, de onde foram selecionados dois, por ela ser maior em número de estados. Esse processo foi conduzido de maneira participativa, com o envolvimento direto do Conass, que foi o demandante da pesquisa. Nesse sentido, a amostragem foi não probabilística intencional, considerando aspectos apresentados a seguir.

### 3.2.1 Local do estudo

Foram incluídos os estados que iniciaram a PAS há pelo menos três anos — tempo considerado mínimo para a implantação das mudanças estruturais e processuais — e que apresentavam variedade de perspectivas e diversidade de experiências em cada uma das regiões políticas do país. De cada estado selecionado, foi designada a região de saúde que havia implantado a PAS e adotado a integração da APS com a AAE, de acordo com o modelo do Ponto de Atenção Secundária Ambulatorial (PASA)\* em RAS. Foram considerados os municípios que iniciaram o processo de planificação na região e que sediaram a unidade-laboratório\*\* do projeto; e os pontos de atenção à saúde, tais como a Unidade Básica de Saúde (UBS), o ambulatório de atenção especializada e o ambulatório do Centro Colaborador de Uberlândia (Quadro 1).

\* Entre outras características, o modelo PASA é aquele que apresenta gestão de base populacional; regulação e programação pela APS de acordo com a estratificação de risco; atenção focada no cuidado multiprofissional; diretrizes clínicas com base em evidências; e relação estabelecida entre profissionais generalistas e especialistas, integrando os níveis de atenção da RAS<sup>2</sup>.

\*\* Unidade Laboratório é aquela onde são realizadas as mudanças estruturais e processuais necessárias à organização da oferta, por meio da implantação de microprocessos e macroprocessos básicos da APS com a ajuda de um tutor externo<sup>14</sup>.

**Quadro 1.** Estados, regiões de saúde e municípios selecionados na pesquisa Planificação da Atenção à Saúde: uma estratégia de organização das Redes de Atenção à Saúde no SUS na perspectiva dos atores envolvidos. Brasil, 2025.

REGIÕES FEDERATIVAS	ESTADOS	REGIÕES DE SAÚDE	MUNICÍPIOS
Centro-Oeste	Mato Grosso	Rondonópolis	Rondonópolis
Nordeste	Maranhão	Caxias	Caxias
	Pernambuco	Caruaru	Belo Jardim
Norte	Rondônia	Café	Cacoal
Sudeste	Minas Gerais	Diamantina Uberlândia	Capelinha Uberlândia (Centro Colaborador da PAS)
Sul	Paraná	Irati	Mallet

O município de Uberlândia foi também incluído no estudo, dado que o Centro Colaborador de Uberlândia é um ponto de atenção central na ampliação e aprimoramento da PAS, favorecendo a estruturação e organização da RAS e promovendo práticas de cuidado compartilhado de forma mais integrada e resolutiva.

3.2.2 Participantes da Pesquisa

Foram incluídos indivíduos que atuam ou já atuaram ativamente na planificação, envolvendo: gestores (secretários municipais de saúde, dirigentes das regionais de saúde e/ou coordenadores da APS e da AAE); trabalhadores da saúde (profissionais de nível superior e nível médio); e usuários do SUS. Sete regiões de saúde do Brasil (Quadro 1) integraram o estudo, e cada uma deveria contar com um gestor, dois trabalhadores de saúde e uma pessoa usuária, compondo a amostra prevista de 28 participantes. Entretanto, devido às dificuldades logísticas, não houve representantes de usuários no município de Cacoal/RO, nem representantes da categoria de trabalhadores da saúde no município de Mallet/PR. Logo, a amostra final totalizou 25 participantes.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

3.3.1 Critérios de Inclusão

(1) Gestores que atuam na PAS há três anos no mínimo ou que já atuaram nesse período mesmo sendo da gestão imediatamente anterior à atual; (2) Trabalhadores da saúde residentes na região de saúde estudada e atuantes na PAS há três anos no mínimo; (3) Pessoas usuárias residentes na região de saúde estudada e acompanhadas de forma compartilhada pelas equipes da APS e AAE.

### 3.3.2 Critérios de exclusão

(1) Participantes eleitos para serem entrevistados que estavam em processo de afastamento por motivo de licença e/ou férias no período do estudo; (2) Entrevistas cujos áudios estavam inaudíveis ou que continham ruídos impossibilitando a compreensão de suas ideias/mensagens e sua transcrição.

## 3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados mediante roteiros/instrumentos elaborados para essa finalidade. Inicialmente o instrumento contemplou informações para caracterização dos participantes da pesquisa. Foram elas:

- **Usuários:** código do entrevistado, município, idade, sexo, grau de instrução, ponto de atenção, linha de cuidado e tempo de cuidado;
- **Trabalhadores:** código do entrevistado, município, tempo de atuação na planificação, idade, sexo, grau de instrução e profissão;
- **Gestores:** código do entrevistado, município, tempo na planificação, idade, sexo, grau de instrução, profissão e cargo de gestão.

Além desses aspectos, foram inseridas questões norteadoras acerca da percepção dos profissionais sobre o papel da PAS na organização das RAS no SUS, sendo algumas comuns a todos os entrevistados e outras específicas, de acordo com o cargo ou função que ocupavam (Apêndice 1, 2 e 3). Seguiu-se o preconizado por Minayo<sup>12</sup>, ao afirmar que o roteiro deve desdobrar os vários indicadores considerados essenciais e suficientes em tópicos que abordem a abrangência das informações esperadas, servindo de guia para a interlocução. Para padronizar a coleta de dados, foi elaborado um roteiro com as instruções de coleta de dados na modalidade presencial para usuários (Apêndice 4) e outro com as instruções de coleta de dados na modalidade on-line para gestores e trabalhadores (Apêndice 5).

Na elaboração do formulário, foi realizada uma testagem prévia para tornar mais clara e precisa a lista de temas e aspectos a serem conversados durante as entrevistas. Partiu-se da ideia de que esse roteiro poderia e deveria ser modificado durante o processo interativo, ao se perceber que determinados temas de elevada significância, porém não previstos, poderiam ser colocados pelos interlocutores<sup>13</sup>. Participaram dessa testagem seis atores-chave, sendo um gestor, três trabalhadores da saúde da APS e AAE e dois usuários, sendo um da APS e outro da AAE. Esses atores não foram incluídos na amostra do estudo.

### 3.5 COLETA DE DADOS

A obtenção de dados empíricos foi feita por meio de entrevistas individuais semi-estruturadas, com o propósito de captar as concepções dos sujeitos sobre o tema em questão, trazendo informações relacionadas à reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia, crenças, condutas e razões conscientes ou inconscientes de determinada atitude ou comportamento<sup>12</sup>.

Para informar sobre a pesquisa e solicitar colaboração, foi realizado contato, via endereço eletrônico, com o secretário municipal de saúde, com o dirigente da regional de saúde e com os coordenadores da APS e AAE, que indicavam uma lista tríplices de profissionais de nível superior e médio aptos a participarem da pesquisa, para que o pesquisador fizesse a devida seleção.

Em seguida, os gestores e profissionais da saúde eleitos para participar do estudo receberam um convite por *e-mail* (Apêndice 6) explicando o processo e os objetivos do estudo. Nesse mesmo *e-mail*, foi enviado um anexo com orientações para acessar o Microsoft Teams (Apêndice 7), o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para gestores e trabalhadores (Apêndice 8), o TCLE para usuários (Apêndice 9) e o Termo de Uso de Imagem e Som de Voz (Apêndice 10), ressaltando que a voz seria gravada.

Após a leitura dos termos, o entrevistado que concordava em participar da pesquisa marcava a opção “Concordo em participar” no próprio TCLE e a opção “Autorizo, livre e espontaneamente, o uso da minha imagem e som de voz no teor acima descrito para fins de pesquisa” no referido termo, devolvendo-os para o mesmo endereço de *e-mail* remetente.

Ao concordar em participar, o entrevistado foi orientado a guardar física ou eletronicamente uma cópia de cada documento que lhe foi encaminhado, ressaltando que a qualquer momento poderia solicitar a retirada do consentimento de utilização dos dados fornecidos para a pesquisa, devendo o pesquisador retornar informando que a exclusão foi realizada.

As entrevistas com os profissionais e gestores foram realizadas on-line por meio da plataforma Microsoft Teams, com agendamento prévio e pactuação do tempo estimado para início e término. Foi de responsabilidade do pesquisador o envio do link para acesso à plataforma. Para manter o anonimato e a confidencialidade, os nomes dos entrevistados foram substituídos por códigos alfanuméricos, da seguinte forma:

- **Gestores:** dirigente da regional de saúde (DRS1, DRS2...), secretário municipal de saúde (SMS1, SMS2...), coordenador de APS (COAPS1, COAPS2...) e coordenador de AEE (COAAE1, COAAE2...);

- **Trabalhadores da Saúde:** administrador responsável técnico (ADMRT1, ADMRT2...), assistente social (AS1, AS2...), educador físico (EF1, EF2...), enfermeiro (E1, E2...), médico (M1, M2...), nutricionista (N1, N2...), técnico de enfermagem (TE1, TE2...), agente comunitário de saúde (ACS1, ACS2...) e recepcionista (RECP1, RECP2...).

Quanto aos usuários, os dados foram coletados presencialmente quando estavam na UBS ou no PASA para atendimento. Com consentimento prévio, as entrevistas foram gravadas em local reservado e transcritas *ipsis litteris*. Para garantir o anonimato e a confidencialidade, os nomes dos entrevistados também foram substituídos por códigos alfanuméricos: Usuários (U1, U2, U3...).

### 3.6 ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados foi conduzida usando técnicas de análise de conteúdo assistida por computador, buscando identificar padrões linguísticos e de significado. A análise de conteúdo consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens<sup>15</sup>.

O processo de análise foi auxiliado pelo uso do software IRaMuTeQ – *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (versão 0.8 alpha 7)<sup>16</sup>. Trata-se de uma ferramenta computacional baseada na lexicometria<sup>17</sup>, uma abordagem metodológica particularmente útil em contextos em que a unidade de registro é a palavra e o principal indicador é sua frequência, ou quando a análise demanda tratamentos estatísticos multivariados e baseados na concorrência de palavras em unidades de contexto<sup>15</sup>. Nessa direção, os dados foram submetidos a duas técnicas de tratamento lexicométrico: a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e a Análise Fatorial de Correspondência (AFC).

A CHD foi utilizada para reestruturar o corpus em classes lexicais, por meio da divisão sucessiva do material em conjuntos de segmentos de textos (ST) que se distinguem pelo vocabulário utilizado, fornecendo uma organização tópica dos dados em categorias formadas por temáticas e conceitos compartilhados. A AFC foi utilizada para gerar uma representação bidimensional da distribuição de palavras do vocabulário entre as classes encontradas, revelando oposições, aproximações e distanciamentos nos padrões de ocorrência de determinados conteúdos<sup>17,18</sup>. Adicionalmente, testes de qui-quadrado foram realizados no IRaMuTeQ para avaliar possíveis associações entre as variáveis de contexto consideradas (sexo, faixa etária, grupo etc.) e as classes lexicais resultantes.

Dentre as diferentes modalidades de análise de conteúdo, este estudo adotou a temática, considerada uma abordagem útil em investigações qualitativas no campo da saúde<sup>13</sup>. O processo analítico foi estruturado em três etapas, seguindo as reco-

mendações de Bardin<sup>15</sup> e adaptando-as para melhor adequação aos objetivos da pesquisa: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

No processo de preparar para submeter ao IRaMuTeQ o material textual (*corpus*) proveniente das entrevistas, foi realizada a organização das linhas de comando e variáveis temáticas, conforme preconizado pelo *software*. Para assegurar o rigor metodológico, foi elaborado um roteiro de padronização dessa etapa (Apêndice 11).

Na etapa de pré-análise, foi feita uma leitura flutuante do *corpus*, buscando identificar unidades de registro importantes, temas e categorias de análise. A exploração do material objetivou alcançar uma compreensão abrangente do *corpus*, identificando categorias preliminares e expressões significativas que pudessem indicar temas recorrentes.

Na etapa de categorização, o material foi organizado em conjuntos de segmentos de texto (classes lexicais) com base na CHD. Adicionalmente, testes de qui-quadrado foram executados no IRaMuTeQ para avaliar possíveis associações entre as variáveis de contexto consideradas (sexo, faixa etária, grupo etc.) e as classes lexicais resultantes.

Por fim, na etapa de interpretação, as classes foram nomeadas, sendo adotada a terminologia “subcategorias”. O seu conteúdo foi interpretado com base no quadro teórico da pesquisa, buscando relacionar os resultados da análise com o contexto mais amplo da Planificação da Atenção à Saúde.

### 3.7. ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto, por envolver pesquisa com seres humanos, foi submetido ao CEP da Faculdade de Ciências e Tecnologias em Saúde da Universidade de Brasília (CEP/FCTS-UnB), sendo aprovado no dia 09 de janeiro de 2025 com o número CAE 85434424.1.0000.8093 (Anexo 1). Seguiu as Normas do Conselho Nacional de Saúde, quais sejam: Resolução CNS/MS nº 466/2012<sup>19</sup>; Resolução CNS/MS nº 510/2016<sup>20</sup> e Ofício circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS<sup>21</sup>.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente serão descritas as características sociodemográficas dos participantes da pesquisa, seguidas pelo resultado das operações realizadas pelo software IRaMuTeQ (tratamento lexicométrico), quais sejam: a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e a Análise Fatorial de Correspondência (AFC).

Por fim, serão apresentados e discutidos os eixos e as classes, as quais serão denominadas de “categorias” e “subcategorias” de análise, e seus respectivos seg-

mentos de textos (ST), que emergiram do estudo após etapas sucessivas de partição do *corpus* textual.

#### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Participaram da pesquisa 25 atores-chave, representantes de sete regiões de saúde (Rondonópolis/MT, Caxias/MA, Caruaru/PE, Café/RO, Diamantina/MG, Uberlândia/MG, Irati/PR). Em cinco municípios (Rondonópolis/MT, Caxias/MA, Belo Jardim/PE, Capelinha/MG, Uberlândia/MG) houve representantes dos grupos de gestores, trabalhadores da saúde e usuários.

Entre os entrevistados, a maioria era do sexo feminino (84%), com faixa etária entre 31 a 40 anos e com ensino superior (64%), estando essa última característica atrelada ao grupo de trabalhadores da saúde e gestores, que possui maior representação na amostra (Tabela 1).

**Tabela 1.** Características sociodemográficas dos entrevistados.

Variáveis	Gestores (n = 7)		Trabalhadores da Saúde (n = 12)		Usuários (n = 6)		Total (n = 25)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
<b>Sexo</b>								
Feminino	7	100	10	83	4	67	21	84
Masculino	0	0	2	17	2	33	4	16
<b>Faixa etária</b>								
21 a 30 anos	0	0	2	17	0	0	2	8
31 a 40 anos	3	43	6	50	1	16,5	10	40
41 a 50 anos	3	43	1	8	4	67	8	32
51 a 60 anos	0	0	2	17	0	0	2	8
61 e mais	1	14	1	8	1	16,5	3	12
<b>Grau de Instrução</b>								
Ensino Fundamental	0	0	0	0	3	50	3	12
Ensino Médio	0	0	3	25	2	33,5	5	20
Graduação	4	57	5	42	0	0	9	36
Pós-Graduação	3	43	4	33	0	0	7	28
Sem Escolaridade	0	0	0	0	1	16,5	1	4

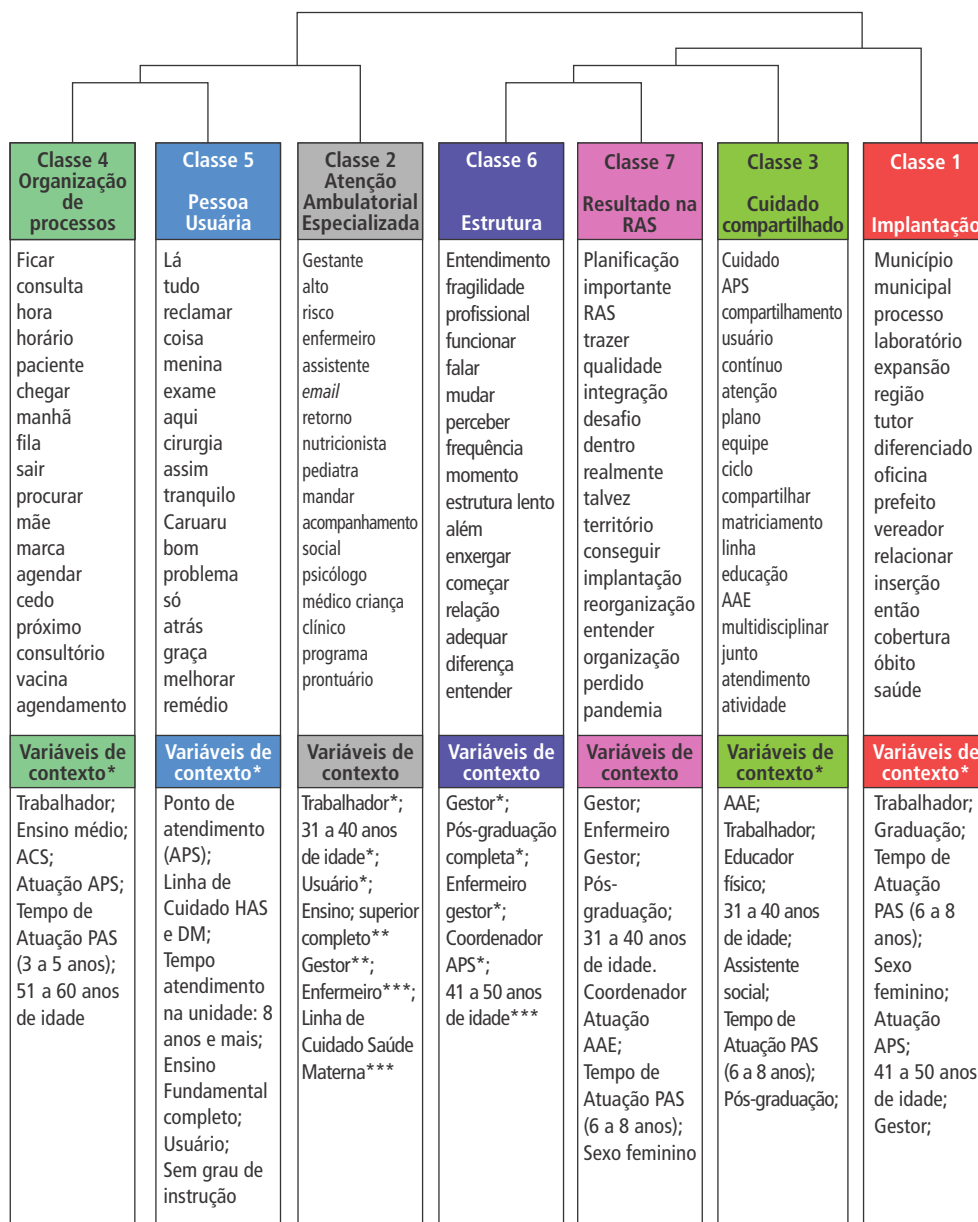
Dos 7 gestores, 57% (n = 4) eram enfermeiros e 71,4% (n = 5) estavam atuando na PAS entre 6 a 8 anos. Os cargos/funções estavam distribuídos da seguinte forma: coordenadora da APS (n = 2), coordenadora AAE (n = 2), dirigente de regional de saúde (n = 2), e secretária municipal de saúde (n = 01). As categorias profissionais dos trabalhadores da saúde foram variadas: assistente social (n = 1), educador físico (n = 1), enfermeiro (n = 1), médico (n = 1), nutricionista (n = 1), técnico de enfermagem (n = 3), agente comunitário de saúde (n = 2), administrador (n = 1) e recepcionista (n = 1). Dos 12 trabalhadores entrevistados, 75% (n = 9) atuavam na PAS entre 6 a 8 anos; 50%, na APS; e 50%, na AAE.

Entre os 6 usuários participantes, cerca de 33,3% (n = 2) pertenciam à linha de cuidado Saúde Materna; 33,3%, à Saúde da Criança; e os outros 33,3%, à linha de Hipertensão e Diabetes. A maioria dos usuários foram de unidades laboratório da APS (n = 4); e os demais, de unidades da AAE (n = 2). Em relação ao tempo que era atendido na unidade, 50% (n = 3) informou ser de até 1 ano; e os outros 50%, 8 anos e mais.

## 4.2 CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE E ANÁLISE FATORIAL DE CORRESPONDÊNCIA

O *corpus* textual gerenciado pelo IRaMuTeQ foi composto por 25 textos (entrevistas realizadas), os quais foram separados em 1.408 segmentos de textos (ST), cujo aproveitamento foi de 94,46% (1.330 STs). Esse valor demonstrou a alta representatividade da análise e sinalizou que a maior parte do conteúdo textual foi categorizado nas classes (subcategorias) identificadas. Emergiram 47.943 ocorrências, sendo 2.114 formas lexicais distintas.

O conteúdo apresentou-se dividido em dois eixos lexicais (categorias) oriundos da CHD e da análise dos segmentos de textos correspondentes. A primeira divisão “categoria” gerou a subcategoria 1 e a subcategoria 3, subdividida nas subcategorias 6 e 7; e a segunda divisão “categoria” gerou a subcategoria 2, subdividida nas subcategorias 4 e 5. As sete subcategorias caracterizam-se da seguinte forma: subcategoria 1 com 209 STs (15,71%); subcategoria 2 com 228 STs (17,14%); subcategoria 3 com 223 STs (16,77%); subcategoria 4 com 206 STs (15,49%); subcategoria 5 com 222 STs (16,69%); subcategoria 6 com 110 STs (8,27%) e subcategoria 7 com 132 STs (9,92%). A Figura 2 apresenta o dendrograma com as denominações de cada classe (subcategorias) e palavras mais representativas geradas com base no teste qui-quadrado com seus respectivos valores de significância estatística.

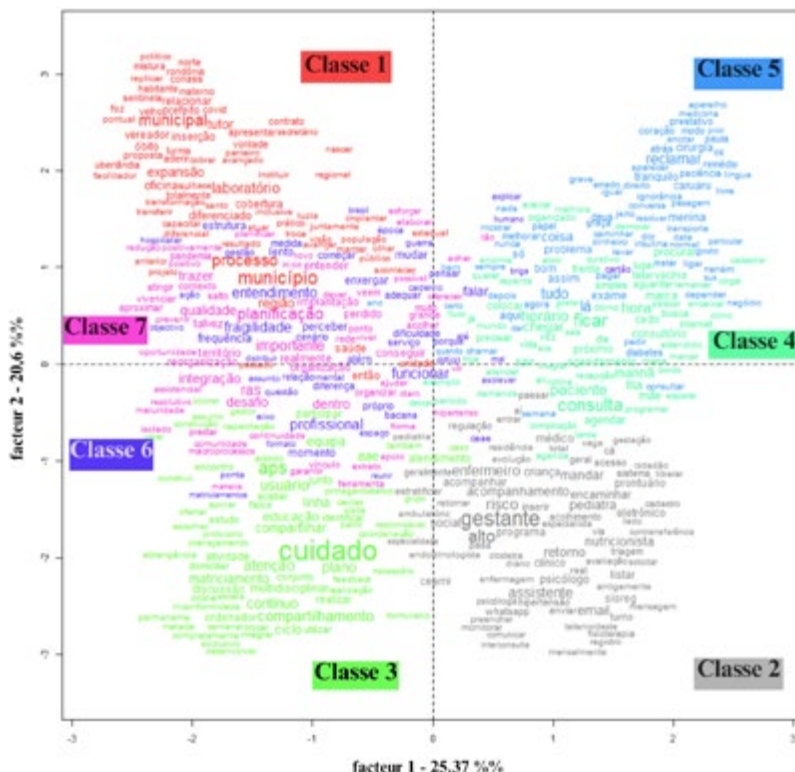
**Figura 2.** Dendrograma conforme a Classificação Hierárquica Descendente.

Com a AFC (Figura 3), observa-se destacadas, em tamanho maior, as palavras “cuidado” - subcategoria 3, “gestante” - subcategoria 2, “município” - subcategoria 1, “APS” - subcategoria 3 e “consulta” - subcategoria 4, refletindo maiores valores de qui-quadrado ( $\chi^2$ ). Em sentidos opostos, verificam-se as duas subcategorias (1 e 2) que apresentaram as primeiras divisões com base no CHD devido a especificidades relacionadas às temáticas peculiares dos seus discursos. Isso porque, enquanto a

subcategoria 1 trata do processo inicial de implantação da PAS, que ocorre, prioritariamente, na APS, a subcategoria 2 refere-se aos processos relacionados a outro nível de atenção: a AAE. A subcategoria 6 - "Estrutura", a Subcategoria 7 - "Resultados na RAS"; e a subcategoria 1 - "Implantação" apresentam áreas semânticas próximas intercomunicadas, revelando nos relatos, que a organização e qualificação de processos, previstos pela PAS, estão entremeadas com os resultados percebidos na RAS (Figura 2).

A análise organizada dos dois eixos lexicais (categorias) e das sete subcategorias evidenciou a natureza sistêmica da planificação, envolvendo, ao mesmo tempo, dimensões políticas, organizacionais, assistenciais e avaliativas. Revelou, ainda, a diversidade e complexidade de temas, ao abranger vários aspectos da planificação, que vão desde a sua implantação, organização dos processos de trabalho, integração da APS com a AAE e envolvimento de atores políticos, até a percepção de usuários, trabalhadores e gestores quanto às potencialidades e desafios dessa estratégia na estruturação da Rede de Atenção à Saúde.

**Figura 3.** Distribuição das palavras nas classes temáticas por meio da Análise Fatorial de Correspondência das palavras, relativa à Planificação da Atenção à Saúde: uma estratégia de organização das Redes de Atenção à Saúde no SUS na perspectiva dos atores envolvidos.

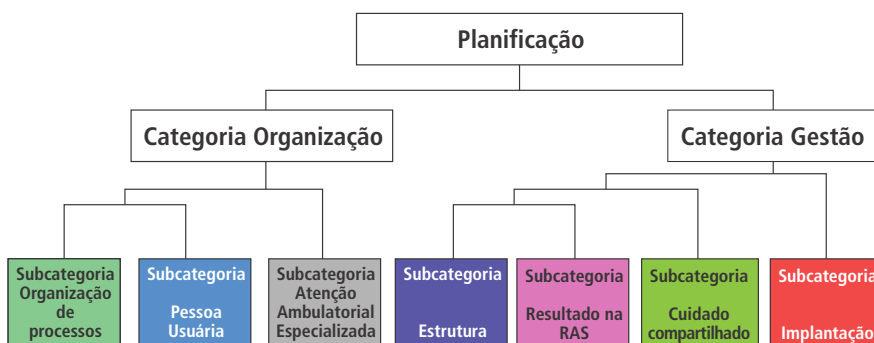


**Fonte:** Resultado de análise pelo software IRaMuTeO.

### 4.3 CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS DE ANÁLISE E SEUS RESPECTIVOS SEGMENTOS DE TEXTOS

Apresenta-se a seguir o resultado de cada subcategoria, identificando-se as temáticas comuns encontradas e destacando segmentos de texto típicos de cada agrupamento com as formas lexicais e variáveis associadas. Para facilitar a compreensão dos contextos de enunciação, as classes (subcategorias) estão descritas conforme apresentadas no dendrograma (CHD), separadas em duas categorias: Organização (subcategorias 4, 5 e 2) e Gestão (subcategorias 6, 7, 3 e 1) (Figura 4).

**Figura 4.** Categorias e subcategorias de análise e seus respectivos segmentos de texto.



Fonte: Adaptado da CHD da Figura 2.

#### 4.3.1. Subcategoria Organização de Processos

Inclui aspectos relacionados à organização dos processos de trabalho, com ênfase na gestão da demanda por meio da implantação de agendas programadas (“bloco de horas”). As formas lexicais evidenciam o foco nas questões temporais e na logística assistencial, revelando a necessidade de converter um sistema fragmentado em um sistema integrado e organizado de agendamento de consultas e exames, prioritariamente na APS.

*...a maior mudança que nós vimos era que as UBS viviam com superlotação. E com a planificação, com os horários agendados, hoje a unidade se torna até mais civilizada, porque os pacientes chegam todos nos horários, são atendidos no horário, então a gente só viu melhoras. (SMS1, Gestor)*

O acesso a cuidados de saúde envolve a potencial facilidade com que os indivíduos podem obtê-los efetivamente, abrangendo a disponibilidade (volume e tipo de cuidado), geografia (proximidade até o cuidado), oportunidade (cuidado ofertado no tempo adequado), entre outros<sup>22</sup>. Nesse sentido, o agendamento de consultas,

exames e demais procedimentos pela APS constitui uma tecnologia de gestão essencial para viabilizar o cuidado adequado e oportuno, de acordo com as necessidades da pessoa usuária. Nesse cenário, destaca-se a utilização do agendamento como ferramenta para racionalizar o tempo de acesso aos serviços de saúde (diminuindo as longas filas de espera), organizar a previsibilidade da unidade em determinado período e balancear a oferta e a demanda. Nessa organização temporal, consideram-se os estratos de risco, as necessidades de saúde da população, as metas dos planos de cuidado bem como a disponibilidade de profissionais<sup>14</sup>.

Embora a literatura evidencie contextos heterogêneos na implantação do agendamento por bloco de horas, em diferentes regiões de saúde onde a PAS está sendo conduzida, no presente estudo esse atributo apresentou perspectiva positiva dentre os três grupos de entrevistados<sup>23</sup>.

*...mas, na sala de vacina, o número era muito grande. Ela foi trabalhando com a gente, pra gente fazer por agenda, agendar os curativos pra diminuir esse fluxo. Assim, porque, quando vinha muita gente, a sala ficava muito cheia.* (TE1APS, Trabalhador)

A organização da agenda da equipe e a programação da atenção são processos estratégicos na PAS, sendo a primeira um dos marcadores de que os macroprocessos básicos previstos pela PAS estão sendo implantados. Isso propicia a otimização dos atendimentos com consequente redução do tempo de espera pelos usuários e a promoção do bem-estar profissional devido à maior organização na unidade de saúde<sup>8,24</sup>.

Além disso, essa subcategoria evidencia avanços da APS na coordenação da RAS ao implantar a telemedicina como estratégia para equilibrar a oferta entre profissionais generalistas e especialistas.

*...porque tinha muita, muita pessoa na fila esperando especialista. Então, agora, com a telemedicina, desafogou mais, porque agora não tem mais aquela fila enorme que tinha do paciente esperando um determinado especialista.* (ACS2, Trabalhador)

Tais aspectos favorecem a melhoria na gestão do cuidado, principalmente no que diz respeito aos usuários com condições crônicas, que dependem de serviços de saúde contínuos e integrados para manutenção de manejo eficiente e prevenção de agudizações, frequentemente geradoras de internações hospitalares<sup>25</sup>.

Vale ressaltar que diferentes dificuldades foram pontuadas pelos entrevistados envolvendo as resistências iniciais de alguns profissionais e usuários à implantação do bloco de horas na APS, as instabilidades enfrentadas na manutenção de redes informatizadas com acesso à internet, bem como a demora no acesso, pelos usuários, a exames na AAE.

*...agora, com a mudança, o paciente já vem com consulta agendada, o horário tudo certo. Com relação à nossa gestante, temos dificuldade para realização de ultrassom. Se tivéssemos aqui em nosso centro, seria melhor*  
(TE1AAE, Trabalhador)

Estudos evidenciam o desafio do enfrentamento de problemas básicos relacionados aos sistemas de apoio diagnóstico das RAS e à coordenação de informações clínicas entre diferentes níveis, abrangendo não somente o contexto brasileiro, mas também outros países latino-americanos<sup>26,27</sup>. Na perspectiva da coordenação do cuidado, a manutenção de sistemas de informação em saúde integrados dá suporte às ações nos diferentes pontos de atenção, permitindo a continuidade do cuidado na medida em que fragilidades nesses aspectos referem-se à fragmentação da atenção à saúde.

#### 4.3.2. Subcategoria Pessoa Usuária

Tanto o mapa semântico (AFC) quanto a CHD revelaram contextos e estilos de comunicação semelhantes relacionados ao usuários. Dos 222 STs que a compõem, 142 (63,7%) são resultantes das entrevistas realizadas com esse público, o que é validado pelos elevados valores de qui-quadrado em variáveis de contexto específicas desse grupo de entrevistados.

O relato do coletivo de usuários demonstrou satisfação com o atendimento nas unidades, destacando a cordialidade dos profissionais e a disponibilidade para a transmissão de orientações relacionadas ao cuidado de sua saúde.

*...daqui na UBS, tudo. Na verdade, desde a pesagem, uma febre, dor, tudo. Sempre muito bem atendida. As meninas aqui são excelentes. Sempre são prestativas, ajudam tudo no que a gente precisa, esclarecem dúvidas.*  
(U2APS, Usuário)

A organização dos microprocessos básicos previstos na implantação da PAS — dentre eles, a recepção, o acolhimento, a coleta de exames e os procedimentos terapêuticos — garantem as condições para um serviço de qualidade, com ênfase na segurança das pessoas<sup>8</sup>. Além disso, o motivo da procura pelo atendimento na APS revela a peculiaridade clínica desse nível de atenção em contraposição com aquela apresentada na AAE.

As referências à atuação dos ACS projetam o cenário de valorização desses profissionais, que, mediante a qualificação dos seus processos de trabalho, passam a organizar suas ações considerando as vulnerabilidades e os estratos de risco presentes em seus territórios. Além disso, os relatos dos usuários revelaram mudanças na organização da AAE, que adota o modelo PASA em detrimento do modelo de Sistemas Locais de Saúde (SILOS), mantendo a programação da atenção com base na estratificação de risco e na regulação do acesso, com ordenação pela APS. Portanto,

trata-se da coordenação da gestão da atenção liderada pelos profissionais da APS de forma compartilhada com os especialistas da AAE, garantindo a prestação de serviços baseados no plano de cuidados.

*...eu, na época, eu levo o cartão lá pra eles olharem se estão precisando de alguma vacina. Não tem alguma atrasada. Mas tem uma menina, a agente comunitária. Elas levam, se tem alguma coisa pra fazer, eles levam o papel na casa da gente, ou liga pra você. (U2AAE, Usuário)*

As experiências demonstraram a satisfação no Ciclo de Atenção Contínua, inserido pela PAS como tecnologia de atenção às condições crônicas. Esse ciclo é caracterizado por atendimentos sequenciais realizados por equipes multiprofissionais na AAE em detrimento da consulta médica individualizada e fragmentada<sup>8</sup>.

*...é... cada um me atende direito. Tem que passar por todas. Enquanto não passa, não me liberam para eu ir embora. Todos os exames que me pediram, eu fiz. Esse mesmo que eu fiz, o que eles falam “ultrassom”. (U1AAE, Usuário)*

Como elemento dificultador no processo, os participantes apontaram a considerável carga de informações transmitidas no dia do atendimento, o que pode dificultar a compreensão por parte de alguns usuários. Além disso, de forma preponderante, as falas remeteram às dificuldades em relação a exames, principalmente quanto ao tempo de espera para a sua realização.

*...tem muita coisa que pode melhorar mais ainda se você precisar. Eu acho mais complicado, é assim, um exame demorar tanto, um ano, dois anos, de um modo ou de outro. (U2AAE, Usuário)*

Os relatos de dificuldades relacionadas ao Apoio Diagnóstico e Terapêutico corroboram achados semelhantes em estudo, que demonstrou fragilidades na implantação desse atributo nos pontos de atenção relacionados tanto à APS quanto à AAE, ao considerar quatro regiões de saúde (Caxias/MA, Cristalina/GO, Ji-Paraná/RO e Região Leste/DF)<sup>23</sup>. Trata-se de critério a ser aperfeiçoado no processo de implantação e expansão da PAS, a fim de que os resultados esperados para a intervenção sejam alcançados. Destaca-se que esse desafio não se limita ao contexto da Planificação, sendo frequentemente citado como insuficiente na oferta do SUS<sup>28,29</sup>.

#### 4.3.3. Subcategoria Atenção Ambulatorial Especializada

Reúne discursos relacionados à atenção ambulatorial especializada, com ênfase na linha de cuidado materno-infantil, tendo como palavras mais recorrentes “gestante” ( $\chi^2 = 151,51$ ), “alto” ( $\chi^2 = 106,06$ ) e “risco” ( $\chi^2 = 87,26$ ). As falas remetem ao contexto do agendamento e ao fluxo de encaminhamento de usuárias gestantes de alto risco à atenção especializada, considerando sua estratificação por risco e

apontando para o atributo de coordenação da APS dentro do microssistema clínico constituído em conjunto com a AAE.

*...eu estou gestante agora, 24 semanas. Eu passo com a enfermeira, passo com a médica e acho bom aqui. Eles me dão bastante acompanhamento. Eu também consulto no alto risco, porque eles aqui me indicaram pra lá, fez meu plano de cuidados. (U4APS, Usuário)*

O papel da APS na coordenação da atenção à saúde, por ser o centro de comunicação na RAS, é fundamental na regulação assistencial às condições crônicas não agudizadas<sup>30</sup>. Para isso, é preciso que a organização dos macroprocessos básicos da APS e o fluxo de encaminhamentos à AAE estejam fundamentados no conhecimento que os profissionais de saúde têm das características da população e de seu território. Nesse sentido, a estratificação das subpopulações por risco apresenta-se como ferramenta de gestão, ao diferenciar os níveis de complexidade decorrentes das condições de saúde, permitindo o rompimento do *modus operandi* baseado na oferta e instituindo a gestão de base populacional, focada nas reais necessidades de saúde da população<sup>30</sup>.

Evidências revelam, no contexto da Planificação, a crescente necessidade de educação permanente e de processos de matriciamento, entre AAE e APS, a fim de alinhar os parâmetros utilizados na estratificação<sup>31</sup>. Porém, apesar de avanços relacionados ao incremento de equipes que realizam encaminhamentos com base na avaliação de risco e vulnerabilidade e que exercem na RAS seu papel de ordenador de fluxos assistenciais, há evidências de desafios envolvendo o tema, dada a fragilidade, ainda presente, na integração de alguns serviços e na fragmentação do cuidado<sup>25,32</sup>.

Quanto aos processos de trabalho, os profissionais atuantes na AAE focaram naqueles essenciais ao bom desempenho do ambulatório, destacando o fluxo de encaminhamento pela APS e retorno pela AAE, a função do ponto de apoio (gestor do cuidado) e o atendimento pela equipe multiprofissional e interdisciplinar.

*...o ponto de apoio é a pessoa que é responsável por iniciar o atendimento. A gestante de primeira vez passa primeiro pelo enfermeiro, que vai confirmar o alto risco, o motivo pelo qual ela foi encaminhada (...). (TE1AAE, Trabalhador)*

Dentro do macroprocesso assistencial da AAE, a atuação do profissional do Ponto de Apoio é essencial na garantia do desenvolvimento adequado e programado do circuito de atendimentos (Ciclo de Atenção Contínua). Nesse contexto, o instrumento de avaliação dos macroprocessos da AAE detalha em 34 itens de verificação as ações específicas desse profissional<sup>33</sup>. Dentre esses aspectos, os participantes da presente pesquisa destacaram de forma preponderante as ações de acolhimento coletivo aos usuários e de acesso ao ciclo de atenção contínua, seja ele completo (em atendimentos de primeira vez) seja parcial (nos atendimentos subsequentes).

Quanto à modalidade de atenção aos portadores de condições crônicas de saúde não agudizadas, com foco na gestão e estabilização de sua condição clínica, houve destaque para o atendimento realizado por equipe multiprofissional no formato de atenção contínua. Esta, apesar de manter ciclos de atendimentos individuais sequenciais, elabora de forma interdisciplinar o plano de cuidados, o qual agrega valor à atenção prestada.

*...a nossa gestante é atendida pela equipe multidisciplinar (psicólogo, nutricionista, assistente social, enfermeira e médico) na assistência integral do cuidado. (MIAAE, Trabalhadora)*

Os cenários de implantação dos macroprocessos da AAE são diversos. Estudo contextualizado em três regiões apontou níveis satisfatórios do atendimento multiprofissional em duas dessas regiões. Todavia, ao analisar o plano de cuidados, o estudo demonstrou níveis incipientes relacionados à supervisão desses planos<sup>23</sup>. Em outro contexto, a função assistencial de 16 ambulatórios com modelo PASA implantado apresentou melhores resultados quando comparada à função educacional e supervisional: o destaque foi para os parâmetros voltados ao atendimento por equipe multiprofissional (com atuação interdisciplinar) e ao uso de critérios alinhados para estratificação de risco entre equipes da APS/AAE<sup>35</sup>.

Quanto ao sistema de informações clínicas, houve predominância de apontamentos acerca das fragilidades nesse ambiente de compartilhamento de informações, apesar de relatos pontuais sobre a interoperabilidade do prontuário eletrônico do cidadão (PEC). As falas indicaram o uso de ferramentas não institucionais para envio de encaminhamentos, compartilhamento do plano de cuidados, resultados de exames e comunicações de internação, sendo citados aplicativos de mensagens e sistemas sem integração entre níveis de atenção.

*...geralmente eles criaram um e-mail, eles estão mandando por e-mail ou WhatsApp, porque hoje tem uma agilidade maior, porque, como não entra pelo sistema SISREG, ele não entra pelo SISREG, que é o sistema nacional de regulação. (DRS2, Gestora)*

Na Planificação, a APS e a AAE estão organizadas em processos integrados, embora operando em unidades distintas. Juntas, constituem um único microsistema clínico, de forma que a atenção especializada não atua desvinculada da atenção primária. Portanto, a fim de qualificar os processos decisórios e propiciar cuidados contínuos entre esses dois pontos de atenção, faz-se necessária a interação de dados nas Redes de Atenção à Saúde em um ambiente informacional favorável à comunicação entre equipes<sup>35,36</sup>. Nesse sentido, são imprescindíveis avanços que permitam a comunicação fluida e integrada entre os dois níveis, favorecendo a supervisão do alcance das metas estabelecidas nos planos de cuidados e a eliminação de redundâncias desnecessárias na solicitação de exames, o que poderia solucionar os fatores dificultadores relatados pelos usuários relacionados à demora na realização dos exames<sup>30,36</sup>.

#### 4.3.4. Subcategoria Estrutura

Apresenta termos como “entendimento” ( $\chi^2 = 78,08$ ), “fragilidade” ( $\chi^2 = 78,04$ ), “profissional” ( $\chi^2 = 74,38$ ) e “funcionar” ( $\chi^2 = 73,78$ ) cujas evocações focalizam a compreensão dos profissionais em relação à metodologia da PAS, no sentido de entender seus processos, saber como funcionam e identificar quais mudanças produzirão no serviço.

*...eles realmente percebem que a atenção secundária, que os outros serviços da rede têm a oferecer também. Além de mudar totalmente o processo de serviço, a gente começou a mudar o processo de entender o serviço da cabeça dos próprios profissionais. (COAPS1, Gestor)*

Os relatos alinham-se à proposta da Planificação como metodologia de qualificação de processos, por meio do desenvolvimento de habilidades e atitudes e incorporação de conceitos na prática, já que as ações de educação permanente e capacitação são aplicadas como ferramentas estratégicas de desenvolvimento de autonomia e confiança pelos profissionais de saúde. Dentro da concepção educacional da proposta, as oficinas teóricas introduzem os participantes aos fundamentos do conhecimento; já as tutorias surgem como ferramentas catalisadoras, ao manter-se integradas às equipes de saúde, conhecendo as necessidades *in loco*, fortalecendo as bases teóricas e conceituais e dando robustez à prática assistencial<sup>26,37</sup>.

O apoio matricial também foi percebido pelos atores como instrumento de educação permanente, potencializando a normalização e padronização de processos.

*...tivemos um período bom que estava funcionando muito bem, porque a gente vinha fazendo esses matriciamentos com mais frequência. A equipe também permanecia a mesma. À medida que vão mudando os profissionais, nós temos que fazer novamente os matriciamentos para manter... (M1AAE, Trabalhadora)*

O processo de matriciamento, sendo dinâmico e adequado às demandas de determinada rede temática, promove o alinhamento de diretrizes e critérios utilizados no manejo clínico e na estratificação de risco, o que desencadeia maior diálogo entre equipes da AAE e APS e ajuste recíproco<sup>26,37</sup>.

*...às vezes, por exemplo, a ginecologista: “Vamos fazer uma reunião amanhã sobre câncer de colo do útero”. A atenção primária manda quais são as principais dúvidas que eles querem que seja abordado, para a gente poder estar trabalhando mesmo essa educação. (COAPS1, Gestor)*

No contexto da Planificação, as ações educacionais aperfeiçoam as respostas dos sistemas de saúde à população usuária e equilibram o cenário de oferta e demanda pela atenção especializada, ao estimular não somente a aquisição de novos conheci-

mentos, mas também o cuidado compartilhado, o respeito mútuo entre profissionais generalistas e especialistas e maior satisfação do usuário<sup>26,38</sup>.

Assim, conforme a atenção especializada aproxima-se da primária, compreende suas necessidades, potencialidades e limitações, coopera tecnicamente com temas específicos identificados na rotina clínica e impulsiona a atenção primária a responder com um cuidado qualificado e emancipado em relação a esse nível de atenção. Trata-se, sobretudo, de fortalecer a capacidade resolutiva da APS, em que tecnologias complexas de cuidado — como o conhecimento — equilibram o cenário de baixa densidade tecnológica a fim de atender às necessidades em saúde da população.

Contudo, além das questões relacionadas à qualificação dos recursos humanos, elevada proporção de falas reportou dificuldades relativas à insuficiência ou inadequação de outros fatores estruturais, enfatizando a necessidade de investimentos durante os processos de implantação e implementação da Planificação.

*...essa dificuldade é que eu relatei para você, pelo desconhecimento, como é que ia funcionar isso; porque, para funcionar a planificação, você tem que, além de profissionais que tem que ter disponível, você tem que ter uma estrutura física adequada. (DRS2, Gestor)*

Os aspectos estruturais compõem a tríade de avaliação da qualidade da assistência à saúde, a qual envolve também atributos relativos ao processo e resultados. Nesse contexto, “estrutura” é compreendida como elemento organizacional, cujo escopo perpassa pelo ambiente de saúde com suas instalações e equipamentos, qualificações da equipe bem como estrutura administrativa, sendo crucial para examinar a qualidade do cuidado<sup>39</sup>. As características ambientais das unidades de saúde, sejam físicas ou ligadas ao clima organizacional (desmotivação, pressão excessiva, desvalorização profissional), podem influenciar o cuidado, por isso carecem de atenção, especialmente quando se introduzem mudanças de reorganização dos processos de trabalho.

Dentre os macroprocessos básicos, a PAS prevê a organização de itens relacionados ao espaço físico e ambiência (número adequado de salas e consultórios, acessibilidade, balcão de atendimentos), equipamentos (alinhamento com a carteira de serviços, manutenção), identificação (placas com linhas de cuidado, quadro de avisos) e sinalização (recomendações de alfabetização sanitária, crachá de identificação entre profissionais, faixas coloridas no piso para direcionar fluxo interno da unidade)<sup>33</sup>.

Nesse sentido, os participantes dos cenários analisados na presente pesquisa destacaram dificuldades e fragilidades relacionadas à realocação de atividades devido à necessidade de novo uso das instalações físicas existentes; ambiência nas unidades, envolvendo manutenção do horário protegido para reuniões de discussão e planejamento entre a equipe; rodízio entre profissionais para participação nas ofi-

cinas teóricas; diferenças salariais entre profissionais de saúde com o mesmo nível de escolaridade; e alta rotatividade de profissionais por causa de questões políticas.

*...porque, às vezes, pelo não entendimento do gestor e da própria população, quando tem horário protegido, que eles têm que reunir pra discutir e pra planejar, às vezes eles reclamam, chega a unidade, eles falam: “A unidade tá fechada.” (DRS2, Gestor)*

Os aspectos estruturais são essenciais para o bom desempenho dos processos de trabalho em saúde, sendo evidenciados também como desafios para a implementação dos processos previstos pela Planificação em diversas regiões do país<sup>24,26,40,41,42</sup>.

#### 4.3.5. Subcategoria Resultados na RAS

Concentra relatos sobre os resultados advindos da implantação da PAS, tendo como formas lexicais preponderantes “planificação” ( $\chi^2 = 95,811$ ), “importante” ( $\chi^2 = 86,089$ ) e “RAS” ( $\chi^2 = 80,694$ ). A subcategoria apresenta destaques para as melhorias e impactos vivenciados por meio da planificação, tanto na qualidade da atenção e integração dos serviços quanto na organização e estruturação das Redes de Atenção à Saúde.

*...hoje, em toda a região (...) a gente consegue fazer com que eles [citando os atores estratégicos como os coordenadores, os diretores das instituições de saúde] participem desses espaços, trazendo discussões importantes para a organização dos processos. Tudo isso garantindo a integração dessa rede. (COAAE1, Gestora)*

As percepções dos entrevistados, principalmente os gestores, enfatizam a importância da planificação na integração da rede, reportando-se a temas relevantes como a organização dos processos, a integração dos serviços e a práxis de qualidade, tanto na gestão quanto no desenvolvimento profissional e na assistência prestada.

*...então, eu falo que a planificação, ela vem, na verdade, para trazer organização e eficiência da própria Rede de Atenção à Saúde, ela vem para melhorar a qualidade assistencial, ela vem para trazer uma qualificação da gestão e dos profissionais, vem para sistematizar os processos de trabalho. (DRS2, Gestora)*

Amaral e Bosi<sup>43</sup> consideram a integração como uma das características mais importantes na RAS, já que ela articula e integra todos os pontos de atenção da rede. Tal contexto favorece a continuidade do cuidado e a complementaridade das intervenções de forma compartilhada e integral, promovendo a manutenção de vínculo entre usuários, profissionais e equipe de saúde. Os achados corroboram estudos anteriores que apresentaram, como resultados do processo de Planificação, mudanças no processo de trabalho da equipe, consolidação da integração entre a APS e AAE e melhorias na coordenação entre profissionais especialistas e generalistas<sup>24,37</sup>.

As falas apontam para os efeitos da Planificação decorrentes da integração da RAS, os quais perpassam por melhorias em indicadores de resultado, como as taxas de mortalidade materna e infantil, demonstrando aspectos relacionados à efetividade da PAS.

*...garantindo essa continuação do cuidado de forma segura, que seria também um outro ponto positivo. Tudo isso graças à planificação que conseguiu garantir essa integração da rede. A redução da mortalidade materno-infantil, por conta desse alinhamento com toda a região (...), a gente reduziu, nos primeiros anos da implantação do processo, a gente conseguiu quase 100%. (COAAE1, Gestora)*

Nesse sentido, a PAS apresenta-se como metodologia potente para a qualificação da atenção à saúde, de forma a colaborar com a concretização de respostas efetivas das RAS diante das necessidades de saúde, principalmente no que diz respeito ao cuidado aos usuários com condições crônicas não agudizadas<sup>26,44</sup>. Sob diferentes óticas, os relatos dos entrevistados apresentaram a Planificação como:

*"proposta de mudança e organização da rede (...)" (DRS2, Gestora)*

*"focada sempre na melhoria das práticas clínicas com assistência de qualidade (...)" (COAAE1, Gestora)*

Segundo eles, a PAS propiciou ainda a

*"...valorização da atenção primária e a necessidade, porque todos nós sabemos da necessidade de sair de um modelo de saúde curativo para um modelo de saúde que previne agravos, senão a conta não vai fechar futuramente." (EF1AAE, Trabalhador)*

Além disso, outro resultado apontado foi a percepção do papel de cada ponto de atenção dentro da RAS, o que favoreceu a organização dos fluxos de encaminhamentos e assistenciais.

*...à medida que a planificação veio, que foram acontecendo as oficinas, eu percebi que tanto a primária quanto à especializada conseguiu entender o seu papel dentro da rede e melhorar a assistência ao usuário, porque, antes, o usuário ficava perdido, era como se um jogasse para o outro. (M1AAE, Trabalhador)*

Segundo gestores e trabalhadores de saúde, o contato entre APS e AAE tornou-se mais harmonioso, favorecendo um cuidado mais completo ao usuário. Na percepção dos trabalhadores, a PAS trouxe ferramentas que permitiram o direcionamento da práxis assistencial.

*...a planificação veio estruturando tudo, dando um direcionamento de como fazer. Eu sou muito grata por ter participado desse processo, ter vivenciado todo esse processo. Hoje eu tenho orgulho de trabalhar nesse serviço. (M1AAE, Trabalhador)*

Esses resultados assemelham-se aos encontrados por Guerra<sup>38</sup>, que identificou impactos da PAS tanto em mudanças organizacionais — tais como qualificação dos macroprocessos e microprocessos da APS, organização dos processos básicos da AAE e atuação da equipe de maneira interprofissional — quanto em mudanças no sistema de saúde, com fortalecimento da capacidade resolutiva da RAS, gestão da saúde integrada entre níveis e maior eficiência dos serviços e da rede.

Houve, porém, apontamentos de dificuldades relacionadas à disponibilidade de profissionais para garantir a oferta dos serviços e atividades propostos pela PAS.

*...tudo isso foi possível graças à planificação, que garantiu essa integração da RAS, que nós não tínhamos lá no início; foram várias dificuldades, também em relação à carteira básica, a carteira de serviço no início, porque nós não tínhamos todos os profissionais... (COAAE1, Gestora)*

A escassez e má distribuição de recursos humanos qualificados e a insuficiência de recursos financeiros e materiais mantêm-se como desafio a ser enfrentado. Outras evidências científicas sobre Planificação também demonstraram que o financiamento e previsão orçamentária insuficientes, assim como a ausência de repasses de recursos geram tensões frequentes entre a gestão estadual e municipal, dificultando a participação de diferentes municípios na PAS<sup>42</sup>.

Vale destacar que, para organizar os serviços, a implantação das RAS pressupõe a priorização política, com investimento em recursos humanos, materiais e estrutura física adequada, bem como previsão financeira<sup>41</sup>. Além disso, a programação e destinação orçamentária relacionadas ao dimensionamento de recursos humanos, equipamentos e insumos são essenciais para a gestão das condições crônicas, as quais demandam cuidado contínuo dos diferentes níveis de atenção<sup>32</sup>.

#### 4.3.6. Subcategoria Cuidado Compartilhado

O vocábulo “cuidado” apresentou o maior valor de qui-quadrado (252,213) da análise textual, sendo seguido por “compartilhamento” ( $\chi^2 = 93,272$ ), “contínuo” ( $\chi^2 = 83,048$ ) e “atenção” ( $\chi^2 = 81,537$ ), o que sinaliza a relevância desses termos em todo o contexto da planificação. As falas dos entrevistados reportam-se ao cuidado compartilhado entre a APS e AAE e ao ciclo de atenção contínua presente no modelo PASA.

*...chegando aqui conosco, ele passa pelo ciclo de atenção contínua com a equipe multiprofissional e, ao final, ele gera um plano de cuidado. Esse plano é compartilhado com a APS e é monitorado tanto pela atenção especializada quanto pela APS. (COAAE1, Gestor)*

A tecnologia de saúde denominada “Ciclo de Atenção Contínua” permite aos usuários receberem atendimentos sequenciais por diferentes profissionais de saúde, conforme a linha de cuidado e rede temática estabelecida, e insere-se nos macro-processos da AAE relacionados à Função Assistencial e Educacional<sup>37</sup>. Trata-se da proposição de novos formatos para os encontros clínicos, superando os modelos essencialmente uniprofissionais e centrados na figura médica<sup>30</sup>.

Na culminância da primeira função, têm-se a elaboração de um único plano em que as orientações, encaminhamentos e metas de cada profissional são sistematizados e posteriormente acompanhados pela APS. Quanto ao aspecto educacional, durante esse ciclo de atendimentos, os usuários são envolvidos em ações educacionais que buscam aperfeiçoar as habilidades de autocuidado<sup>33</sup>. Experiência relatada no Centro-Oeste aponta que a implementação do ciclo de atenção contínua demanda ações complementares dos gestores das regiões, envolvendo adequações estruturais (espaços físicos e recursos humanos) e organizacionais (elaboração de fluxos e protocolos)<sup>37</sup>.

Além do exposto, houve destaque para a integração entre esses dois níveis de atenção (APS/AAE), por meio do plano de cuidado e dos formulários de compartilhamento de cuidado.

*...vários exemplos de que a planificação trouxe principalmente a integração da APS com a AAE (...). As agendas passaram a ser compartilhadas. As agendas de atendimento e exames dos usuários passaram a ser cuidado compartilhado e conhecido por ambas as equipes. (COAAE1, Gestor)*

A coordenação do cuidado entre pontos de atenção requer interações colaborativas entre a equipe multidisciplinar e usuários, incluindo a transferência oportuna de informações clínicas, a comunicação eficaz e a tomada de decisão compartilhada<sup>45</sup>. Estudos brasileiros sobre a PAS evidenciam a coordenação do cuidado partilhada entre profissionais generalistas e especialistas em um sistema integrado em redes, fomentando a integração assistencial e de profissionais, com o fim de obter melhores resultados sanitários<sup>2,2326,42</sup>. Na PAS, a proposta das ações volta-se ao fortalecimento da coordenação do cuidado pela APS e do vínculo do usuário com esse nível de atenção conforme o cuidado é compartilhado, especialmente com a atenção especializada.

Entende-se “cuidado compartilhado” como estratégia de atenção vantajosa para pacientes com condições crônicas, envolvendo avaliação e monitoramento coletivos, condução por equipe multiprofissional e foco no cumprimento de metas definidas conjuntamente<sup>2,37</sup>. A compreensão dos preceitos do cuidado compartilhado e seu estabelecimento na relação entre equipes compõem o rol de expectativas de aprendizagem das ações educacionais no contexto da PAS voltadas aos profissionais tanto da APS quanto da AAE<sup>38</sup>.

Tal proposição busca a continuidade da assistência independentemente do ponto de atenção ao estabelecer objetivos comuns e a sincronia de ações. Para os entrevistados, o plano de cuidados é um instrumento de planejamento e monitoramento, agregando informações do ciclo de atenção contínua e estabelecendo uma ponte entre APS e AAE.

*...após esse agendamento, esse plano de cuidado é compartilhado junto à atenção primária à saúde e é agendado com esse compartilhamento de cuidado dos usuários que foram atendidos naquele dia: um momento de feedback junto à atenção primária. (AS1AAE, Trabalhadora)*

Nesse sentido, para além do registro de informações, o Plano de Cuidado assume diferentes funções: instrumento de comunicação triangulada entre equipes da APS e AAE e destas com o usuário<sup>33</sup>; ferramenta de construção coletiva da nova identidade da AAE na RAS<sup>46</sup>; e meio no qual a integração se manifesta<sup>37</sup>. Experiências exitosas de Planificação destacam também a aplicação do plano de cuidado como dispositivo matriciador, na medida em que seu monitoramento é realizado conjuntamente, envolvendo o usuário em suas discussões e aperfeiçoando aspectos da corresponsabilização do cuidado<sup>40</sup>.

Os relatos apontam também para a atuação do gestor do cuidado na implementação e acompanhamento das metas inseridas no plano de cuidado: *"a gente vai tentar alinhar e vai repassar para a atenção primária para aquela pessoa, aquela enfermeira, que é o gestor do cuidado daquele usuário da APS, tudo que foi pontuado de acordo com a inconformidade."* (AS1AAE, Trabalhadora)

Porém, diferentes dificuldades foram relatadas quanto à concretização desse cenário, envolvendo a distribuição da carga horária dos profissionais de saúde e a necessidade de progressos na estratificação de risco pela APS a fim de que o encaminhamento para a AAE seja ordenado.

*...a gestão do tempo é fundamental. A gente trabalha com uma carga horária puxada. Isso dificulta bastante na questão até da elaboração desses planos de cuidado. A gente vem tentando e temos dificuldade para conseguir fazer os planos de cuidado por causa do tempo mesmo. (MIAAE, Trabalhadora)*

*...estamos atualmente realizando o ciclo de atenção contínua em apenas dois dias por semana, pois não temos duas equipes. Os municípios ainda não têm toda a estratificação de risco para que os usuários cheguem à atenção especializada completamente referenciados e específicos ao atendimento de alto risco. (COAAE2, Gestor)*

Dentre os macroprocessos da AAE, a Planificação prevê a elaboração de planos de cuidados para todos os usuários, devendo considerar, além das condições clínicas, a capacidade de autocuidado, a compreensão cognitiva em relação à sua

autogestão de saúde, bem como a disponibilidade de rede de apoio que possibilite suporte adicional nesse processo<sup>33</sup>. Porém, é preciso incluir nesse aporte de fatores a disponibilidade de recursos humanos e de tempo necessários para a efetivação das tecnologias propostas.

#### 4.3.7. Subcategoria Implantação

Relaciona-se ao processo de implantação da PAS, tendo como palavras mais características “município” ( $\chi^2 = 128,75$ ), “municipal” ( $\chi^2 = 101,88$ ) e “processo” ( $\chi^2 = 97,86$ ). O foco está nos aspectos institucionais e operacionais da Planificação. Reporta-se aos processos de adesão, implantação e de expansão da PAS, retratando o status e o potencial de mudança com o seu desenvolvimento nos municípios e regiões de saúde. Aborda a dimensão política referente à tomada de decisão dos gestores e ao exercício do poder político para a efetivação da PAS. As falas destacam o município como local estratégico e prioritário para o desenvolvimento das oficinas e tutorias, citando a região de saúde como preponderante na coordenação regional representativa do estado.

*... a gente fez aquele primeiro contato com o conselho municipal de saúde, com os nossos vereadores, juntamente com o prefeito. Fizemos uma explanação sobre esse processo da planificação, a inserção do início das oficinas.*  
(ADMRT, Trabalhador APS)

A PAS mantém o município como locus de atuação estratégica ao considerar a APS o eixo prioritário para a mudança no modelo assistencial vigente, de forma que o envolvimento dos atores políticos torna-se fundamental para sua efetivação. Os relatos apresentam esse momento preparatório de implantação da PAS ao envolver a articulação, mobilização e adesão dos municípios por meio da participação ativa das secretarias municipais e estaduais de saúde com o apoio do Conass. Nessa fase inicial, após a apresentação da estratégia, são realizadas pactuações e definições tanto estratégicas quanto técnicas, com os representantes políticos dos dois entes federativos. Busca-se o apoio gestor ao corpo técnico-gerencial, a fim de que as mudanças atitudinais e procedimentais ocorram de forma sustentável, independentemente das futuras alterações nas representações políticas e assistenciais<sup>8</sup>.

Nesse primeiro passo, a coordenação entre municípios no âmbito das regiões de saúde é um aspecto relevante na Planificação, cujas discussões para readequação dos fluxos assistenciais e reorganização de processos de trabalho deverão ocorrer na instância da Comissão Intergestores Regional (CIR). Vale destacar que a organização e articulação entre gestores estaduais e municipais são apontadas como elementos facilitadores na conformação das RAS<sup>42</sup>.

Os participantes ressaltaram a importância das oficinas tutoriais, as quais se apresentaram como espaços para alinhamentos conceituais acerca do papel da

APS na coordenação das RAS, compartilhamento de experiências e identificação de necessidades a serem atendidas.

*...principalmente quando a gente tem os nossos encontros na regional, que a gente se encontra com outros responsáveis técnicos ou com outros tutores e tem os momentos da oficina, pré-oficina tutorial que a gente faz com os tutores, a gente consegue ter uma troca de experiência bem bacana.*  
(COAPS2, Gestor)

As falas evidenciaram que, mesmo partindo de uma base fortemente teórica, a Planificação ancora-se no “fazer com” por meio do desenvolvimento de ações concretas baseadas nas necessidades de saúde de cada localidade, traduzindo a proposição da PAS de um cuidado contextualizável. Os achados corroboram estudos anteriores ao demonstrar que as oficinas teóricas permitem não somente a atualização de conhecimentos, mas também propiciam ações reflexivas dos participantes<sup>26,47</sup>.

Sobre o modelo operacional da PAS, os segmentos de textos refletem a sua expansão com base nos denominados “Laboratórios de Inovações”, os quais demonstram que a metodologia pode ser operacionalizada. Isso permite a capilaridade das mudanças processuais para outras unidades de saúde, tendo a primeira como referência.

*...agora, com o processo de expansão, a gente está colhendo uma quantidade de frutos mais significativa pela questão de que a expansão nos traz esse resultado de que o município, como um todo, está andando planificado.*  
(AS1AAE, Trabalhador)

A Planificação acontece baseada no desenvolvimento da cultura de melhoria contínua, ao promover o uso de ferramentas de gestão baseadas no ciclo PDCA, no qual a organização dos macroprocessos segue por momentos de planejamento, execução, monitoramento e aplicação de ajustes necessários. O trabalho das equipes baseia-se em Planos de Ação cujos resultados são acompanhados por meio de indicadores<sup>33</sup>.

Os profissionais de saúde destacaram dificuldades relacionadas ao entendimento e apoio dos atores políticos em relação à Planificação.

*...a população já sabe esse processo. E a gente teve também as questões políticas. Vereador que perguntava por que não estava trabalhando, por que que estava reunido. Então, assim, não, nós estávamos trabalhando, só que em horários diferenciados.* (ADMRT, Trabalhador APS)

A proposta de reorganização dos macroprocessos básicos da APS, prevista na PAS, envolve a inclusão de horário protegido para educação permanente da equipe, além de horário protegido para o tutor, caso ele divida suas atividades com as ações assistenciais<sup>33</sup>.

Assim, o processo educacional e de fundamentação teórica é uma das bases da Planificação. Tais ações ocorrem não apenas no processo de implantação da PAS, mas também durante todo seu desenvolvimento, em momentos como o matriciamento de equipes e elaboração de planos de cuidados. A instabilidade e transitoriedade política ainda são desafios à PAS, estando relacionadas à elevada rotatividade de profissionais e gestores, o que se reflete na descontinuidade de vários processos de trabalho bem estabelecidos<sup>47</sup>.

Além disso, as inseguranças geradas podem ser influenciadas pelo papel passivo da população, restrito à recepção das mudanças sem o entendimento aprofundado do processo. Como possibilidade de enfrentamento dessa situação, as falas de gestores participantes na pesquisa indicaram o maior envolvimento do controle social nas fases iniciais de implantação da Planificação, a fim de empoderar a população para que compreenda e se aproprie da proposta, passando a defendê-la e a cobrar sua continuidade, mesmo diante de mudanças na gestão.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa permitiu conhecer a percepção de atores-chave a respeito da PAS. Também possibilitou verificar que os resultados dessa Planificação têm semelhanças com aqueles encontrados em outros estudos realizados no Brasil.

O uso do software IRaMuTeQ mostrou-se uma ferramenta potente para subsidiar o processamento e análise dos dados, particularmente no tocante à organização, codificação e gerenciamento. Entretanto, é importante destacar que a responsabilidade pela profundidade da análise e interpretação contextualizada dos dados permaneceu com a equipe da pesquisa, focalizando o objetivo, rigor, clareza e relevância.

Dentre os achados, destaca-se o papel da PAS na qualificação da atenção à saúde e na organização das RAS. Sua implementação — pautada em ações educacionais, processos de trabalho reestruturados e integração entre os serviços e níveis de atenção da rede — exige decisão política, envolvimento e articulação entre diversos atores nas esferas municipal, regional e estadual.

Os demais resultados apontaram que o desenvolvimento da PAS promove o fortalecimento da APS enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado; a ampliação do acesso à saúde; a definição de fluxos para os atendimentos na rede; a (re)significação do papel e das funções da AAE; a qualificação profissional; a padronização/normalização dos processos de trabalho por meio de diretrizes clínicas; e as mudanças nas práticas do cuidado.

Os entrevistados relataram diversas dificuldades que comprometem a qualidade dos resultados da PAS, entre as quais se destacam: insuficiência de recursos financeiros para investimento e custeio; insuficiência de recursos humanos e alta rotatividade

de profissionais das equipes; fragmentação e falhas na articulação entre APS e AAE com a atenção hospitalar; aspectos estruturais e operacionais, como infraestrutura insuficiente; fragilidade nos sistemas de apoio diagnóstico e apoio logístico; resistência dos profissionais, com o envolvimento insuficiente das equipes; e descontinuidade da planificação com a mudança de gestores.

O fato de o Conass ter participado da definição do desenho da pesquisa vai ao encontro de princípios importantes que devem ser considerados em um processo investigativo, quais sejam a utilidade e a propriedade. O primeiro busca garantir que os resultados da pesquisa sejam úteis para o processo de tomada de decisão; e o segundo, que a pesquisa seja conduzida de forma ética, respeitando os interesses dos envolvidos.

Vale ressaltar, como ponto forte deste estudo, a inclusão plural de atores (gestores, trabalhadores da saúde de diferentes categorias e usuários do SUS) bem como a vasta abrangência de representações geográficas, envolvendo as cinco regiões federativas do país, o que permitiu uma multiplicidade de olhares e percepções acerca da PAS. Embora não seja possível generalizar os resultados por serem distintos os contextos de implantação da PAS, o estudo permite compreensões amplas sobre avanços e fragilidades em diferentes localidades, o que pode contribuir com o aperfeiçoamento da estratégia de Planificação.

Cumprindo, dentre outros aspectos, as normativas do Comitê de Ética em Pesquisa, os resultados desta pesquisa deverão ser divulgados e comunicados a todos os atores da pesquisa envolvidos no seu desenvolvimento, fornecendo informações para a sua realização. Além disso, recomenda-se a disseminação dos seus resultados em eventos científicos e periódicos.

Como limitação deste estudo, apontam-se as dificuldades logísticas relacionadas às entrevistas com os usuários, realizadas presencialmente, o que impossibilitou atingir o quantitativo da amostra prevista em um dos municípios. Outra limitação foi a dificuldade de encontrar atores, dentre os profissionais de saúde, que se dispusessem a participar do estudo, reduzindo, assim, a amostra final prevista inicialmente.

Apesar dos desafios que possam surgir, a PAS demonstrou potencial para fomentar mudanças positivas na organização dos serviços e na qualificação do cuidado, especialmente ao fortalecer a APS como ordenadora das Redes de Atenção à Saúde. Ainda, para sua sustentabilidade e efetividade, um dos aspectos fundamentais foi o compromisso contínuo das gestões.

Essas questões remetem aos pressupostos deste estudo de que a PAS é considerada um dos instrumentos que pode ser adotado para a organização das RAS no Brasil. Isso porque ela provoca reflexões sobre o modelo de atenção vigente no SUS, estimula o envolvimento de gestores estaduais e municipais para sua implantação e favorece a mudança nos processos de trabalho dos profissionais tanto da APS quanto da AAE.

Ao apontar as potencialidades e fragilidades da PAS considerando os cenários de condução do estudo, espera-se que os presentes resultados possam contribuir para as discussões sobre a adoção desse instrumento de gestão e organização da APS e da AAE nas RAS, conforme previsto na sua concepção.

Por fim, considerando que o alcance dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (Agenda 2030) — em especial o Objetivo 3, “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades” — depende diretamente do protagonismo da APS, a sua organização por meio da PAS pode ser um dos caminhos para atingir essas metas.

## REFERÊNCIAS:

1. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549 p.: il. ISBN: 978-85-7967-075-6
2. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. 512 p.: il. ISBN 978-85-7967-078-7
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Regulação Assistencial e Controle. Curso I: Regulação de Sistemas de Saúde do SUS: módulo 4: Redes de Atenção à Saúde [recurso eletrônico]. 1ª ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. 38 p. il.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Curso I: Regulação de Sistemas de Saúde do SUS: aula 4: Redes de Atenção à Saúde [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. 40 p. il.
5. Brasil. Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 2010 Dec 31; Sec 1:88.
6. Evangelista MJ, Felisberto E, editores. Contribuições para a avaliação da efetividade da planificação da atenção à saúde [Internet]. Brasília: CONASS; 2021. 161 p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/cd-39-contribuicoes-para-a-avaliacao-da-efetividade-da-planificacao-da-atencao-a-saude/>
7. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Programa de Apoio às Secretarias Estaduais de Saúde (PASES). Regionalização e Organização de Redes de Atenção à Saúde: Planificação da Atenção à Saúde; Planejamento Regional nas

Macrorregiões de Saúde; Organização de Consórcios Interfederativos de Saúde; Organização da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. Brasília: CONASS; [s.d.]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/programa-de-apoio-as-secretarias-estaduais-de-saude/>

8. Guimarães AMDN, Cavalcante CCB, Evangelista MJO, Lins MZS, editores. Planificação da atenção à saúde: um instrumento de gestão e organização da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada nas Redes de Atenção à Saúde [Internet]. Brasília: CONASS; 2018. 301 p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/caderno-conass-documenta-n-31/>

9. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Planificação da atenção primária à saúde nos estados [Internet]. Brasília: CONASS; 2011. 440 p. Disponível em: [https://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd\\_23.pdf](https://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_23.pdf)

10. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Estudos sobre a planificação da atenção à saúde no Brasil 2008 a 2019: uma revisão de escopo / Maria Zélia Soares Lins. Brasília: CONASS, 2020. 240 p.: il. (Conass Documenta; v. 36). ISBN 978-65-88631-04-1

11. Brasil. Ministério da Saúde. PlanificaSUS: guia introdutório para monitoramento de indicadores [Internet]. São Paulo: Ministério da Saúde; 2021. 17 p. Disponível em: <https://planificasus.com.br/arquivo-download.php?hash=e2cb422f78494d2451e51bd3974a076613709539&t=1654891684&type=biblioteca>

12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007. 406 p.

13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014. 416 p.

14. Mendes EV, Matos MAB, Evangelista MJO, Barra RP. A construção social da atenção primária à saúde. 2ª ed. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2019. 192 p.

15. Bardin L. Análise de conteúdo. 4ª ed. Lisboa: Edições 70; 2013. 281 p.

16. Ratinaud P. IRAMUTEQ: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (v. 0.8 alpha 7) [Internet]. Toulouse; 2024. Disponível em: <http://www.iramuteq.org>

17. Sousa YSO. O uso do Software Iramuteq: fundamentos de lexicometria para pesquisas qualitativas. Estud Pesqui Psicol. 2021;21(spe):1541–60. doi: <https://doi.org/10.12957/epp.2021.64034>. Disponível em: [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-42812021000400014&script=sci\\_abstract](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-42812021000400014&script=sci_abstract)

18. Sousa YSO, Gondim SMG, Carias IA, Batista JS, Machado KCM. O uso do software Iramuteq na análise de dados de entrevistas. *Pesqui Prát Psicossociais*. 2020;15(2):1–19. Disponível em: [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-89082020000200015](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082020000200015)
19. Brasil. Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. 2013 Jun 13; Sec 1(12):59.
20. Brasil. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. *Diário Oficial da União*. 2016 May 24; Sec 1(98):44–6.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Ofício circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 Feb 24. Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/images/Oficio\\_Circular\\_2\\_24fev2021.pdf](https://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf)
22. Russel DJ, *et al*. Helping policy-makers address rural health access problems. *Aust. J. Rural Health*. 2013; 21(2): 61-71. doi: <https://doi.org/10.1111/ajr.12023>
23. Albuquerque AC, *et al*. Planificação da atenção à saúde: implantação dos macroprocessos de trabalho em quatro localidades brasileiras. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro. 2023; 21:e02377230. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2377>.
24. Ziani JS, *et al*. Implementação do Planificasus na atenção primária à saúde: relato de experiência. **Arq. ciências saúde UNIPAR**, Paraná . 2023; 27(6): 2433-46. doi: 10.25110/arqsaude.v27i6.2023-020.
25. Sousa A, Shimizu HE. Coordenação na atenção básica e integração da Rede de Atenção à Saúde: em que avançamos. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro. 2024; 48(Esp.2):e8784. doi: <http://doi.org/10.1590/2358-28982024E28784P>.
26. Guerra S, *et al*. Ações educacionais da Planificação da Atenção à Saúde: percepções dos profissionais em duas Regiões de Saúde do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo. 2025;41(4):e00177724. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT177724>
27. Vázquez ML, Vargas I, Garcia-Subirats I, Unger JP, De Paepe P, Mogollón-Pérez AS, *et al*. Doctors' experience of coordination across care levels and associated factors. A cross-sectional study in public healthcare networks of six Latin American countries. *Soc Sci Med*. 2017;182:10-9.
28. Melo EA, Gomes GG, Carvalho JO, Pereira PHB, Guabiraba KPL. A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas

nacionais do SUS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 2021;31(1):e310109. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310109>.

29. Farias CM, Giovanella L, Oliveira AE, Santos Neto ET. Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde. *Saúde debate* 2019;43(Esp.5):190-204. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S516>.

30. Mendes EV. *Desafios do SUS*. 1ª Ed. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2019. ISBN 978-85-8071-059-5

31. Souza IS, Neto FTP, Pereira RCFG, Shimocomaqui GB, Paz ACP, Paresque MAC, et al. Caracterização dos tutores de ensino-aprendizagem em serviços públicos de saúde e temas de interesse para atuação. *Rev Esc Enferm USP* 2024;58:e20230268. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0268pt>

32. Almeida LY, Belotti L, Eshriqui I, Sousa AAF, Vesga-Varela AL, Nunes GM, et al. Envolvimento dos stakeholders na definição de prioridades para pesquisa de implementação sobre a Planificação da Atenção à Saúde. *Acta Paul Enferm* 2023;36(supl1):eAPESPE01964. doi: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AOSPE01964>

33. Brasil. Ministério da Saúde. Real e Benemerita Associação Portuguesa de Beneficência. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Planificação da Atenção à Saúde: diretrizes metodológicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2023

34. Landim ELAS, Guimarães MCL, Pereira APCM. Rede de Atenção à Saúde: integração sistêmica sob a perspectiva da macrogestão. *Saúde debate* 2019; 43 (Esp.5):161-73. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S514>

35. Shimocomaqui GB, Masuda ET, Souza VG, Gadelha AKS, Eshriqui I. Atenção ambulatorial especializada à saúde materno-infantil em regiões do PlanificaSUS. *Rev Saude Publica*. 2023;57(Supl 3):3s. doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057005336>

36. Rocha R. More doctors, better health? Consolidating evidence from Brazil's Mais Médicos program. *Social Science Medicine* 2025; 364:117559. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117559>

37. Evangelista MJO, Ferreira MLC, Souza VL, et al. O Planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde no DF, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019; 24(6):2115-24. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08882019>.

38. Guerra S, Albuquerque AC de, Marques P, Oliveira I, Felisberto E, Dubeux LS, et al. Construção participativa da modelização das ações educacionais da estratégia

de Planificação da Atenção à Saúde: subsídios para avaliação da efetividade. *Cad Saúde Pública*. 2022; 38(3):e00115021. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00115021>.

39. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. 1966 Reimpressão. *Milbank Q* 2005;83(4):691-729. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>

40. Conass. Lins MZ, organizadora. Estudos sobre a Planificação da atenção à saúde no Brasil 2008 a 2019: uma revisão de escopo. Brasília, DF: Conass; 2020. (Conass Documenta, 36).

41. Jesus JGL, Campos CMS, Scagliusi FB, Burlandy L, Bógus CM. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família voltado às pessoas com sobrepeso e obesidade em São Paulo. *Rev. Saúde debate* 2022; 46(132):175-187. doi: <http://doi.org/10.1590/0103-1104202213212>

42. Tanaka OY, Viana ALD, Dantas KPS, Silva VD. Challenges to implementing planning processes in Brazilian health regions. *Rev Saúde Pública*. 2023; 57(Suppl 3):2s. doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057005138>.

43. Amaral CEM, Bosi MLM. O desafio da análise de redes de saúde no campo de saúde coletiva. *Rev. Saúde Soc* 2017; 26(2): 424-34. <http://doi.org/10.1590/S0104-12902017170846>

44. Guedes BAP, Vale FLB, Souza RW, Costa MKA, Batista SR. A organização da atenção ambulatorial secundária na SES DF. *Ciênc. saúde colet* 2019;24(6):2125-34. <http://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08632019>

45. Vázquez ML, Vargas I, Garcia-Subirats I, Unger JP, De Paepe P, Mogollón-Pérez AS, et al. Doctors' experience of coordination across care levels and associated factors. A cross-sectional study in public healthcare networks of six Latin American countries. *Soc Sci Med*. 2017;182:10-9.

46. Evangelista MJO. Planificação da atenção à saúde: uma proposta de gestão e organização da atenção primária à saúde e da atenção ambulatorial especializada nas Redes de Atenção à Saúde. *Rev. Consensus* 2016; 20:1-6. Disponível em: [https://www.conass.org.br/consensus/wp-content/uploads/2019/04/Artigo\\_consensus\\_20.pdf](https://www.conass.org.br/consensus/wp-content/uploads/2019/04/Artigo_consensus_20.pdf)

47. Júnior SAO, Chaves ECR, Lima SBA, Leite DS, Cardoso KB, Costa ILOF, et al. O olhar dos gestores municipais sobre a planificação da rede temática de atenção à saúde. *REAS* 2021;13(2):e5385. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e5385.2021>



# APÊNDICES

## APÊNDICE 1 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM GESTORES

<b>Planificação da Atenção à Saúde: uma estratégia de organização das Redes de Atenção à Saúde no SUS na perspectiva dos atores envolvidos</b>	
<b>TEMA: Roteiro para entrevistas com gestores</b>	
N.º da Entrevista: _____ Data da realização: ____/____/____ Código da entrevista: _____ Código do Município: Ro ( ) Cx ( ) BJ ( ) Cac ( ) Cap ( ) Ub ( ) Mal ( )	
<b>CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA</b>	Resposta
<b>1. Tempo de atuação na PAS</b>	1. _____
<b>2. Idade</b>	2. _____
<b>3. Sexo</b> 1. Feminino      2. Masculino      3. Não informado	3. _____
<b>4. Grau de Instrução / Escolaridade</b> 1. Ensino Fundamental    2. Ensino Médio    3. Ensino Superior    4. Pós-graduado    5. Sem grau de instrução    6. Não informado	4. _____
<b>5. Categoria Profissional</b> 1. Cirurgião dentista      2. Enfermeiro      3. Médico    4. Outro (especificar) _____	5. _____
<b>6. Cargo/função</b> 1. Gestor: 1.1. Secretário Estadual da Saúde    1.2. Dirigente da Regional de Saúde    1.3. Prefeito Municipal    1.4. Secretário Municipal da Saúde 1.5. Coordenador da APS    1.6. Coordenador da AAE 1. Cirurgião dentista    2. Enfermeiro    3. Médico    4. Outro (especificar) _____	6. _____
<b>6. Cargo/função</b> 1. Gestor: 1.1. Secretário Estadual da Saúde    1.2. Dirigente da Regional de Saúde    1.3. Prefeito Municipal    1.4. Secretário Municipal da Saúde 1.5. Coordenador da APS    1.6. Coordenador da AAE	6. _____
<b>7. Dados do local onde atua</b> 1. Estado      2. Região de Saúde      3. Município	7. _____
<b>PERGUNTA NORTEADORA:</b>	
A planificação da atenção à saúde vem sendo desenvolvida no seu estado/região de saúde/ município. Nos conte a sua participação no processo de Planificação.	

Complemento:

1. Nos conte como encontra-se o processo de expansão da planificação para as UBS do município (Secretário Municipal de Saúde e Coordenador da APS).
2. Nos fale um pouco sobre a área de abrangência do ambulatório (está vinculado a quantos municípios da região; a sua capacidade está programada para atender quanto por cento da população estratificada como alto e muito alto risco?) e quantos dias por semana o ambulatório realiza atendimentos? (Dirigente da Regional, Coordenador da AAE)
3. Nos conte situações em que a Planificação ajudou na organização da Rede de Atenção à Saúde;
4. Nos conte situações em que o senhor enfrentou dificuldades para implantação da Planificação;
5. O senhor percebeu mudanças no serviço de saúde da sua região com a Planificação?
6. O senhor gostaria de acrescentar algo que considere importante e que não foi contemplado na entrevista?

## APÊNDICE 2 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS TRABALHADORES DA SAÚDE

<b>Planificação da Atenção à Saúde: uma estratégia de organização das Redes de Atenção à Saúde no SUS na perspectiva dos atores envolvidos</b>	
<b>TEMA: Roteiro para entrevistas com os trabalhadores da saúde</b>	
N.º da Entrevista: _____ Data da realização: ____/____/____ Código da entrevista: _____ Código do Município: Ro ( ) Cx ( ) BJ ( ) Cac ( ) Cap ( ) Ub ( ) Mal ( )	
<b>CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA</b>	Resposta
<b>1. Tempo de atuação na PAS</b>	1. _____
<b>2. Idade</b>	2. _____
<b>3. Sexo</b> 1. Feminino      2. Masculino      3. Não informado	3. _____
<b>4. Grau de Instrução / Escolaridade</b> 1. Ensino Fundamental   2. Ensino Médio   3. Ensino Superior 4. Pós-graduado   5. Sem grau de instrução   6. Não informado	4. _____
<b>5. Categoria Profissional</b> 1. Assistente social   2. Cirurgião dentista   3. Educador físico 4. Enfermeiro   5. Farmacêutico   6. Fisioterapeuta   7. Médico 8. Nutricionista   9. Psicólogo   10. Técnico de enfermagem   11. ACS *   12. Outro _____	5. _____
<b>6. Cargo/função</b> 2. <i>Trabalhador da Saúde:</i> 2.1. Profissional de nível superior   2.2. Profissional de nível médio	6. _____
<b>7. Dados do Ponto de Atenção à Saúde onde atua</b> 1. Unidade laboratório da APS   2. Unidade da AAE   3. Centro Colaborador	6. _____

\* ACS: Agente Comunitário de Saúde

**PERGUNTA NORTEADORA:**

A planificação da atenção à saúde vem sendo desenvolvida no seu estado/região de saúde/município. Nos conte a sua participação no processo de Planificação.

Complemento:

**APS:**

1. Nos fale sobre o seu processo de trabalho na unidade (estratificação de risco, planejamento do cuidado; encaminhamentos para a AAE);
2. Nos conte como ocorre o processo de integração entre APS e AAE (em relação ao conhecimento recíproco dos profissionais e da atuação conjunta, seja por educação permanente nos vários formatos, como o matriciamento, supervisão, visitas recíprocas aos serviços, pelo compartilhamento do plano de cuidado e utilização de *Whatsapp*, *e-mail* e chats de discussão, dentre outros);
3. Você percebeu mudanças com a planificação no seu processo de trabalho?
4. Nos conte situações em que a Planificação ajudou na organização da Rede de Atenção à Saúde;
5. Nos conte situações em que o senhor enfrentou dificuldades para implantação da Planificação;
6. Você gostaria de acrescentar algo que considere importante e que não foi contemplado na entrevista?

**AAE:**

1. Nos fale um pouco sobre a área de abrangência do ambulatório (está vinculado a quantos municípios da região; a sua capacidade está programada para atender quanto por cento da população estratificada como alto e muito alto risco?) e quantos dias por semana o ambulatório realiza atendimentos?
2. Nos fale sobre o seu processo de trabalho na unidade (quais os formatos de atendimento que realiza? - Ciclo de Atenção Contínua; atendimento em grupo; discussão de casos entre a equipe; plano de cuidados; autocuidado apoiado);
3. Como ocorre o processo de integração entre APS e AAE? (em relação ao conhecimento recíproco dos profissionais e da atuação conjunta, como o matricialmente, seja por visitas recíprocas aos serviços, pelo compartilhamento do plano de cuidado e pela utilização de *Whatsapp*, *e-mail* e chats de discussão, dentre outros);
4. Nos fale sobre demais funções do ambulatório previstas no modelo PASA, além da assistência (educação permanente, supervisão, ensino e pesquisa);
5. Você percebeu mudanças com a planificação no seu processo de trabalho?
6. Nos conte situações em que a Planificação ajudou na organização da Rede de Atenção à Saúde;
7. Nos conte situações em que o senhor enfrentou dificuldades para implantação da Planificação;
8. Você gostaria de acrescentar algo que considere importante e que não foi contemplado na entrevista?

## APÊNDICE 3 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM USUÁRIOS

**Planificação da Atenção à Saúde: uma estratégia de organização das Redes de Atenção à Saúde no SUS na perspectiva dos atores envolvidos**

**TEMA: Roteiro para entrevistas com usuários**

N.º da Entrevista: \_\_\_\_\_

Data da realização: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Código da entrevista: \_\_\_\_\_

Código do Município: Ro ( ) Cx ( ) BJ ( ) Cac ( ) Cap ( ) Ub ( ) Mal ( )

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA	Resposta
1. Idade	1. _____
2. Sexo 1. Feminino      2. Masculino      3. Não informado	2. _____

<b>3. Grau de Instrução / Escolaridade</b> 1. Ensino Fundamental    2. Ensino Médio    3. Ensino Superior    4. Pós-graduado    5. Sem grau de instrução    6. Não informado	<b>3. _____</b>
<b>4. Dados do Ponto de Atenção à Saúde onde foi abordado</b> 1. Unidade laboratório da APS    2. Unidade da AAE    3. Centro Colaborador	<b>4. _____</b>
<b>5. Linha de Cuidado Contemplada</b> 1. Saúde materna    2. Saúde da criança    3. Hipertensão e Diabetes 4. Saúde do idoso    5. Saúde mental	<b>5. _____</b>
<b>PERGUNTA NORTEADORA:</b>	
<p>Aqui no seu município está acontecendo a Planificação/PlanificaSUS com o objetivo de organização do serviço de saúde. O que o(a) senhor(a) sabe sobre isto?</p> <p>Complemento:</p> <p><b>USUÁRIO DA APS</b></p> <p>1. Há quanto tempo o senhor é atendido nesta unidade?</p> <p>2. Nos fale sobre como se dá o seu atendimento aqui na unidade;</p> <p>3. Nos fale como o senhor é encaminhado a um especialista quando necessita deste serviço.</p> <p>4. Nos conte situações em que o seu problema de saúde foi resolvido quando procurou esse serviço;</p> <p>5. Nos conte situações em que enfrentou dificuldades para resolver o seu problema de saúde nessa unidade;</p> <p>6. Quer falar mais algo que o senhor considere importante e que não foi contemplado na entrevista?</p> <p><b>USUÁRIO DA AAE</b></p> <p>1. Há quanto tempo o senhor é atendido nesta unidade?</p> <p>2. Nos fale como o senhor foi encaminhado a este serviço.</p> <p>3. Nos fale sobre como é o seu atendimento aqui na unidade. Conte um pouco mais como se dá todo o circuito de atendimento que você recebe e quem faz parte dessa equipe de profissionais,</p> <p>4. Durante o seu atendimento nesta unidade o senhor realiza algum acompanhamento complementar, relativo a esse problema de saúde ou condição de saúde, pela equipe de “Saúde da Família” ou pela equipe multiprofissional de seu município? Nos conte sobre isso.</p> <p>5. Nos conte situações em que esse serviço o ajudou ou está ajudando a resolver o seu problema de saúde;</p> <p>6. Nos conte situações em que enfrentou ou está enfrentando dificuldades para resolver o seu problema de saúde ou condição de saúde;</p> <p>7. Quer falar mais algo que o senhor considere importante e que não foi contemplado na entrevista?</p>	

## APÊNDICE 4 - ROTEIRO PARA CONDUÇÃO DAS ENTREVISTAS PRESENCIAIS

<b>Planificação da Atenção à Saúde: uma estratégia de organização das Redes de Atenção à Saúde no SUS na perspectiva dos atores envolvidos</b>
<b>TEMA: Roteiro para condução das entrevistas presenciais</b>
<b>ANTES DO INÍCIO DA ENTREVISTA</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Organizar com antecedência a sala de realização da entrevista</li> <li>2. Garantir acesso à internet;</li> <li>3. Acessar Teams para gravação com antecedência mínima de 20 minutos.</li> <li>4. Garantir bateria do computador durante toda a entrevista (verificar pontos de tomada próximos caso precise conectar bateria)</li> <li>5. Testar o gravador do computador com antecedência;</li> <li>6. Garantir bateria dos equipamentos que forem utilizados para gravação;</li> <li>7. Garantir 2 cópias do TCLE (1 via para entrevistado e outra para pesquisador)</li> <li>8. Atenção para não citar o nome do usuário durante a entrevista: utilizar , de preferência, Senhor ou Senhora, principalmente ao se tratar de usuários</li> <li>9. Atenção para linguagem não verbal durante a entrevista (sinais de negação; confirmação; discordâncias).</li> <li>10. Conduzir a entrevista de forma neutra</li> </ol>
<b>ENTREVISTADO CHEGA À SALA</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Iniciar se apresentando;</li> <li>12. Agradecer a participação;</li> <li>13. Explicar sobre a pesquisa;</li> <li>14. Explicar sobre o TCLE e dar tempo suficiente para leitura e assinatura;</li> <li>15. Deixar 1 cópia do TCLE com entrevistado;</li> <li>16. Informar que a entrevista será gravada em uma plataforma segura e que o arquivo será baixado sem a identificação nominal do entrevistado;</li> <li>17. Falar do tempo estimado para a entrevista: 40 minutos;</li> <li>18. Pedir autorização para iniciar a gravação</li> </ol>
<b>APÓS ASSINATURA DO TCLE e AUTORIZAÇÃO DA GRAVAÇÃO</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>19. Reforçar para o entrevistado se sentir tranquilo e livre para falar o que quiser sobre sua experiência;</li> <li>20. Reforçar que não há perguntas certas ou erradas e que os pesquisadores estão ali para ouvi-lo e por isso ele pode detalhar as suas respostas;</li> <li>21. Caso o entrevistado não entenda a pergunta ficar atento para a reformulação da mesma;</li> </ol>
<b>APÓS FINALIZAÇÃO DAS PERGUNTAS</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>22. Agradecer a participação do entrevistado;</li> <li>23. Indicar que a entrevista está sendo finalizada e a gravação encerrada;</li> </ol>

## APÊNDICE 5 -ROTEIRO PARA CONDUÇÃO DAS ENTREVISTAS VIRTUAIS

<b>Planificação da Atenção à Saúde: uma estratégia de organização das Redes de Atenção à Saúde no SUS na perspectiva dos atores envolvidos</b>	
<b>TEMA: Roteiro para condução das entrevistas virtuais</b>	
<b>AGENDAMENTO DA ENTREVISTA</b>	
1.	Enviar <i>e-mail</i> ao entrevistado com confirmação do dia e horário da entrevista (TEXTO 1);
2.	Enviar em anexo ao <i>e-mail</i> tutorial de acesso ao Microsoft Teams;
3.	Enviar TCLEs para assinatura antes da data da entrevista
<b>CUIDADOS DO ENTREVISTADOR ANTES DO INÍCIO DA ENTREVISTA</b>	
1.	Organizar com antecedência o local de realização da entrevista
2.	Garantir acesso à internet;
3.	Providenciar backup para acesso ao Teams (Ex: celular) caso o computador tenha algum problema;
4.	Acessar Teams para gravação com antecedência mínima de <b>20 minutos</b> .
5.	Garantir bateria do computador durante toda a entrevista (verificar pontos de tomada próximos caso precise conectar bateria)
6.	Testar o gravador do computador com antecedência;
7.	Garantir bateria dos equipamentos que forem utilizados para gravação;
<b>ENTREVISTADO CHEGA À SALA</b>	
8.	Iniciar se apresentando;
9.	Agradecer a participação;
10.	Explicar sobre a pesquisa;
11.	Verificar se entrevistado assinou e enviou TCLE assinado ou se tem alguma dúvida a respeito;
12.	Informar que a entrevista será gravada em uma plataforma segura e que o arquivo será baixado sem a identificação nominal do entrevistado;
13.	Falar do tempo estimado para a entrevista: <b>40 minutos</b>
14.	Pedir autorização para iniciar a gravação (iniciar gravação do Teams e do próprio computador)
15.	Atenção para não citar o nome do usuário durante a entrevista: utilizar , de preferência, Senhor ou Senhora, principalmente ao se tratar de usuários
16.	Atenção para linguagem não verbal durante a entrevista (sinais de negação; confirmação; discordâncias).
17.	Conduzir a entrevista de forma neutra;
<b>APÓS AUTORIZAÇÃO DA GRAVAÇÃO</b>	
18.	Reforçar para o entrevistado se sentir tranquilo e livre para falar o que quiser sobre sua experiência;
19.	Reforçar que não há perguntas certas ou erradas e que os pesquisadores estão ali para ouvi-lo e por isso ele pode detalhar as suas respostas ;
20.	Caso o entrevistado não entenda a pergunta ficar atento para a reformulação da mesma;
<b>APÓS FINALIZAÇÃO DAS PERGUNTAS</b>	
21.	Agradecer a participação do entrevistado;
22.	Indicar que a entrevista está sendo finalizada e a gravação encerrada (encerrar gravação do Teams e do próprio computador);

## APÊNDICE 6 – MODELO DE E-MAIL DE CONVITE PARA ENTREVISTAS VIRTUAIS:

<b>Planificação da Atenção à Saúde: uma estratégia de organização das Redes de Atenção à Saúde no SUS na perspectiva dos atores envolvidos</b>
<b>TEMA: Modelo de e-mail de convite para entrevistas virtuais</b>
<p>Prezado(a) XXXXX,</p> <p>O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa <b>Planificação da Atenção à Saúde: uma estratégia de organização das Redes de Atenção à Saúde no SUS na perspectiva dos atores envolvidos</b>, sob a responsabilidade da pesquisadora <b>Tania Cristina Moraes Santa Barbara Rehem</b>. Trata-se de uma pesquisa, sob responsabilidade da Universidade de Brasília (UnB) com participação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), que buscará responder a seguinte indagação/questão: Qual é a percepção das pessoas a respeito da Planificação da Atenção à Saúde (PAS) para organização das Redes de Atenção à Saúde no SUS? <b>O objetivo desta pesquisa é compreender o papel da Planificação na organização das Redes de Atenção à Saúde no SUS, a partir da percepção de atores chave.</b></p> <p>A sua participação se dará por entrevista realizada pela equipe da pesquisa, de forma virtual, por meio da Plataforma <i>Microsoft Teams</i>, com agendamento prévio e tempo estimado para início e finalização de 40 minutos.</p> <p>Pedimos gentilmente que o(a) Senhor(a) leia cuidadosamente e, caso concorde, <b>preencha os campos indicados</b> nos Formulários referentes ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Autorização de Uso de Imagem e Som de Voz.</p> <p>O TCLE pode ser acessado pelo link: <a href="https://forms.gle/TnEmtUCAZbutLLR16">https://forms.gle/TnEmtUCAZbutLLR16</a></p> <p>O Termo de Imagem e Som pode ser acessado pelo link: <a href="https://forms.gle/i34t1zr5rNiiYwgS9">https://forms.gle/i34t1zr5rNiiYwgS9</a></p> <p>Gostaríamos ainda de confirmar a <b>data para a realização da entrevista virtual</b>:</p> <p><b>DATA: xx/xx/xxxx</b>  <b>HORA: XX:XX</b></p>
<p><b>LINK DE ACESSO À SALA DO MICROSOFT TEAMS:</b>  <a href="https://teams.microsoft.com/xxxxxxx">https://teams.microsoft.com/xxxxxxx</a></p>
<p>Em anexo a este e-mail está um tutorial para acesso ao Microsoft Teams, plataforma que será utilizada durante a entrevista. Caso tenha alguma dúvida estamos à disposição para ajudá-lo(a) no que for necessário.</p> <p>Agradecemos desde já a sua participação.</p> <p>Atenciosamente,</p> <p>Equipe Pesquisa Planificação</p>

## APÊNDICE 7: ROTEIRO DE ACESSO A PLATAFORMA TEAMS

<b>Planificação da Atenção à Saúde: uma estratégia de organização das Redes de Atenção à Saúde no SUS na perspectiva dos atores envolvidos</b>
<b>TEMA: Roteiro de acesso ao Teams (para entrevistados)</b>
<b>ANTES DA ENTREVISTA</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Organizar com antecedência a sala de realização da entrevista</li> <li>2. Garantir acesso à internet;</li> <li>3. Acessar Teams com antecedência mínima de 20 minutos.</li> <li>4. Garantir bateria do computador durante toda a entrevista (verificar pontos de tomada próximos caso precise conectar bateria)</li> </ol>

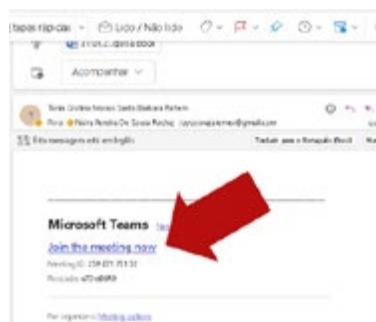
## ACESSO AO TEAMS

5. Ao ser convidado para uma reunião por meio do Microsoft Teams o(a) Senhor(a) receberá um e-mail de confirmação da reunião

6. Formato de e-mail do Gmail:



Formato de email do Hotmail



7. Com a antecedência mínima indicada você deverá clicar em **“Ingressar na reunião agora”** ou **“Join the meeting now”**

8. Mesmo que você não tenha o aplicativo do Microsoft Instalado você poderá acessar a sala

9. Clique em **“Cancelar”**

10. Clique em **“Continuar neste navegador”** se você não tem o aplicativo instalado ou Clique em **“Ingressar no aplicativo Teams”** caso tenha o aplicativo instalado no celular ou computador



11. A tela irá carregar e você poderá carregar sua imagem e fundo

12. Depois clique em “Ingressar agora”



13. A sala irá carregar e nela você poderá interagir com os entrevistadores



14. No canto superior direito é possível ativar o microfone e a câmera.

#### APÓS FINALIZAÇÃO DA ENTREVISTA

16. Após a finalização da entrevista o entrevistador irá fechar a janela.

17. Agradecemos desde já a sua participação.

## APÊNDICE 8: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - USUÁRIOS

**Planificação da Atenção à Saúde: uma estratégia de organização das Redes de Atenção à Saúde no SUS na perspectiva dos atores envolvidos**

**TEMA: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE para usuários**

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa **Planificação da Atenção à Saúde: uma estratégia de organização das Redes de Atenção à Saúde no SUS na perspectiva dos atores envolvidos**, sob a responsabilidade da pesquisadora **Tania Cristina Moraes Santa Barbara Rehem**. Trata-se de uma pesquisa, sob responsabilidade da Universidade de Brasília (UnB) com participação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), que buscará responder a seguinte indagação/questão: Qual é a percepção das pessoas a respeito da Planificação da Atenção à Saúde (PAS) para organização das Redes de Atenção à Saúde no SUS? **O objetivo desta pesquisa é compreender o papel da PAS na organização das RAS no SUS, a partir da percepção de atores chave.**

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de entrevistas individuais semiestruturadas. As entrevistas serão realizadas na unidade de saúde enquanto aguarda o atendimento. O(a) senhor(a) responderá a essa entrevista apenas uma vez e o tempo estimado desta é de 30 minutos. A entrevista será gravada, mediante consentimento prévio, e transcrita, mantendo o seu conteúdo literal. A entrevista também será codificada de modo a garantir o anonimato e a confidencialidade.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são:

- Existe o risco de o(a) senhor(a) se sentir cansado. Nesse caso a entrevista deverá ser imediatamente suspensa, podendo ser retomada em dia e hora a depender do desejo e da sua disponibilidade em prosseguir com a pesquisa.
- Existe o risco de o(a) senhor(a) se sentir constrangido para responder a alguma pergunta. Nesse caso, a entrevista deverá ser interrompida, passando para a pergunta seguinte, ou mesmo suspensa se esse for o seu desejo.

Se o(a) Senhor(a) aceitar participar, estará contribuindo para o desfecho da pesquisa e os resultados deste estudo poderão contribuir para o planejamento de ações estratégicas com base nas fragilidades e lacunas advindas sob o olhar dos atores envolvidos, além da possibilidade de contribuir, também, para o alcance do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável, que visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas as pessoas, em todas as idades.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) Senhor(a).

Não há despesas pessoais para o(a) Senhor(a) em qualquer fase do estudo. A sua participação é voluntária e por isso não há compensação financeira relacionada a sua participação.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação nessa pesquisa, o(a) senhor(a) receberá assistência integral e gratuita, pelo tempo que for necessário, obedecendo os dispositivos legais vigentes no Brasil. Caso o(a) Senhor(a) sinta algum desconforto relacionado aos procedimentos adotados durante a pesquisa, o Senhor(a) pode procurar o pesquisador responsável para que possamos ajudá-lo.

Os resultados da pesquisa serão divulgados no Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos. Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Tania Cristina Moraes Santa Barbara Rehem na UnB, telefone fixo (61) 3107-8418 e no celular (61) 98103-1187, disponível inclusive para ligação a cobrar. Além dos canais de contato relatados anteriormente, o(a) senhor(a) poderá passar mensagem no endereço de e-mail [tania.rehem@gmail.com](mailto:tania.rehem@gmail.com).

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências e Tecnologias em Saúde (CEP/FCTS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo telefone (61) 3107-8434 ou e-mail [cep.fce@gmail.com](mailto:cep.fce@gmail.com), horário de atendimento das 14h:00 às 18h:00, de segunda a sexta-feira. O CEP/FCTS se localiza na Faculdade de Ceilândia, Sala AT07/66 – Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED) – Universidade de Brasília - Centro Metropolitano, conjunto A, lote 01, Brasília - DF. CEP: 72220-900.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

Nome / assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Tânia Cristina Moraes Santa Barbara Rehem  
Pesquisador Responsável  
Nome e assinatura

Local e Data: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE 9: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PROFissionais E GESTORES

**Planificação da Atenção à Saúde: uma estratégia de organização das Redes de Atenção à Saúde no SUS na perspectiva dos atores envolvidos**

**TEMA: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE para profissionais e gestores**

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa **Planificação da Atenção à Saúde: uma estratégia de organização das Redes de Atenção à Saúde no SUS na perspectiva dos atores envolvidos**, sob a responsabilidade da pesquisadora **Tania Cristina Morais Santa Barbara Rehem**. Trata-se de uma pesquisa, sob responsabilidade da Universidade de Brasília (UnB) com participação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), que buscará responder a seguinte indagação/questão: Qual é a percepção das pessoas a respeito da Planificação da Atenção à Saúde (PAS) para organização das Redes de Atenção à Saúde no SUS? **O objetivo desta pesquisa é compreender o papel da PAS na organização das RAS no SUS, a partir da percepção de atores chave.**

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de entrevistas, realizadas pela equipe da pesquisa, de forma **on-line**, por meio da Plataforma Microsoft Teams, com agendamento prévio e tempo estimado para início e finalização de 30 minutos. Será de responsabilidade do pesquisador o envio do link, assim como arcar com os custos que porventura possam existir para o uso da plataforma Teams. Entretanto, cada participante usará a sua internet para se conectar à plataforma.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa envolvem:

- Vazamento dos dados coletados da sua entrevista e risco do(a) senhor(a) ser identificado(a). Para minimizar estes riscos alguns cuidados serão tomados. Após a finalização de todas as entrevistas, será feito o download de todos os dados do ambiente virtual (nuvem), devendo os mesmos serem armazenados apenas nos computadores de uso exclusivo dos pesquisadores; o convite para participação na pesquisa não será feito com a utilização de listas que permitam a identificação dos(as) convidados(as) nem a visualização dos seus dados de contato (*e-mail*, telefone, etc) por terceiros. Nesse sentido, o convite individual enviado por *e-mail*, terá apenas um remetente e um destinatário, podendo, também, ser enviado na forma de lista oculta. Ainda com relação a este risco, os(as) participantes serão identificados por meio de códigos, omitindo assim o seu nome e demais dados pessoais;
- Risco do(a) senhor(a) sentir-se cansado. Para minimizar este risco a entrevista será suspensa, sendo retomada em outro momento de acordo com o seu desejo.
- Risco do(a) senhor(a) ter a sensação de constrangimento para responder a alguma pergunta. Para minimizar este risco a entrevista será imediatamente interrompida, passando para a pergunta seguinte, ou mesmo será suspensa, se esse for o seu desejo.

Se o(a) senhor(a) aceitar participar, estará contribuindo para o desfecho da pesquisa e os resultados deste estudo poderão contribuir para o planejamento de ações estratégicas com base nas fragilidades e lacunas advindas sob o olhar dos atores envolvidos, além da possibilidade de contribuir, também, para o alcance do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável, que visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas as pessoas, em todas as idades.

(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

Não há despesas pessoais para o(a) senhor(a) em qualquer fase do estudo. A sua participação é voluntária e por isso não há compensação financeira relacionada a sua participação.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação nessa pesquisa, o(a) senhor(a) receberá assistência integral e gratuita, pelo tempo que for necessário, obedecendo os dispositivos legais vigentes no Brasil. Caso o(a) senhor(a) sinta algum desconforto relacionado aos procedimentos adotados durante a pesquisa, o senhor(a) pode procurar o pesquisador responsável para que possamos ajudá-lo.

Os resultados da pesquisa serão divulgados no Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos. Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Tania Cristina Morais Santa Barbara Rehem na UnB, telefone fixo (61) 3107-8418 e no celular (61) 98103-1187, disponível inclusive para ligação a cobrar. Além dos canais de contato relatados anteriormente, o(a) senhor(a) poderá enviar mensagem no endereço de *e-mail* [tania.rehem@gmail.com](mailto:tania.rehem@gmail.com).

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências e Tecnologias em Saúde (CEP/FCTS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo telefone (61) 3107-8434 ou *e-mail* [cep.fce@gmail.com](mailto:cep.fce@gmail.com), horário de atendimento das 14h:00 às 18h:00, de segunda a sexta-feira. O CEP/FCTS se localiza na Faculdade de Ceilândia, Sala AT07/66 – Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED) – UnB - Centro Metropolitano, conjunto A, lote 01, Brasília - DF. CEP: 72220-900.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

\_\_\_\_\_  
Nome / assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Tânia Cristina Morais Santa Barbara Rehem  
Pesquisador Responsável  
Nome e assinatura

Local e Data: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE 10: TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E SOM DE VOZ PARA FINS DE PESQUISA

**Planificação da Atenção à Saúde: uma estratégia de organização das Redes de Atenção à Saúde no SUS na perspectiva dos atores envolvidos**

**TEMA:** Termo de autorização para fins de utilização de imagem e som de voz para fins de pesquisa

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo a utilização da minha imagem e som de voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa intitulado **“Planificação da Atenção à Saúde: uma estratégia de organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no SUS na perspectiva dos atores envolvidos”**, sob responsabilidade de **Tania Cristina Morais Santa Barbara Rehem** vinculada à Universidade de Brasília(UnB), Faculdade de Ciências e Tecnologias em Saúde. Minha imagem e som de voz podem ser utilizadas apenas para análise por parte da equipe de pesquisa. Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa explicitadas anteriormente. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e sons de voz são de responsabilidade do(a) pesquisador(a) responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e som de voz.  
Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o (a) participante.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) participante

\_\_\_\_\_  
Nome e Assinatura do(a) pesquisador(a)

Local e Data: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE 11: ORIENTAÇÕES PARA PADRONIZAÇÃO DAS LINHAS DE COMANDO E ORGANIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS TEMÁTICAS

**Planificação da Atenção à Saúde: uma estratégia de organização das Redes de Atenção à Saúde no SUS na perspectiva dos atores envolvidos**

**TEMA: Orientações para padronização das linhas de comando e organização das variáveis temáticas**

**Passo 1:** Estruturação da **linha de comando** que irá gerar a caracterização do participante da pesquisa (gestores, profissionais, usuários). Ver quadro de padronizações para palavras deste passo 1

Ex: Modelo de linha de comando para usuário

\*\*\*\* \*entrev\_4 \*mun\_cx \*ida\_3 \*sex\_1 \*instru\_1 \*ponto\_2 \*linha\_2 \*tempo\_1

Ex: Modelo de linha de comando para trabalhador

\*\*\*\* \*entrev\_15 \*mun\_ub \*tempopas\_2 \*ida\_2 \*sex\_2 \*instru\_4 \*proftrab\_3 \*pontoatua\_2

Ex: Modelo de linha de comando para gestor

\*\*\*\* \*entrev\_19 \*mun\_mal \*tempopas\_2 \*ida\_2 \*sex\_1 \*instru\_3 \*profgest\_2 \*carggest\_5

**Padronizações para Linha de Comando**

Variável	Como inserir na linha de comando
Município Rondonópolis	mun_ro
Município Caxias	mun_cx
Município Belo Jardim	mun_bj
Município Cacoal	mun_cac
Município Capelinha	mun_cap
Município Uberlândia	mun_ub
Município Mallet	mun_mal

<b>Tempo de atuação na PAS (P/ gestores e trabalhadores)</b>	
1_3 a 5 anos 2_6 a 8 anos 3_9 a 11 anos 4_12 a 14 anos 5-15 e mais	tempopas_1 tempopas_2 tempopas_3 tempopas_4 tempopas_5
<b>Idade</b>	
1_21 a 30 anos; 2_31 a 40 anos; 3_41 a 50 anos; 4_51 a 60 anos; 5_61 e mais	ida_1 ida_2 ida_3 ida_4 ida_5
1_3 a 5 anos Sexo feminino Sexo masculino Sexo não informado	tempopas_1 sex_1 sex_2 sex_3
<b>Grau de instrução</b>	
1_Ensino fundamental 2_Ensino Médio 3_Graduação 4_Pós Graduado 5_Sem grau de instrução 6_Não informado	instru_1 instru_2 instru_3 instru_4 instru_5 instru_6
<b>Categoria Profissional Gestores</b>	
1_Cirurgião dentista 2_Enfermeiro 3_Médico 4_Outro	profgest_1 profgest_2 profgest_3 profgest_4
<b>Categoria Profissional Trabalhadores</b>	
1_Assistente social 2_Cirurgião dentista 3_Educador físico 4_Enfermeiro 5_Farmacêutico 6_Fisioterapeuta 7_Médico 8_Nutricionista 9_Psicólogo 10_Técnico de enfermagem 11_ACS 12_Outro	proftrab_1 proftrab_2 proftrab_3 proftrab_4 proftrab_5 proftrab_6 proftrab_7 proftrab_8 proftrab_9 proftrab_10 proftrab_11 proftrab_12
<b>Cargo/Função Gestores</b>	
1_Secretário Estadual da Saúde 2_Dirigente da Regional de Saúde 3_Prefeito 4_Secretário Municipal da Saúde	carggest_1 carggest_2 carggest_3 carggest_4

5_Coordenador APS 6_Coordenador AAE	carggest_5 carggest_6
<b>Ponto de Atenção onde atua (p/trabalhadores)</b>	
1_Unidade laboratório (APS) 2_Unidade AAE 3_Centro Colaborador	pontoatua_1 pontoatua_2 pontoatua_3
<b>Ponto de atenção onde foi abordado (P/usuário)</b>	
1_Unidade laboratório (APS) 2_Unidade AAE 3_Centro Colaborador	ponto_1 ponto_2 ponto_3
<b>Linha de Cuidado contemplada (P/usuário)</b>	
1_Saúde materna 2_Saúde da criança 3_Hipertensão e Diabetes 4_Saúde do idoso 5_Saúde mental	linha_1 linha_2 linha_3 linha_4 linha_5
<b>Tempo em que é atendido na unidade (P/usuário)</b>	
1_ 0 a 1 ano 2_ 2 a 3 anos 3_ 4 a 5 anos 4_ 6 a 7 anos 5_ 8 e mais	tempo_1 tempo_2 tempo_3 tempo_4 tempo_5
<p>Passo 2: Inserir as variáveis temáticas: Em relação às variáveis temáticas: devem ser precedidas de hífen e asterisco conforme modelos abaixo:</p> <p>**** *entrev_4 *mun_cx *ida_3 *sex_1 *instru_1 *ponto_2 *linha_2 *tempo_1 -*conhecimento_sobre_processo_de_planificacao</p> <p>Texto</p> <p>A lista com todas as variáveis temáticas pode ser acessada em:</p>	
<b>Tópicos para revisar nos textos</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não justificar o texto: deixar o texto alinhado à esquerda</li> <li>• Não usar negrito ou itálico</li> <li>• As siglas devem ser usadas no minúsculo: UBS (ubs), ACS (acs), AAE (aae)</li> <li>• Palavras compostas com hífen: substituir o hífen por underline. Ex: má_ formação; terça_feira; pré_natal; materno_infantil</li> <li>• Evitar diminutivos;</li> <li>• Números: escrever os algarismos. Ex: Em vez de setenta usar 70;</li> <li>• Não pode aparecer no texto: aspas (" "), apóstrofo ('), cifrão (\$), percentagem (%), reticências (...)</li> <li>• e nem asterisco (o qual aparece nas linhas de comando e variáveis temáticas). Ex: 100% escreve 100 por cento.pasa</li> <li>• Após finalizar o preparo do texto pesquisar as seguintes palavras pelo ctrl+f para verificar se todas estão padronizadas pelas siglas: primária, atenção, ambulatorial</li> </ul>	

<b>Padronizações para palavras no texto</b>	
<b>Formas que podem aparecer</b>	<b>Como manter no texto (no corpus)</b>
agente comunitário de saúde/agente de saúde/ACS	acs
Atenção Ambulatorial Especializada/especializada	aae
Atenção Primária à Saúde	aps
CAISM/ Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher	caism
CEADAS/ Centro de Centro de Especialidades de Apoio e Diagnóstico Albert Sabin	ceadas
CMCE/Central de Marcação de Consultas e Exames	central de marcação de consultas e exames
Centro Especializado em Assistência Materno Infantil/CEAMI	ceami
Centro Estadual de Atenção especializada/CEAE/CEI	ceae
Centro de Atenção Psicossocial	caps
Centro de Especialidades Médicas/CEM	centro de especialidades médicas
COVID	covid
Custe o que custar/cqc	custe o que custar
Dermato	dermatologista
Endocrino	endocrinologista
<i>e-mail</i>	email
Equipes Multiprofissionais na APS/eMult/equipe eMult	equipes multiprofissionais
Gerência Regional de Saúde/GERES	geres
Gineco	ginecologista
Ministério da Saúde	ministério da saúde
Modelo de Atenção às Condições Crônicas/MACC	macc
Núcleo de Ensino e Pesquisa/NEP	núcleo de ensino e pesquisa
Neuro	neurologista
Obstetra	obstetra
Otorrino	otorrinolaringologista
Planificação da Atenção à saúde/ PAS/ PlanificaSUS/ planifica	planificação
Pneumo	pneumologista
Ponto de Atenção Secundário Ambulatorial	pasa
Previne Brasil	Previne Brasil

Programa Saúde da Família/PSF	psf
Prontuário Eletrônico do Cidadão/Prontuário Eletrônico/PEC	prontuário eletrônico do cidadão
Rede de Atenção à Saúde/RAS	ras
Responsável técnica	rt
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/SAMU	samu
Sistemas Locais de Saúde/SILOS	silos
Sistema Nacional de Regulação/SISREG	sisreg
Sistema Único de Saúde/SUS	sus
TeleNordeste	telenordeste
Unidade de Atendimento Integrado/UAI	unidade de atendimento integrado
Unidade Básica de Saúde/Unidade Básica/Posto de Saúde/Centro de Saúde/Postinho	ubs
Universidade Federal do Triângulo Mineiro/UFTM	uftm
Unidade Pernambucana de Atenção Especializada/UPAE OBS: Há um usuário que se reporta à upae como UPA	upae
Unidade de Tratamento Intensivo/UTI	uti
WhatsApp	whatsapp



# ANEXO

## ANEXO 1: PARECER COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

FACULDADE DE CIÊNCIAS E  
TECNOLOGIA EM  
SAÚDE/FCTS - UNB



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Planificação da Atenção à Saúde: uma estratégia de organização das Redes de Atenção à Saúde no SUS na perspectiva dos atores envolvidos

**Pesquisador:** TANIA CRISTINA MORAIS SANTA BARBARA REHEM

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 85434424.1.0000.8093

**Instituição Proponente:** Faculdade de Ceilândia - FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

**Patrocinador Principal:** CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 7.328.162

#### Apresentação do Projeto:

"A Planificação da Atenção à Saúde (PAS) é uma estratégia de gestão, planejamento e organização tanto da Atenção Primária, quanto da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), com objetivo primário de apoiar o corpo técnico e gerencial das secretarias estaduais e municipais de saúde, qualificando o serviço, integrando os profissionais dos diversos níveis de atenção, e contribuindo para o atendimento adequado dos usuários e da comunidade. Objetivo: Compreender o papel da PAS na organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no SUS, a partir da percepção de atores-chave. Métodos: Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa. Os locais do estudo envolverão sete regiões de saúde que tenham iniciado a estratégia PAS há pelo menos três anos e que estejam adotando a integração da APS com a AAE, de acordo com o modelo do Ponto de Atenção Secundária Ambulatorial em RAS. A população-alvo envolverá indivíduos que atuam ou já atuaram na planificação e usuários do SUS totalizando vinte e oito participantes. A amostragem será não probabilística intencional. Os dados empíricos serão obtidos por meio de entrevistas individuais semiestruturadas que serão gravadas, codificadas, transcritas e analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo modalidade temática. Resultados Esperados: Contribuir para o planejamento de ações estratégicas, com base nas fragilidades e lacunas advindas sob o olhar dos atores envolvidos."

**Endereço:** UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66  
**Bairro:** CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) **CEP:** 72.220-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fca@gmail.com

## FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA EM SAÚDE/FCTS - UNB



Continuação do Parecer: 7.328.162

### Objetivo da Pesquisa:

Primário: "Compreender o papel da PAS na organização das RAS no SUS, a partir da percepção de atores-chave."

Secundários:

"Identificar a situação atual da organização das RAS;

Conhecer as fortalezas e fragilidades na implantação e manutenção da PAS."

### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

#### Riscos

"Os riscos de pesquisa envolvem a possibilidade de danos às diferentes dimensões do ser humano em qualquer etapa da pesquisa e dela decorrente, devendo ser adotadas medidas de precaução e proteção cujo objetivo é evitar o dano ou atenuar os seus efeitos (Brasil, 2016). Nesse sentido, considerando que a coleta de dados será realizada de forma virtual (on-line) e presencial, existem riscos previstos que serão minimizados conforme descrito a seguir.

Durante o período das entrevistas virtuais, por não estar sob o total controle dos pesquisadores responsáveis, e por limitações tecnológicas, há o risco de vazamento online dos dados coletados. Para minimizar o risco, após finalização de todas as entrevistas, será feito o download de todos os dados do ambiente virtual (nuvem), devendo os mesmos serem armazenados apenas nos computadores de uso exclusivo das pesquisadoras. O mesmo procedimento será adotado para o TCLE e para o Termo de Uso de Imagem e Uso de Som. Entretanto, vale ressaltar que apesar destes cuidados existem riscos de violação, inerentes ao ambiente virtual em função das limitações da tecnologia, que não poderão ser totalmente controlados pelo pesquisador. Além disso, durante a condução da entrevista, tanto entrevistadores quanto entrevistados serão orientados a escolher local reservado, de acesso limitado, de forma que os dados provenientes da entrevista sejam mantidos reservados aos envolvidos.

Em relação ao risco de identificação do participante da pesquisa, o convite para participação na pesquisa será realizado com a utilização de listas que não permitam a identificação dos convidados nem a visualização dos seus dados de contato (e-mail, telefone, etc) por terceiros. Nesse sentido, o convite individual enviado por e-mail terá apenas um remetente e um destinatário, podendo, também, ser enviado na forma de lista oculta. Ainda com relação a este risco, os participantes serão identificados por meio de códigos, conforme explicitado no item 3.5 deste projeto. Além disso, será assegurado ao participante acesso à gravação e à transcrição relacionada à sua participação a qualquer momento que desejar.

**Endereço:** UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66  
**Bairro:** CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) **CEP:** 72.220-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (011)3107-8434 **E-mail:** cap.fce@gmail.com

**FACULDADE DE CIÊNCIAS E  
TECNOLOGIA EM  
SAÚDE/FCTS - UNB**



Continuação do Parecer: 7.328.162

Durante a condução da entrevista, o participante pode sentir-se cansado. Nesse caso, a entrevista deverá ser imediatamente suspensa, podendo ser retomada em dia e hora a depender do desejo e da disponibilidade do participante em prosseguir com a pesquisa.

Caso o participante sinta constrangimento em responder a alguma pergunta, a entrevista deverá ser interrompida, passando para a pergunta seguinte, ou mesmo suspensa se esse for o desejo do participante da pesquisa. Dessa forma, lhe será garantido o direito de não responder a qualquer questão, sem a necessidade de explicação ou justificativa para tal, podendo ainda se retirar da mesma a qualquer momento."

**Benefícios:**

"Os resultados deste estudo poderão contribuir para o planejamento de ações estratégicas, com base nas fragilidades e lacunas advindas sob o olhar dos atores envolvidos, além da possibilidade de contribuir para o alcance do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3, que visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas as pessoas, em todas as idades."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um projeto de pesquisa vinculado à Pesquisa "Avaliação de Intervenções em Saúde", coordenado pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Tania Cristina Moraes Santa Barbara Rehem, que conta com duas doutorandas da FS/UnB, Naira Pereira de Sousa Rocha e Joyce Souza Lemes, e demais pesquisadoras/es: Dr<sup>a</sup> Tania Cristina Moraes Santa Barbara Rehem (FCTS/UnB), Msc Maria Zélia Soares Lins (Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Msc Maria José de Oliveira Evangelista (CONASS), Msc Juliane Aparecida Alves (CONASS), e Dr<sup>o</sup> Yuri Sá Oliveira Sousa (UFBA). A amostragem será não probabilística intencional. Considerando-se que a PAS se encontra implantada em todas as cinco regiões federativas do país, a população-alvo da pesquisa deverá ter representatividade de pelo menos um estado de cada uma delas, excetuando-se a região Nordeste, onde serão selecionados dois, por esta região ser maior, em número de estados.

O orçamento está estimado em R\$42.213,00, e indicada como fonte pagadora o CONASS.

Cronograma, métodos e objetivos adequados.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos foram adequadamente apresentados.

**Recomendações:**

Não há.

**Endereço:** UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66  
**Bairro:** CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) **CEP:** 72.220-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

# FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA EM SAÚDE/FCTS - UNB



Continuação do Parecer: 7.328.152

## Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto bastante detalhado, com todos os documentos inseridos de forma correta e completa.

Salvo melhor avaliação, julgo o projeto adequado, sem pendências.

## Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS n.º 510, de 2016, na Resolução CNS n.º 466, de 2012, e na Norma Operacional n.º 001, de 2013, do CNS, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

## Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2457403.pdf	06/12/2024 17:41:40		Aceito
Outros	_Informacoes_sobre_Instituicoes_Coparticipantes_responsaveis__assinado.pdf	06/12/2024 17:35:57	TANIA CRISTINA MORAIS SANTA BARBARA REHEM	Aceito
Outros	Termo_instituicao_coparticipante_Soraia_Carmos_Ximenes_PE.pdf	06/12/2024 12:29:53	TANIA CRISTINA MORAIS SANTA BARBARA REHEM	Aceito
Outros	Termo_instituicao_coparticipante_Solange_Pereira_Hentgues_RO.pdf	06/12/2024 12:29:35	TANIA CRISTINA MORAIS SANTA BARBARA REHEM	Aceito
Outros	Termo_instituicao_coparticipante_Sara_Gusman_Pitol_MT.pdf	06/12/2024 12:29:16	TANIA CRISTINA MORAIS SANTA BARBARA REHEM	Aceito
Outros	Termo_instituicao_coparticipante_Melyne_Serralha_Rocha_MG.pdf	06/12/2024 12:28:55	TANIA CRISTINA MORAIS SANTA BARBARA REHEM	Aceito
Outros	Termo_instituicao_coparticipante_Jurandir_Frutuoso_Silva_CONASS.pdf	06/12/2024 12:28:37	TANIA CRISTINA MORAIS SANTA BARBARA REHEM	Aceito
Outros	Termo_instituicao_coparticipante_Ione_Rodrigues_dos_Santos_MT.pdf	06/12/2024 12:28:20	TANIA CRISTINA MORAIS SANTA BARBARA REHEM	Aceito
Outros	Termo_instituicao_coparticipante_Eugenio_Mazepa_PR.pdf	06/12/2024 12:28:04	TANIA CRISTINA MORAIS SANTA BARBARA REHEM	Aceito
Outros	Termo_instituicao_coparticipante_Daisy_Bruna_Freitas_de_Santana_RO.pdf	06/12/2024 12:27:47	TANIA CRISTINA MORAIS SANTA BARBARA REHEM	Aceito
Outros	Termo_instituicao_coparticipante_CI	06/12/2024	TANIA CRISTINA	Aceito

**Endereço:** UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66  
**Bairro:** CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) **CEP:** 72.220-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-9434 **E-mail:** cep.fcs@gmail.com

# FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA EM SAÚDE/FCTS - UNB



Continuação do Parecer: 7.328.162

Outros	ntia_Markoviez_Visinoni_PR.pdf	12:27:31	MORAIS SANTA BARBARA REHEM	Aceito
Outros	Termo_instituicao_coparticipante_Angela_Macarroni_PR.pdf	06/12/2024 12:27:15	TANIA CRISTINA MORAIS SANTA BARBARA REHEM	Aceito
Outros	Termo_instituicao_coparticipante_Alexandra_Silvestre_Amaral_Peixoto_PE.pdf	06/12/2024 12:26:04	TANIA CRISTINA MORAIS SANTA BARBARA REHEM	Aceito
Outros	Termo_instituicao_coparticipante_Adenilson_Lima_Silva_MG.pdf	06/12/2024 12:25:37	TANIA CRISTINA MORAIS SANTA BARBARA REHEM	Aceito
Outros	Curriculo_Tania_Rehem.pdf	06/12/2024 12:24:34	TANIA CRISTINA MORAIS SANTA BARBARA REHEM	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa.docx	03/12/2024 14:04:02	TANIA CRISTINA MORAIS SANTA BARBARA REHEM	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa.pdf	03/12/2024 14:03:34	TANIA CRISTINA MORAIS SANTA BARBARA REHEM	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	02/12/2024 21:23:56	Joyce Souza Lemes	Aceito
Declaração de concordância	Termo_de_concordancia_instituicao_proponente.pdf	02/12/2024 21:23:18	Joyce Souza Lemes	Aceito
Outros	Termo_instituicao_coparticipante_Taiza_Felix_Anjos_RO.pdf	02/12/2024 21:19:17	Joyce Souza Lemes	Aceito
Outros	Termo_instituicao_coparticipante_Sernandes_Rodrigues_Silva_MA.pdf	02/12/2024 21:17:23	Joyce Souza Lemes	Aceito
Outros	Termo_instituicao_coparticipante_Paula_Silva_PE.pdf	02/12/2024 21:14:50	Joyce Souza Lemes	Aceito
Outros	Termo_instituicao_coparticipante_Noeny_Sousa_MT.pdf	02/12/2024 21:13:23	Joyce Souza Lemes	Aceito
Outros	Termo_instituicao_coparticipante_Maria_Janailma_Santos_PE.pdf	02/12/2024 21:09:36	Joyce Souza Lemes	Aceito
Outros	Termo_instituicao_coparticipante_Maria_Claudia_Ribeiro_Agra_PE.pdf	02/12/2024 21:08:20	Joyce Souza Lemes	Aceito
Outros	Termo_instituicao_coparticipante_Kalyanne_Maria_Nogueira_Paiva_MA.pdf	02/12/2024 21:06:28	Joyce Souza Lemes	Aceito
Outros	Termo_instituicao_coparticipante_Gleiciane_Magalhaes_dos_Santos_RO.pdf	02/12/2024 21:05:31	Joyce Souza Lemes	Aceito
Outros	Termo_instituicao_coparticipante_Gilvan_dro_Estrela_de_Oliveira_PE.pdf	02/12/2024 21:04:35	Joyce Souza Lemes	Aceito
Outros	Termo_instituicao_coparticipante_Geral_dina_Benedita_Ribeiro_Silva_MT.pdf	02/12/2024 21:04:09	Joyce Souza Lemes	Aceito

**Endereço:** UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66  
**Bairro:** CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) **CEP:** 72.220-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-8434 **E-mail:** csp.fc@unb.br

# FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA EM SAÚDE/FCTS - UNB



Continuação do Parecer: 7.328.162

Outros	Termo_instituicao_coparticipante_Debora_Karine_Andrade_Leite_PR.pdf	02/12/2024 21:03:37	Joyce Souza Lemes	Aceito
Outros	Termo_instituicao_coparticipante_Cleya_da_Silva_Santana_MG.pdf	02/12/2024 21:03:05	Joyce Souza Lemes	Aceito
Outros	Termo_instituicao_coparticipante_Christina_Coelho_Nunes_MG.pdf	02/12/2024 21:02:23	Joyce Souza Lemes	Aceito
Outros	Termo_instituicao_coparticipante_Allyne_Cynthia_Fernandes_Gusmao_MG.pdf	02/12/2024 20:59:50	Joyce Souza Lemes	Aceito
Outros	Termo_instituicao_coparticipante_Aline_Cordeiro_Cavalcante_PE.pdf	02/12/2024 20:58:56	Joyce Souza Lemes	Aceito
Outros	Termo_instituicao_coparticipante_Advaldir_Joe_Pereira_da_Paz_MA.pdf	02/12/2024 20:58:28	Joyce Souza Lemes	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	02/12/2024 20:31:02	Joyce Souza Lemes	Aceito
Outros	Termo_de_autorizacao_de_uso_de_imagem_e_som_de_voz.pdf	02/12/2024 20:28:49	Joyce Souza Lemes	Aceito
Orçamento	Orçamento.pdf	02/12/2024 20:26:55	Joyce Souza Lemes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Gestores_Profissionais_online.pdf	02/12/2024 20:22:10	Joyce Souza Lemes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Gestores_Profissionais_presencial.pdf	02/12/2024 20:21:53	Joyce Souza Lemes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Usuarios.pdf	02/12/2024 20:20:36	Joyce Souza Lemes	Aceito
Outros	Curriculo_Yuri_Sousa.pdf	02/12/2024 19:30:57	NAIRA PEREIRA DE SOUSA ROCHA	Aceito
Outros	Curriculo_Naira_Rocha.pdf	02/12/2024 19:30:30	NAIRA PEREIRA DE SOUSA ROCHA	Aceito
Outros	Curriculo_Maria_Lins.pdf	02/12/2024 19:30:05	NAIRA PEREIRA DE SOUSA ROCHA	Aceito
Outros	Curriculo_Maria_Evangelista.pdf	02/12/2024 19:29:35	NAIRA PEREIRA DE SOUSA ROCHA	Aceito
Outros	Curriculo_Juliane_Alves.pdf	02/12/2024 19:28:54	NAIRA PEREIRA DE SOUSA ROCHA	Aceito
Outros	Curriculo_Joyce_Lemes.pdf	02/12/2024 19:28:18	NAIRA PEREIRA DE SOUSA ROCHA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Gestores_Profissionais_online.docx	29/11/2024 20:58:44	Joyce Souza Lemes	Aceito

**Endereço:** UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66  
**Bairro:** CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) **CEP:** 72.220-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-8434 **E-mail:** csp.fce@gmail.com

**FACULDADE DE CIÊNCIAS E  
TECNOLOGIA EM  
SAÚDE/FCTS - UNB**



Continuação do Parecer: 7.328.102

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Gestores_Profissionais_presencial.docx	29/11/2024 20:58:18	Joyce Souza Lemes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Usuarios.docx	29/11/2024 20:57:52	Joyce Souza Lemes	Aceito
Outros	termo_de_responsabilidade_e_compromisso.pdf	29/11/2024 17:44:29	NAIRA PEREIRA DE SOUSA ROCHA	Aceito
Outros	Termo_de_autorizacao_de_uso_de_imagem_e_som_de_voz.docx	29/11/2024 17:36:22	NAIRA PEREIRA DE SOUSA ROCHA	Aceito
Outros	Carta_encaminhamento_projeto_CEP.pdf	29/11/2024 16:21:10	NAIRA PEREIRA DE SOUSA ROCHA	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	29/11/2024 13:55:53	NAIRA PEREIRA DE SOUSA ROCHA	Aceito
Orçamento	Orcamento.doc	29/11/2024 13:49:47	NAIRA PEREIRA DE SOUSA ROCHA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASILIA, 09 de Janeiro de 2025

Assinado por:  
**José Eduardo Pandossio**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66  
**Bairro:** CEILANDIA SUL (CEILANDIA) **CEP:** 72.220-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fcn@gmail.com



# AGRADECIMENTOS

Fazer saúde e deflagrar processos de mudanças para assistir a população, exige a militância de quem acredita na saúde como direito, como ideologia, como prática e como utopia. A execução da PAS requeria o envolvimento de sujeitos que acreditassem na construção coletiva, calcada na união de todos os envolvidos, de profissionais que fomentassem a atuação em equipe, baseada no respeito, na escuta e avaliação das ações dispensadas à população no cotidiano das unidades básicas de saúde.

O objetivo da PAS era disseminar um trabalho de base científica, em um método estruturado que desse coerência e unicidade a APS, utilizando a metodologia da problematização, envolvendo 100% das equipes de profissionais e dos gestores, de forma que percebessem nas suas práticas no cotidiano do trabalho. Qual a diferença do trabalho que realizavam e como poderiam melhorar a Atenção a Saúde para que nenhuma mulher ou criança morresse por causas evitáveis e que as necessidades da população tivessem acesso garantido de forma, tempo e no lugar certo. Que as fragilidades encontradas fossem oportunidades de melhorar os serviços desenvolvendo uma relação de respeito entre as instituições envolvidas, entre os entes federados, entre os profissionais e a população.

Para isso, foi organizado um grupo de profissionais oriundos de vários estados do Brasil, ocupando espaços na assistência, na gestão, na academia e nos serviços, que se deslocavam para os estados (inicialmente só no nível central da SES) e depois até os territórios de abrangência dos laboratórios, até as equipes e suas UBS para conduzir os eventos da PAS. Foram longos anos de trabalho, muitas idas e vindas em todos os tipos de transportes pelas estradas esburacadas, sinuosas, cheias de curvas ou retas intermináveis. De norte a sul, leste a oeste, nos estados e municípios do Brasil, disseminando a utopia de fazer da APS a condutora do cuidado e da ordenação do sistema de saúde.

Nossos agradecimentos e reconhecimento pela dedicação, compromisso e abnegação desses profissionais que iniciaram a jornada da Planificação da Atenção à Saúde no SUS.

ADEMILDE MACHADO ANDRADE

ALZIRA MARIA D'ÁVILA NERY GUIMARÃES

ANA MARIA CAVALCANTI

ANA ANGELICA DE MENEZES RIBEIRO E ROCHA

CARLA PINTAS MARQUES

CARMEM CEMIRES BERNARDO CAVALCANTE

ELIANE REGINA DA VEIGA CHOMATAS

JANE MONTEIRO NEVES

LEANE DE CARVALHO MACHADO

LORE LAMB

MARIA ANGELA LEITE CHAVES

MARIA JOSE DE OLIVEIRA EVANGELISTA

MARTA OLIVEIRA BARRETO

MARIA ZELIA SOARES LINS

NEREU HENRIQUE MANSANO

RITA DE CASSIA BERTÃO CATANELI

SILVIA MARISTELA PASA TAKEDA

SEVERINO AZEVEDO DE OLIVEIRA JUNIOR

SONIA MARIA SOUZA

TEREZA CRISTINA LINS AMARAL

VIVIANE ROCHA DE LUIZ (*in memorian*)



