

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



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

31

CONASS documenta



CONASS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE



© 2018 – 1.^a edição

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que citada a fonte e a autoria.

TIRAGEM: 3 mil exemplares

CONASS DOCUMENTA n. 31
Brasília, dezembro de 2018.
ISBN 978-85-8071-053-3

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
P712	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 / Conselho Nacional de Secretários de Saúde; organizadores Alzira Maria D'Ávila Nery Guimarães, Carmem Cemiros Bernardo Cavalcante, Maria Zélia Soares Lins. – Brasília: CONASS, 2018. 300 p. : il. color. ; 19 x 24,5 cm – (CONASS Documenta; v. 31) Inclui bibliografia ISBN 978-85-8071-053-3 1. Política de saúde - Brasil. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. II. Guimarães, Alzira Maria D'Ávila Nery. II. Cavalcante, Carmem Cemiros Bernardo. III. Lins, Maria Zélia Soares. IV. Série. CDD 362.1
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE

AC	Rui Emanuel Rodrigues Arruda	PB	Cláudia Luciana de Sousa Mascena Veras
AL	Carlos Christian Reis Teixeira	PE	José Iran Costa Júnior
AM	Francisco Deodato Guimarães	PI	Florentino Alves Veras Neto
AP	Gastão Valente Calandrini de Azevedo	PR	Antonio Carlos Figueiredo Nardi
BA	Fábio Vilas Boas	RJ	Sérgio D'Abreu Gama
CE	Henrique Jorge Javi de Sousa	RN	George Antunes de Oliveira
DF	Humberto Lucena Pereira Fonseca	RO	Luis Eduardo Maiorquin
ES	Ricardo de Oliveira	RR	Antonio Leocádio Vasconcelos Filho
GO	Leonardo Moura Vilela	RS	Francisco Antônio Zancan Paz
MA	Carlos Eduardo de Oliveira Lula	SC	Acélio Casagrande
MG	Nalton Sebastião Moreira da Cruz	SE	Valberto de Oliveira Lima
MS	Carlos Alberto Moraes Coimbra	SP	Marco Antônio Zargo
MT	Luiz Antonio Vitório Soares	TO	Renato Jayme da Silva
PA	Vítor Manuel Jesus Mateus		

DIRETORIA DO CONASS 2018/2019

PRESIDENTE

Leonardo Moura Vilela (GO)

VICE-PRESIDENTES

Região Centro-Oeste

Humberto Lucena Pereira Fonseca (DF)

Região Nordeste

Carlos Eduardo de Oliveira Lula (MA)

Região Norte

Vítor Manuel Jesus Mateus (PA)

Região Sudeste

Ricardo de Oliveira (ES)

Região Sul

Acélio Casagrande (SC)

EQUIPE TÉCNICA DO CONASS

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso Silva

ASSESSORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Fernando P. Cupertino de Barros

ASSESSORIA JURÍDICA

Alethele de Oliveira Santos

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Adriane Cruz

Marcus Carvalho

Tatiana Rosa

COORDENAÇÃO TÉCNICA

René José Moreira dos Santos

COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

Ricardo F. Scotti

ASSESSORIA TÉCNICA

Carla Ulhoa André

Eliana Maria Ribeiro Dourado

Fernando P. Cupertino de Barros

Haroldo Jorge de Carvalho Pontes

Lourdes Lemos Almeida

Maria José Evangelista

Nereu Henrique Mansano

Tereza Cristina Lins Amaral

Viviane Rocha de Luiz

CONSELHO EDITORIAL

Alethele de Oliveira Santos

Adriane Cruz

Fernando P. Cupertino de Barros

Jurandi Frutuoso

Marcus Carvalho

René Santos

Tatiana Rosa

ELABORAÇÃO

ORGANIZADORES

Alzira Maria D'Ávila Nery Guimarães
Carmem Cemires Bernardo Cavalcante
Maria Zélia Soares Lins

REVISÃO TÉCNICA

Jurandi Frutuoso Silva
René José Moreira dos Santos

REVISÃO ORTOGRÁFICA

Seis Letras Cada Um

EDIÇÃO

Adriane Cruz
Marcus Carvalho
Tatiana Rosa

PROJETO GRÁFICO

Clarice Lacerda
Thales Amorim

DIAGRAMAÇÃO

Marcus Carvalho

COLABORADORES

Ademilde Machado Andrade
Alzira Maria D'Ávila Nery Guimarães
Ana Angélica Ribeiro de Meneses e Rocha
Ana Maria Cavalcanti
Antonio Dercy Silveira Filho
Carla Neiva Aragão
Carla Pintas Marques
Carmem Cemires Bernardo Cavalcante
Denize Aparecida Silva
Eliane Regina da Veiga Chomatas
Elza Machado Martinho
Eugênio Vilaça Mendes
Francisco Ivan Rodrigues Mendes Júnior
Gilcilene Pretta Cani Ribeiro
Leane de Carvalho Machado
Lidia Maria Tonon
Marco Antônio Bragança de Matos
Maria Ângela Leite Chaves
Maria Emi Shimasaki
Maria José de Oliveira Evangelista
Maria Zélia Soares Lins
Marllus Robson Cavalcanti
Marta Oliveira Barreto
Raquel Ferraro Cubas
Rita de Cássia Santos Costa Santa Ana
Rosane de Lucca Maerschner
Rubia Pereira Barra
Severino Azevedo de Oliveira Junior
Simone Tetu Moysés
Sônia Maria Souza
Vilalba Carlos Lima Martins Bezerra
Wagner Elísio Tonon
Wagner Fulgêncio Elias

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1 PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM RESGATE HISTÓRICO	21
CAPÍTULO 2 LABORATÓRIOS DE INOVAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS EM SAÚDE	37
2.1 LABORATÓRIO DE INOVAÇÕES EM ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS DE CURITIBA/PARANÁ	45
2.2 LABORATÓRIO DE INOVAÇÕES NO CUIDADO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE SANTO ANTÔNIO DO MONTE/MINAS GERAIS	65
2.3 LABORATÓRIO DE INOVAÇÕES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE TAUÁ/CEARÁ	93
2.4 LABORATÓRIO DE INOVAÇÕES DA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS DA REGIÃO DE SAÚDE DE MARINGÁ/PARANÁ	123
CAPÍTULO 3 PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE: A PROPOSTA DE INTEGRAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA	135
CAPÍTULO 4 OPERACIONALIZAÇÃO DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE	159
CAPÍTULO 5 PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NOS ESTADOS	187
CAPÍTULO 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	253
APÊNDICE	259
ANEXOS	295

APRESENTAÇÃO

Diante das mudanças no perfil demográfico, na transição epidemiológica e nos estilos de vida da população, que evoluem para a prevalência das condições crônicas de saúde, o caminho para enfrentar essa situação é adotar modelo de saúde no formato organizativo de um sistema de saúde integrado que se dê a partir da consolidação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo estruturante do SUS e como coordenadora do cuidado.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), desde 2003, tem adotado a construção de consensos como estratégia para definir suas prioridades e estabelecer as ações e as propostas para a organização, a gestão e o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse percurso, a APS foi uma das áreas eleitas como prioridade pelos secretários estaduais, entendendo-a como eixo fundamental para a mudança do modelo de atenção à saúde, necessário para o alcance dos objetivos de um sistema de saúde equânime e universal e para a melhoria dos indicadores de saúde da população brasileira.

Em 2015, o Conass Debate iniciou aprofundamento sobre a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) no contexto das Redes de Atenção. Com o título “Inovação na atenção ambulatorial especializada”, propôs uma análise da AAE, assim como os fundamentos para a sua organização, em continuidade à atenção às condições crônicas coordenada pela atenção primária.

A AAE constitui, hoje, problema relevante nos sistemas de atenção à saúde, em geral, e no SUS, em particular, não sendo ainda contemplada com uma política nacional.

Considerando que a organização da RAS pressupõe uma APS e uma AAE integradas, resolutivas e de qualidade, várias atividades vêm sendo desenvolvidas pelo Conass como apoio às equipes estaduais.

A proposta de Planificação da Atenção à Saúde (PAS) tem como objetivo apoiar o corpo técnico e gerencial das secretarias estaduais e municipais de saúde na organização dos macroprocessos da APS e AAE, tendo por

base o modelo operacional de Construção Social da Atenção Primária à Saúde e o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), ambos propostos por Mendes (2015; 2012).

Convém ressaltar que essa proposta foi testada por meio de laboratórios de inovação em Curitiba, no Paraná, com relação ao MACC; em Tauá, no Ceará, com relação aos macroprocessos da APS; em Santo Antônio do Monte, em Minas Gerais, com relação aos macroprocessos da AAE, demonstrando que o processo é capaz de transformar, qualificando e integrando os dois níveis de atenção.

A Planificação da Atenção à Saúde (PAS) vem sendo desenvolvida em 25 regiões de saúde de 11 estados. Atualmente, o Conass se propõe a dar mais um passo no aprofundamento dessa proposta de organização da RAS, incluindo a Atenção Hospitalar, por meio do desenvolvimento de um Laboratório de Inovação na região de Maringá, no Paraná.

Assim, considerando sua missão de articulação e representação política da gestão estadual do SUS, proporcionando apoio técnico às Secretarias de Estado da Saúde, por meio da disseminação de informações, produção, difusão de conhecimento, inovação e incentivo à troca de experiências e boas práticas no SUS, o Conass apresenta a publicação acerca da Planificação da Atenção à Saúde.

Trata-se de documento destinado aos gestores estaduais e municipais de saúde, com a finalidade de apresentar a PAS como potente instrumento de gestão e organização da APS e da AAE nas RAS.

Leonardo Moura Vilela
Presidente do CONASS

INTRODUÇÃO

Pensar Atenção Primária à Saúde (APS) na perspectiva de Redes de Atenção à Saúde (RAS) e como estratégia de ordenação dos sistemas de atenção à saúde requer três funções essenciais: “ser resolutiva – atender em torno de 85% dos problemas mais comuns de saúde; ser ordenadora – coordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações nas rede de atenção à saúde e ter responsabilização pela saúde da população usuária adscrita, às equipes de cuidados primários” (MENDES, 2012).

Para que a APS cumpra essas funções, há de se repensar o modelo de atenção à saúde e o processo de trabalho realizado pelas equipes nos municípios brasileiros, ainda distantes das reais necessidades da população.

A cidade de Tauá, situada no sertão cearense, segundo município em extensão territorial, mesmo diante de todas as dificuldades por que passam os municípios brasileiros, teve a ousadia de propor a adequação necessária da sua realidade sanitária por meio do desenvolvimento da Planificação da Atenção Primária à Saúde (PAPS), envolvendo 100% dos seus trabalhadores, em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde do Ceará (SESA/CE), o Conass, Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems), a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE), e o polo da Fiocruz/Ceará.

Destacam-se, como condições favoráveis ao desenvolvimento da PAPS, a decisão política e de gestão local – prefeita Patrícia Aguiar e a secretária Ademária Timóteo –, a definição, pela SESA/CE, de uma política estadual de APS, planejamento e disponibilidade de recursos, estabelecimento das competências, responsabilidades dos entes implicados e envolvimento dos profissionais de saúde.

O Conass já havia realizado laboratórios de inovações sobre experiências em RAS no município de Curitiba, no Paraná, em uma unidade básica de saúde sobre o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) e um laboratório no município de Santo Antonio do Monte, em Minas Gerais, tendo como foco a integração da APS com a atenção ambulatorial especializada.

A partir daí, sentiu-se a necessidade de também validar as oficinas da Planificação da Atenção Primária (PAS) à Saúde, cujo lócus de aplicação se dava nos municípios, especificamente, com os profissionais das unidades básicas de saúde.

Neste contexto é que se acolheu a demanda apresentada pelo município de Tauá à SESA/CE, em 2013, acerca do interesse em qualificar a APS e seus respectivos processos de trabalho, de modo a torná-la de fato a ordenadora da RAS e estruturante do Sistema de Saúde.

Tauá, mesmo localizada na região dos Inhamuns, uma das mais atingidas pela seca no estado, e sendo o segundo maior município em extensão territorial e com baixa densidade demográfica, representava cenário instigante para o desenvolvimento de ações, pois já vinha empreendendo esforços nessa direção.

Nesse sentido, no último trimestre de 2013, objetivando-se avaliar a efetividade da planificação e o seu impacto nos processos de trabalho na APS, implantou-se o Laboratório de Inovação em Planificação da Atenção Primária no município de Tauá/CE, inaugurando-se experiência inédita para o Conass, por ser realizada diretamente em âmbito municipal, possibilitando compreender com mais clareza quais os aprendizados necessários para qualificar a APS.

A PAS é um processo que reúne um conjunto de ações educacionais voltadas a aprimorar conhecimentos, desenvolver habilidades e atitudes necessárias à organização e qualificação dos processos assistenciais.

Baseando-se no princípio da Andragogia¹, são utilizadas práticas problematizadoras que proporcionam ação reflexiva dos atores envolvidos (gestores e trabalhadores) e propõem o desenvolvimento de ações concretas a partir de um processo de planejamento estratégico e participativo.

Essa metodologia possibilita a participação dos dirigentes e técnicos do nível central e das regionais de saúde, bem como os gestores municipais e suas equipes, incluindo aí todos os trabalhadores que atuam nas unidades de saúde.

¹ Andragogia é a arte ou ciência de orientar adultos a aprender; segundo a definição cunhada na década de 1970 por Malcolm Knowles. O termo remete para o conceito de educação voltada para o adulto, em contraposição à pedagogia, que se refere à educação de crianças.

Com o objetivo de avaliar o processo, o município contratou a Universidade de Fortaleza (Unifor) para realizar uma pesquisa, com abordagens quali e quantitativas.

Para a avaliação assistencial foram aplicadas técnicas de questionário, entrevista e grupo focal. Na avaliação financeira, foram analisados dados secundários de financiamento e a produção da APS ficou disponível em fontes variadas.

A proposta desenvolvida pelo Conass propicia o desenvolvimento da APS nos territórios, por meio de mudanças efetivas na atitude dos profissionais, qualifica a assistência e consolida os compromissos da gestão com a estratégia.

A planificação é um processo que vem sendo aprimorado à medida que surge novo diagnóstico e as necessidades se impõem. Com ela, os trabalhadores voltam a se encantar com a missão que lhes é dada, os resultados positivos afloram e a APS se aproxima cada vez mais do seu papel estruturante dos sistemas de saúde.

Jurandi Frutuoso Silva

Secretário Executivo

Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CAPÍTULO 1
PLANIFICAÇÃO DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE:
UM RESGATE
HISTÓRICO

PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM RESGATE HISTÓRICO

1

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

As mudanças mundiais em relação ao padrão do perfil epidemiológico e demográfico da população, bem como em relação ao crescimento urbano acelerado e desorganizado, alteração nos hábitos alimentares e no estilo de vida, têm repercutido no processo de saúde-doença, levando ao incremento das condições crônicas de saúde. Há, portanto, crise nos sistemas de saúde do mundo e também no Brasil, que consiste em uma incoerência entre a situação de saúde e a resposta social desses sistemas, atualmente focado nas condições e nos eventos agudos (MENDES, 2012).

O reestabelecimento da coerência entre a situação epidemiológica e demográfica e um modelo de atenção à saúde que atenda de forma adequada dar-se-á com a implantação das redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde que “oferecem condição estruturalmente mais adequada para efetivação da integralidade da atenção, além de reduzirem os custos dos serviços por imprimir uma maior racionalidade sistêmica na utilização dos recursos” (SILVA, 2011).

O Relatório Dawson do Ministério da Saúde do Reino Unido cita, desde 1920, os Centros de Atenção Primária à Saúde como o foco central do processo de organização do sistema de atenção à saúde local, e regionalmente por níveis de atenção, a partir de profissionais generalistas, que seriam responsáveis por implementar ações tanto curativas quanto preventivas (COELHO, 2013).

A 30ª reunião anual da Assembleia Mundial de Saúde, em 1977, teve como lema, para se atingir a principal meta social dos governos, “Saúde para todos no Ano 2000”, em que “Todos os cidadãos do mundo deveriam

ter um nível de saúde no ano 2000 que lhes permitisse levar uma vida social e economicamente produtiva” (STARFIELD, 2002).

Esse foi o ponto de partida para que as discussões com foco nos Cuidados Primários à Saúde viessem à tona na Conferência Internacional ocorrida em Alma Ata (ex-URSS), em 1978, cuja declaração final assumia a saúde como um direito humano fundamental, culminando com a elaboração do conceito e princípios da Atenção Primária à Saúde (APS), definida como:

n. 31
*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*

[...] atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autorresponsabilidade e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária. (OMS, 1978, p. 1)

Starfield (2002) considera a atenção primária como porta de entrada do sistema de serviços de saúde, para todas as novas necessidades e problemas de saúde, fornecendo atenção sobre a pessoa no decorrer do tempo, responsabilizando-se pela coordenação e integração do cuidado, quando necessário, em outro nível do sistema de saúde. Sem uma APS bem estruturada, portanto, não se pode pensar em Redes de Atenção à Saúde (RAS) efetivas, eficientes e de qualidade (OPAS, 2011).

Pensar APS na perspectiva de RAS como estratégia de ordenação dos sistemas de atenção à saúde, segundo Mendes (2012), reporta-se a que ela exerça três funções essenciais: resolubilidade: a) ser resolutiva, capacitada e atender, aproximadamente, 85% dos problemas mais comuns de saúde; b) comunicação: ser o centro de comunicação das RASs, ou seja, ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, produtos e informações entre os diferentes componentes das redes; e c) responsabilização: ter conhecimento, relacionamento íntimo e responsabilizar-se, econômica e sanitariamente,

em relação à população adscrita nos microterritórios, com base no exercício da gestão de base populacional.

Evidências internacionais apontam que os sistemas de atenção à saúde baseados em forte orientação para a APS são mais efetivos, mais eficientes, de melhor qualidade, mais equitativos e produzem mais satisfação aos usuários, em relação aos sistemas com fraca orientação para a APS (MENDES, 2012).

No entanto, passados 38 anos da luta por “Saúde para Todos”, as estratégias para alcançá-la têm sido difíceis e demoradas (APRÁEZ IPPOLITO, 2010). As ações e os serviços da APS em alguns países da América Latina, entre eles o Brasil, sofreram, ao longo de sua evolução, a redução de seus valores, princípios e bases conceituais a programas seletivos, simplificados e desvinculados das ações realizadas em outros níveis de atenção (SOUSA, FRANCO e MENDONÇA, 2014).

Além da interpretação de “APS seletiva”, a APS foi considerada, também, com nível primário e, posteriormente, como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde. Atualmente, a Organização Pan-americana da Saúde (Opas) propõe renovação da APS, com enfoque de saúde e de direitos humanos, de forma a alcançar melhorias na equidade em saúde, resgatando um pouco o que foi discutido em Alma-Ata (MENDES, 2012).

Nas últimas décadas, diante da mudança no perfil demográfico e da atual situação epidemiológica por que têm passado o mundo e o Brasil, com o aumento da expectativa de vida e da prevalência de condições crônicas, a APS deve exercer papel primordial no processo de coordenação e integração do cuidado dentro do sistema de saúde. Com a estimativa de que o país, no ano de 2030, terá uma população de 40,5 milhões de pessoas com mais de 60 anos – o dobro da população atual de idosos (FIOCRUZ, 2012), percebe-se que o modelo de atenção à saúde adotado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) não dá conta das necessidades de saúde da sua população.

A Constituição Federal (CF) de 1988 deu bases constitucionais para o surgimento do SUS, como política pública de responsabilidade do Estado, como novo sistema de proteção social pautado na Seguridade Social, assegurando às pessoas a universalização dos direitos básicos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (BRAVO, 2016). Criado pela

Lei n. 8.080 de setembro de 1990, destacam-se como seus princípios a universalidade, a integralidade e a equidade na atenção à saúde, buscando, por meio de ações e serviços de saúde, as garantias para a sua promoção, proteção e recuperação.

O Ministério da Saúde, em 2006, instituiu a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), revista em 2011 e em 2017, respectivamente, pelas Portarias n. 2.488 e n. 2.436, que caracteriza a Atenção Básica (AB) (nome com que designa a APS) como “um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária” (BRASIL, 2017).

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), entidade de representação técnica e política das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, adotou, em 2003, a construção de consensos como estratégia para elaborar propostas, definir prioridades para fortalecer a gestão estadual do SUS. Assim, elegeu a APS como prioritária, entendendo-a como “um eixo fundamental para a mudança do modelo assistencial, para o alcance dos objetivos de um sistema de saúde equânime e universal e para melhoria dos indicadores de saúde da população brasileira” (BRASIL, 2009). Reconheceu-a como necessária, a adequação do sistema de atenção à saúde vigente e elaborou uma estratégia que fortalecesse o papel das SES como coordenadora de um sistema de saúde conformado em redes ordenadas, de fato, pela Atenção Primária à Saúde.

AS OFICINAS DE PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde (PAPS), elaborado pelo Conass, teve início a partir de 2004 com a realização das oficinas de RAS nos estados, conforme se pode observar na figura 1, que traz a linha do tempo descrevendo todas as gerações da Planificação. Caberá a esse capítulo a descrição da segunda geração.

n. 31

*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*

FIGURA 1 – Linha do Tempo da Planificação da Atenção à Saúde.



Tendo como base o trabalho precursor da Secretaria de Estado da Saúde (SES) de Minas Gerais em relação ao Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (ESPMG, 2008), que continha estratégia de capacitação para os profissionais das equipes de saúde dos municípios, com o objetivo síntese de reduzir as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial (COSTA, 2011) e utilizando como referencial teórico o conceito de RAS (MENDES, 2011), o Núcleo de APS do Conass deu os primeiros passos para assessorar os estados quando, com auxílios de consultor estexno, adaptou a proposta de Minas em 11 oficinas e as reuniu em uma publicação denominada Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados.

Na sua origem, a planificação da APS aprimorava o planejamento da APS, dirigida aos técnicos estaduais e profissionais da APS, com o objetivo de disponibilizar ferramentas e apoiar estratégias de programação e orga-

nização do processo de trabalho das equipes da APS, contribuindo para a implantação da rede de atenção à saúde.

As oficinas utilizadas pelo Conass podiam ser adaptadas em número e/ou customizadas pelos estados. Abordavam os seguintes temas: as RAS; a APS nos estados; territorialização; vigilância em saúde; a organização dos processos de trabalho em saúde; a organização da atenção à saúde na unidade básica de saúde; a abordagem familiar e o prontuário familiar; a assistência farmacêutica; os sistemas de informação em saúde; os sistemas de apoio diagnóstico, sistemas logísticos e monitoramento e a contratualização das equipes da APS.

O Conass validou a oficina de redes, com os profissionais dos núcleos técnicos da referida entidade no ano de 2005, utilizando o conceito de RAS enquanto:

[...] organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada e com equidade, e com responsabilidades sanitária e econômica, gerando valor para a população. (MENDES, 2011, p. 82)

No ano seguinte, sua metodologia foi aprimorada e, de imediato, aplicada para os integrantes da Câmara Técnica da Atenção à Saúde do Conass. Em 2007, foram realizadas oficinas com as equipes da SES do Distrito Federal e a SES de Pernambuco e para os integrantes da Câmara Técnica da Atenção à Saúde e da Câmara Técnica da Atenção Primária à Saúde.

Em 2008, a PAPS ganhou força com adesão de vários estados, tendo sido realizada a oficina de redes com as equipes das SES de Goiás, Espírito Santo, Santa Catarina, Mato Grosso, Piauí, Ceará, Tocantins e com a equipe da Secretaria de Vigilância à Saúde do Ministério da Saúde. Em 2009, o Conass realizou segunda oficina com as equipes da SES do Espírito Santo e da SES Piauí, e com as equipes do Acre, Mato Grosso do Sul, Paraná e para a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (Ride/DF). Quatro oficinas foram realizadas com as equipes técnicas do Ministério da Saúde, a saber: com a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da

n. 31

*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*

Saúde – maio de 2008; com a Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Hanseníase – maio de 2009; com a coordenação de DST/HIV/AIDS – ano de 2012 e com o Programa de Controle da Tuberculose – ano de 2012 (CONASS, 2010).

A oficina de redes promovia reflexão sobre a situação de saúde e seus principais problemas a serem enfrentados, bem como a necessidade de mudar o modelo de atenção para atender às necessidades de saúde da população e melhorar os resultados sanitários do SUS. Apresentava como objetivos de aprendizagem: compreender a situação de saúde vigente; conhecer os modelos de atenção à saúde e dos sistemas de atenção à saúde; compreender os fundamentos e a estrutura operacional dos sistemas integrados em redes de atenção à saúde e propor uma modelagem para as RAS. Além disso, alinhava alguns conceitos como: condição aguda e condição crônica de saúde; economia de escala, qualidade em saúde e pontos de atenção à saúde dentro do território sanitário de conformação das redes (BRASIL, 2011).

Realizar a oficina de rede em vários estados e com algumas equipes técnicas do Ministério da Saúde teve como ponto positivo não só alinhar conceitos de APS como função resolutiva e coordenadora das RAS, mas subsidiar a formulação da Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016a), que estabeleceu diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS, cujos fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de organização da RAS foram os mesmos utilizados nas oficinas.

Essa normativa está regulamentada pelo Decreto n. 7.508/2011, que deliberou sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, com destaque tanto para a APS, quanto para a RAS e as regiões de saúde (BRASIL, 2016b).

O processo de adesão dos estados à planificação da APS dava-se por meio de solicitação formal dos estados à Secretaria Executiva do Conass, que agendava uma reunião preparatória no próprio estado e que contava com três momentos, a saber: reunião com o secretário da saúde e com o coordenador do grupo condutor estadual da planificação; reunião com o grupo condutor e com o corpo dirigente da SES; e reunião com os integrantes do grupo condutor para elaboração de um plano de ação.

Na reunião com o secretário era feita breve abordagem sobre redes de atenção à saúde e o papel da APS na estruturação do modelo de atenção à saúde a ser adotado; a metodologia das oficinas; a necessidade de criação do grupo condutor por meio de portaria; quem deveria participar do processo e a necessidade de pactuação com o Cosems e com a Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

No segundo momento, realizava-se exposição dialogada sobre as RAS; os objetivos e a metodologia das oficinas; o público-alvo; o conteúdo programático; o conjunto de oficinas da planificação da APS e os requisitos para o processo de implantação. O público-alvo, além do Cosems e representantes de Escolas de Saúde Pública e universidades estaduais e/ou federais era composto pelo corpo dirigente da SES, representado pelos coordenadores/diretores de diversos setores tais como: planejamento; APS; vigilância à saúde; assistência farmacêutica; gestão de pessoas; Samu; hemocentro; núcleos de saúde da mulher, da criança, do adolescente, do idoso, da hanseníase, da tuberculose, etc.

O terceiro momento, já com o grupo condutor da planificação definido pelo gestor estadual, era para operacionalizar a realização das oficinas; discutir as providências políticas, administrativas e técnicas necessárias à sua realização; discutir a elaboração dos textos; a escolha da rede temática e da região de saúde a ser trabalhada; a customização das oficinas e a elaboração do cronograma das mesmas, culminando com a elaboração de um Plano de Ação, com descrição das atividades a serem desenvolvidas, dos responsáveis e o prazo para a sua execução.

Chama-se atenção o fato de que a oficina de RAS, designada como “oficina mãe”, até hoje, é repassada em um primeiro momento aos dirigentes e coordenadores da SES e representantes do Cosems, Universidades e Escolas de Saúde Pública (ESP), para alinhamento conceitual e seleção de facilitadores/planificadores estaduais. Essa oficina compõe o conjunto das demais, sendo replicada pela equipe estadual de facilitadores aos profissionais municipais da saúde responsáveis pela APS, com o apoio do Conass, que dispõe de uma equipe de facilitadores, internos e externos, capacitados permanentemente. Esses são responsáveis pela capacitação dos facilitadores estaduais e pelo acompanhamento da planificação nos estados.

As oficinas, repassadas a todos os trabalhadores da APS – independentemente do nível de escolaridade e do cargo ou função que exerciam, utilizavam práticas pedagógicas problematizadoras, com base na andragogia, que proporcionam uma ação reflexiva dos atores envolvidos (gestores e trabalhadores) e propõe o desenvolvimento de ações concretas a partir de um processo de planejamento estratégico e participativo. Eram realizadas em um período de 30 a 40 dias e contavam com momentos de concentração e de dispersão.

Nos momentos de concentração, eram realizadas atividades em grupo, exposições dialogadas, dramatizações, exercícios dirigidos e avaliações.

Na dispersão, os profissionais aplicavam os conhecimentos teóricos em seu cotidiano de trabalho e realizavam as atividades de dispersão propostas ao término de cada oficina. Essas atividades eram apresentadas na oficina subsequente, geralmente na presença de um gestor para que ele acompanhe a evolução do processo.

...já que planificar a APS exige um esforço conjunto por haver necessidade de ampliar acesso, melhorar as estruturas físicas dos pontos de atenção, estruturar os sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, bem como os sistemas logísticos, para que a atenção primária possa ser mais efetiva, eficiente e prestada com maior qualidade (CONASS, 2009).

Dezessete estados (Acre, Alagoas, Amapá, Amazonas, Ceará, Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraná, Piauí, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rondônia, Roraima e Tocantins) aderiram à planificação, entre o período de 2008 a 2013, o que exigiu o desenvolvimento diferenciado das oficinas. Surgiram situações as mais diversas: estado que parou na oficina de redes, outros em que o repasse da “oficina mãe” foi retomado por até três vezes e estados que avançaram no processo realizando as 11 oficinas e inovando com a adaptação das mesmas para cursos de especialização e/ou aperfeiçoamento, contando, para tal, com o apoio de instituições de ensino, como foi o caso de Paragominas/PA e Tauá/CE. Todos os estados optaram por iniciar a planificação com a rede temática materna infantil, provavelmente por ter sido essa a primeira rede pactuada entre os gestores do SUS, tendo sido ofertado incentivos aos estados que aderissem à sua implantação.

A oficina de RAS, bastante disseminada, provocou reflexão sobre o modelo de atenção vigente no SUS e promoveu alinhamento conceitual sobre os seus fundamentos e estrutura operacional, além de contribuir na implantação da rede materna e infantil, considerada prioritária por todas as secretarias.

Fragilidades foram percebidas por ocasião da realização das oficinas, entre elas: descontinuidade da gestão estadual, com a mudança frequente de secretários; inexistência ou insuficiência de recursos financeiros específicos para a planificação da APS; fragilidade no planejamento e falhas na comunicação entre os membros do grupo condutor; baixa integração entre os diversos departamentos das SES; baixa articulação com o Cosems; descumprimento do cronograma das oficinas; baixa frequência de gestores municipais nas oficinas; especificidades de algumas regiões, sobretudo na Região Norte, onde observa-se vazios assistenciais extensos e dificuldade de fixação de profissionais.

Observou-se que, para a planificação atingir o seu objetivo, é necessário que os gestores estaduais se comprometam com a implantação das RAS e priorizem a qualificação da APS. Por sua vez, os gestores municipais precisam oferecer condições aos profissionais da saúde que propiciem execução e monitoramento das atividades de dispersão, propostas ao final de cada oficina.

Destaca-se, como condições favoráveis ao bom desenvolvimento da PAPS, os seguintes critérios: decisão política; definição de uma política estadual da APS; planejamento, com disponibilidade de recursos (materiais, humanos e financeiros); adesão dos gestores municipais com o apoio do Cosems; estabelecimento e cumprimento das competências e responsabilidades dos entes implicados; envolvimento dos poderes locais e da sociedade civil organizada, enquanto colaboradores, e adesão e envolvimento dos profissionais de saúde. Ainda que o papel de ofertar a APS seja municipal, a presença da SES é fundamental no processo de implantação, apoio técnico e monitoramento da proposta aos municípios.

Além da planificação da APS, o Conass desenvolveu dois laboratórios de inovações em parceria com a Opas, para testar o modelo de atenção às condições crônicas de saúde.

O primeiro Laboratório de Inovações de Atenção às Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde, realizado, em 2011, pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba com apoio da SES do Paraná e do MS, implantou o manejo de condições crônicas de saúde a partir das unidades básicas de atendimento, com enfoque prioritário na hipertensão, diabetes e depressão.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Alvorada foi sede do projeto-piloto para aperfeiçoar os instrumentos de intervenção como o cuidado compartilhado (apelidado em Curitiba de Cuco) e o autocuidado apoiado, sendo, posteriormente, expandido para outras seis unidades básicas de saúde.

Os principais resultados qualitativos avaliados por uma instituição externa – a Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC/PR) foram: “o uso de tecnologias de atenção à saúde que fomentaram novas formas de agir; a melhoria na relação das equipes de Saúde da Família com seus usuários e famílias; a redistribuição de poderes e responsabilidades, além da valorização dos diferentes conhecimentos envolvidos em cada caso” (OPAS/OMS/CONASS, 2013).

O segundo Laboratório de Inovações na Atenção às Condições Crônicas ocorreu no município de Santo Antônio do Monte, em Minas Gerais (LIACC/Samonte), no período de 2013 a 2014, com o objetivo principal de agregar valor em saúde para a população. Teve como foco principal a APS, a atenção secundária ambulatorial, os sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico e os sistemas logísticos das RAS, referentes às condições crônicas prioritárias: hipertensão arterial, diabetes, gestantes e crianças de até um ano de idade (OPAS, 2013). Seu desenvolvimento foi formalizado por uma cooperação técnica entre o Conass, a Opas, a SES de Minas Gerais, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Santo Antônio do Monte e a Fundação Dr. José Maria dos Mares Guia.

Alguns resultados do LIACC/Samonte tiveram destaques, como: redução de 60% da demanda à unidade de pronto atendimento, dado à classificação de riscos, ao correto atendimento às urgências azuis e verdes e à estabilização das condições crônicas na APS (SMS de Pirapora, 2011 e SMS de Samonte, 2014); redução do percentual de internações por doenças endócrinas e metabólicas em residentes de Santo Antônio do Monte, de 10,8% para 5,5%, respectivamente, nos anos de 2012 e 2014 (CARDOSO, 2015);

mais de 90% de gestantes, crianças até dois anos e portadores de diabetes, hipertensão arterial e doença renal crônica foram estratificados por riscos; 77% dos portadores de diabetes atingiram a meta terapêutica para o grupo etário; 94% dos portadores de hipertensão arterial atingiram os níveis pressóricos definidos como meta terapêutica e 97% dos usuários portadores de lesão nos pés e mãos em decorrência do diabetes evoluíram para cicatrização (LOPES, 2014; NASCIMENTO, 2014).

Após a realização e resultado desses laboratórios de inovações, sentiu-se a necessidade de também validar as oficinas da PAPS, cujo lócus de aplicação se dava nos municípios, especificamente, com os profissionais das UBS.

Nesse sentido, no quarto trimestre de 2013, objetivando-se avaliar a efetividade da planificação e o seu impacto nos processos de trabalho das equipes municipais da APS, implantou-se o Laboratório de Inovações em Planificação da Atenção Primária, no município de Tauá/CE, conduzido pelo Conass, em parceria com a Sesa/CE, Prefeitura Municipal de Tauá, Fundação Oswaldo Cruz, Ceará (Fiocruz/CE) e ESP/CE.

A descrição desses três laboratórios de inovações será abordada no capítulo seguinte.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APRÁEZ IPPOLITO, G. *En busca de la atención primaria de salud y la salud para todos: reflexiones de una búsqueda.* Univ. Odontol., Bogotá/Columbia, vol. 29, n. 63, p. 29-36, jul.-dec. 2010.

A ATENÇÃO À URGÊNCIA HOSPITALAR. Pirapora: Secretaria Municipal de Saúde de Pirapora, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Caderno de apresentação: **Oficinas de planificação da atenção primária à saúde nos estados.** Brasília: CONASS, 2009.

_____. _____. **As oficinas para a organização das redes de atenção à saúde.** Brasília: Conass, 2010. CONASS Documenta 21.

_____. _____. **Planificação da Atenção à Saúde nos Estados.** Brasília: Conass, 2011. CONASS Documenta 23.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2017>>. Acesso em: 25 maio 2018.

____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 28 dez. 2016.

BRAVO, M.I.S. **Política de saúde no Brasil**. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/2163>>. Acesso em: 28 dez. 2016.

CARDOSO, C.S. **Internações hospitalares da população residente em Santo Antônio do Monte**. Divinópolis, Curso de Medicina da Universidade Federal de São João del Rei, 2015.

COELHO, I.B. **As propostas de modelos alternativos em saúde**. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2147.pdf>>. Acesso em: 8 ago. 2013.

COSTA, S.M. et al. Processo de implantação do plano diretor da atenção primária à saúde no norte de Minas Gerais, Brasil: fragilidades e potencialidades. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. 556-574, jul./set., 2011.

ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA. Santo Antônio do Monte, Secretaria Municipal de Saúde, 2014.

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ (FIOCRUZ). **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.

LOPES, P.R.R. **O centro de atenção secundária integrado Viva Vida e Hiperdia em Santo Antônio do Monte**. Belo Horizonte, I Seminário Internacional de Atenção às Condições Crônicas, 2014.

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

____. **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.

NASCIMENTO, L.H. **Aplicação do LIACC na zona rural em Santo Antônio do Monte**. Belo Horizonte, I Seminário Internacional de Atenção às Condições Crônicas, 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (Opas). **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

____. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS). **A implantação do modelo de atenção às condições crônicas em Curitiba: resultados do laboratório de inovação sobre atenção às condições crônicas na atenção primária em saúde**. Brasília: Opas/Conass, 2013.

____. **Proposta de um laboratório de inovações de atenção às condições crônicas em Santo Antonio do Monte/MG. 2013**. Disponível em: <<http://www.Conass.org.br/liacc/wp-content/uploads/2014/08/b>>. Acesso em: 20 jan. 17.

_____. Organização Mundial da Saúde (OMS). Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde, Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm>. Acesso em: 8 ago. 2013.

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

SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.

SOUSA, M.F; FRANCO, M.S; MENDONÇA, A.V.M. **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro**. Campinas, SP: Saberes, 2014.

n. 31

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

CAPÍTULO 2
LABORATÓRIOS
DE INOVAÇÃO
DO MODELO
DE ATENÇÃO
ÀS CONDIÇÕES
CRÔNICAS EM
SAÚDE

LABORATÓRIOS DE INOVAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS EM SAÚDE

2

ALINHAMENTO CONCEITUAL SOBRE LABORATÓRIO DE INOVAÇÕES¹

Nos sistemas de atenção à saúde, organizações de altíssima complexidade, fazer mais do mesmo nunca funciona. Muitas vezes são necessárias mudanças profundas nos instrumentos da gestão, da atenção à saúde e do financiamento. Disso decorre a importância de gerar inovações.

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 proposta metodológica para produzir, qualificar, sistematizar e divulgar as inovações em saúde, buscando incentivar a produção e adoção de inovações.

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 que se caracterizam como inovações em saúde. Essa estratégia vem sendo desenvolvida e aperfeiçoada no SUS.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), nos últimos anos, aderiu como parte de seu plano estratégico de apoio às Secretarias Estaduais de Saúde, ao trabalho em laboratórios de inovações, em parceria

¹ Texto referente ao Alinhamento Conceitual extraído do Produto “Laboratório de Inovações da Atenção às Condições Crônicas (LIACC) na XV Região de Saúde do estado do Paraná”, elaborado pelo consultor do Conass Eugênio Vilaça Mendes, em outubro de 2017.

com instituições como a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), o Ministério da Saúde (MS), Secretarias Estaduais de Saúde (SES), Secretarias Municipais de Saúde (SMS), Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS), Fundações de Saúde (FS) e outras instituições.

Dessa forma, surgiu a ideia dos Laboratórios, com a intenção de criar comunidades de inovadores que precisam de ferramentas para poder intervir de forma eficiente nos problemas de gestão e de atenção à saúde. O laboratório considera que muitas experiências significativas são produzidas, porém carecem de sistematização, de avaliação mais rigorosa e de espaços que propiciem a análise mais aprofundada dos problemas e o compartilhamento de soluções. A mera sistematização de experiências novas. Em geral, por meio de evidências anedóticas, pode, muitas vezes, constituir novidade e, não, inovação verdadeira.

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 buscam dar visibilidade às inovações e aos processos de produção, incorporação e sustentabilidade, como forma de estimular ainda mais a produção de inovações e transpondo as barreiras que impedem a sua adoção, criando um ecossistema de inovações em saúde. 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.

Especificamente os laboratórios do Conass funcionam como campos privilegiados de experimentação e disseminação de inovações para o SUS. A inovação contínua, geralmente definida como a introdução de algo novo ou radical que leva a uma mudança positiva, é vital para a renovação dos sistemas de atenção à saúde.

A baixa adoção de inovações nos sistemas de atenção à saúde significa perda de oportunidades para avançar na redução da morbidade e da mortalidade, na melhoria da qualidade da vida e do aumento da eficiência

dos sistemas de atenção à saúde. Essa vertente do aumento da eficiência vem ao encontro do plano estratégico do Conass de construção e operacionalização de uma agenda de eficiência no SUS.

A inovação está no centro dos processos de avanço tecnológico e tem, de fato, capacidade de resolver muitos problemas em saúde. Inovação é uma das chaves para superar as iniquidades em saúde e para aumentar a produtividade do setor. Assim, é cada vez mais necessária a geração e a utilização de novos conhecimentos e a superação das barreiras que impedem a adoção das inovações.

O conceito de inovação em saúde é o de introdução e adoção de novos processos, produtos, práticas, programas ou políticas criadas para atender a um problema real e que se destina a trazer benefícios significativos para indivíduos, grupos, sociedades ou organizações e privilegia o valor social da inovação, ou seja, não basta ser novo ou somente uma sofisticação tecnológica, mas sim os resultados positivos que ela produz para os indivíduos ou coletividades. Dessa maneira, inovação só existe quando gera valor para as pessoas e para a sociedade.

Destacam-se como atributos da inovação as ideias, os processos e os produtos novos ou que melhoraram processos já existentes, a aplicação prática e a geração de benefícios para as pessoas. Para ser inovadora, uma mudança deve produzir benefícios e a eficácia desses benefícios tem de ser comprovada.

A inovação deve ser embasada por evidências e ser traduzida e aplicável aos sistemas de saúde, considerando-se o ritmo e o tempo necessário para garantir a sustentabilidade da inovação. A inovação deve ser apoiada empiricamente, resultando em aumento do nível de confiança dos decisores políticos, executivos de saúde, bem como dos profissionais de saúde.

A inovação em saúde pode ser definida como ideias, produtos, processos e serviços, incluindo novos modelos de promoção de comportamentos saudáveis e melhor integração dos serviços, que levam a melhores resultados sanitários e/ou a melhores experiências de cuidado das pessoas a custos iguais ou menores.

Segundo Christensen *et al.* (2009), há dois tipos de inovações: as inovações de sustentação e as inovações disruptivas. As inovações de sustentação objetivam dar sustentabilidade ao funcionamento de um sistema

ou organização. Em geral, levam à melhoria da eficiência. Algumas dessas inovações são transformações radicais, mas, muitas vezes, são meramente rotineiras e incrementais.

As inovações de sustentação têm como objetivo manter a trajetória de desempenho de um sistema. Aviões que voam com maior autonomia, computadores com maiores memórias e fluxos assistenciais mais rápidos nos hospitais com a utilização do sistema Lean são exemplos de inovações de sustentação. Geralmente, as organizações que triunfam na incorporação de inovações de sustentação são líderes em seus setores. Os produtos e serviços das inovações de sustentação são complexos e custosos, o que impede expansão significativa do acesso a eles. A incorporação de equipamentos de diagnóstico como ressonâncias magnéticas e *PET Scan* são exemplos de inovações de sustentação. Esses equipamentos complexos, quando bem utilizados, melhoram a qualidade dos exames, mas os seus altos custos impedem uma expansão significativa da acessibilidade das pessoas a eles.

Diferentemente, as inovações disruptivas pressupõem ruptura no conceito vigente juntamente com um processo de simplificação e descentralização que as tornam acessíveis a grande número de pessoas. As inovações disruptivas implicam: produtos que estejam disponíveis e acessíveis a amplo número de pessoas; modelo de negócios que sejam afinados ao novo conceito e que recepcionem as novas pessoas incorporadas por essas inovações; e uma rede coerente de valores que envolvam gestores, prestadores de serviços, fornecedores e consumidores.

As inovações disruptivas rompem com o sistema vigente ao tornar os serviços e produtos mais eficientes, como nas inovações de sustentação, mas, principalmente, mais acessíveis porque, em geral, apresentam custos menores. Assim, a teoria da inovação de ruptura esclarece o processo pelo qual serviços e produtos complexos e caros se rompem para dar lugar a outros, mais simples e mais baratos, incorporando grandes contingentes de pessoas no seu consumo.

Em função disso, é muito difícil que uma organização consolidada rompa consigo mesmo e é, por essa razão, que as inovações disruptivas são feitas, muitas vezes, por *start-ups*. Exemplo clássico de inovação de ruptura é o caminho dos computadores dos mainframes caríssimos e centralizados, aos minicomputadores, aos computadores pessoais e aos te-

lephones celulares que apresentam muitas funções de computadores, são mais baratos, são quase universalmente acessíveis e são portados pelas pessoas individualmente.

A lei denominada de “Obamacare” apresenta alguns pontos de inovações disruptivas: a obrigatoriedade de as pessoas adquirirem individualmente um plano de saúde; a obrigatoriedade das empresas com mais de 50 funcionários oferecerem planos de saúde; as políticas de bem-estar; e os centros de inovações do Medicare e do Medicaid (WANAKER, BEAN, 2013).

Um setor, como os sistemas de atenção à saúde, em que os serviços são muito complexos e caros e que costumam não serem acessíveis a todas as pessoas é um setor que não foi rompido. Nos laboratórios de inovações em saúde, devem ser buscadas, concomitantemente, as duas formas de inovações: de sustentação e disruptiva.

Um caso típico de inovações de sustentação e disruptivas é dado por hospitais indianos. A utilização de grandes hospitais organizados por unidades especializadas permitiu oferecer, a custos muito baixos, serviços clínicos e cirúrgicos que apresentam os mesmos padrões de qualidade dos melhores hospitais dos países desenvolvidos. O Hospital *Narayana Hrudayalaya*, situado em Bangalore, tem 5.000 leitos e definiu novo conceito de atenção hospitalar: grande número de leitos, organizados por unidades especializadas; trabalho em equipe com delegação de funções; utilização intensiva de protocolos clínicos por risco; alto volume de pessoas atendidas; utilização de equipamentos diagnósticos 24 horas por dia e sete dias por semana. Sua unidade de cardiologia faz 32 cirurgias cardíacas por dia; o cirurgião cardíaco faz, em média, de 400 a 600 cirurgias por ano enquanto um cirurgião cardíaco americano faz de 100 a 200; o custo médio da cirurgia de revascularização do miocárdio é inferior a US\$ 2.000,00 e, nos Estados Unidos da América (EUA), é superior a US\$ 30.000,00; as taxa de mortalidade por cirurgias cardíacas é de 2%, igual ou inferior às médias dos hospitais dos EUA (BRITNELL, 2015; GAVINDARAJAN E RAMANURTI, 2013).

A organização em redes dos serviços de atenção às condições crônicas, conforme o conceito contido no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), permite que isso possa ocorrer no SUS. A avaliação do Laboratório de Inovações na Atenção às Condições Crônicas, realizado em Santo Antônio do Monte, Minas Gerais, evidenciou que essas inovações, sejam de

sustentação (o aumento da eficiência e da efetividade) e disruptivas (novo modelo e integração em rede da atenção primária à saúde e da atenção ambulatorial especializada) foram possíveis em uma situação real de SUS.

A SOLUÇÃO PARA O PROBLEMA DO MANEJO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NO SUS: AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

n. 31
*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*

A solução para as deficiências do SUS em responder, com efetividade, eficiência e qualidade, às condições crônicas passa pela superação do sistema fragmentado vigente por meio da implantação de sistemas integrados, ou seja, das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

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 cooperativa e interdependente, que permitem ofertar atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela Atenção Primária à Saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade –, com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população.

As RAS se compõem de uma população, de uma estrutura operacional e de modelos de atenção à saúde. A população da Rede de Atenção à Saúde é aquela cadastrada e vinculada a uma equipe da APS.

A estrutura operacional é constituída pelos elementos das RAS: a atenção primária à saúde, os pontos de atenção secundários e terciários, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança.

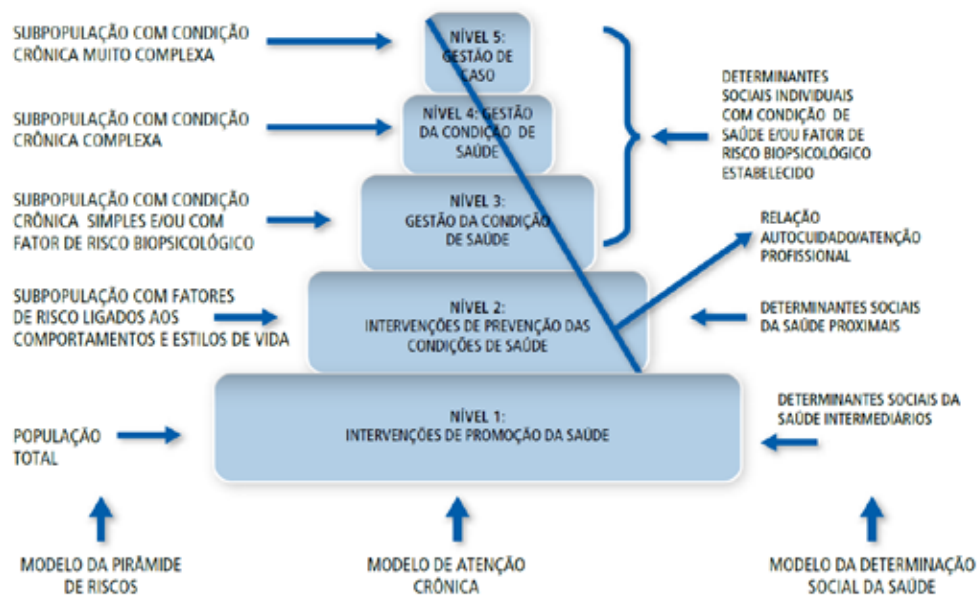
Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e as suas subpopulações. Esses modelos de atenção à saúde se diferenciam profundamente em relação às condições agudas e às condições crônicas.

O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS E A ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

As ações operacionais do LIACC/Paraná têm como referencial teórico o MACC que foi construído a partir de três modelos: o Modelo da Atenção

Crônica, o Modelo da Pirâmide de Risco e o Modelo da Determinação Social da Saúde de *Dahlgren* e *Whitehead*. É o que se mostra na figura 1.

FIGURA 1 – O MACC proposto para o Sistema Único de Saúde, Mendes (2011)



FONTE: MENDES (2011).

O MACC tem implicações significativas na organização das RAS, referentes às condições crônicas. Na APS, isso já foi motivo de comprovação empírica pelo Laboratório de Inovações da Atenção às Condições Crônicas desenvolvido em Santo Antônio do Monte, Minas Gerais (ANDRADE, 2016).

Esse modelo de intervenção nos cuidados primários tem sido expandido em vários estados brasileiros por meio das oficinas de planificação da saúde, coordenadas pelo Conass. No estado do Paraná, a Secretaria de Estado da Saúde, por meio do Atenção Primária do SUS (APSUS) levou-o a quase todos os municípios do estado.

A aplicação do MACC na atenção ambulatorial especializada tem sido mais restrita. No estado do Paraná, está sendo realizado em várias regiões de saúde, com o apoio do Programa Estadual de Apoio após Consórcios Municipais (Comsus), a partir da experiência do Consórcio Intermunicipal de

Saúde e do Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Setentrão Paranaense (Cisamusep) e das Secretarias Municipais de Saúde da 15ª Região de Saúde. Até 2017, 15 Consórcios Intermunicipais de Saúde haviam aderiram a este modelo de organização da Atenção Ambulatorial Especializada.

O MACC promove mudanças profundas na atenção ambulatorial especializada ao propor um modelo de organização deste espaço assistencial, o modelo do ponto de atenção secundária ambulatorial (modelo PASA), diferente do modelo convencional praticado no SUS, o modelo do Centro de Especialidades Médicas (modelo CEM). É o que se mostra no quadro 1.

QUADRO 1 – Os modelos de atenção ambulatorial especializada

MODELO CEM TRADICIONAL (CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS)	MODELO PASA (PONTO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA AMBULATORIAL)
Gestão da oferta	Gestão de base populacional
Unidade isolada sem comunicação fluida com outros níveis de atenção	Ponto de atenção à saúde com comunicação em rede com os outros níveis de atenção
Sistema aberto	Sistema fechado
Autogoverno	Governo pela APS
Programação feita na própria unidade sem estratificação de risco	Programação feita na APS com estratificação de risco
Acesso regulado pelos gestores da saúde, diretamente no complexo regulador	Acesso regulado diretamente pela equipe de APS
Atenção focada no cuidado do profissional médico especialista	Atenção focada no cuidado multiprofissional interdisciplinar
Relação entre generalista e especialista: ou inexiste ou faz-se por referência e contrarreferência sem conhecimento pessoal e sem trabalho conjunto	Relação entre generalista e especialista: relação pessoal com trabalho clínico conjunto
Decisões clínicas não articuladas em diretrizes clínicas e sem base em evidências	Decisões clínicas articuladas em diretrizes clínicas, construídas com base em evidências
Prontuários clínicos individuais, não integrados em rede.	Prontuários clínicos eletrônicos, integrados em rede, especialmente com a APS
Não utilização das ferramentas da gestão da clínica	Utilização rotineira das ferramentas a gestão da clínica

MODELO CEM TRADICIONAL (CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS)	MODELO PASA (PONTO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA AMBULATORIAL)
Atenção sem plano de cuidado individual	Atenção com plano de cuidado individual elaborado, conjuntamente, por generalistas e especialistas.
Função meramente assistencial	Função assistencial, supervisional, educacional e de pesquisa.
Pagamento por procedimento	Pagamento por orçamento global ou capitação ajustada

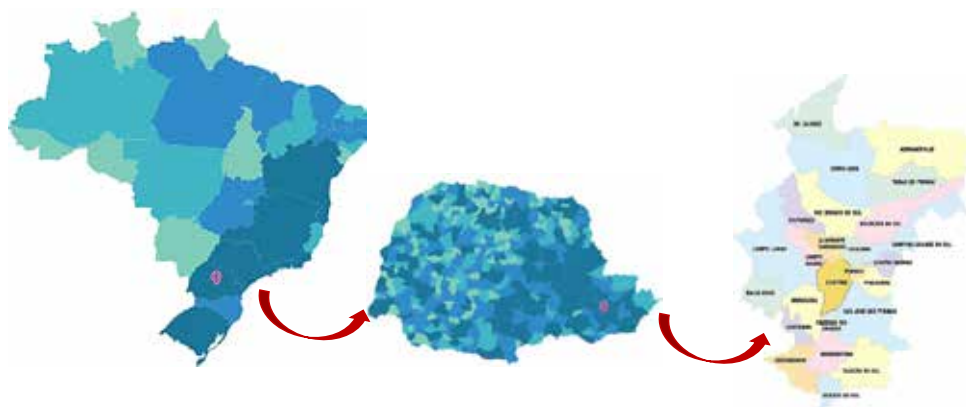
OS LABORATÓRIOS DE INOVAÇÕES DESENVOLVIDOS PELO CONASS

2.1 LABORATÓRIO DE INOVAÇÕES EM ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS DE CURITIBA/PR

CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

Curitiba é a capital do Paraná, um dos três estados da região sul do país, sendo fundada oficialmente em 29 de março de 1693 com a criação da Câmara Municipal (CURITIBA, 2018). A cidade localiza-se no centro sul do 1º Planalto Paranaense, 934 metros acima do nível do mar, com uma extensão territorial de 432 km². De acordo com o censo 2010 do IBGE, a população curitibana era de 1.751.907 habitantes, sendo o oitavo município mais populoso do Brasil e o primeiro da região sul. Sua região metropolitana, composta por 26 municípios, tinha 3.168.980 habitantes (IBGE, 2010) e uma taxa anual de crescimento de 3,02%, superior à média de 1,53% observada nos demais centros urbanos do país na época.

FIGURA 2 – Localização de Curitiba e Região Metropolitana



FONTE: IBGE, 2018; IPPUC, 2011.

QUADRO 2 – Principais aspectos geográficos e sociodemográficos de Curitiba

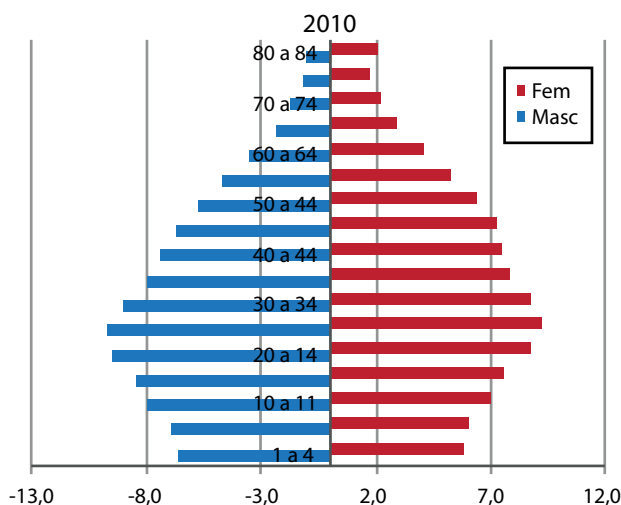
Área	430,9 km ²
População	1.751.907 habitantes
Densidade populacional	4.027,04 habitantes/km ²
Número de bairros	75
Área verde por habitante	51 m ²
Clima	Temperado
Pluviosidade	1.500 mm/ano
Temperatura média no verão	21°C
Temperatura média no inverno	13°C
IDHM	0,823
Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade	97,6%
IDHM – Índice de desenvolvimento humano do município	0,749

FONTE: IBGE, 2017.

O perfil epidemiológico do município observou mudanças significativas ao longo do tempo. De 1980 a 2010, o percentual de pessoas idosas aumentou de 5,5% para 11,3% (DATASUS); a esperança de vida ao nascer aumentou de 65,5 anos para 73,2 anos em 2010; e o coeficiente de morta-

lidade infantil caiu de 42,7/1.000 para 9,0/1.000 nascidos vivos (CURITIBA, 2010).

FIGURA 3 – Pirâmide etária de Curitiba em 2010



FONTE: IBGE, 2010.

A taxa de internamentos por Condições Sensíveis à APS foi de 5,3/1.000 habitantes em 2010, o que representou diminuição percentual de 49,8% em relação ao ano 2000. Nesse mesmo período, houve redução de internamentos por insuficiência cardíaca em 35,3%, doença cerebrovascular em 44,8%, hipertensão em 87,9% e diabetes em 63,8%. Já os internamentos por angina aumentaram em 98,5% (CURITIBA, 2012).

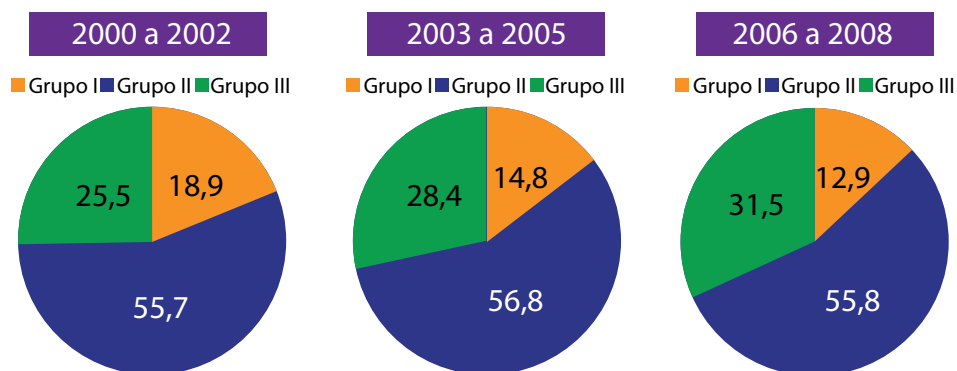
Em relação à mortalidade, em 2010, dos 9.851 óbitos de residentes do município, 2.839 (28,8%) foram devido a doenças do aparelho circulatório (DCV), 995 deles considerados prematuros, ou seja, em pessoas de 30 a 69 anos de idade (35%). Entre as causas de óbito por DCV, 36,8% foram devido a doenças isquêmicas, 28,5% por doenças cerebrovasculares e 34,7% pelas demais doenças do aparelho circulatório (CURITIBA, 2018).

Do triênio 2000 a 2002 ao triênio 2006 a 2008, ocorreu a diminuição das doenças infectoparasitárias, maternas, perinatais e nutricionais (grupo I), a manutenção das DCNT (grupo II) e o aumento das causas externas (grupo III) como causas de Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP).

Este fato caracteriza a tripla carga de doenças a ser enfrentada pelo Sistema Municipal de Saúde curitibano (CURITIBA, 2010).

FIGURA 4 – **Proporção de APVP segundo grupos nos triênios, Curitiba, 2000 a 2008**

n. 31
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



FONTE: CENTRO DE EPIDEMIOLOGIA/SMS CURITIBA.

A frequência dos principais fatores comuns de risco para DCNT na população curitibana com 18 anos e mais, de acordo com o Vigitel 2010 (BRASIL, 2011), era: tabagismo em 18,9% dos homens e 15,4% das mulheres; consumo nocivo esporádico de álcool em 22,0% dos homens e 5,7% das mulheres; inatividade física em 13,7% dos homens e 10,8% em mulheres; e excesso de peso em 56,0% dos homens e 42,3% das mulheres.

OBJETIVOS PRINCIPAIS DO LIACC CURITIBA

- Produzir e disseminar conhecimentos relativos ao cuidado das condições crônicas pelas Equipes de Saúde da Família da APS a partir do marco teórico das RAS;
- Desenvolver e experimentar soluções práticas e inovadoras, testando novos instrumentos para o cuidado, a gestão da clínica e a gestão do caso, aplicados pelas equipes multiprofissionais de APS no manejo das condições crônicas.

LINHAS DE CUIDADO PRIORIZADAS

As condições priorizadas foram hipertensão, diabetes melito e depressão. As duas primeiras, além de importantes fatores de risco cardio-

vascular, são condições com alta prevalência e cujo aumento do número de inscritos nos programas estratégicos da SMS é progressivo. A depressão foi eleita por ser uma condição relativamente frequente, potencialmente incapacitante, associada a comorbidades (cardiovasculares, endocrinológicas, neurológicas, renais, oncológicas, síndromes dolorosas crônicas e outras), com impacto pessoal, familiar e comunitário.

PROPOSTA METODOLÓGICA

Duas etapas caracterizaram a constituição do LIACC Curitiba: a primeira etapa englobou a concepção do MACC; e a segunda, a implantação e avaliação do modelo desenvolvido nas unidades experimentais.

Primeira Etapa – a concepção do MACC

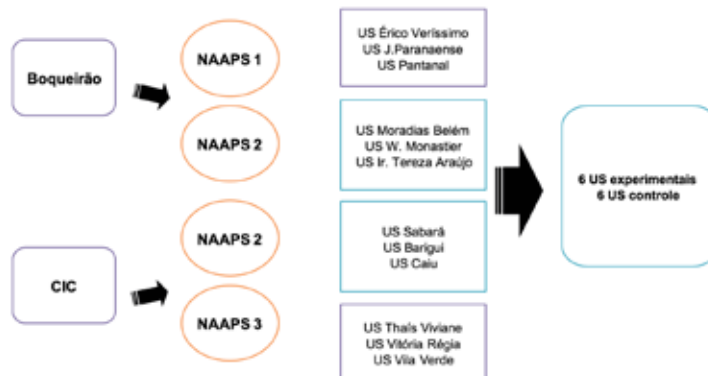
Em meados de 2010, com a consultoria do Dr. Eugênio Vilaça Mendes, um grupo condutor composto por 10 pessoas – diretores, superintendente e coordenadores de programas de atenção à saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) – foi constituído para elaborar o LIACC Curitiba. Baseado no contexto da rede municipal, de indicadores epidemiológicos e das necessidades em saúde da população, o grupo decidiu implantar o processo em algumas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (e não na rede como um todo) e enfocar as condições crônicas hipertensão, diabetes e depressão.

Considerando a magnitude da tarefa a ser desenvolvida, cerca de 50 servidores do nível local, do distrital e do central da SMS formaram grupos de trabalho (GT) programáticos (atenção cardiovascular e depressão) e temáticos (prevenção das condições de saúde; tecnologias de mudanças de comportamento; autocuidado apoiado; relações com a comunidade; educação permanente; educação em saúde; sistemas de informação da clínica; e desenho do sistema de prestação de serviços). Após a Oficina de Alinhamento Conceitual, a revisão de literatura e as reuniões periódicas iniciais, surgiram as primeiras propostas relativas a temas/áreas específicas para a composição do LIACC.

Os critérios para a seleção das UBS onde ocorreriam as intervenções e o modelo de pesquisa avaliativa começavam a ser delineados. No início de 2011, foram eleitos os dois Distrito Sanitário (Cidade Industrial de Curitiba e

Boqueirão) participantes e os critérios de escolha dos Núcleos de Apoio Em atenção Primária em Saúde (NAAPS) e UBS a eles vinculadas: NAAPS com equipes completas; vinculados a três UBS atuando com estratégia Saúde da Família (SF); com similitudes em relação a número de equipes/UBS e ACS/equipe, população da área de abrangência e população cadastrada (Figura 4).

FIGURA 5 – UBS-NAAPS controle e experimentais do LIACC Curitiba



FONTE: MOYSÉS, SILVEIRA FILHO E MOYSÉS, 2013.

Pela complexidade das intervenções, uma experiência piloto foi conduzida na UBS Alvorada, do DS Cajuru. As equipes da UBS Alvorada contribuíram no delineamento do autocuidado apoiado e do atendimento compartilhado em grupo, denominado Cuco (acrônimo de Cuidado Compartilhado). Este último pretendia potencializar o uso de tecnologias de cuidado com foco na estabilização de indicadores de saúde e no apoio à adoção de comportamentos saudáveis pelos usuários. Após esse processo, as intervenções foram expandidas para as seis UBS experimentais sorteadas.

As principais características do processo de intervenção estão descritas a seguir.

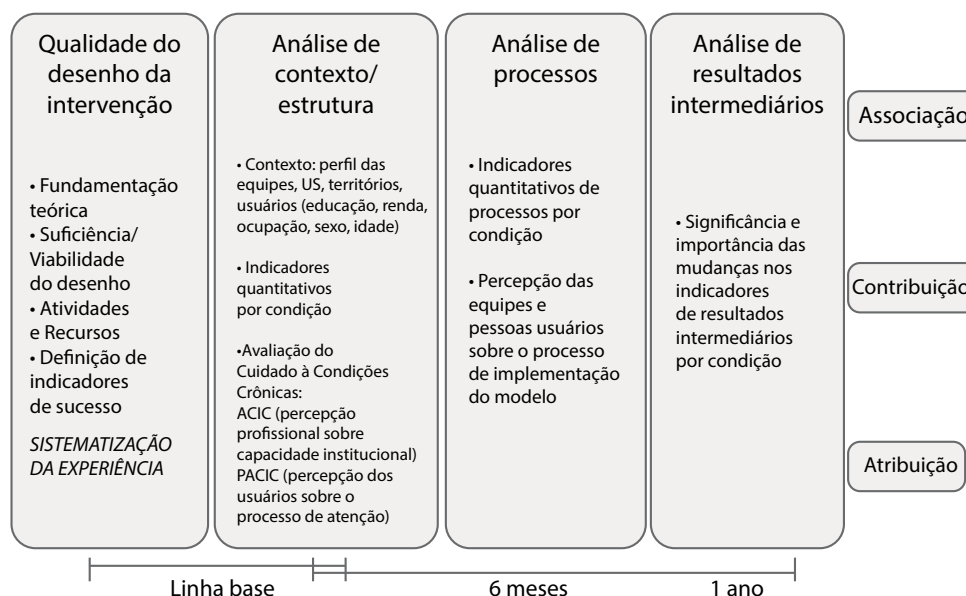
- a) Período: um ano
- b) Desenho:
 - Estudo de caso da UBS Alvorada – para analisar em profundidade o contexto, o processo de implantação das novas tecnologias de cuidado, as interações e mobilizações originadas pelo mesmo. Foram realizados entrevistas, grupos focais e observação participante.

- Estudo quase-experimental com unidades experimentais de intervenção (NAAPS 2 DSCIC compreendendo UBS Sabará, UBS Barigui e UBS Caiuá e NAAPS 2 DS Boqueirão compreendendo UBS Moradias Belém, UBS Waldemar Monastier, UBS Irmã Tereza Araújo) e unidades controle (NAAPS CIC 3; compreendendo UBS Thais Viviane Machado, UBS Vitória Régia, UBS Vila Verde e NAAPS Boqueirão 1 compreendendo UBS Érico Veríssimo, UBS Jardim Paranaense e UBS Pantanal).

c) Matriz de avaliação

Utilizando a abordagem metodológica proposta por de Salazar (18), a matriz de dimensões, variáveis e indicadores avaliados na pesquisa do LIACC Curitiba é apresentada na Figura 6.

FIGURA 6 – **Matriz de Avaliação do LIACC Curitiba**



FONTE: MOYSES, SILVEIRA FILHO E MOYSES, 2012.

GRUPOS FOCAIS

A percepção dos participantes dos grupos de trabalho, das equipes da APS (UBS e NAAPS) e dos usuários sobre o processo de implantação das

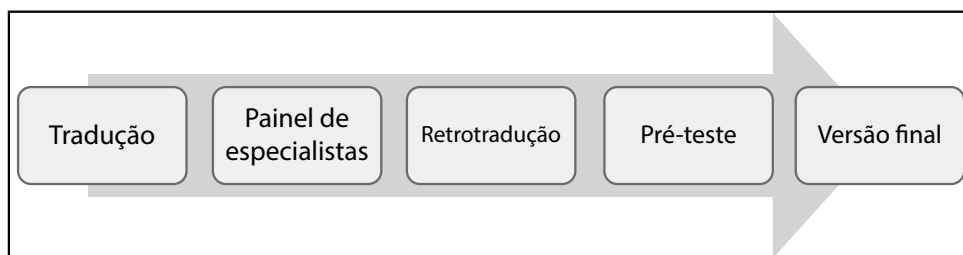
ações foi explorada qualitativamente, por meio de grupos focais, cuja dinâmica com os profissionais e grupo de trabalho incluiu:

i) a análise da linha do tempo sobre as estratégias desenvolvidas ao longo do processo; ii) a identificação de eventos geradores, processos desencadeados e resultados das ações em desenvolvimento; iii) identificação de fatores facilitadores e dificultadores no processo e iv) identificação das lições aprendidas. Com o grupo de usuários este momento explorou sua percepção sobre mudanças no processo de atenção às condições crônicas por eles vivenciadas. (MOYSES, SILVEIRA FILHO e MOYSES, 2012)

INSTRUMENTOS ACIC E PACIC

Os instrumentos ACIC (*Assessment of Chronic Illness Care*) – Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção às Condições Crônicas para profissionais das equipes, e PACIC (*Patient Assessment of Chronic Illness Care*) – Avaliação do Atendimento de Condições Crônicas para usuários, foram escolhidos como parte da avaliação do LIACC Curitiba (MOYSES, SILVEIRA FILHO e MOYSES, 2013). Para tanto, passaram por um processo de validação transcultural conduzido por pesquisadores da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, com tradução e adaptação cujo o objetivo foi manter a equivalência conceitual em culturas distintas. A Figura 6 representa os passos empregados neste processo.

FIGURA 7 – Passos para o processo de validação transcultural



FONTE: MOYSES, SILVEIRA FILHO E MOYSES, 2013.

A versão final validada do ACIC foi aplicada a 21 equipes de saúde atuando na UBS Alvorada e nas 12 UBS envolvidas no LIACC. Três componen-

tes por equipe, em média, responderam o instrumento por consenso, caracterizando o registro de dados de linha de base em 2012 sobre a percepção das equipes sobre a capacidade institucional para atenção às condições crônicas. Uma amostra expandida de 513 pessoas usuárias com condições crônicas atendidas nestas UBS responderam a versão final validada do PACIC. Em 2013, o ACIC foi aplicado novamente a 30 equipes de saúde das mesmas unidades e o PACIC a 390 usuários.

SEGUNDA ETAPA – A IMPLANTAÇÃO E A AVALIAÇÃO DO LIACC

A implantação das ações do LIACC nas unidades experimentais consistiu em:

- a) Oficinas com todos os profissionais das equipes da UBS para Alinhamento Conceitual sobre o MACC e o LIACC.
- b) Oficinas para desenvolvimento de capacidades em promoção de saúde e prevenção de condições crônicas – alimentação saudável/reeducação alimentar, atividade física/práticas corporais; abordagem para cessação do tabagismo, controle do estresse, atenção farmacêutica, abordagem para problemas relativos ao uso de álcool, entre outros.
- c) Oficinas para desenvolvimento de capacidades no cuidado de pessoas com diabetes e/ou hipertensão – rastreamento, diagnóstico, estratificação de risco, elaboração do plano de cuidado, monitoramento, insulinização, avaliação do pé diabético, entre outros.
- d) Oficinas para rastreamento, estratificação de risco da depressão (utilização do Questionário da Saúde do Paciente), construção de planos de cuidado e monitoramento.
- e) Treinamento para realização de registros e monitoramento de resultados.
- f) Matriciamento com médicos de família e especialistas (psiquiatria, cardiologia, endocrinologia) para apoio à construção dos planos de cuidado.
- g) Círculos de cultura com as equipes das UBS para implantação dos planos pessoais de autocuidado.

- h) Implantação do Apoio ao Autocuidado de forma progressiva e do monitoramento dos planos de autocuidado dos usuários.
- i) Oficina para Modelagem do Cuidado Compartilhado nas próprias UBS.
- j) Educação permanente com as equipes da UBS e reflexão sobre a prática – implantação das novas tecnologias.

DESENHO DA INTERVENÇÃO DA DEPRESSÃO

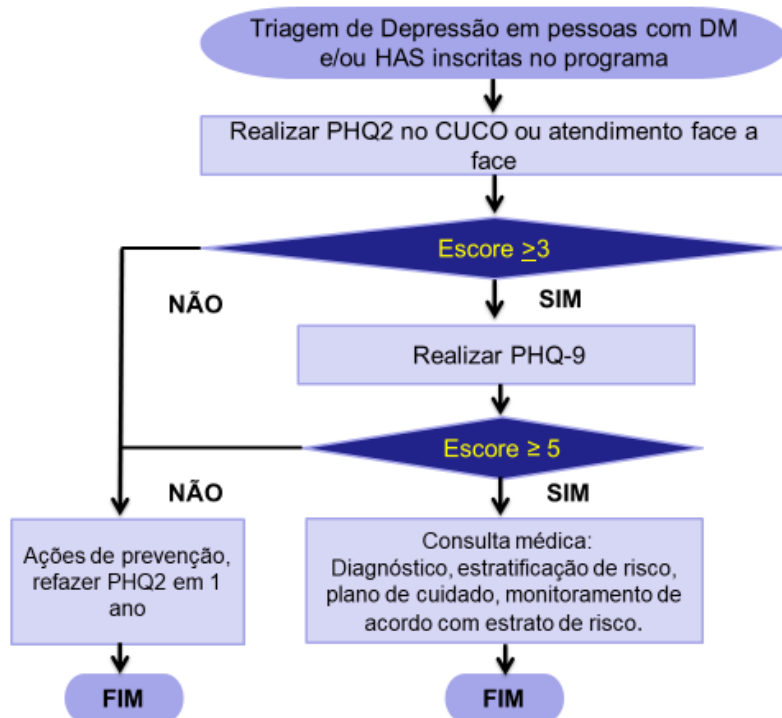
n. 31

*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*

Para a triagem da depressão, foi utilizada a escala PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire*) contendo nove questões (KROENKE, SPITZER e WILLIAMS, 2001). O PHQ-2, composto pelas duas primeiras questões, permite observar a frequência de humor deprimido e anedonia nas duas últimas semanas. Pessoas identificadas positivamente por meio do PHQ-2 (score ≥ 3) devem responder as demais questões para determinar se caracterizam critérios de desordem depressiva.

A recomendação foi de aplicar o PHQ-2 nos atendimentos para acompanhamento de usuários com hipertensão e diabetes. Aqueles rastreados positivamente eram avaliados pelo PHQ-9 por um profissional de nível superior e, se necessário (score ≥ 5), por um médico para confirmação diagnóstica, estratificação de risco e definição da conduta de tratamento mais adequada.

FIGURA 8 – Algoritmo para rastreamento de depressão no LIACC Curitiba



FONTE: OS AUTORES.

DESENHO DA INTERVENÇÃO DO AUTOCUIDADO APOIADO

A proposta de Autocuidado Apoiado baseou-se na utilização da Técnica dos Cinco As, técnica que sistematiza a atuação da equipe diante da adoção de comportamentos novos pelo usuário a partir do reconhecimento das intervenções mais efetivas de acordo com a fase do processo de mudança. As orientações para a instituição do processo foram:

- Iniciar com usuários com diabetes e/ou hipertensão durante as consultas com o médico, cirurgião-dentista ou enfermeiro ou em atividades com os profissionais dos NAAPS de acordo com os seguintes passos:
- Avaliar a capacidade de autocuidado pelo usuário.

- c) Oferecer o apoio ao autocuidado e registrar o desejo do usuário de ser monitorado pela equipe de saúde.
- d) Pactuar, na consulta ou durante as atividades do Cuidado Compartilhado, os comportamentos-alvo e atividades:
 - Auxiliar o usuário na escolha, considerando necessidade (indicadores de saúde) e disponibilidade dele (o que ele considera viável e prioritário).
 - Escolher inicialmente um ou dois comportamentos-alvo a serem adotados, com base no grau de interesse: prática regular de atividade física; alimentação saudável; manejo do estresse; uso de medicamentos conforme prescrito pelo médico ou dentista; cessação do tabagismo, do uso de álcool ou outras drogas.
 - Definir as atividades necessárias para o novo comportamento (quando necessário) e o grau de interesse para escolher duas delas para iniciar.
 - Fazer a pactuação e definir os passos do plano de ação, avaliando o grau de confiança.
- e) Anotar no prontuário – objetivos de vida (o que é importante para o usuário), comportamentos-alvo (aqueles que são necessários), pactuação, grau de interesse e confiança.
- f) Solicitar que o usuário anote, na caderneta, seus objetivos, a pactuação feita, o grau de interesse e de confiança.
- g) Fazer a assinatura do contrato.
- h) Encaminhar para atendimento de enfermagem para dar início ao monitoramento.
- i) Monitorar a execução do plano, o grau de confiança e de interesse para os próximos dias e apoiar resolução de problemas e prevenção de recaídas:
 - Durante o Cuidado Compartilhado, seguindo o roteiro de entrevista e explorando a criatividade do grupo para auxiliar na resolução dos problemas comuns.
 - Pelos auxiliares de enfermagem ou técnicos de saúde bucal, com periodicidade semanal ou quinzenal durante os seis primeiros meses (telefone, visita domiciliar ou contatos na UBS).

- Preencher a planilha de Autocuidado Apoiado – grau de confiança e interesse no período, realização ou não do plano, repactuação, novos comportamentos alvo e observações.

DESENHO DE INTERVENÇÃO DO CUIDADO COMPARTILHADO (CUCO)

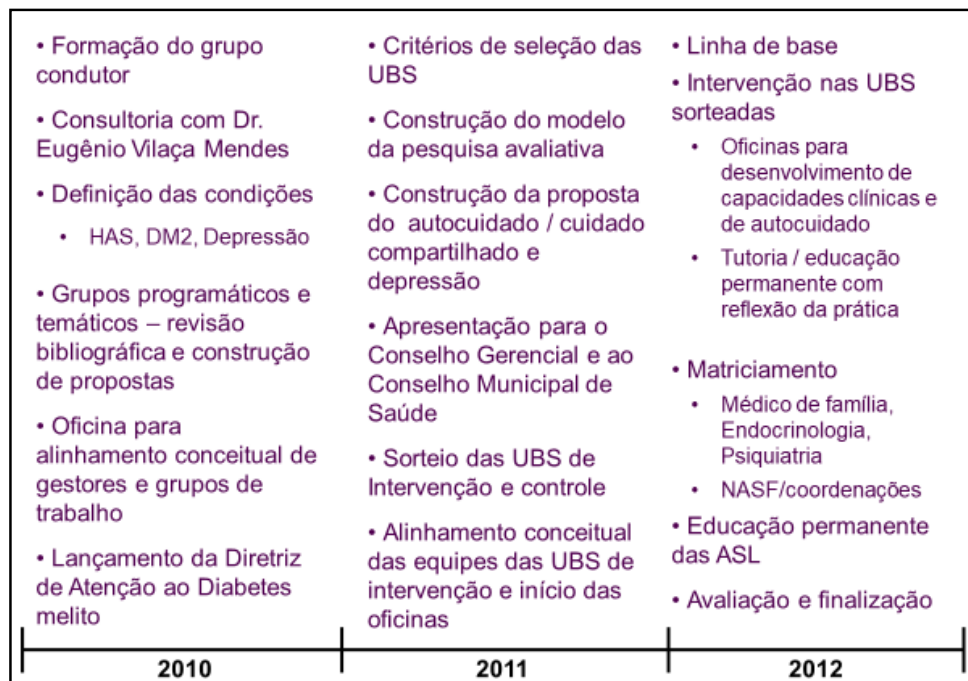
O Cuco consiste em um processo coletivo de atenção à saúde voltado à mudança de comportamento da equipe de saúde e dos usuários com o objetivo de: empoderar os usuários para o autocuidado; compartilhar informações sobre as condições crônicas; favorecer e apoiar a adoção de comportamentos saudáveis; monitorar as metas do plano de cuidado e as pactuações do Autocuidado Apoiado; fortalecer as relações entre os usuários e a equipe multiprofissional da APS; melhorar os resultados da atenção à saúde.

As orientações para a instituição do processo foram:

- a) Formação dos grupos: previsão de 20 a 30 participantes a partir do convite de 50 a 60 usuários com hipertensão e/ou diabetes.
- b) Periodicidade e duração das reuniões: Duração aproximada de 90 minutos com periodicidade bimestral para aqueles de baixo e médio risco e mensal para os alto e muito alto risco.
- c) Organização da reunião: levantamento prévio dos indicadores do plano de cuidado dos participantes.
 - Momento 1: pactos de convivência, levantamento de dúvidas e temas de interesse do grupo; estabelecimento de uma agenda de futuros temas das reuniões; comentários sobre os desafios para o alcance das metas do cuidado considerando os indicadores do plano de cuidado; diálogo entre os participantes (facilitado pela equipe de saúde) sobre o processo de autocuidado; especificação dos obstáculos e problemas encontrados; construção de soluções e adequações de planos de autocuidado.
 - Momento 2: avaliações específicas de saúde como aferição de pressão arterial, glicemia capilar, antropometria, saúde bucal, pé diabético; seleção de usuários identificados como em risco para avaliação individual. Orientações finais e encerramento do grupo.
- d) Registros da reunião: preenchimento das planilhas com as metas do cuidado das condições crônicas, repactuações, aferições

e avaliações feitas, encaminhamentos para atividades em grupos específicos entre outras informações relevantes.

FIGURA 9 – Linha do Tempo do LIACC Curitiba



FONTE: OS AUTORES.

RESULTADOS

No estudo de caso da UBS Alvorada, percepções e lições aprendidas na implantação de novas tecnologias do MACC foram:

- A importância que um contexto positivo de Atenção à Saúde na UBS piloto tem para favorecer o processo e a inovação.
- É preciso apoiar a construção da autonomia dos sujeitos, com escuta ampliada e reconhecimento de determinantes para melhor qualificação da atenção às condições crônicas.
- A “cultura” popular de valorização da presença do profissional médico, do agendamento rápido de consulta e da prescrição, pode influenciar a percepção dos usuários sobre o processo de cuidado.

- O Cuidado Compartilhado, o Autocuidado Apoiado, a aproximação da equipe local e a aproximação do médico generalista com o especialista foram elementos chave da experiência.
- O empoderamento de equipes e usuários foi essencial para sua mobilização tanto na introdução de novas abordagens de cuidado, quanto na ampliação da corresponsabilidade e confiança no controle dessas condições.
- Metodologias ativas de ensino aprendizagem, com reflexão da prática e problematização da realidade, podem favorecer o compromisso e a mobilização para mudanças no processo de trabalho.
- A troca de experiências entre diferentes equipes atuando em diferentes territórios pode facilitar o processo de adesão às mudanças e introdução de novas práticas.
- Uma gestão participativa, com escuta e respeito à diversidade e à criatividade, pode facilitar o processo.
- Novas abordagens e relações entre gestores, equipes e comunidade favorecem a ressignificação do modelo de atenção a condições agudas.

Na pesquisa avaliativa desenvolvida por Schwab e colaboradores (2014), entre os resultados encontrados, houve discreta melhora nos escores das dimensões “articulação com a comunidade” (6,34 para 6,69) e “integração dos componentes do modelo de atenção” (6,09 para 6,42) do ACIC da linha de base e após a intervenção nas UBS experimentais. No PACIC, houve aumento dos escores das dimensões “adesão ao tratamento” (2,6 para 3,26), “tomada de decisão” (3,49 a 3,73), “definição de metas” (3,22 a 3,58), “resolução de problemas” (2,86 a 3,45) e “coordenação da atenção” (2,92 a 3,62) nas UBS de intervenção (1-2,8). Os autores concluíram que:

[...] foi possível identificar associações entre as mudanças ocorridas pela implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas e a melhora no cuidado a essas condições, particularmente na percepção de usuários em unidades de intervenção, vis-à-vis com as de controle. A utilização dos instrumentos ACIC e PACIC demonstrou que estes podem caracterizar-se como ferramentas importantes, ou seja, possibilitar a reflexão sobre o processo de trabalho na atenção às Condições Crônicas, além

de favorecer o monitoramento de inovações e a percepção das equipes e de cidadãos usuários. Uma análise mais aprofundada de nexos causais, quiçá associando o novo modelo a desfechos terminais em saúde, talvez só se concretize depois de transcorrido um tempo maior, em um desenho metodológico longitudinal. (SCHWAB e colaboradores, 2014)

O LIACC foi um processo coletivo de aprendizagem multidirecional que envolveu grupo condutor, equipes de saúde e pessoas usuárias. Sua implantação caracterizou-se pelo contínuo respeito ao contexto cultural de cada UBS/NAAPS e comunidade, com compartilhamento de responsabilidades, ação reflexiva para o desenvolvimento de capacidades e valorização de estratégias que favorecessem as mudanças.

Aspectos destacados pelas equipes de saúde como fundamentais no processo foram:

- a) A autoexperimentação e o uso de narrativas, filmes, estudos de caso e reflexão da prática – para aprender a cuidar do outro, é preciso cuidar de si mesmo.
- b) O reconhecimento da ambivalência no processo pessoal de mudança ampliou a capacidade da equipe de saúde de aceitação e acolhimento da resistência de usuários e colegas. Isso gerou maior tolerância à frustração, respeito à autonomia para a tomada de decisão, fortalecimento da confiança, da afetividade, do vínculo e da interatividade entre todos.
- c) O processo pedagógico partiu da identificação de necessidades específicas de cada equipe, favorecendo o compromisso dos profissionais com a construção da experiência nas UBS e entre elas.
- d) As novas tecnologias de cuidado sistematizavam muitas ações já realizadas intuitivamente pelas equipes de saúde.
- e) O NAAPS consolidou seu papel de indução de processos locais, garantindo maior segurança às equipes.
- f) A liderança no processo foi estratégica para que todos os envolvidos mantivessem o foco e o compromisso com o LIACC.
- g) Os gestores atuaram como facilitadores, mediadores de conflito, mantendo uma atitude não impositiva ou julgadora.

Alguns desafios encontrados foram: necessidade de ampliação do acesso, organização da atenção secundária, estrutura física da algumas

UBS, complexidade das tecnologias de apoio ao autocuidado, tempo para consolidação das mudanças nas equipes, número de pessoas para apoiar os movimentos nas UBS, sobreposição de funções dos participantes do grupo condutor/de trabalho entre outros. Apesar da adoção dos nomes das tecnologias pelas equipes (cuidado compartilhado e autocuidado apoiado), a atuação ainda era distante do que os mesmos representavam. “Chegou no que foi possível para o seu tempo histórico” (CUBAS et al., 2012).

Para os autores:

Os momentos de avaliação de processo evidenciaram que as pessoas se transformaram. Apesar do reduzido tempo de implementação das ações e da diversidade de ritmos e compreensões demonstradas pelas equipes, permanece o compromisso com a mudança. Isso pode ser fortalecido se as equipes que incorporam essas tecnologias passem a perceber resultados concretos da atenção qualificada às condições crônicas de seus usuários. [...] Entretanto, a instituição teve um momento oportunizado para pensar e tem muito aprendizado importante para ser coletivizado. Muita coisa para ensinar e muita coisa ainda para aprender. (CUBAS et al., 2013).

A partir dessas reflexões, a sugestão para o processo de implantação de novas tecnologias de cuidado adaptada da Técnica dos 5 As está exemplificada na figura 10.

FIGURA 10 – Técnica dos 5 As adaptada para a implantação de inovações no cuidado de condições crônicas nas equipes de saúde



FONTE: OS AUTORES, ADAPTADO DE WHITLOCK, ORLEANS, PENDER ET AL., 2002.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, M.F.T. et al. **Perfil da mortalidade por doença cardiovascular na população de Curitiba: série histórica de 20 anos (1996 a 2016)**. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2010**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_2010.pdf>.

CUBAS, R.F. et al. A implantação do MACC em Curitiba: aprendizados e perspectivas de Ana Maria Cavalcanti, Antonio Dercy Silveira Filho, Eliane Chomatas, Raquel Ferraro Cubas, Simone

Tetu Moysés de Salazar L. Reflexiones y posiciones alrededor de evaluación de intervenciones complejas: salud pública y promoción de la salud. Santiago de Cali: Programa Editorial Universidad del Valle, 2011.

CUBAS, R.F. *et al.* A implantação do MACC em Curitiba: aprendizados e perspectivas de futuro. In: MOYSÉS, S.T.,; SILVEIRA FILHO, A.D.; MOYSÉS, S.J. (Org.). **A implantação do modelo de atenção às condições crônicas em Curitiba**: resultados do laboratório de inovação sobre atenção às condições crônicas na Atenção Primária à Saúde. Brasília: Opas/Conass, 2013.

DE SALAZAR, L. **Reflexiones y posiciones alrededor de evaluación de intervenciones complejas**: salud pública y promoción de la salud. Santiago de Cali: Programa Editorial Universidad del Valle, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2010**. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=0&uf=41>>.

_____. **Curitiba, Paraná, Brasil**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/curitiba/panorama>>.

IMIGRAÇÃO. Portal da Prefeitura de Curitiba, 2018. Disponível em: <<http://www.curitiba.pr.gov.br/conteudo/historia-imigracao/208>>.

INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO URBANO DE CURITIBA (IPPUC). **Mapa da Região Metropolitana de Curitiba**. Disponível em: <<http://www.ippuc.org.br/default.php?pagina=348>>.

KROENKE, K.; SPITZER, R.L.; WILLIAMS, J.B. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. **Journal of General Internal Medicine.**, 2001, v.16, n. 9, p. 606-613, 2001.

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.

MONITORAMENTO DAS CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA CURITIBA – 2000 A 2011. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde, Centro de Epidemiologia, 2012.

MOYSÉS, S.T.,; SILVEIRA FILHO, A.D.,; MOYSÉS, S.J. (Org.). **A implantação do modelo de atenção às condições crônicas em Curitiba**: resultados do Laboratório de Inovação sobre Atenção às Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde. Brasília: Opas/Conass, 2013.

_____. (Org.). **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, 2012.

PERFIL DE CURITIBA. Portal da Prefeitura de Curitiba, 2018. Disponível em: <<http://www.curitiba.pr.gov.br/conteudo/perfil-da-cidade-de-curitiba/174>>.

RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO – 2010. Curitiba: SMS, 2010. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/institucional/arquivos/relatorios/relatorio_010.pdf>.

SAÚDE CURITIBA. Histórico da Secretaria. Portal da Prefeitura de Curitiba, 2018. Disponível em: <<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/a-secretaria/historico-da-secretaria.html>>.

SCHWAB, G.L. et al. Percepção de inovações na atenção às Doenças/Condições Crônicas: uma pesquisa avaliativa em Curitiba. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 307-318, out. 2014.

WHITLOCK, E.P.; ORLEANS, C.T.; PENDER, N. et al. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. **Am J Prev Med**, 2002;2vol. 2, n. 4, p. 267-84, 2002.

n. 31

*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*

2.2 LABORATÓRIO DE INOVAÇÕES NO CUIDADO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE SANTO ANTÔNIO DO MONTE/MG¹

O LABORATÓRIO DE INOVAÇÕES

No Brasil, o Laboratório de Inovações no Cuidado às Condições Crônicas (LIACC) foi implementado como um projeto piloto em três municípios: Curitiba (2011), no estado do Paraná; Santo Antônio do Monte (2013), em Minas Gerais; e Tauá (2014), no Ceará.

Em Santo Antônio do Monte, o LIACC foi implantado no período de junho de 2013 a dezembro de 2014, focando em quatro grupos-alvo: indivíduos com diabetes, hipertensão, mulheres grávidas e crianças menores de dois anos. As oito Unidades Básicas de Saúde (UBS) sofreram intervenção de forma conjunta e simultânea. Nesse período, foram introduzidas as principais ferramentas desenvolvidas no novo Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), realizada a capacitação dos profissionais, desenvolvidos os protocolos na Atenção Primária à Saúde (APS) e feito o investimento em equipamentos indispensáveis para a realização do estudo piloto.

Financiado pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o estudo-piloto teve como objetivo avaliar novo modelo de Atenção Primária voltado para as condições crônicas, que tem como principais pilares o cadastramento familiar, a classificação de risco familiar, a estratificação de risco individual e o cuidado longitudinal e integralizado segundo o risco.

¹ Texto extraído do produto final da Carta Acordo firmada entre a Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas, Administrativas e Contábeis de Minas Gerais (Ipead) e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) para avaliação do Laboratório de Inovações no Cuidado das Condições Crônicas (LIACC) na Atenção Primária à Saúde de Santo Antônio do Monte, em Minas Gerais.

O objetivo deste capítulo é analisar a mudança observada em alguns indicadores de saúde e utilização para as populações investigadas antes e durante a intervenção do LIACC em Santo Antônio do Monte.

O MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DO MONTE

Santo Antônio do Monte é um município de pequeno porte, localizado na zona Oeste de Minas Gerais, microrregião de Divinópolis, com uma área de 1.131,54km². Faz limite geográfico com 10 municípios: Lagoa da Prata, Moema, Bom Despacho, Araújos, Perdígão, Divinópolis, São Sebastião do Oeste, Pedra do Indaiá, Arcos e Japaraíba (figura 1). Também conhecido como Samonte, o município está localizado a 69 quilômetros de Divinópolis, cidade referência em saúde para a Macrorregião Centro-Oeste. Em 2012, sua população era de 26.353 indivíduos. No mesmo ano, o total de nascidos vivos foi de 312 crianças.

FIGURA 1 – Localização de Santo Antônio do Monte em Minas Gerais.



FONTE: IBGE, 2010.

Em 2010, o nível de desenvolvimento do município era relativamente alto (0,724), mensurado pelo Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) da Fundação João Pinheiro, ficando próximo da média do estado de Minas Gerais (0,731) e da média do Brasil (0,727). A dimensão que mais

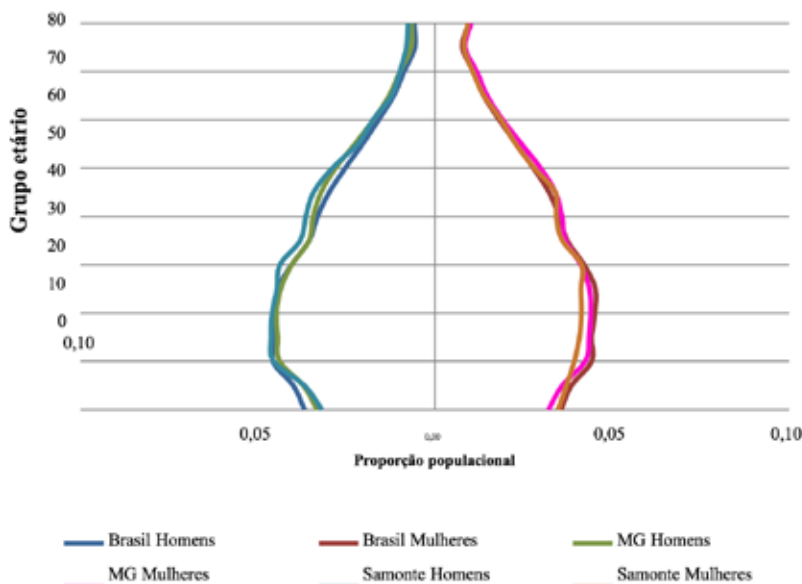
contribuiu para o IDHM do município foi a Longevidade, seguida da Renda e da Educação. Historicamente, o município tem apresentado melhora consistente nas condições de vida, o que se traduz em um crescimento de 49,6% no IDHM de 1991 a 2010.

A taxa de mortalidade infantil, outro indicador importante da melhora nas condições de vida e saúde da população, reduziu de 22,7 (por mil nascidos vivos) em 2000 para 14,8 em 2010, próximo da média mineira de 15,1 e inferior à média brasileira de 16,7 (FJP; PNUD; IPEA, 2013).

De acordo com a pirâmide populacional, em 2010, o município de Santo Antônio do Monte segue a mesma tendência populacional que o Brasil e Minas Gerais. É possível notar o estreitamento da base da pirâmide, com maior concentração da população entre 20 e 49 anos de idade, e ligeiro alargamento da ponta da pirâmide, dado à transição demográfica que ocorre no país.

Conforme se pode observar na figura 2, o município apresenta maior percentual de homens diferentemente do cenário brasileiro (IBGE, 2014). A maioria da população (86%) é residente em área urbana enquanto apenas 14% vivem em área rural. O ritmo de crescimento populacional se reduziu bastante na última década, passando de 3% no período de 1991 a 2000 para 1% no período de 2000 a 2010, convergindo para o patamar de crescimento médio de Minas Gerais e do Brasil.

FIGURA 2 – Pirâmide etária do Brasil, Minas Gerais e Santo Antônio do Monte, 2010



FONTE: IBGE, 2010.

Os avanços na educação foram substanciais nos últimos 10 anos e incluem todos os grupos etários: em 2010, das crianças com idade de 5 a 6 anos, 93% estavam na escola, enquanto das crianças com idade de 11 a 13 anos, frequentando os anos finais do ensino fundamental, 88% estavam na escola. A proporção de jovens de 15 a 17 anos que completou o ensino fundamental foi de 62%.

Em relação às condições de saneamento, em 2010, o município apresentava indicadores bastante favoráveis, em que mais de 97% da população urbana tinha acesso à água encanada e coleta de lixo, e 85% com acesso a esgotamento sanitário, sendo que em torno de 15% da população total residia na área rural.

DESENHO DA AVALIAÇÃO

A avaliação do LIACC foi realizada por meio de estudo de comparação de indicadores antes (2012) e durante (2014) a intervenção no município de Santo Antônio do Monte.

O primeiro recorte transversal realizado em 2012 como linha de base da avaliação visou caracterizar a situação de saúde da população geral e dos grupos-alvo antes da intervenção do LIACC, quanto ao acesso a serviços de Atenção Primária e hábitos de vida.

A pesquisa de campo da linha de base foi realizada de setembro a dezembro de 2013, contemplando inquérito populacional e pesquisas específicas com os quatro grupos-alvo da pesquisa (hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças). Já a pesquisa de campo durante a intervenção foi realizada de abril a junho de 2015. Realizou-se também uma pesquisa longitudinal referente às crianças menores de dois anos entrevistadas na linha de base.

Além das pesquisas com a população e grupos-alvo, foram realizados nove grupos focais com os profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e do Centro Hiperdia, antes e durante a implantação do LIACC.

Foram coletadas também informações junto aos prontuários clínicos dos pacientes com hipertensão e diabetes entrevistados na linha de base da pesquisa domiciliar. Esses registros foram usados de forma complementar para aprimorar o entendimento dos processos implementados no município e permitir análise da linha de cuidado ofertada na Atenção Primária a esses dois grupos-alvo. A coleta de dados de prontuário foi realizada em junho de 2015.

Tendo em vista que a avaliação caracterizou-se como uma análise dos processos implementados e de curto prazo, os resultados aqui apresentados não podem ser interpretados como finalísticos de impacto.

A avaliação dos indicadores de resultados priorizou a análise dos processos implementados e não a magnitude do impacto, haja vista que o segundo recorte foi realizado em 2014 quando os profissionais ainda estavam sob a intervenção. Além disso, como a intervenção ocorreu no nível dos profissionais, há necessidade de um tempo para consolidação dos processos implementados. Nesse sentido, importante analisar os resultados observando mais a direção das mudanças ocorridas no município e menos as alterações absolutas dos indicadores.

PRINCIPAIS RESULTADOS

AVALIAÇÃO DO PERFIL DE MORBIMORTALIDADE ANTES E DURANTE A IMPLANTAÇÃO DO LIACC

A presente análise utilizou os dados disponíveis em bancos de dados nacionais para avaliar o comportamento de indicadores epidemiológicos no período de 2010 a 2014, de residentes no município de Santo Antônio do Monte, independentemente do lugar de morte e/ou internação.

Considerando que as ações na Atenção Primária e a organização do sistema de saúde local afetam as internações e as mortes evitáveis, sendo, portanto, um indicador indireto da qualidade da assistência oferecida (MALTA, 2010; MACINKO et al. 2011), o objetivo dessa análise foi avaliar o comportamento das taxas de internação e de mortalidade em uma série temporal de cinco anos (2010-2014), permitindo analisar o perfil de morbimortalidade antes e durante o LIACC.

Perfil de Morbidade

Durante o período avaliado, o número de internações não variou significativamente, sendo que o ano com o menor número de internações foi 2013 e o maior, 2014. As faixas etárias com maior internação foram as de 15 a 50 anos e acima de 60 anos e, conforme esperado, a internação foi maior entre as mulheres.

Diferenças nas características de saúde entre os sexos são bem conhecidas. Sabe-se que homens procuram menos os serviços de saúde, apresentam maior resistência à adesão às medidas de prevenção de agravos devido a aspectos culturais desse grupo, além de que os serviços na APS apresentam mais programas voltados para a saúde da mulher, além do próprio desconhecimento das ações preventivas e profiláticas (LAURENTI et al., 2005).

Em relação às internações por sexo e idade, as diferenças observadas foram maiores nas faixas de 30 a 49 anos de idade e 60 anos de idade ou mais no grupo masculino. Já o grupo feminino da faixa etária de 15 a 29 anos foi o que apresentou a maior proporção de internações, devido à gravidez, parto e puerpério.

As principais causas de internação foram as doenças do aparelho respiratório, seguidas das doenças infecto-parasitárias. Esse perfil é compatível com o que tem sido observado no Brasil (BARRETO *et al.*, 2007, SCHMIDT, *et al.*, 2011). De forma geral, no Brasil, as doenças respiratórias apresentam queda desde o fim da década de 1990. Para as doenças cardiovasculares há uma tendência lenta, porém, constante, de redução da sua participação proporcional no total de internações até final da década de 1990 e voltam a apresentar pequeno incremento nos anos seguintes, com tendência à estabilidade ou uma ligeira redução a partir de 2003.

Embora a mortalidade por doenças infecciosas tenha apresentado uma queda nos últimos anos (BARRETO *et al.*, 2011), ainda contribuem substancialmente para o aumento das taxas de hospitalização. Em Santo Antônio do Monte, essas doenças representaram a segunda causa de internação em 2014, apresentando tendência de aumento. Possível explicação são as epidemias de dengue registradas no período na região.

Foi observado ainda aumento nas internações por causas externas, principalmente entre os homens, muito acima do que tem sido observado no Brasil, Minas Gerais e na própria macrorregião de Saúde Oeste, onde está localizado o município.

O indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) apontou para uma redução ao longo do período estudado. A análise de Castro e colaboradores (2015) também reflete redução da proporção de ICSAP de aproximadamente 15% no Brasil nos últimos anos. As gastroenterites figuram como a ICSAP mais prevalente em diversos estudos (BASTOS *et al.*, 2013).

Em Santo Antônio do Monte, as doenças cerebrovasculares, insuficiência cardíaca, diabetes e hipertensão foram algumas das causas que mais contribuíram para a redução do indicador de ICSAP. Angina e insuficiência cardíaca caíram de uma a duas posições após 2013 com a implantação do LIACC. Vale ressaltar que esses eventos estão muito relacionados aos grupos-alvo do LIACC e essa redução pode ser um reflexo da melhoria na APS. Avaliando o *ranking* das internações ao longo do período estudado, encontramos resultado semelhante ao observado em Juiz de Fora por Bastos *et al.* (2013).

Atualmente o diabetes *mellitus* apresenta elevada prevalência mundial e, como consequência, alto custo econômico e social, tornando-se de-

safio para os sistemas de saúde (GUIDONI *et al.* 2009). Rosa *et al.* (2008) mostram que o valor médio das internações atribuíveis a essa comorbidade é cerca de 40% mais elevado que o das não atribuíveis à doença. Na avaliação conduzida nesse trabalho, o diabetes apresentou uma tendência de queda ao longo do período estudado. O incremento das estratégias relacionadas a atividades preventivas para dar cobertura mais adequada à população pode ter contribuído para evitar as hospitalizações e reduzir a incidência do próprio diabetes *mellitus* (GRILLO *et al.*, 2007).

As internações por causas relacionadas à hipertensão arterial foram as que apresentaram maior redução no período, sendo esta tendência observada desde 2012. Uma possível explicação é o melhor cuidado ofertado aos portadores de hipertensão arterial a partir da implantação do Centro Hiperdia em 2011 e que foi reforçado com a intervenção do LIACC.

A análise das internações por gravidez, parto e puerpério apontou baixo número de cesarianas registradas no Sistema de Internações Hospitalares (SIH) em contraposição aos resultados encontrados no inquérito populacional e no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc). Além disso, observou-se elevado percentual de internações cuja causa básica era falso trabalho de parto. Segundo Bittar *et al.* (2005), o falso trabalho de parto é uma condição onde se verifica contrações irregulares, sem alterações do colo uterino. A questão a ser investigada diz respeito à necessidade de internação dessas gestantes diagnosticadas com falso trabalho de parto, tendo em vista que a mesma se justifica em situações em que há a dúvida sobre o início do trabalho de parto. Nesse caso, a gestante, em geral, permanece em observação. Em estudo realizado no Paraná, o falso trabalho de parto correspondeu a 24% das causas de hospitalização (VERAS *et al.*, 2014). Em Santo Antônio do Monte, esse percentual variou no período analisado de 19% a 26%.

Perfil de Mortalidade

A taxa de mortalidade geral bruta no Brasil nos últimos anos foi cerca de 6 por mil habitantes (SAÚDE BRASIL, 2013). Este número é semelhante ao encontrado no presente estudo. A mortalidade geral foi menor nos anos de 2012 e 2013, tendo aumentado em 2014.

No Brasil, as doenças não transmissíveis constituem a principal causa de morte, sendo responsáveis por 68% das mortes registradas em 2012. O município de Santo Antônio do Monte apresentou perfil semelhante com cerca de 80% das mortes devido a doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no período estudado.

No Brasil, as doenças cardiovasculares são apontadas como a principal causa de morte, sendo que as doenças isquêmicas e acidente vascular cerebral foram as causas que mais levaram ao óbito. No município, esse perfil se reproduz, pois as doenças cardiovasculares foram as principais causas de óbitos e, entre estas, o infarto e os acidentes vasculares também representaram as duas principais causas de óbito (SAÚDE BRASIL, 2013; SAÚDE BRASIL, 2014).

Já as causas externas ocuparam a segunda posição entre as causas de morte, da mesma forma que se destacaram entre as causas de internação. Entre as mortes evitáveis foram as causas que mais aumentaram no período estudado.

Em relação à idade, como esperado, a maior porcentagem de óbitos ocorreu nos maiores de 60 anos de idade, repetindo o padrão observado para a mortalidade geral no Brasil (MANSUR *et al.*, 2012).

As mortes por causas externas são frequentes no Brasil, respondendo por cerca de 20% do total (MANSUR *et al.*, 2012). Em Santo Antônio do Monte, essa causa de morte apresentou aumento a partir do ano de 2011 e sua ocorrência esteve mais associada a indivíduos do sexo masculino de 15 a 29 anos de idade durante todo o período. Santo Antônio do Monte tem como uma das suas principais fontes de renda a indústria de produção fogos de artifício e acidentes com explosivos e pólvora são comuns na região com elevado número de óbitos. No ano de 2014 a causa de morte por explosão aparece entre as três causas mais frequentes de morte em adolescentes e adultos jovens (15-49 anos de idade).

A importância das doenças crônicas como causa de morte, principalmente as doenças cardiovasculares, reforça a necessidade de manter o foco nessas causas de adoecimento e de morte, além dos seus fatores de risco (SAÚDE BRASIL, 2013).

As taxas de mortes do período avaliado por “Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas” estão próximas ao cenário nacional (SAÚDE BRASIL, 2013, KLAFKE *et al.*, 2014).

As condições crônicas “hipertensão arterial” e “diabetes *mellitus*” representam um problema de saúde pública, em virtude do impacto negativo na situação de vida das pessoas acometidas e na organização dos serviços de saúde. Essas avançam silenciosamente, em muitos casos, ao longo dos anos, não sendo tratadas adequadamente e detectadas tardiamente, repercutindo em sérias consequências, aumentando as taxas de internações e mortalidade. Diante desse cenário, novas abordagens específicas das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) devem ser adotadas, colaborando para a transformação da realidade prática local (REIS *et al.*, 2015).

As mortes relacionadas ao diabetes concordam com achados de um estudo brasileiro que mostra maior número de óbitos por diabetes *mellitus* e relacionados às faixas acima de 40 anos de idade (KLAFKE *et al.*, 2014). Estima-se que as mortes por essa condição crônica aumentarão em mais de 50% até 2020, caso medidas urgentes não sejam iniciadas (GUIDONI *et al.*, 2009). Portanto, estratégias como a implantação de um laboratório de inovações voltado para o manejo no âmbito das DCNT se mostra importante e pode trazer benefícios não só para o sistema de saúde, mas para a melhoria da condição crônica dos indivíduos assistidos.

Estudos que avaliem o impacto de intervenções em saúde são imprescindíveis para a organização da rede de assistência em saúde, porém sabe-se que essas intervenções apresentam impacto mais lento nos indicadores de mortalidade quando comparados com dados de morbidade. De acordo com os dados da presente investigação não foi observado variação na mortalidade ao longo dos anos, considerando a implantação do LIACC. Embora os dados aqui apresentados sejam de extrema importância para a contextualização do perfil de mortalidade no município para o período investigado, faz-se importante apontar algumas limitações desse indicador. Um dos problemas está relacionado à fonte de dados, pois sabe-se que estes podem conter erros relacionados ao diagnóstico ou campos da Declaração de Óbito (DO) não preenchidos, principalmente relacionados às informações sociodemográficas. Sabe-se que houve melhora nos últimos anos na qualidade da informação gerada, entretanto persiste o problema da subnotificação. Ainda assim, optou-se por trabalhar com os dados oficiais dos sistemas, tanto pela facilidade de acesso quanto pela possibilidade de estarem disponíveis a todo momento.

Vale ressaltar que outra limitação desse estudo é o tempo de observação, tendo em vista que o período estudado é curto para se observar impacto na mortalidade decorrente da implementação do LIACC.

Inquérito domiciliar

A pesquisa domiciliar foi realizada em dois módulos independentes. O primeiro módulo constituiu o inquérito de base populacional, cujo objetivo foi caracterizar as condições gerais de acesso, utilização de serviços relativos à APS e condições de saúde autorreportada pela população em geral. O segundo módulo correspondeu à pesquisa domiciliar com os quatro grupos-alvo do LIACC: hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças menores de um ano.

Tratou-se de um estudo observacional com dois recortes transversais. O primeiro recorte refere-se ao ano de 2012, com a pesquisa de campo sendo realizada em agosto e setembro de 2013. Já o segundo recorte refere-se ao ano de 2014, com as entrevistas realizadas entre março e maio de 2015.

Saúde da população geral

No que se refere às características socioeconômicas e demográficas para a população geral de Santo Antônio do Monte nos anos de 2012 e 2014, a distribuição por sexo e idade não apresentou diferenças expressivas entre os dois anos. A proporção de mulheres na amostra entrevistada foi em torno de 49%, e a maioria da população (cerca de 60%) tinha até 45 anos de idade.

O nível educacional e socioeconômico da população geral também foi muito similar nos dois anos analisados, sem diferenças estatisticamente significativas. Cerca de 5% da população nunca frequentou a escola; 28% tinham até a quarta série do ensino fundamental; 28% possuíam da quinta a oitava série do ensino fundamental; 31% tinham pelo menos um ano do ensino médio; e um pouco mais de 7% tinham pelo menos um ano do ensino superior. Em relação às classes de riqueza, cerca de 55% da população encontravam-se na classe C.

As informações referentes ao acesso a serviços de saúde por parte da população no município mostraram que, embora 31% da população pos-

suíam algum tipo de plano de saúde, o percentual de pessoas que declararam ter utilizado algum serviço do SUS foi bastante elevado: 93% em 2012 e 91% em 2014.

Ademais, a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município é universal. Em 2012, 98% da população entrevistada afirmou ter recebido visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS) ou estar cadastrada no programa. Já em 2014, 99% da população entrevistada afirmou ter recebido visita do ACS ou estar cadastrada, sendo que esse aumento foi estatisticamente significativo.

Em relação a consultas médicas, o percentual de indivíduos que realizou pelo menos uma consulta foi de 67% nos dois anos, sendo que 68% dessas consultas foram realizadas no SUS. A porcentagem de indivíduos que tiveram pelo menos uma internação, excluindo causas obstétricas, permanece também constante ao longo do tempo, cerca de 8%.

As condições de saúde da população investigada não apresentaram mudanças significativas nos dois recortes transversais, exceto para polifarmácia e presença de diagnóstico de diabetes. A proporção de indivíduos que declararam ter sido diagnosticados com diabetes subiu de 5% para 9% entre 2012 e 2014. Essa mudança é resultado importante e reflete melhora no diagnóstico do diabetes durante a intervenção no LIACC no município.

Segundo Hart (1992), metade dos indivíduos portadores de condições crônicas não são diagnosticados, metade dos diagnosticados não recebe tratamento e metade dos tratados não apresenta a condição crônica estabilizada, denominando essa relação de “regra das metades”. Considerando essa evidência clínica, o município de Santo Antônio do Monte fez salto importante na melhora do diagnóstico da diabetes *mellitus*.

No caso do diagnóstico de hipertensão arterial, a prevalência permaneceu constante antes e durante o LIACC. Diferente do diabetes, há uma tendência de os indivíduos se declararem “hipertensos” mesmo quando essa condição ainda não é diagnosticada como crônica. Esse comportamento se explica pela pressão arterial apresentar maior oscilação (aguda) sem necessariamente se definir como uma condição crônica. Segundo relato dos profissionais da Atenção Primária e Secundária de Santo Antônio do Monte, havia, em 2013, uma má reportagem da hipertensão arterial: um grupo de indivíduos que se consideravam hipertensos e não apresentavam a condi-

ção e um grupo de indivíduos não diagnosticados. Com o LIACC, a partir da classificação de risco, foi possível fazer um diagnóstico preciso da condição crônica. Desse modo, embora a prevalência não tenha se alterado entre os anos, é possível, segundo os profissionais, que a qualidade da informação autorreportada tenha melhorado.

Embora a prevalência de indivíduos que faziam uso de medicamentos de uso contínuo tenha se mantido constante (em torno de 40%), a proporção daqueles que usavam cinco ou mais medicamentos subiu de 12% para 23% durante o período analisado.

Saúde dos indivíduos com Hipertensão Arterial

Esta seção descreve os principais resultados encontrados para os indivíduos com hipertensão entrevistados nos dois anos da pesquisa.

Com relação às características socioeconômicas e demográficas dos entrevistados, a maioria dos indivíduos com hipertensão eram mulheres com mais de 40 anos de idade, ensino fundamental incompleto e pertencente à classe socioeconômica C. Em relação à ocupação, cerca de 45 a 50% tiveram algum trabalho nos 30 dias anteriores à pesquisa e a maioria relatou trabalhar 37 horas semanais.

Quanto à utilização de serviços de saúde, chama atenção a cobertura do SUS para os serviços de Atenção Primária, sobretudo considerando o elevado percentual desses indivíduos com plano de saúde privado (40%). Os três indicadores principais – utiliza SUS, cobertura da ESF/ACS e realização de pelo menos uma consulta médica – foram bastante elevados. Praticamente 100% dos indivíduos com hipertensão estavam cadastrados na ESF ou recebiam visita do ACS, indicando cobertura universal para esse grupo-alvo. Esses resultados foram superiores ao observado para a média do estado.

Para Minas Gerais, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 87% dos indivíduos com hipertensão declararam ter recebido visita do ACS e 76% reportaram que o domicílio estava cadastrado na ESF. Em relação à consulta médica, mais de 80% dos indivíduos declararam ter recebido pelo menos uma consulta no ano de referência em Santo Antônio do Monte, valor inferior ao observado para a média do estado (93%).

Ademais, entre os indivíduos que realizaram pelo menos uma consulta médica no ano, mais de 65% foram atendidos no SUS. Em contraposição ao acesso aos serviços da Atenção Primária, observou-se, para os exames preventivos, baixa cobertura e nenhuma mudança estatisticamente significativa ao longo do período analisado. Em Minas Gerais, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2013), 95%, 85% e 79% da população declararam, respectivamente, ter realizado exame de colesterol, creatinina e eletrocardiograma.

No que se refere ao estado de saúde dos entrevistados com hipertensão, a grande maioria dos indivíduos declarou ter saúde boa (48%) ou regular (35%). Aproximadamente 93% dos entrevistados com hipertensão faziam uso contínuo de medicamentos e, entre estes, em 2012, 14% eram polifármacos, enquanto, em 2014, essa porcentagem aumentou significativamente para 22%.

O percentual de pessoas que faziam uso contínuo de medicamentos para o controle da hipertensão reduziu de 85% em 2012 para 77% em 2014. Contudo, entre os indivíduos que faziam uso de medicamentos para o controle da hipertensão, o percentual de pessoas que tomavam diariamente o medicamento aumentou de 11% em 2012 para 21% em 2014.

Em relação aos exames preventivos preconizados para indivíduos com hipertensão (colesterol, creatinina e eletrocardiograma), não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os dois anos analisados.

Os resultados encontrados na análise controlada para indivíduos com hipertensão sugerem que o LIACC, mesmo com um nível de cobertura das equipes de saúde da família elevada, resultou em melhores indicadores de monitoramento desses indivíduos pelos ACS.

No caso dos exames preventivos, a intervenção do LIACC não significou melhoria de acesso aos exames laboratoriais. Importante salientar que a implementação do LIACC em Santo Antônio do Monte não incluiu a reorganização dos serviços laboratoriais, fundamentais para o acompanhamento adequado de pacientes crônicos e para a consolidação de uma rede integrada de atenção. Além disso, durante a intervenção, o Laboratório de Análises Clínicas Municipal deixou de realizar exames solicitados por médicos da rede privada. Essa decisão foi tomada ao longo da implementação do LIACC para garantir o fortalecimento da rede integrada do cuidado. Com essa medida,

os pacientes passaram não só a ter a necessidade de ir à UBS para obter a prescrição do exame, bem como há maior chance de o exame retornar para a rede de provedores.

Saúde dos indivíduos portadores de Diabetes Mellitus

Esta seção descreve os principais resultados encontrados para os indivíduos com diabetes entrevistados nos dois anos da pesquisa.

Quanto às características socioeconômicas e demográficas da amostra, a distribuição por sexo e idade foi similar àquela encontrada para os indivíduos com hipertensão, sendo a maioria mulheres (64%) e com mais de 40 anos (91%).

Em relação ao perfil socioeconômico, a maior parte dos indivíduos com diabetes tinha ensino fundamental incompleto e pertencia à classe C e cerca de 35% trabalhavam. Entre 2012 e 2014, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas na distribuição dos atributos demográficos e socioeconômicos. Esse resultado é importante para garantir a comparabilidade entre os dois recortes transversais.

No que se refere à utilização de serviços de saúde por parte dos indivíduos com diabetes, é importante notar, em primeiro lugar, que a cobertura dos serviços de APS no SUS é universal, sobretudo considerando que 34% dos indivíduos com diabetes possuíam plano de saúde privado. Aproximadamente 95% dos indivíduos com diabetes declararam ter recebido pelo menos uma visita do ACS nos dois anos e 98% reportaram que o domicílio era cadastrado na ESF, indicando, assim, cobertura universal da Estratégia entre os indivíduos portadores de diabetes no município. Essa cobertura é superior à média observada para o estado.

De acordo com os dados da PNS, em Minas Gerais, 77% dos indivíduos portadores de diabetes residem em domicílios cadastrados e 86% declararam receber a visita dos ACS. Entre os anos analisados, não se verificaram mudanças estatisticamente significativas na cobertura da Atenção Primária em Santo Antônio do Monte. Esse resultado se explica pelo elevado patamar de cobertura já vigente anteriormente ao LIACC.

Em relação à utilização de consultas médicas, verificou-se alta cobertura. A comparação entre os dois anos revelou redução estatística-

mente significativa, passando de 95% em 2012 para 89% em 2014. Essa redução, entretanto, não foi observada quando se considerou a proporção de indivíduos que realizaram consulta médica pelo SUS, a qual se manteve acima de 75%.

No que tange aos exames preventivos preconizados pela Secretaria de Estado da Saúde (SES) para o controle do diabetes, a cobertura foi inferior à média observada para o estado em relação a todos os exames, exceto fundo de olho, exame dos pés e hemoglobina glicada. A proporção de indivíduos com diabetes que fizeram os exames de eletrocardiograma, controle de glicemia, colesterol e creatinina, em 2014, em Santo Antônio do Monte, foi próxima de 62%, 77%, 84% e 72%, respectivamente. Para a média do estado, segundo os dados da PNS, esses valores, em 2013, eram de: 76% (eletrocardiograma), 96% (glicemia e colesterol) e 86% (creatinina).

Entre 2012 e 2014, observou-se também redução estatisticamente significativa da cobertura dos exames de colesterol, creatinina e hemoglobina glicada no município de Santo Antônio do Monte. Para os demais exames, não se verificaram mudanças estatisticamente significativas. Esses achados evidenciam, uma vez mais, que a implementação do LIACC não resultou em melhora no acesso aos exames laboratoriais. Uma restrição aos resultados dessa intervenção é que, no escopo do LIACC, não foi prevista uma reorganização do provimento desses serviços. Segundo relato dos profissionais de saúde do município, havia, de forma geral na população, um excesso de prescrição de exames, uma vez que um volume grande nem sequer era buscado no laboratório pelos pacientes.

No que concerne ao uso de medicamentos, quase a totalidade dos indivíduos com diabetes utilizava medicação contínua, sendo a metade destes polifármaco. Em particular, para os medicamentos de uso oral para controle do diabetes, o nível de utilização também era elevado, muito embora tenha se observado queda entre os dois anos analisados (92% para 82%). No município, o percentual de indivíduos com diabetes que faziam uso de insulina caiu de 26% em 2012 para 21% em 2014, alcançando patamar próximo ao observado para a média de Minas Gerais (18%). A redução observada no uso de medicamentos de uso oral e insulina para controle do diabetes pode ser um indicativo de melhora no monitoramento dos pacientes após a intervenção do LIACC.

Quanto às características demográficas e socioeconômicas das mulheres que tiveram filhos nascidos vivos nos anos 2011, 2012 e 2014, a idade média dessas mulheres na gestação foi em torno de 26 e 27 anos, com idade mínima de 14 anos e máxima de 44 anos.

Similar ao observado para a população geral, a maior parte das gestantes residia em domicílios classificados como classe média C, segundo o Critério Brasil 2015, mas apresentava maior nível de escolaridade. Entretanto, o maior nível de escolaridade não se traduz em taxa de atividade elevada, uma vez que cerca de 40% das gestantes trabalharam nos últimos 30 dias que antecederam a pesquisa. Esse perfil socioeconômico é similar ao observado para mulheres brasileiras que, em geral, são mais escolarizadas que a média da população, mas com menor taxa de ocupação (IBGE, 2010).

Essas mulheres, na data da entrevista, tinham filhos com idade inferior a dois anos e, nesse sentido, a baixa taxa de ocupação pode refletir uma escolha de cuidar dos filhos. A cobertura de plano de saúde era relativamente baixa comparada à população geral e aos indivíduos com hipertensão e diabetes, o que provavelmente está associado a essa baixa taxa de ocupação.

A comparação da distribuição das variáveis socioeconômicas e demográficas entre os dois anos evidenciou diferenças significativas para a distribuição de escolaridade e cobertura de plano de saúde. Essas diferenças indicam que as gestantes investigadas em 2014 apresentavam nível socioeconômico mais elevado e maior presença de plano de saúde. Apesar dessa cobertura de plano de saúde, os indicadores básicos da Atenção Primária eram favoráveis, tendo em vista que cerca de 97% das gestantes utilizavam o SUS, tinham seu domicílio cadastrado na ESF, e a visita dos ACS aumentou de 86% em 2012 para 95% em 2014, seguindo a mesma tendência observada para os demais grupos analisados.

As condições de saúde autodeclaradas das gestantes evidenciaram, de forma geral, status de saúde favorável. Somente 15% das gestantes relataram ter saúde regular ou ruim no ano de 2014. Essa distribuição é bastante similar à observada para a população geral.

O índice de saúde autodeclarada, embora subjetivo, mensura o estado geral de saúde dos indivíduos, apresentando associação forte com outros

indicadores específicos. Entre os problemas de saúde enfrentados durante a gestação, a hipertensão (22% em 2012 e 37% em 2014), os problemas urinários e a ameaça de parto prematuro (27% em 2012 e 37% em 2014) foram os que mais acometeram as gestantes em Santo Antônio do Monte, nos anos analisados. Houve aumento significativo dos problemas urinários entre 2012 (36%) e 2014 (47%). As gestantes de alto risco passaram de 30% em 2012 para 48% em 2014. Esse aumento pode estar associado à identificação precoce de fatores relacionados à gestação de alto risco pelos profissionais dos serviços de saúde.

n. 31

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

A cobertura de pré-natal, que já era alta em 2012 (98%), passou a ser universal em 2014, com 100% das gestantes portando o cartão de pré-natal e 99% que fizeram o acompanhamento de pré-natal completo. O principal provedor que ofertava os serviços de pré-natal no município de Santo Antônio do Monte era a ESF, responsável por mais de 70% das gestantes que realizaram pré-natal, nos anos estudados. As variáveis de consulta indicaram que houve ação melhor por parte da ESF para captar as gestantes no início da gravidez, uma vez que a prevalência de gestantes que fizeram no mínimo seis consultas passou de 91% em 2012 para 97% em 2014, e a captação precoce aumentou significativamente, saindo de 85% em 2012 para 94% em 2014.

Uma das formas de aferir a qualidade do pré-natal é verificar o grupo de exames que foi realizado durante a gestação. A cobertura dos exames de urina, toxoplasmose e glicemia pós-Dextrosol aumentou significativamente entre os anos de 2012 e 2014. Os exames de sangue e urina foram realizados por 100% das gestantes em 2014, com cobertura universal para quem não tinha plano também. A prevalência de exame de toxoplasmose passou de 82% em 2012 para 90% em 2014, com cobertura menor para as mulheres sem plano (79% em 2012 e 89% em 2014). Os exames para doenças sexualmente transmissíveis (HIV/Sífilis) tiveram cobertura alta (90%), mas inferior àquela observada para os exames de sangue e urina. O exame com menor taxa de realização era o exame de sangue com ingestão de glicose para teste da curva de glicemia das gestantes, e esse teve um aumento significativo em quase 84% (33% em 2012 e 61% em 2014).

Em relação aos exames de ultrassom, a cobertura continuou universal em ambos os anos analisados. Em relação à imunização, mais de 70%

das gestantes foram imunizadas contra *Influenza* e tétano tanto em 2012 quanto em 2014.

Já o percentual de cesariana no município de Santo Antônio do Monte era alto, em torno de 80%, tanto para 2012 quanto para 2014. Apesar dessa alta prevalência, uma mudança estatisticamente significativa ocorreu na marcação antecipada de cesarianas, que, em 2012, era de 65% e, em 2014, 51%. Essa redução da marcação de cesariana mostra que o LIACC promoveu mudança importante na forma de provimento do pré-natal. A principal mudança introduzida no município refere-se a maior responsabilização do cuidado pré-natal pelo médico de família das UBS que passaram a acompanhar a gestante até o terceiro trimestre. Antes do LIACC, o cuidado pré-natal era majoritariamente realizado no centro de especialidades e ofertado por obstetras. Essa mudança diminuiu a chance de a cesárea ser marcada com antecedência, mas não teve implicações na taxa de parto normal. Além disso, de acordo com relato dos profissionais, houve mudança de comportamento das gestantes que passaram a ter maior empoderamento devido ao trabalho realizado pela obstetriz. Mesmo com essa melhora, a proporção de partos normal no município foi considerada baixa e não apresentou diferenças estatisticamente significativas entre os dois anos analisados. Vale ressaltar que no período 2012-2014 não houve alteração do profissional que realizava partos no município.

No que diz respeito à amamentação, no município de Santo Antônio do Monte, mais de 83% das mulheres receberam informações para amamentar e mais de 90% amamentaram os filhos. A amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida da criança foi realizada por cerca de 56% das mulheres em ambos os anos analisados.

Saúde da criança

No município, aproximadamente 11% das crianças investigadas nasceram com baixo peso em ambos os anos, ou seja, peso abaixo de 2,500 quilogramas. O percentual encontrado ficou próximo ao do estado de Minas Gerais no ano de 2012 (13%) (ANDRADE *et al.*, 2013).

A triagem neonatal, também conhecida como “Teste do Pezinho”, teve cobertura universal no município (100%) para ambos os anos. Já o “Tes-

te da orelhinha” ou Triagem Auditiva Neonatal teve baixa cobertura em 2012 (40%) e aumentou um pouco em 2014 (54%). A proporção aumentou significativamente nesse período, o que indica aumento da amplitude de cobertura pelo sistema de saúde, uma vez que esse teste começou a ser realizado pelo SUS apenas em 2010 (BVS, 2011).

Em relação ao cuidado de puericultura, embora a maior parte das crianças tenha tido acesso a pelo menos uma consulta (mais de 95%), tanto em 2012 como em 2014, observa-se que o número de consultas ainda ficou abaixo do preconizado. Em 2012, cerca de 81% das crianças menores de um ano receberam cinco ou mais consultas, ou seja, dentro do preconizado pela SES/MG, mas, em 2014, esse percentual reduziu para 62%. O acompanhamento com médico pediatra foi de 78% no ano de 2012 e de 82% em 2014. A proporção de crianças que receberam cuidados no Centro Viva Vida passou de 40% em 2012 para 23% em 2014, diminuição estatisticamente significativa, sendo um marcador de melhoria da Atenção Primária, uma vez que mostra indiretamente que houve menos encaminhamento desse nível de atenção para os centros de especialidades.

Observou-se que a proporção de crianças que se internaram no ano de referência da pesquisa e após o nascimento diminuiu entre o período de 2012 e 2014. Os motivos de internação pós-nascimento mostraram, principalmente, que as internações por infecção zeraram de 2012 (19%) para 2014 e, as internações por prematuridade reduziram de 22% em 2012 para 13% em 2014. Essa redução pode estar associada à diminuição da realização de cesáreas pré-agendadas observada no município. Importante relembrar que, embora o pré-agendamento de parto cesariana tenha ocorrido em 2014, não houve redução da proporção de crianças que nasceram a pré-termo.

No ano de 2012, 51% das crianças tiveram algum problema de saúde, sem diferença significativa em 2014 (42%). Os dois problemas investigados com maior prevalência foram os respiratórios (55% em 2012 e 45% em 2014) e a diarreia por vários dias consecutivos (15% em 2012 e 26% em 2014). De acordo com a OMS (2013), as doenças respiratórias são os males mais comuns na infância e uma das principais causas de morte antes dos cinco anos de idade, assim como a diarreia persistente.

Os resultados controlados pela idade à vacina mostraram que a cobertura vacinal calculada a partir das informações dos cartões de vacina foi

praticamente universal para todas as vacinas essenciais nos primeiros anos de vida no município de Santo Antônio do Monte, tanto para o ano de 2012 quanto para o de 2014.

LINHA DE CUIDADO DOS PORTADORES DE DIABETES *MELLITUS* E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM SANTO ANTÔNIO DO MONTE

Essa seção apresenta os resultados obtidos por meio da análise dos prontuários clínicos dos pacientes portadores de hipertensão arterial e diabetes *mellitus* identificados na pesquisa domiciliar conduzida em 2013.

O objetivo dessa análise foi construir a linha de cuidado ofertada para esses pacientes na Atenção Primária no município de Santo Antônio do Monte. Consideramos como linha de cuidado o processo de oferta de serviços, que inclui desde o cadastro e visita dos ACS aos domicílios até a realização dos principais procedimentos previstos nas linhas guia da SES/MG (2013). Os procedimentos registrados nos prontuários foram coletados considerando os anos de 2012, 2013 e 2014, compreendendo o período antes e durante a intervenção do LIACC.

Constatou-se que cerca de 81% da amostra de pacientes diabéticos entrevistados na pesquisa domiciliar tiveram seu prontuário encontrado nas UBS. Esse resultado é muito favorável para a APS no município, mostrando que tanto o diagnóstico do diabetes estava sendo realizado, uma vez que o entrevistado reportou ter essa condição crônica, como também que esse paciente foi reconhecido na APS.

Cerca de 80% dos prontuários dos indivíduos com diabetes apresentavam registro referente à classificação de risco familiar e 35% registro de estratificação de risco individual. Esses indicadores são favoráveis, uma vez que a estratificação de risco individual deve ocorrer de forma gradativa.

Entre 2012 e 2014, foi possível notar redução na proporção de indivíduos com diabetes que não realizaram nenhuma consulta na unidade no ano e aumento na proporção de indivíduos que realizaram pelo menos uma consulta médica.

Entre os indivíduos com diabetes que realizaram pelo menos uma consulta em UBS, 79% haviam aferido a pressão arterial (PA) em 2012 e 64% em 2014. Essa redução parece estar associada a um sub-registro mé-

dico da PA, pois, antes, essa medida era realizada pelo técnico de enfermagem no acolhimento e, após a intervenção, o médico passou a aferir e registrar a pressão.

Para os exames de diagnóstico não laboratoriais, o acesso dos pacientes diabéticos ainda era muito baixo, pois, entre os indivíduos com diabetes que realizaram pelo menos uma consulta em UBS de referência, percentual inferior a 10% realizou exame dos pés em 2012 e 2014. Da mesma forma, o percentual de diabéticos que realizou eletrocardiograma, cerca de 8%. Somente um paciente declarou ter realizado o exame de fundo de olho.

Em relação aos exames clínico-laboratoriais, a proporção de indivíduos com acesso aos exames de triglicérides, colesterol total e fracionado, e glicemia de jejum ficou próxima de 45% e não houve alterações estatisticamente significativas nos dois anos analisados. Em relação ao exame de glicohemoglobina, foi possível notar importantes mudanças ao longo do tempo. Em 2012, 28% dos indivíduos com diabetes tinham registro de realização do exame no prontuário, já em 2013 (33%) e em 2014 (39%) esses percentuais se elevaram.

No que se refere aos resultados alcançados, houve, no período, uma melhora do perfil lipídico e, por consequência, redução do risco cardiovascular dos indivíduos com diabetes. Em relação à hemoglobina glicada, as diferenças alcançadas de resultados antes e durante a intervenção não foram estatisticamente significativas.

A intervenção do LIACC, no que tange ao plano de cuidado e à pactuação de metas individuais de autocuidado apoiado, mostrou incremento desses registros nos prontuários dos indivíduos com diabetes, evidenciando que a intervenção foi fundamental para introduzir essas tecnologias para o cuidado dos diabéticos no município.

Em relação ao cuidado longitudinal ofertado aos pacientes diabéticos, a intervenção do LIACC mostrou que ainda são necessárias melhorias. Para o exame de colesterol total, frações e triglicérides, apenas 14% dos indivíduos analisados realizaram os exames nos três anos e 30% dos indivíduos não realizaram o exame em nenhum dos anos da pesquisa. Para o exame de glicemia em jejum, apenas 17% dos indivíduos realizaram o exame todos os anos e 26% não realizaram o exame em nenhum dos anos. Já para o exame de hemoglobina glicada, o percentual de indivíduos que realizaram o exame

todos os anos foi ainda mais baixo (8%) e o de indivíduos que não realizaram o exame em nenhum dos anos mais elevado (39%).

Contudo, para os pacientes que foram acompanhados ao longo do processo de intervenção do LIACC, foi possível observar uma melhoria do controle lipídico, por meio da redução dos níveis de colesterol total e melhor controle das frações, bem como do controle glicêmico, medido por meio da redução dos níveis de glicemia em jejum. A hemoglobina glicada não apresentou variações estatisticamente significativas ao longo do tempo.

Dos 365 indivíduos que se declararam como hipertensos na pesquisa domiciliar foram encontrados 272 prontuários, o que representou 75% da amostra. Esse resultado mostra que tanto o diagnóstico da hipertensão estava sendo realizado, uma vez que o entrevistado reportou ter essa condição crônica, como também que esse paciente foi reconhecido na Atenção Primária.

Em relação aos microprocessos da APS, os resultados foram favoráveis: 89% dos prontuários localizados apresentavam a classificação de risco familiar e 28% dos indivíduos com hipertensão tinham em seus prontuários a estratificação de risco individual.

Entre 2012 e 2014, foi possível notar uma redução na proporção de indivíduos que não realizaram nenhuma consulta na unidade no ano e aumento na proporção de indivíduos com hipertensão que realizaram pelo menos uma consulta médica.

Em 2012, 78% dos pacientes que realizaram algum tipo de consulta na UBS de referência tiveram registro no prontuário da pressão arterial aferida pelo menos uma vez. No período analisado, foi possível observar uma redução desses registros, caindo para 55% em 2014. Esse resultado, assim como observado para os diabéticos, deve estar associado à mudança realizada no protocolo de atendimento dos pacientes na APS durante a intervenção do LIACC.

Já os resultados observados para o controle pressórico dos pacientes com hipertensão não apresentaram mudanças antes e durante o LIACC. Entre os indivíduos que tiveram a pressão aferida em alguma consulta na UBS de referência, 81% estavam controlados em 2012, 85% estavam controlados em 2013 e em 2014.

Em relação ao eletrocardiograma, o registro da cobertura foi bastante baixo no município e a intervenção do LIACC não incrementou esse

registro. Os resultados da análise dos prontuários revelaram que um número pequeno de pacientes apresentou registro de realização desse exame nos três anos. Além disso, verificou-se redução de 16% para 8% no período de 2012 a 2014.

A análise acerca dos resultados de exames laboratoriais mostrou que, para pacientes com hipertensão, não foram verificadas mudanças significativas no percentual de pacientes com exame normal entre os anos analisados. Esses resultados diferem dos encontrados para os pacientes diabéticos.

Os registros de planos de cuidado e pactuação nos prontuários dos pacientes com hipertensão mostrou que essa ainda é uma prática muito incipiente na Atenção Primária do município. Para esses pacientes essas tecnologias não foram implementadas no LIACC, resultado diferente encontrado para os pacientes diabéticos.

Em relação ao cuidado longitudinal ofertado aos pacientes com hipertensão, apenas 29% dos indivíduos tinham registro de aferição de PA nos três anos analisados, ou seja, um em cada três pacientes hipertensos teve a pressão aferida nos três anos e apenas 7% realizaram exame de colesterol. Contudo, para os pacientes que foram acompanhados ao longo do tempo, foi possível observar melhoria do controle lipídico durante o processo de intervenção do LIACC, por meio da redução dos níveis de colesterol total e um melhor controle das frações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de Santo Antônio do Monte revela que é possível estabelecer uma rede de cuidado da Atenção Primária para municípios de pequeno porte. Importante mencionar que o município já apresentava antes da implementação do LIACC uma Atenção Secundária organizada segundo princípios do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), por meio do Centro Hiperdia / Viva Vida, com forte engajamento dos gestores e profissionais de saúde.

Assim, a escolha de Santo Antônio do Monte não foi aleatória, sendo a presença de uma atenção secundária fortalecida o principal critério para definição do município piloto. A adoção desse critério foi importante uma vez que a ausência de uma atenção secundária organizada seria um gargalo

para o MACC. Além disso, Santo Antônio do Monte é um município-polo da microrregião de saúde de Divinópolis e o Centro Hiperdia/Viva Vida já vinha realizando atendimentos a pacientes com hipertensão e diabetes procedentes dos municípios da região desde 2011.

Embora a Atenção Primária já apresentasse cobertura universal, não havia, antes do LIACC, integração da APS com a Atenção Secundária. Essa falta de integração era um obstáculo para o cuidado adequado das condições crônicas e repercutia por meio de uma demanda recorrente de natureza aguda.

O conjunto de resultados apresentados é amplo e permite identificar mudanças no processo de cuidado que apontam favoravelmente à implementação do MACC como forma alternativa de organização do cuidado crônico no SUS. Infelizmente o escopo da avaliação não foi amplo o suficiente para gerar inferências de custo-efetividade da tecnologia implementada.

Nesse sentido, a experiência em Santo Antônio do Monte configura-se como um estudo de caso e a expansão desse modelo para outros municípios ainda é um desafio para o sistema.

A avaliação permitiu ainda identificar alguns gargalos associados ao desenho institucional do SUS que precisam ser superados para o sucesso e consolidação dessa experiência.

Entre os principais resultados, é importante ressaltar que Santo Antônio do Monte é uma evidência do papel do Sistema Público de Saúde em municípios de pequeno porte. Mesmo com uma participação elevada de cobertura privada de plano de saúde, o provimento de serviços de cuidados primários nas UBS alcança toda a população.

No que se refere ao manejo das condições crônicas, o LIACC de fato conseguiu mudar alguns processos realizados nas UBS com atuação fundamental dos ACS que são o elo entre a comunidade e o sistema de atenção primária. Com o LIACC, os processos de cadastramento, classificação de risco familiar e identificação dos grupos vulneráveis foram amplamente consolidados. A estratificação de risco individual vem sendo implementada de forma gradual, o que é esperado, uma vez que esse processo depende da realização de exames de diagnóstico.

Além disso, foi também observada maior integração entre os profissionais das UBS e do Centro Hiperdia / Viva Vida, percebida principal-

mente a partir dos relatos de profissionais do Centro que notaram mudanças nos processos de referência e contrarreferência. Anteriormente ao LIACC os pacientes crônicos estabilizados na Atenção Secundária não permaneciam na Atenção Primária, sofrendo processos de agudização da doença mais recorrentes.

Em relação ao acesso aos serviços de saúde, o município já apresentava condições bastante satisfatórias de oferta para diversos serviços, tais como cuidado pré-natal, incluindo consultas e exames de diagnóstico, imunização das crianças menores de um ano, consultas para indivíduos com hipertensão e diabetes, entre outras.

Uma lição importante da avaliação do LIACC diz respeito à necessidade de incorporar explicitamente o laboratório de análises clínicas no escopo do modelo, permitindo melhor gestão da necessidade de realização desses exames e quando necessário do estabelecimento de prioridades.

Outro fator importante é a implantação do prontuário eletrônico, o que não foi possível em Santo Antônio do Monte, mas que permitiria melhorar a qualidade do registro e aumentar a integração entre os profissionais da rede e, conseqüentemente, garantir a longitudinalidade do cuidado.

Por fim, cabe mencionar que a intervenção não foi integralmente implementada no município, pois algumas tecnologias previstas como, por exemplo, o autocuidado apoiado e o cuidado compartilhado não foram adotadas em todas as UBS.

Além disso, uma restrição importante para o alcance dos resultados esperados pelo Modelo diz respeito à contratação e rotatividade dos profissionais envolvidos no LIACC. O modelo requer a presença de um gerente em cada UBS, o qual tem papel fundamental em garantir que os protocolos e as rotinas sejam seguidos pelos médicos, enfermeiros e ACS. Nesse caso, cabe ao gerente integrar os diversos atores da atenção primária dentro da UBS e com a atenção secundária. O MACC é centrado no papel desse gerente que recebe o treinamento e tem a função de disseminar essas tecnologias para os demais provedores. Durante o LIACC, houve substituição parcial dos gerentes que foram inicialmente treinados em decorrência das dificuldades legais da contratação e manutenção desses profissionais. Esse é um aspecto fundamental que deve ser considerado em experiências futuras que visem à expansão do MACC para outros municípios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARRETO, M.L.; CARMO, E.H. Patterns of death and disease in the Brazilian population: renewed challenges for the National Health System (SUS). **Ciênc saúde coletiva**, vol. 12, p. 1179-1790, 2007.

BARRETO, M.L.; TEIXEIRA, M.G.; BASTOS, F.I.; XIMENES, R.A.A.; BARATA, R.B.; RODRIGUES, C.L. **Saúde no Brasil**. maio de 2011. *Lancet*.

BITTAR *et al.* Condutas para o trabalho de parto prematuro. **Rev Bras Ginecol Obstet**, vol. 27, n. 9, p. 561-566, 2005.

BRASIL. **Saúde Brasil 2013**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saudebrasil2013analisesituacao.saude.pdf>>.

BRASIL. **Saúde Brasil 2014**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saudebrasil2013analisesituacao_saude.pdf>.

CASTRO, A.L.; ANDRADE, C.L.; MACHADO, C.V.; LIMA, L.D. Socioeconomic conditions, physician supply, and ambulatory care sensitive hospitalization in large Brazilian cities. **Cad Saúde Pública**, vol. 31, n. 11, p. 2.353-2.366, 2015.

GRILLO, M.D.F.F.; GORINI, M.I.P.C. Caracterização de pessoas com Diabetes *Mellitus* Tipo 2. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 60, n. 1, p. 49-54, 2007.

GUIDONI, C.M.; OLIVERA, C.M.X.; FREITAS, O.D.; PEREIRA, L.R.L. Assistência ao diabetes no Sistema Único de Saúde: análise do modelo atual. **Braz J Pharm Sci**, vol. 45, n. 1, p. 37-48, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Santo Antônio do Monte 2016**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=316040>>.

_____. **Um panorama da saúde no Brasil**: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008–2010. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20%20RJ/panorama.pdf>>.

KLAFKE, A.; DUNCAN, B.B.; MOURA, L.D.; MALTA, D.C.; SCHMIDT, M.I. Mortality from acute complications of diabetes *mellitus* in Brazil, 2006-2010. **Epidemiol Serv Saúde**, vol. 23, n. 3, p. 455-462, 2014.

LAURENTI, R.; JORGE, M.H.P.M.; GOTLIEB, S.L.D. Epidemiological profile of men: morbidity and mortality. **Ciênc saúde coletiva**, vol. 10, n. 1, p. 35-46, 2005.

MACINKO, J.; DE OLIVEIRA, V.B.; TURCI, M.A.; GUANAIS, F.C.; BONOLO, R.F.; LIMA-COSTA, M.F. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. **Am J Public Health**, vol. 101, n. 10, p. 1963-70, 2011.

MALTA, D.C.; DUARTE, E.C.; ESCALANTE, J.J.C.; ALMEIDA, M.F.D.; SARDINHA, L.M.V.; MACÁRIO, E.M. *et al.* Mortes evitáveis em menores de um ano, Brasil, 1997 a 2006: contribuições para a avaliação de desempenho do Sistema Único de Saúde. Vol. 26, n. 3, p. 481-491, 2010.

MANSUR, A.D.P; FAVARATO, D. Mortality due to cardiovascular diseases in Brazil and in the metropolitan region of São Paulo: a 2011 update. **Arq Bras Cardiol**, vol. 99, n. 2, p. 755-761, 2012.

MENDES, E.V. Health care networks. **Ciênc saúde coletiva**, vol. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

OLIVEIRA, B.R.G.; VIERA, C.S.; COLLET, N.; LIMA, R.A.G. Causes of hospitalization in the National Healthcare System of children aged zero to four in Brazil. **Rev bras epidemiol**, vol. 13, n. 2, p. 268-277, 2010.

RODRIGUES-BASTOS, R.M.; CAMPOS, E.M.; RIBEIRO, L.C.; BASTOS FILHO, M.G.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M.T. Hospitalizations for ambulatory care-sensitive conditions, Minas Gerais, Southeastern Brazil, 2000 and 2010. **Rev Saúde Pública**, vol. 48, n. 6, p. 958-967, 2014.

ROSA, R.S. Diabetes *mellitus*: magnitude das hospitalizações na rede pública do Brasil, 1999–2001. **Epidemiol Serv Saude**, vol. 17, p. 131-134, 2008.

VERAS, T.C.S.; MATHIAS, T.A.F. Hospitalizations leading causes for maternal disorders. **Rev esc enferm USP**, vol. 48, n. 3, p. 401-408, 2014.

n. 31

Planificação da

Atenção à Saúde:

Um Instrumento de

Gestão e Organização da

Atenção Primária e da

Atenção Ambulatorial

Especializada nas Redes

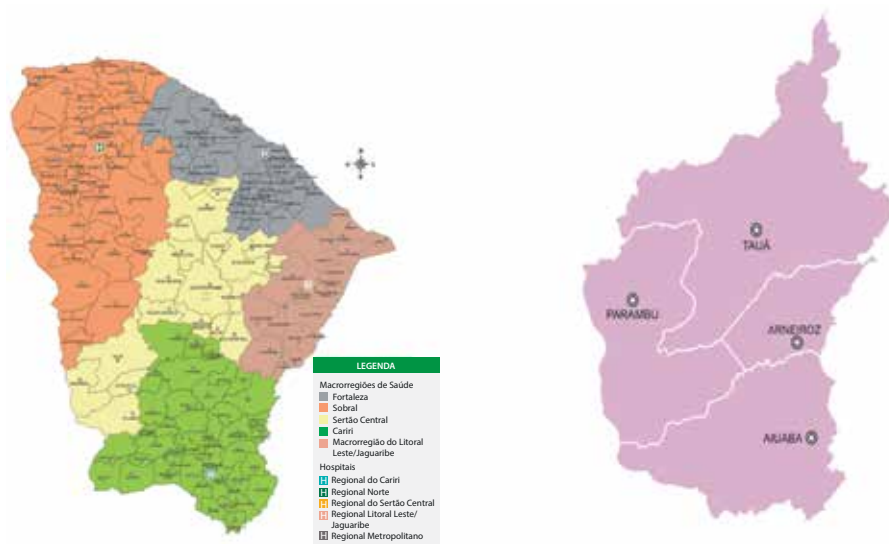
de Atenção à Saúde

2.3 LABORATÓRIO DE INOVAÇÕES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE TAUÁ/CE

CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

O município de Tauá está localizado na região Nordeste do Brasil, no estado do Ceará, distante da capital cearense 323 quilômetros. Limita-se ao norte com os municípios de Pedra Branca e Independência; ao sul com Parambu e Arneiroz; ao leste, com Mombaça e Pedra Branca; e ao oeste com Quiterianópolis e Parambu, compondo a região dos Inhamuns. A distribuição político-administrativa de Tauá é constituída por sete distritos: Barra Nova, Carrapateiras, Inhamuns, Marrecas, Marruás, Santa Tereza e Tricí. Na figura 1 pode-se visualizar Tauá no mapa do estado do Ceará.

FIGURA 1 – Divisão do Ceará em Macrorregiões de Saúde com destaque para a Região de Saúde de Tauá/CE



FONTE: PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DO CEARÁ, 2014.

A estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o município em 2013, era de 57.246 habitantes com maior concentração na faixa etária de 10 a 14 anos (5,3%), seguido da faixa de 15 a 19 anos de idade (4,8%) e de 4 a 9 anos de idade (4,4%), prevalecendo o sexo feminino. Os idosos representavam 6,7% da população total (BRASIL, 2012).

O número de nascimentos, no município de Tauá, aponta uma tendência de redução. Em 2000, nasceram 807 crianças e, em 2013, 730 crianças, registrando taxa de natalidade de 13,12. Esses números evidenciam um decréscimo da taxa de natalidade, maior que a da região de saúde (12,1) e menor que a do Ceará (14,2). Dessa forma, com diminuição do número de crianças e aumento do número de idosos evidencia-se o envelhecimento da população do município (BRASIL, 2012).

Com relação aos óbitos de Tauá, verifica-se incremento no período de 2009 a 2013, mantendo o parâmetro mínimo aceitável de 5,3 óbitos ou mais por 1.000 habitantes para municípios com população igual ou superior a 50.000 habitantes, de acordo com a Portaria MS/SVS n. 201/2010 (BRASIL, 2012).

As doenças relacionadas ao aparelho circulatório apresentam-se como a principal causa de morte em Tauá, em quase todo o período (2001 a 2011), com algumas oscilações no número de óbitos e tendência crescente (BRASIL, 2010).

O declínio da mortalidade tem se concentrado seletivamente entre as doenças infecciosas e parasitárias, beneficiando os grupos mais jovens que passam a conviver com fatores de risco associados às doenças crônicas e, à medida que cresce a população idosa, ocorre incremento da expectativa de vida e as doenças crônicas tornam-se mais prevalentes.

De acordo com o último *ranking* de 2012, o Índice de Desenvolvimento Municipal (IDM) de Tauá foi de 23,93, de tal modo, o município encontrava-se em melhor situação, quando comparado aos municípios da região de saúde que se encontra. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), em 2013, foi de 0,633, sendo considerado nível médio (DEEPASK, 2013).

Em relação ao analfabetismo, no ano de 2010, Tauá apresentou percentuais expressivos. Segundo o último Censo, 27,0% da população daquele município era analfabeta, sendo que esse percentual é maior ainda na população residente na zona rural (34,5%) (DATASUS, 2017a).

Entretanto, salienta-se que esse percentual vem apresentando tendência de queda ao longo das últimas décadas.

Em 2000, a proporção da população de Tauá em situação de extrema pobreza era de 33,82, caindo em 2010 para 20,19, sendo 16,0% da população urbana e 39,8% da população rural. Apesar da redução, há necessidade de se investir em políticas públicas voltadas para a redução das desigualdades sociais (CEARÁ, 2010).

De acordo com dados do Departamento da Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS), em 2013, a população SUS dependente em Tauá era de 97,52%. (BRASIL, 2017)

Em 2013, no município ocorreram 16 óbitos fetais e infantis, sendo 10 (62,0%), fetais, três (19,0%) neonatal precoce, dois (13,0%) neonatal tardio e um (6,0%) pós-neonatal, o que contribuiu para uma taxa de mortalidade perinatal de 17,8 e de mortalidade infantil de 8,21/1.000 NV (BRASIL, 2013).

Em relação aos óbitos infantis, observa-se que a maioria (66,6%) foi decorrente de afecções no período perinatal. Os demais foram relacionados à malformação congênita e doença do aparelho respiratório (DATA-SUS, 2017a).

O número absoluto de óbitos de mulheres em idade fértil, no ano de 2013, foi de 22 mulheres, sendo que um foi decorrente de causas ligadas a gravidez, parto e puerpério, evidenciando uma razão de mortalidade materna de 136,98/100 mil NV. O resultado aponta distância significativa do patamar considerado razoável pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que é até 20 mortes por cada 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2013).

Quando analisada a morbidade do município, verifica-se que, em 2013, as cinco principais causas de internação no município de Tauá foram decorrentes de algumas doenças infecciosas e parasitárias, seguido de gravidez, parto e puerpério, e na sequência as doenças do aparelho respiratório, do aparelho circulatório e do aparelho digestivo (BRASIL, 2013).

A proporção de internações por condições sensíveis à APS, no município de Tauá, foi de 34,57, acima do parâmetro de 28,6% estabelecido pelo Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde, o que ratifica a necessidade de se investir na qualificação da Atenção Primária desse município (ALFRADIQUE, 2009).

Durante o ano de 2013, ocorreram 731 partos em Tauá, sendo que 59,0% foram cesáreos. Em 2013, do total de gestantes do município de Tauá, 72,5% informaram ter tido acesso a sete ou mais consultas de pré-natal. (BRASIL, 2012).

A cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no município, em 2013, era, respectivamente, de 85,78% e de 100,0%. Embora toda a população fosse acompanhada por ACS, não havia um contingente suficiente de Equipes de Saúde da Família (eSF) que garantisse maior cobertura de cuidados primários (BRASIL, 2017).

Tauá sedia a 14ª região de saúde do Ceará, composta pelos municípios de Aiuaba, Arneiroz e Parambu, assumindo a responsabilidade de atendimento das referências desses municípios, por dispor de maior capacidade resolutiva em vários serviços de Média e Alta Complexidade (MAC). Essas regiões, juntamente com as de Canindé e Quixadá, fazem parte da macrorregião de saúde do Sertão Central.

Em 2013, o município contava com 14 unidades básicas de saúde, uma policlínica tipo I, um hospital e maternidade regional, um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) tipo III, um Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) II, um Centro de Atendimento Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS AD), um Laboratório Central (Lacen) e uma Farmácia Popular (DATASUS, 2017b).

Em relação à APS havia 19 eSF, 14 Equipes de Saúde Bucal, 124 ACS e três equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (DATASUS, 2017a).

A DECISÃO POLÍTICA PELO FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Existem inúmeras evidências científicas que comprovam as vantagens de se estruturarem os sistemas de saúde com base na APS, colocando-a como coordenadora do cuidado e ordenadora das RAS (MENDES, 2011).

Nesse contexto é que se insere a decisão do município de Tauá, em 2013, ao solicitar apoio à Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA), acerca do interesse de qualificar a APS, de modo a torná-la, de fato, a ordenadora das RAS, quer como componente, quer como sede da regional de saúde.

Embora o município esteja localizado na região dos Inhamuns, uma das mais atingidas pela seca no Estado, ser o segundo maior em extensão territorial e apresentar uma população significativa na zona rural, Tauá representava um cenário instigante para o desenvolvimento de ações concretas para melhoria dos serviços de saúde. Há algum tempo, o município já vinha empreendendo esforços nessa direção e algumas iniciativas convergiram para tornar o cenário mais propício ainda, como: município piloto do e-SUS, em parceria com o Ministério da Saúde; campo da Residência em Saúde da Família, Residência em Saúde Mental e Residência em Saúde Coletiva da Escola de Saúde Pública do Ceará; continuidade do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde; proposta de criação de uma Escola de Saúde Pública; e o desenvolvimento do Telessaúde.

Na busca de transformar a decisão em ação, o município solicitou apoio a SESA, conforme mencionado anteriormente que solicitou suporte técnico ao Conass, para implantação de um projeto inovador nominado PAPS.

Entendendo o papel que a APS exerce, como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de atenção à saúde, o Conass, naquela ocasião, desenvolvia nos Estados a PAPS, entendida como um processo de planejamento da atenção à saúde, que leva em consideração todas as suas etapas, ressaltando-se que posteriormente o projeto foi ampliado para PAS. Para tal, elaborou um conjunto de 11 oficinas para ajudar no processo de capacitação das equipes de saúde da família e gestores municipais.

Outros parceiros foram agregados para fortalecimento do projeto. Inicialmente a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) se integrou para a elaboração do projeto matriz, na condição de um laboratório de inovação, para ser avaliado, com vistas a uma possível expansão.

Com o objetivo de atender às pretensões da SESA e do município de Tauá, articulados todos os entes, foram estabelecidas alterações na estratégia original da PAPS, de modo a conformá-la em um Curso de Especialização e de Aperfeiçoamento, contando-se para tanto com a expertise da ESP-CE e com as ações de apoio e suporte da Fundação Oswaldo Cruz/Ceará.

Vale lembrar que a instituição do Laboratório de Atenção Primária à Saúde (LIAPS) em Tauá tornou-se prioridade para a SESA, uma vez que permitia avaliar a efetividade da estratégia PAPS, para posterior expansão da proposta para todo o Estado.

Da mesma forma, o projeto configurava-se de interesse da Prefeitura Municipal de Tauá e de sua Secretaria de Saúde, objetivando promover ações que qualificassem a APS e a RAS, sendo importante a realização de uma avaliação prévia e posterior à execução do “Oficinas/Curso”, a partir da qualificação e titulação de agentes públicos.

Na parceria, cada instituição tinha, portanto, seus interesses: para a ESP/CE, era de suma importância conhecer a estratégia da PAPS, envolvendo seus técnicos na execução da metodologia, oportunizando formação em saúde pública e conferindo para àqueles que cumprirem suas obrigações acadêmicas a devida titulação e certificação.

Para o Conass, a aplicação da PAPS, como um laboratório de inovações, no município de Tauá, consistia na validação da proposta que vinha desenvolvendo desde 2003. Como proposta concretizada realizou um conjunto de 11 oficinas para 100% dos profissionais de saúde do município e tutorias nas unidades de saúde objetivando trabalhar os micro e macro processos da APS.

Já para a Fiocruz/Ceará, exercer cooperação técnica e suporte às atividades envolvidas, a aplicação da estratégia da PAPS, com vistas à apropriação de metodologia, incentivo ao estudo, pesquisa, formação e avaliação em saúde pública, configuravam atividades próprias do papel da instituição no Estado.

É indubitável a percepção da junção de esforços e interesses para que as atribuições fossem cumpridas regularmente. Assim, em dezembro de 2013, foi estabelecido um protocolo de intenções para a cooperação técnica interinstitucional, com vistas ao desenvolvimento e execução do Laboratório de Inovação em APS no município de Tauá/Ceará. Dessa forma, o maior objetivo do laboratório era para que o município pudesse, de fato, cumprir as principais funções da APS, além de seus atributos que serão apresentados e comentados posteriormente, neste capítulo.

A cooperação técnica desenvolvida no âmbito do Protocolo de Intenções previu as obrigações de todos os colaboradores. Na formação da estrutura organizacional do Laboratório, foram criados três grupos de condução:

- a) Grupo Gestor: formado por um representante de cada parceiro tinha como responsabilidade a condução político-administrativa

na esfera regional e na estadual, e a articulação com as demais instituições parceiras.

- b) Grupo Condutor Estadual: formado por representantes da SESA e Região de Saúde de Tauá com caráter de condução operativa.
- c) Grupo Condutor Local: formado por representantes da SMS de Tauá tinha como caráter a condução operativa.

A PAPS, no município de Tauá, inaugurou experiência inédita para o Conass, por ser realizada em âmbito municipal, possibilitando compreender com mais clareza quais os aprendizados necessários para qualificar a APS, cuja execução é de responsabilidade inerente à instância municipal.

Na perspectiva de projeto piloto, a iniciativa contou com repasse financeiro do Estado, após seguir os trâmites legais, que culminaram com sua aprovação no Conselho Estadual de Saúde (Cesau), por meio da Resolução n. 32/2014. Da mesma forma, o Conass e o município de Tauá também destinaram recursos financeiros para operacionalização do Laboratório. Com relação aos demais parceiros, estes custearam atividades inerentes à própria instituição, a exemplo da ESP/CE que se responsabilizou pela estruturação dos cursos de especialização que foram desenvolvidos.

Partindo do pressuposto de que o Laboratório de Inovação tratava-se de um espaço de produção, identificação de inovações e de gestão do conhecimento, era de suma importância realizar uma avaliação externa do processo. Assim, os métodos destinados à avaliação deveriam considerar a análise de práticas, processos, ferramentas, programas e políticas inovadoras na área da saúde.

Para condução da pesquisa avaliativa, foi contratada a Universidade de Fortaleza (Unifor). Entretanto, em vista da morosidade dos processos burocráticos relacionados à contratação, a referida instituição só iniciou a primeira fase da pesquisa nos meses de novembro e dezembro de 2014, quando os profissionais de saúde já haviam participado das oito oficinas temáticas das 11 Oficinas da Planificação da Atenção Primária à Saúde e tutorias desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde.

FUNDAMENTAÇÃO, MÉTODOS, RESULTADOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA AVALIATIVA¹

FUNDAMENTAÇÃO

A PAPS visa consolidar a APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde e da implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Nesse sentido, a proposta de se constituir um Laboratório de Inovação em Atenção Primária à Saúde (LIAPS), em Tauá, remete à importância de se inovar em saúde.

Para Renato Tasca, ao traduzir a citação de West, (1990) *apud* Omachom, (2010), inovação é a intencional introdução e aplicação, em um grupo ou organização, de ideias, processos, produtos ou procedimentos, novos para a unidade que os adota, destinada a produzir benefícios significativos para indivíduos, grupos ou comunidade. O autor também considera que, para o atual momento epidemiológico e financeiro em que se encontra o país, a simples manutenção das ferramentas e processos até agora utilizados não produzirão alteração do cenário, sendo necessária a busca de novas soluções e a introdução de novas tecnologias que venham atender as necessidades da população e que produzam melhores resultados sanitários (OPAS, 2011).

O Brasil caminha em passos largos na ampliação da cobertura da APS e da ESF. Em dezembro de 2000, a ESF estava presente em 2.762 municípios com 8.503 equipes implantadas, abrangendo população estimada de 28.581.244 habitantes, representando cobertura de 17,43%. Em outubro de 2016, a ESF passou a estar presente em 5.409 municípios, com 40.621 equipes implantadas, atingindo população estimada em 124.773.082 habitantes, perfazendo 64,32% de cobertura (BRASIL, 2017).

O aumento da presença e da capilaridade da APS é fruto do imenso esforço conjugado das gestões federal, estadual e municipal, dos trabalhadores e demais atores sociais que participam ativamente do controle social do SUS. Atualmente se sobrepõe outro desafio, a melhoria da qualidade da APS de forma a fortalecer o seu papel como coordenadora das RAS.

¹ Texto extraído do produto final da Pesquisa Avaliativa, realizada pela Universidade de Fortaleza (Unifor) para avaliação do Laboratório de Inovação na Atenção Primária à Saúde de Tauá, no Ceará.

A avaliação de políticas públicas vem avançando nos últimos anos, mas ainda é frágil quando comparada ao enorme investimento voltado para outras áreas de investigação em saúde, como tecnologias de diagnóstico e terapêutica (OMS, 2008).

Segundo Contandriopoulos e colaboradores, avaliar é fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes, com o objetivo de ajudar a tomada de decisões. A avaliação pode ser normativa quando o julgamento é resultado da aplicação de critérios e normas ou avaliativa quando é elaborada a partir de um procedimento científico (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

Vários pesquisadores, em muitos países, têm buscado desenvolver metodologias para avaliar os cuidados primários em saúde (ARAH *et al.*, 2006; DOS SANTOS, 2007; FRANCOLLI *et al.*, 2014; KRINGOS *et al.*, 2013; MACINKO; GUANAIS, 2015; PIZZANELLI *et al.*, 2011; SHI; MASIS; GUANAIS, 2012).

O Ministério da Saúde compreende o processo da avaliação da atenção básica como um objeto em movimento. As três esferas de governo são corresponsáveis no que se refere à avaliação da atenção básica. Deve-se reforçar seu caráter formativo, pedagógico e reorientador das políticas e práticas, superando o tradicional enfoque punitivo e burocrático.

Ao recortar o objeto, deve-se ter cuidado de não reduzi-lo, sob o risco de que o processo de avaliação não expresse toda a riqueza das diversidades regionais e locais e aos novos valores que vêm sendo incorporados ao SUS. Cabe ressaltar que o processo de avaliação é mediado por relações de poder. Isso não deve ser ignorado por quem tem a responsabilidade de conduzi-lo, sendo fundamental reforçar a implementação de mecanismos que assegurem a participação democrática dos envolvidos.

A avaliação é uma função importante da gestão. Nesse sentido, não é meramente atribuição de avaliadores externos, devendo fazer parte do conjunto de atividades desempenhadas pelos gestores do sistema e das equipes de saúde (BRASIL, 2005).

Diante deste contexto e reconhecendo a importância de se instituir um processo avaliativo externo, que fosse capaz de captar as mudanças do cotidiano das equipes e da população, frutos do processo inovador que está sendo implantando em Tauá, os parceiros responsáveis pelo La-

boratório de Inovação em APS decidiram pela realização de uma pesquisa avaliativa, desenvolvida pela Universidade de Fortaleza (Unifor). Como limitador desta avaliação, aponta-se a impossibilidade da construção de uma linha de base anterior ao início da planificação, decorrente dos trâmites burocráticos que retardaram a contratação da Instituição. Este atraso ensejou a diminuição do período da pesquisa, de forma que só foi possível captar impressões de um período, quando as oficinas ainda estavam sendo desenvolvidas e o processo de tutoria abrangia poucas Unidades de Saúde do município.

A qualificação da APS por meio da PAPS objetiva aprofundar, na prática, a presença dos seus atributos, definidos por Bárbara Starfield como primeiro contato, longitudinalidade, integralidade (serviços prestados e serviços disponíveis) coordenação da atenção, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural, bem como suas funções, identificadas por Mendes, como resolubilidade, comunicação e responsabilização. Estes conceitos são mundialmente abordados em processos avaliativos da APS, permitindo uma correlação com experiências de outros locais (MENDES, 2012; STARFIELD, 2002)

Reconhecendo a riqueza dos fragmentos de fala e outros achados presentes na pesquisa avaliativa, que em muito retratam a mudança do processo de trabalho vivenciado pelas equipes e usuários na implantação da PAPS, a seguir será apresentada uma leitura dos atributos e das funções da APS a partir da pesquisa avaliativa

MÉTODO

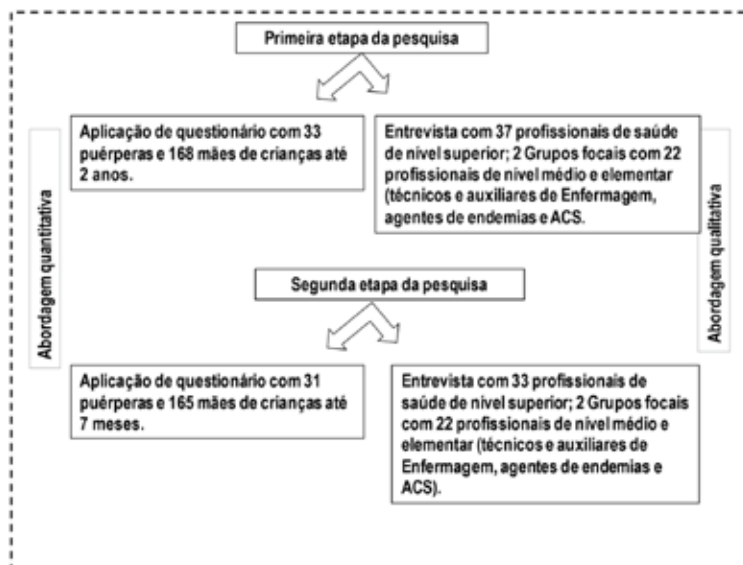
A pesquisa avaliativa foi realizada por meio da triangulação de técnicas, com abordagem quantitativa e qualitativa, sendo os dados coletados em dois momentos: a primeira fase em novembro e dezembro de 2014 e a segunda fase no período de agosto e setembro de 2015. A avaliação incluiu duas grandes áreas de investigação: assistencial e financeira.

Para avaliação assistencial foram aplicadas técnicas de questionário, entrevista e grupo focal. Para a área financeira, foram pesquisados dados secundários de financiamento, gastos e produção da APS disponíveis em fontes variadas.

Os dados quantitativos do estudo foram obtidos por meio da aplicação do “Instrumento de pesquisa com puérperas” e do “Questionário com mães de crianças menores de dois anos” na primeira fase, e com mães de crianças com idade até 7 meses na segunda fase da pesquisa. Foram entrevistadas, na primeira fase, 33 puérperas e 168 mães de crianças até dois anos; e, na segunda fase, 31 puérperas e 165 mães de crianças até 7 meses.

Os dados qualitativos, nas duas fases da pesquisa, foram obtidos por meio de entrevistas individuais, que seguiram um “Roteiro semiestruturado de entrevista com gerentes e profissionais de nível superior” e grupos focais coordenados de acordo com o “Guia de temas para o grupo focal com ACS, técnicos e auxiliares de enfermagem”. Na primeira fase, foram entrevistados 37 profissionais de saúde de nível superior e realizados dois grupos focais com 22 participantes de nível médio e elementar (técnicos e auxiliares de enfermagem, agentes de endemias e ACS). Na segunda fase, foram entrevistados 33 profissionais de saúde de nível superior e, também, realizados dois grupos focais, abrangendo servidores municipais das mesmas categorias profissionais da primeira fase (SILVA *et al.*, 2015).

FIGURA 2 – **Etapas da Pesquisa**



FONTE: PESQUISA DA UNIFOR (2015).

As análises dos dados da área assistencial foram trabalhados no *Software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) – versão 22.0, sendo realizada uma análise descritiva por meio de frequências absolutas e relativas, bem como medidas de tendência central.

Para análise dos dados qualitativos, foi utilizado o Método de Análise de Conteúdo de Bardin (2011), e para os dados de financiamento o Excel (SILVA *et al.*, 2015).

n. 31

*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*

OS ATRIBUTOS E FUNÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

No decorrer dos tempos, várias foram as tentativas para definir e medir a APS. Em 1966, o Relatório Millis (MILLIS, 1966) já apontava características da APS como primeiro contato, responsabilidade e cuidado longitudinal do usuário. Em 1978, o Instituto de Medicina Americano sugere que a APS deve ser caracterizada por cinco atributos: acessibilidade, integralidade, coordenação, continuidade e responsabilidade (NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES, 1978), entendendo atributo como aquilo que qualifica, que tem qualidade própria ou inerente.

Como o Instituto de Medicina Americano reconhece que o atributo “responsabilidade” pode estar presente também na atenção secundária, apesar de ser essencial na APS (NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES, 1978), Barbara Starfield propôs o uso de quatro atributos essenciais para a APS: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação, e três atributos derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural (STARFIELD; XU, 2001). Barbara Starfield argumenta que tanto o potencial como o alcance dos aspectos principais da APS podem ser medidos pela abordagem da capacidade-desempenho. Para isso, estabelece quatro elementos estruturais – acesso, elenco de serviços, população adscrita e continuidade – e dois de processo – utilização dos serviços pela população e reconhecimento das necessidades da saúde da população pelos profissionais – que definem o potencial da atenção primária. É necessário que pelo menos um elemento estrutural e um elemento de processo estejam presentes para que se possa medir o potencial e o alcance de cada um dos atributos da APS (ALMEIDA; MACINKO, 2006; DUARTE, 2014; STARFIELD, 2002).

Os atributos essenciais são assim definidos, segundo o Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool Brasil) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a):

- Atenção ao primeiro contato com o serviço de saúde: acessibilidade e utilização do serviço como fonte do cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências.
- Longitudinalidade: existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve refletir relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde.
- Integralidade: leque de serviços disponíveis e prestados pelas unidades de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros.
- Coordenação da atenção: pressupõe alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários clínicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e sua integração no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços.

Já os atributos derivados são definidos da seguinte forma:

- Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar): na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral, deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar.

- Orientação comunitária: reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade por meio de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços.
- Competência cultural: adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com ela.

Para Bárbara Starfield, um serviço de APS pode ser considerado provedor para uma comunidade quando os quatro atributos essenciais estiverem presentes e possuírem maior interação com os indivíduos e com a comunidade, se os outros três atributos derivados estejam ativos (STARFIELD, 2002). Segundo Mendes, para verificar se uma APS é eficiente, efetiva e de qualidade, articulada em uma RAS, há que se procurar verificar em que medida ela cumpre esses sete atributos, além de três funções: resolubilidade, comunicação e responsabilização (MENDES, 2015).

A função de resolubilidade, segundo o mesmo autor, significa que a APS deve ser resolutiva, capacitada, portanto, cognitiva e tecnológica para atender a mais de 90,0% dos problemas de sua população. Para o Ministério da Saúde, essa função significa identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A função de comunicação é exercida quando a APS é o centro de comunicação da RAS, ordenando os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes. O Ministério da Saúde evidencia que a APS atua como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção quando se responsabiliza pelo cuidado dos usuários em quaisquer desses pontos, por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articula, também, as outras estruturas das redes de saúde, interssetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Para isso faz-se necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como:

gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinelas e incidentes críticos, entre outros. As práticas de regulação realizadas na APS devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da RAS, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da microrregulação realizada pelos profissionais da atenção básica e o acesso a outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade (MS/SAS/DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA – DAB, 2016b).

A responsabilização implica o conhecimento e o relacionamento íntimo, nos microterritórios sanitários, da população adstrita, o exercício da gestão de base populacional e a responsabilização econômica e sanitária em relação a essa população (MENDES, 2012).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados são apresentados a partir de fragmentos de falas e dados da pesquisa avaliativa, tendo como referência os atributos da APS.

ATENÇÃO AO PRIMEIRO CONTATO: ACESSO

Donabedian distingue na acessibilidade dois espaços: um com característica sócio-organizacional e outro correspondendo ao geográfico. O primeiro está relacionado com características de recursos que facilitam ou dificultam que o usuário chegue ao atendimento. Incluem-se aqui a necessidade de pagamento, aspectos burocráticos e também barreiras por preconceitos sociais, de renda, gênero, raça e idade entre outros. Já o segundo, encontra-se relacionado ao aspecto geográfico, diz respeito à distância e ao tempo necessário para alcançar e obter os serviços (DONABEDIAN, 1973).

Penchansky e Thomas também reconhecem o uso impreciso da terminologia acesso e propõem cinco dimensões para melhorar o uso da terminologia: disponibilidade, definida como a relação entre o volume e tipo de serviço existente e o volume e tipo de serviço que o usuário necessita; acessibilidade, apontada como a relação entre a localização do serviço e a do usuário, considerando a distância, custo e tempo do deslocamento; como-

didade, compreendida pela relação em como os serviços estão organizados para receber os clientes, como horário de funcionamento, serviços telefônicos disponíveis, serviços domiciliares e congêneres, com o fornecimento do serviço, possibilidade de pagamento percebido como a relação entre os valores requeridos pelos serviços e a renda do usuário; e aceitabilidade, como uma relação entre a reação do cliente sobre as características do profissional ou serviço e também a reação do usuário com atitudes do profissional em face das suas características como renda, gênero, idade, raça etc. (PENCHANSKY e THOMAS, 1981).

Travassos e Martins fazem uma revisão sobre esses conceitos de acesso e utilização dos serviços e concluem que, apesar das discordâncias na terminologia, existem algumas linhas de concordância entre os autores, descrevendo acessibilidade como uma característica da oferta de serviços de saúde ou do ajuste entre a oferta e a população, seja em um conceito mais geral, seja relacionado com características geográficas; como acesso, mais como a porta de entrada inicial dos serviços (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Em muitas pesquisas sobre a Atenção Primária no Brasil e no mundo, o acesso tem sido um atributo que tem se mostrado ainda com dificuldades de consolidação (HAGGERTY *et al.*, 2008; SOUZA *et al.*, 2008a, 2008b). Haggerty, em um estudo realizado em Quebec, em 2001, com usuários e profissionais, aponta que 18,8% dos canadenses relatam ter dificuldade de acesso em serviços de cuidado em saúde sendo que estes índices chegam a 24,2% no ano de 2003 (HAGGERTY *et al.*, 2008).

- 1) Então, o negócio do agendamento foi uma coisa que melhorou bastante. Ficou muito bom, porque você vai lá e já tem o horário certo de você chegar e ser atendido. Antigamente, você tinha de ir ao PSF às cinco horas, para poder chegar e guardar seu lugar. Agora você vai e já está marcado, chega lá no horário. Se precisar retornar ao médico, já remarca em outro dia o retorno. E isso eu acho muito importante, essa mudança na marcação. O bloco de horas, não é? Isso eu acho também que é muito importante, porque primeiro tinha um dia só de hipertenso, outro só de gestante; se chegasse uma pessoa grávida, tinha de marcar para outro dia; e agora misturou tudo [...]. Ficou bem melhor assim,

porque você não perde tempo de ficar esperando por uma consulta; esperava para o próximo mês, porque acontecia muito isso na unidade; e agora não, é tudo junto. Eu acho que melhorou muito essa questão. E também tem a questão de a pessoa ter certeza que não vão mandar ela voltar.

- 2) Antigamente a gente tirava toda quinta a tarde para realizar só o pré-natal, mas aí agora com esta parte da planificação que veio o bloco de horas, então não tem, mais horas e a descentralização das marcações permite que no momento em que o usuário necessita marcar sua consulta ele tenha disponibilidade da agenda do profissional, seja esta busca realizada por meio da demanda programada um horário pré-definido para isso. (Entrevista 2ª Fase)
- 3) No pré-natal melhorou porque agora tem a agenda, né? E aí elas mesmas marcam e voltam.

Nos fragmentos de fala da pesquisa (SILVA *et al.*, 2015), pode-se observar a mudança na forma de agendamento dos usuários, que, a partir da implantação do bloco de hora, conseguem ser atendidos na UBS com horário marcado, o que facilita o acesso e reduz o tempo de espera pelo atendimento, o que representa a concretude desse atributo no cotidiano das equipes. Isto evidencia que a APS em Tauá caminha para consolidar esse importante atributo, ultrapassando as barreiras que ainda estão presentes mesmo em países desenvolvidos.

LONGITUDINALIDADE

Este termo não é comumente utilizado por autores brasileiros e, por isso, merece ser mais bem explicitado. Três elementos são imprescindíveis na composição deste atributo: a existência de uma fonte regular de cuidados de atenção primária, o estabelecimento de vínculo terapêutico duradouro entre pacientes e profissionais de saúde da equipe local e a continuidade informacional considerados a base da longitudinalidade e correspondentes ao acúmulo de conhecimento e informações da equipe sobre o paciente (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Longitudinalidade (que alguns autores denominam de continuidade), segundo Starfield, é derivada de longitudinal, definida como “lidar com o cres-

cimento e as mudanças de indivíduos ou grupos no decorrer de um período de anos” sendo traduzida no âmbito da atenção primária pelo reconhecimento por parte do usuário de uma fonte de atenção como “sua”. Esta fonte tem por característica ser habitual e centrada no cuidado da pessoa e não da doença, do mesmo modo que o serviço ou o profissional reconhecem o usuário como “seu”, configurando, de acordo com o Relatório do Instituto de Medicina, uma “parceria sustentada”. Longitudinalidade é considerada um atributo-chave para a qualidade da APS (STARFIELD, 2002).

Os benefícios apontados como relacionados à continuidade do cuidado são: maior possibilidade de integração das dimensões físicas, psicológicas, sociais e econômicas; melhora na relação entre usuários e provedores de serviços; promoção de papel mais efetivo na manutenção de saúde por parte do usuário; redução do sobre uso dos serviços de saúde; e, ainda, provável redução dos custos do cuidado, por prevenir a duplicação dos serviços e os tratamentos desnecessários. A continuidade do cuidado também aumenta a satisfação do usuário com o serviço e a do profissional de saúde com o seu trabalho (CUNHA, 2009).

- 1) A partir da planificação, começou a criar um vínculo dos profissionais com a comunidade. Claro que é um vínculo ainda no começo, por que tem pouco tempo que a equipe foi formada, mas já modificou bastante o sistema. (Entrevista 2ª Fase)
- 2) Todos os meses têm uma reunião mensal na unidade e vamos em cima de cada caso e estipulamos o que vamos fazer. Temos uma meta. Esse mês a meta é resolver o caso de três crianças que têm problemas com a parte materna que não leva para vacinar, não leva para ter um acompanhamento de puericultura. No mês seguinte a gente já vê se a meta foi cumprida. (Entrevista 1ª Fase)
- 3) O território é [...] de suma importância para o agente de saúde, é questão ética que a família tem uma confiabilidade tão grande que ela passa para a gente problemas pessoais que a gente fica pensando assim, que é obrigação nossa guardar isso como uma informação só nossa. Jamais a gente vai repassar para alguém porque a família confiou em você, muitas coisas podem vazar. Então fica, nessa questão da ética profissional, dentro do território, isso é muito importante.

n. 31

Na pesquisa avaliativa, pode-se identificar a presença da longitudinalidade quando, além dos fragmentos de fala supracitados, analisam-se os dados coletados que apontam que o atendimento pelo mesmo profissional da equipe saúde da família aumentou de 69,7 % para 83,9% em relação à atenção a gestantes. Já no que concerne às crianças, 82,0% das mães referiram que foram atendidas pela mesma equipe da ESF. Além disso, na primeira fase da pesquisa, 63,0% das puérperas receberam de sete a 11 consultas de pré-natal e, na 2ª fase, esse percentual passa para 90,9%, ensejando um aumento de 27,9% (SILVA *et al.*, 2015).

INTEGRALIDADE

O atributo da integralidade ainda é um grande desafio no sistema de saúde brasileiro. Conforme abordado por Mendes, a fragilidade dos mecanismos de governança na abrangência do SUS, associada à dicotomia de uma rede de atenção primária essencialmente pública e serviços de média e alta complexidade, em grande parte sendo privados, resulta em um sistema fragmentado, com dificuldades de comunicação. Este processo resulta em uma atenção voltada para a doença, e não para as necessidades da população, gerando maiores custos e enormes prejuízos para os usuários (MENDES, 2011).

A integralidade do SUS começa a ser abordada de forma mais consistente apenas nos últimos anos, com a Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que foi formulada em conjunto pelo Ministério da Saúde, pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), e conceitua e estabelece as diretrizes para a organização das RAS no SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b), além do Decreto n. 7.508, que regulamentou a Lei n. 8.080 (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2011).

Importante ressaltar a necessidade da integralidade na RAS. Em Tauá, a Planificação da APS fez que as equipes, diante das necessidades da população da área adscrita, requisitasse que os processos se expandissem para a rede especializada, o que modifica a proposta inicial do Laboratório de Inovação, passando a abranger a Planificação da Atenção à Saúde, o que é bem demonstrado pelos depoimentos dos profissionais colhidos durante a pesquisa, transcritos a seguir.

- 1) A planificação priorizou que a gente conhecesse a rede materno infantil do município. Então, desde o nosso vigia até o nosso médico conhece como é que funciona essa rede, porque a gente percorreu todos os pontos de atenção e conhecendo como é que funciona. (Entrevista 1ª Fase)
- 2) [...] O ACS facilita que ela [a gestante] seja inserida no pré-natal de maneira muito rápida. Isso ajuda muito, pois a gente consegue fazer as sete consultas de pré-natal; depois elas são inseridas nos grupos de orientação que vão trabalhar os temas de saúde sobre higiene pessoal, cuidados ao bebê, as influências do organismo ou como este vai se comportar durante a gravidez, alimentação da mãe e amamentação. “Amigas do Parto e Bebê saudável” é o nome do grupo, então elas são inseridas nos grupos para preparar a mãe desde a gravidez ao parto e pós-parto, depois quando ela vai ganhar o bebê ela é recebida na maternidade [...] quando ela volta à comunidade ela continua sendo acompanhada pela equipe no grupo. [...]. Então o acompanhamento é integral da mãe, do bebê, da família desde o momento que ela descobre que está grávida até o crescimento. (Entrevista 1ª Fase)
- 3) Depois da Rede Cegonha nós vimos realmente uma grande melhoria, né? Que com a Rede Cegonha temos grande acesso à policlínica, aos especialistas, que é o pré-natal de alto risco. A enfermeira mesmo liga, nós ligamos, já marcamos diretamente. O paciente já sai daqui com a data da consulta do alto risco. E quando é o hospital, vê se tem a maternidade, quando envio uma gestante em trabalho de parto com algum sinal, já sai liga para a enfermeira obstétrica [...] já conversa com ela estou enviando uma gestante assim, assim, assim, avaliada, né?! Ela é multipara, três filhos de parto vaginal. Já demarcamos essa característica, para que ela possa ter um maior cuidado, que geralmente elas voltam e pari em casa. Então assim, melhorou muito. (Entrevista 2ª Fase)
- 4) A gestante já vem do médico ou da enfermeira, vai para a policlínica; eles têm prioridade de fazer os exames o mais rápido. E foi depois da planificação isso, porque antes não tinha.

COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO

No estudo *Improved health system performance through better care coordination*, da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD), os autores identificaram quatro áreas-chaves, onde as reformas poderiam aprimorar a capacidade dos sistemas de saúde por melhorar a coordenação do cuidado: melhor transferência de informação com o uso ampliado de Tecnologias de Comunicação e Informação (TCI); revisão dos recursos destinados ao cuidado ambulatorial, devido ao deslocamento de procedimentos hospitalares para esse nível; novos modelos de cuidado no primeiro nível de atenção, que deve ser voltado para condições crônicas e a melhor integração entre os níveis assistenciais; e pela relação entre os prestadores, especialmente em função da existência de barreiras que dificultam o trânsito no interior do sistema de saúde (HOFMARCHER; HOWARD; RUSTICELLI, 2007).

As falas a seguir expressam a percepção das equipes a respeito da importância da articulação e da comunicação entre os diversos pontos da rede de atenção a partir da atenção primária, que, apesar de ainda não contarem com sistemas de informação robustos, buscam formas de aprimorar a transferência de informação. Relatam, também, a apropriação pelos trabalhadores da análise das informações produzidas pela atenção primária como instrumento do processo contínuo de melhoria e o uso de ferramentas como os protocolos clínicos reconhecidos como essenciais para aprimorar o cuidado dos usuários, principalmente daqueles com condições crônicas. O papel da atenção primária como coordenadora da rede de atenção pode também ser percebido nos diversos relatos.

- 1) [...] depois da planificação, acho que pelo menos a gente passou a falar a mesma língua. A gente consegue marcar os exames com maior rapidez; a gente tem uma referência para o especialista obstetra rápida, e também o hospital está sempre em comunicação com a gente para que possa haver comunicação, caso a gente esteja precisando de alguma coisa; a gente programa as visitas para as gestantes conhecerem o centro de parto normal; e no caso haja qualquer intercorrência, a gente tem uma ligação direta, tanto com a policlínica, como com o hospital. (Entrevista 2ª Fase)

- 2) A rede é organizada a partir do pré-natal. No caso da gestante, o serviço de porta de entrada é a unidade básica, onde é feito o seguimento com enfermeiros e médicos. Sendo a gestante classificada como de baixo risco, é iniciado todo o processo de pré-natal na unidade básica e se for de alto risco é encaminhada para a policlínica, para ser acompanhada com a obstetra e feito o acompanhamento contínuo obstetra e unidade básica. (Entrevista 1ª Fase)
- 3) E se nós seguimos os protocolos que recebemos durante o processo de planificação e que fomos treinados para aplicar nós dificilmente encaminhamos, por que somos capazes de resolver a maioria dos problemas aqui mesmo, na unidade básica de saúde. (Entrevista 2ª Fase)
- 4) Funciona de forma positiva. Nós nos reunimos regularmente e avaliamos os indicadores. Vemos o que nós atingimos a meta e quais ainda precisamos melhorar e isso é positivo para a equipe. (Entrevista 2ª Fase)
- 5) Esses dados orientam o que é prioridade ou não, para organizar, para orientar as medidas, as ações né? Por isso fica tudo lá. O monitoramento inclusive. Mas elas, as devolutivas também, para a gente como está nossa área e tomar as medidas para melhorar o que tem que melhorar e continuar o que está bom. (Entrevista 2ª Fase)
- 6) A agente utiliza os prontuários, mas são os prontuários manuais, então todas as crianças e gestantes tem prontuários, temos o prontuário da família, então fazemos o acompanhamento por meio do prontuário. (Entrevista 2ª Fase)

ATENÇÃO À SAÚDE CENTRADA NA FAMÍLIA, ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA E COMPETÊNCIA CULTURAL

Reichert *et al.* apontam que a orientação familiar se efetiva se o alcance da integralidade fornece uma base para a consideração do indivíduo dentro de seus ambientes, do seu contexto familiar e sua exposição a ameaças da saúde. Já a orientação comunitária considera que as necessidades

de saúde das pessoas estão relacionadas ao contexto social, o que requer o reconhecimento pela equipe da realidade social. Um entendimento das características de saúde na comunidade e de seus recursos disponíveis fornece uma forma mais extensa de avaliar essas necessidades do que uma abordagem baseada apenas nas interações com os pacientes ou com suas famílias (REICHERT; LEÔNICO, 2016).

O atributo da competência cultural está presente quando existe o reconhecimento das diferentes necessidades dos grupos populacionais, suas características étnicas, raciais e culturais, entendendo suas representações dos processos saúde-enfermidade (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009).

Pode-se evidenciar a presença dos atributos derivados em vários momentos na pesquisa avaliativa:

- 1) Com a estrutura organizada com base no atendimento da família, fica mais fácil a gente tentar organizar pelas etapas do ciclo de vida, vendo a puericultura, a pediatria das crianças maiorzinhas, a gestante, os pacientes idosos que são muitas vezes hipertensos e diabéticos. Então, olhando para a família, fica mais fácil coordenar tudo. E ficou mais fácil abordar a família depois da planificação. (Entrevista 2ª Fase)
- 2) Não é uma rotina fazer o genograma. Mas quando a gente bota uma família para estudo de caso, para gestão [...]. Porque a gente prioriza [...]. A gente tem classificado os riscos [...]. É um novo passo que estamos dando agora, é justamente esse, a classificação de risco das famílias. E aí quando a gente tem uma família que a gente faz gestão de caso, a gente faz o genograma dela. (Entrevista 2ª Fase)
- 3) A importância acredito que seja porque os postos de saúde não são iguais no município [...] Cada comunidade tem sua característica e não são iguais [...] Então, você tem de sempre fazer uma territorialização e caracterizar seu território para poder avaliar e poder executar ações de saúde de acordo com os principais problemas de saúde que você detecta. (Entrevista 1ª Fase)
- 4) [...] Então, se você não faz uma territorialização para adotar medidas de acordo com as características de cada território, você

não poderá nunca fazer um bom diagnóstico de saúde de sua comunidade. (Entrevista 1ª Fase)

- 5) A equipe inteira passou a conhecer o território. Em síntese, quem conhecia antes era eu e os agentes de saúde. Agora, como todos participaram deu para a gente, para todo mundo, conhecer bem detalhando o território. E deu para gente ter outro olhar, não só do tamanho, mas da diversidade de problemas que tem no território, que a gente também não sabia. (Entrevista 2ª Fase)
- 6) A gente tem escolas, a gente tem o CRAS, a gente tem o CREAS, a gente tem o conselho da criança e do adolescente, a gente tem o núcleo de adolescentes, a gente tem uma equipe técnica da prefeitura que trabalha para monitorar todas as ações relacionadas à questão da criança e do adolescente no município, em conjunto com o conselho municipal. Então, existe um leque de pontos intersetoriais e, intrasetoriais, que estão abarcando um olhar para a questão da criança. (Entrevista 1ª Fase)
- 7) Nas ações do PSF, como havia dito, ocorrem reuniões em que a gente procura sempre estar em contato com a população, ocorrem reuniões com chefes comunitários para avaliar como estão os problemas de saúde da sociedade, quais problemas elas enfrentam, estudo de indicadores no final de cada mês para avaliar se está sendo realizado o acompanhamento destas crianças de forma satisfatória, indicadores das doenças e agravos da gestação e da criança também nessa idade, tudo realizado com estudo desses indicadores a gente consegue realizar planos e ações para conseguir melhorar esse atendimento. (Entrevista 2ª Fase)

Nos fragmentos de fala da pesquisa, fica marcado que, no processo da PAPS em Tauá, as equipes passaram a reconhecer seu território não apenas como área geográfica de atuação, mas um espaço dinâmico em que se destaca a importância da família, de seus aspectos econômicos e sociais, étnicos, raciais e culturais, além dos recursos comunitários. A partir de então, as equipes apropriaram-se do território para entender o processo saúde-doença da população e planejar as ações de acordo com as distintas realidades.

AS FUNÇÕES DA APS POR MEIO DA PESQUISA AVALIATIVA

Com relação às funções da APS – resolubilidade, comunicação e responsabilização –, em vários momentos, destacam-se falas que retratam bem a percepção dos atores:

- 1) Em torno de 90 a 95% dos casos da população são resolvidos na atenção primária, mas como a questão cultural ainda é muito forte, quando eles sentem alguma coisa ele ainda procura assistência especializada, mas isso aí a gente já está revertendo esse caso, mas a atenção primária é bem vista no município. (Entrevista 2ª Fase)
- 2) Eu acho que resolve sim. É um número pequeno que a gente precisa de um apoio secundário [...] algumas coisas fogem do alcance da APS, mas do básico sim. (Entrevista 1ª Fase)
- 3) A grande maioria sim, o que dá para ser da atenção básica a gente resolve aqui mesmo na Unidade. (Entrevista 2ª Fase)
- 4) Os agentes comunitários de saúde têm um acesso livre tanto a enfermeiro, ao médico, e também a vigilância epidemiológica. E sempre que há algum problema ou que a pessoa venha à unidade de saúde, que durante a consulta a gente já faz a mobilização. (Entrevista 1ª Fase)
- 5) A questão do acesso, isso aí ficou uma coisa, que está bem... digamos assim, acessível no nosso município. Então está tendo todo um trabalho para poder a gente não ter dificuldade com gestantes. Que a gente tinha muita dificuldade com alto risco, mas hoje em dia já não é mais uma dificuldade, a vaga no pré-natal de alto risco. (Entrevista 2ª Fase)

Ainda acerca do processo avaliativo pode-se destacar o dado referente à pesquisa de satisfação do usuário, que, apesar do intervalo pequeno entre a primeira e segunda fase, observa-se incremento de 12,4% dos componentes ótimo e bom passando de 79,3% na primeira fase para 91,7% na segunda (SILVA *et al.*, 2015).

Concluindo, pode-se apontar que a pesquisa revela a consolidação da presença dos atributos e funções da APS no município de Tauá, captando a mudança dos processos das equipes, reiterando o entendimento do Minis-

tério da Saúde de que o processo avaliativo é “um objeto em movimento” e sabedores que, se houver a continuidade da PAPS, ampliada para a PAS em Tauá, as mudanças, provavelmente, irão também impactar em médio e longo prazo nos indicadores de resultado do município, o que poderá ser medido mediante novo processo avaliativo.

n. 31

*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*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALFRADIQUE, M.E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria n. 201, de 3 de novembro de 2010.**

ARAH, O. O. et al. A conceptual framework for OECD Health Care Quality Indicators Project. *International Journal for Quality in Health Care*, v. september, p. 5-13, 2006.

CONTANDRIOPOULOS, A.-P. et al. A Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos. In: **Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas.** [s.l.]: [s.n.], [s.d.].

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 2011. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6936&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nv>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Determinantes Sociais da Saúde. **Atenção pré-natal no Brasil: uma questão de oferta, de acesso ou de escolaridade materna?** 2012. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/2012/05/atencao-pre-natal-no-brasil-uma-questao-de-oferta-de-acesso-ou-de-escolaridade-materna/>>. Acesso em: 22 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Histórico de Cobertura da saúde da Família.** Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 21 jan. 2017.

____. Ministério da Saúde. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde**. 1. ed. Brasília: [s.n.].

____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Diário Oficial da União, 2010b.

____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 1. ed. Brasília: [s.n.].

____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília: [s.n.].

____. _____. _____. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família 2016**, 2016a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>.

____. _____. _____. **Funções da Atenção Básica nas Redes de Atenção a Saúde**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=funcoes_ab_ras>. Acesso em: 30 nov. 2016b.

____. Presidência da República. **Decreto n. 7.508/2011**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 20 maio 2017.

____. Governo do Estado. Secretaria de Saúde do Estado. **Caderno de Informação em Saúde**, 2015: Região de Tauá. Disponível em: <www.saude.ce.gov.br/index.php/.../83>. Acesso em: 21 jan. 2017.

CUNHA, E.M. da. **Vínculo longitudinal na atenção primária: avaliando os modelos assistenciais do SUS**, 2009. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2587>>. Acesso em: 8 set. 2017.

CUNHA, E.M. da; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1.029-1.042, 2011.

DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Disponível em: <cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 22 jan. 2017b.

____. Sistema de informação sobre nascidos vivos (SINASC). Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702>>. Acesso em: 22 jan. 2017.

____. **Taxa de analfabetismo por ano segundo situação**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/censo/cnv/alfce.def>>. Acesso em: 5 de fev. de 2017^a.

DEEPASK. **Índice de Desenvolvimento Humano e Municipal**. Disponível em: <www.deepask.com/goes?page=taua/CE.veja-IDH-Municipal__index-de-desenvolvimento-humano-do-seu-municipio>. Acesso em: 8 maio 2018.

FRANCOLLI, L.A. et al. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4.851-4.860, 2014.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. de. Atenção Primária à Saúde. In: FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ (Fiocruz) (Ed.). **Políticas e sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: [s.n.], [s.d.]. p. 575-626.

HAGGERTY, J.L. et al. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. **Annals of Family Medicine**, v. 6, n. 2, p. 116-123, mar. 2008.

HOFMARCHER, M.; HOWARD, O.; RUSTICELLI, E. **Improved Health system performance through better care coordination**: OECD Health Working Papers. Paris: [s.n.], [s.d.].

KRINGOS, D.S. et al. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. **Health Affairs**, v. 32, n. 4, p. 686-694, 2013.

MACINKO, J.; GUANAIS, F.C. Population experiences of primary care in 11 Organization for Economic Cooperation and Development countries. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 27, n. October, p. mzv074, 2015.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Opas, 2011.

_____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. 1. ed. Brasília: Opas, 2012.

_____. **A construção social da atenção primária à saúde**. 1. ed. Brasília: Conass, 2015.

_____. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Opas, 2011. v. 15.

MILLIS, J. **The graduate education of physicians**: the report of the Citizens Commission on Graduate Medical Education. Illinois: [s.n.], [s.d.]. Disponível em: <<http://www.aafpfoundation.org/content/dam/foundation/documents/who-we-are/cfhm/classicsfamilymedicine/GraduateEducationofPhysicians.pdf>>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **APS agora mais que nunca – Relatório Mundial de Saúde – 2008**. The world health report 2008: primary health care now more than ever. 1. ed. Genebra: WHO, 2008.

_____. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa Genebra/Suíça. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas, 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf> Acesso em: 22 jan. 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde**: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. 2011. (NAVEGADORSUS, 3)

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

_____. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**: Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington: [s.n.], [s.d.].

OS DETERMINANTES ESPACIAIS DA EXTREMA POBREZA NO ESTADO DO CEARÁ, 2010. **Textos para discussão n. 97**. Outubro 2011. Governo do Estado do Ceará. Secretaria de Planejamento e Gestão. Disponível em: <www.ipece.ce.gov.br/textos_discussao/TD_97.pdf>. Acesso em: 5 fev 2017.

PIZZANELLI, M. et al. Validación de Primary Care Assessment Tool (PCAT) en Uruguay. **Rev Med Urug**, v. 27, n. 3, p. 187-189, 2011.

REICHERT, A.P. da S.; LEÔNICO, A.B. de A. Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à Saúde da criança. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 1, p. 119-127, 2016.

SCIENCES. **A manpower policy for primary health care**. National A ed. Washington: [s.n.].

SHI, L.; MASIS, D.P.; GUANAIS, F.C. **Measurement of primary care-Report on the Johns Hopkins Primary Care Assessment Tool**. [s.l]: [s.n.], [s.d.]. Disponível em: <<https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/5854/MeasurementofPrimaryCare-TheJohnsHopkinsPrimaryCareAssessmentTool.pdf>>.

SANTOS, N.R. The evolution of the Brazilian National Health System, strategic courses of action and strategies to understand these actions. **Ciência & saúde coletiva**, v. 12, n. 2, p. 429-435, 2007.

SILVA, R.M. da et al. **Avaliação dos efeitos da planificação da Atenção Primária à Saúde-PAPS/Tauá na rede materno infantil**. Fortaleza: [s.n.], [s.d.].

SOUZA, E.C.F. de et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, Sup 1:S, p. S100-S110, 2008a.

SOUZA, M.L.P. de et al. É muito dificultoso: etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 100-110, 2008b.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, UNESCO, 2002. v. 53.

n. 31

*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*

2.4 LABORATÓRIO DE INOVAÇÕES DA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS DA REGIÃO DE SAÚDE DE MARINGÁ/PR¹

O Laboratório de Inovações da Atenção às Condições Crônicas da região de saúde de Maringá, Paraná (LIACC/Paraná) tem como foco principal a organização nas RAS, da APS, AAE e da Atenção Hospitalar (AH), em programas prioritários da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SES/PR). Esse laboratório tem a premissa de integrar as ações de vigilância e de assistência em saúde.

O objetivo final do LIACC/Paraná é gerar valor em saúde para a população adstrita, sendo o conceito de valor em saúde estabelecido pela relação entre os resultados sanitários obtidos, referentes aos recursos financeiros despendidos. Para isso, devem ser alcançadas três metas inter-relacionadas, segundo a proposta da tripla meta: a melhoria da saúde da população, a melhoria da experiência do cuidado e a redução dos custos assistenciais (BERWICK *et al.*, 2008).

O referencial teórico para o desenvolvimento do LIACC/Paraná é o modelo de atenção às condições crônicas (MACC), aplicado na APS, AAE e AH, secundária e terciária.

O LIACC/Paraná busca propor e validar tecnologias de atenção à saúde inovadoras e avaliá-las no âmbito da 15ª Região de Saúde, com vistas à sua expansão para o estado do Paraná e para outros estados brasileiros, por meio das Oficinas de Planificação da Saúde, desenvolvidas pelo Conass em parceria com as SES e SMS.

CENÁRIO DO LABORATÓRIO DE INOVAÇÕES DE MARINGÁ/ PARANÁ

No LIACC/Paraná, incluir-se-á nas RAS o nível da atenção hospitalar terciária. Assim, institui-se na 15ª Região de Saúde do Paraná, o desenho completo da quinta geração de oficinas de planificação do Conass que inclui a atenção hospitalar com suas vinculações com a AAE e com a APS.

¹ Texto extraído do Produto “Laboratório de Inovações da Atenção às Condições Crônicas (LIACC) na XV Região de Saúde do estado do Paraná”, elaborado pelo consultor do Conass Eugênio Vilaça Mendes, em outubro de 2017.

Isso se fará privilegiando o Hospital Universitário da Universidade Estadual de Maringá porque ele apresenta características importantes no espaço regional, já que desempenha papéis de atenção ambulatorial especializada para as gestantes e crianças de altos riscos e de referência para os partos de altos riscos. Ademais, por estar em um espaço acadêmico, pode exercitar a educação continuada dos profissionais da APS, pode ofertar segunda opinião e realizar pesquisa clínica. Pode também desenvolver ações de segunda opinião e educação permanente em relação às maternidades de risco habitual.

Participam dessa parceria o Conass, a SES/PR, as SMS que compõem a 15ª Região de Saúde do Paraná, a SMS de Munhoz de Melo, com uma participação especial no trabalho de avaliação dos resultados, o Cismusep e o Hospital Universitário da Universidade Estadual de Maringá.

A escolha da 15ª Região de Saúde do Paraná para desenvolvimento do LIACC/Paraná foi realizada em função de várias características que ali se apresentam. É uma região que tem população significativa e em que o Conass e a SES/PR já desenvolveram, com sucesso, o Laboratório de Inovações na Governança Regional da Rede Mãe Paranaense.

A representação regional da SES/PR é institucionalmente forte e comprometida com a melhoria do SUS na região. O Cismusep, responsável pela atenção especializada na região, dispõe de liderança regional, de uma estrutura gerencial competente e motivada para inovações.

A SES/PR, por meio do APSUS, está realizando movimento extensivo de melhoria da APS com o processos de tutoria nos municípios da região e, por meio do COMSUS, desenvolveu um projeto-piloto de implantação do modelo MACC na AAE que apresentou resultados positivos e se mostrou aplicável a várias regiões do estado. Além disso, está estudando a possibilidade de colocar, na equipe das unidades de atenção ambulatorial, um médico de família e comunidade que fará a coordenação com os médicos de APS, que participará do processo de educação permanente e fará segunda opinião.

O formato institucional de consórcio público, adotado no Cismusep, é um arranjo organizativo viável para a prestação de serviços de atenção especializada. A experiência desenvolvida na 15ª Região de Saúde integra a

APS, a AAE e a AH, de acordo com os princípios das RAS e com o MACC. É uma experiência que inova ao colocar em sua carteira de serviços modelo inovador de atenção às pessoas idosas, com foco na manutenção da capacidade funcional, articulando em rede os cuidados primários e especializados. É uma experiência que se desenvolveu com direcionamento para a mudança dos processos, já que a estrutura em que funciona é um antigo Posto de Atenção à Saúde do Instituto de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps). Na proposta, vai ocorrer a mudança para um novo prédio com instalações mais adequadas à prestação de serviços ambulatoriais especializados.

Trata-se de experiência que mostra que grandes inovações nos sistemas de atenção à saúde, ainda que executadas nos municípios, só se fazem, conseqüentemente, com políticas deliberadas exercitadas sob a coordenação das SES. A visita de outras regiões do estado às unidades básicas de saúde dos municípios, especialmente de Munhoz de Mello, e ao Cisamusep tem se mostrado elemento ativo na motivação para a adoção do modelo. Destaca-se que essa experiência, que já se encontra em estado avançado de implantação, permitirá que o LIACC/Paraná se concentre em ações de refinamento metodológico e de avaliação mais rigorosa de resultados.

Por fim, a proposta de integração do nível hospitalar na Rede Mãe Paranaense é facilitada pela vinculação do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Maringá à Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

O DESENVOLVIMENTO DO LIACC MARINGÁ/PARANÁ

A SELEÇÃO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS

As condições crônicas abordadas no LIACC/Paraná são: atenção às pessoas com diabetes; atenção às pessoas com hipertensão arterial; a atenção às gestantes e às puérperas; a atenção às crianças e atenção às pessoas idosas.

Um princípio fundamental da organização em redes é a criação de uma linguagem comum que seja incorporada por todos os trabalhadores de saúde e pela população usuária e que perpassasse todos os pontos de atenção

à saúde. Esse princípio se concretiza por meio de diretrizes clínicas baseadas em evidências.

No LIACC/Paraná serão adotadas as linhas-guia preparadas pela SES/PR: linha guia da Rede Mãe Paranaense; hipertensão arterial; diabetes; e de atenção aos idosos.

O laboratório de inovações terá uma estrutura de um projeto organizacional, com uma duração finita no tempo. A finitude temporal e um projeto de curto prazo são características de um laboratório de inovações e marca toda sua programação. O projeto terminará em 31 de dezembro de 2018.

O LIACC/Paraná se desenvolve na 15ª Região de Saúde do estado, composta por 30 municípios. A figura 1 mostra a distribuição dos municípios na Região de Saúde.

FIGURA 1 – A 15ª Região de Saúde do Paraná



FONTE: SES/PR.

A população total da 15ª Região de Saúde é de 808.412 habitantes. O quadro 2 mostra a população por município, distribuída na região de saúde.

QUADRO 1 – Distribuição da população da 15ª Região de Saúde de Maringá – Paraná, por município

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO
Ângulo	2.969
Astorga	26.087
Atalaia	4.002
Colorado	23.811
Doutor Camargo	6.058
Floraí	5.114
Floresta	6.535
Flórida	2.685
Iguaraçu	4.309
Itaguajé	4.629
Itambé	6.201
Ivatuba	3.220
Lobato	4.721
Mandaguaçu	21.920
Mandaguari	34.425
Marialva	34.675
Maringá	403.063
Munhoz de Melo	3.934
Nossa Senhora das Graças	4.070
Nova Esperança	27.986
Ourizona	3.491
Paiçandu	39.728
Paranacity	11.186
Presidente Castelo Branco	5.186
Santa Fé	11.562
Santa Inês	1.746
Santo Inácio	5.494
São Jorge do Ivaí	5.675

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO
Sarandi	91.344
Uniflor	2.604
Total	808.412

CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE MUNHOZ DE MELLO

O município de Munhoz de Mello está localizado na região noroeste do estado do Paraná (figura 2) e possuía população estimada, para o ano de 2017, de 3.958 habitantes, sendo 642 idosos, (16,2%), conforme dados do IBGE (2017). O município tem uma superfície de 137 km² e dista 438 km da capital (Curitiba). Limita-se com os municípios de Santa Fé, Jaguapitã, Astorga e Iguaçu.

FIGURA 2 – Localização do município de Munhoz de Mello no estado do Paraná



FONTE: SES/PR.

O município faz parte da 15ª região de saúde, cuja sede é o município de Maringá, onde está instalado o Consorcio Público Intermunicipal de Saúde do Setentrão Paranaense (CISAMUSEP), referência de especialidades da saúde para os municípios da região (figura 3).

FIGURA 3 – Mapa do estado do Paraná com seus Consórcios Públicos Intermunicipal de Saúde Paranaense (CISAMUSEP)



Segundo dados do IPARDES (2018), o município Munhoz de Mello tem uma rede de saúde pública instalada composta de uma Academia da Saúde, duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), e uma Policlínica (Quadro 3).

QUADRO 2 – Número de estabelecimentos de saúde segundo o tipo de serviço no município de Munhoz de Melo, 2017

TIPO DE ESTABELECIMENTO	NÚMERO
Academia da saúde	1
Centro de saúde / Unidade básica de saúde	2
Consultórios	3
Policlínica	1
Outros tipos	1
TOTAL	8

FONTE: IPARDES, 2018.

O PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO NO LIACC/PARANÁ

O LIACC/Paraná terá acompanhamento de monitoramento em todos os municípios, com os dados dos sistemas de informação já existentes. Em Munhoz de Melo será realizado um estudo longitudinal, com todas as pessoas atendidas no modelo (pessoas com hipertensão arterial, pessoas com diabetes, gestantes, crianças e pessoas idosas). Essa opção de avaliação do universo de pessoas é viável em função da população da cidade que é de aproximadamente 3.934 habitantes.

Os indicadores dos processos de monitoramento e avaliação serão definidos em função de evidências científicas, especialmente aquelas já estabelecidas nas linhas guia da SES/PR, e comporão uma cesta que possa definir a atenção perfeita a cada uma das redes temáticas.

Na literatura internacional já se estabeleceu uma atenção satisfatória ao diabetes. O *Institute for Healthcare Improvement*, dos Estados Unidos, uma das maiores organizações voltadas para a qualidade em saúde, definiu os indicadores para monitorar uma atenção perfeita ao diabetes (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001). Esses indicadores devem ser monitorados, pelo menos, uma vez ao ano: índice de massa corporal; circunferência abdominal; pressão arterial; hemoglobina glicada; lipoproteína de baixa densidade (LDL); microalbuminúria; creatinina; exame oftalmológico; cessação de tabaco; e exame dos pés. Os indicadores de atenção perfeita deverão ser estabelecidos, pela SES/PR, para hipertensão arterial, gestantes, crianças e pessoas idosas.

O monitoramento contínuo deverá ser desenvolvido pelas equipes da APS, do Cisamusep e do Hospital Universitário, sob a coordenação da 15ª Regional de Saúde da SES/ PR. O monitoramento e a avaliação mais rigorosos, será realizado, externamente, por pesquisadores universitários, em relação às pessoas de Munhoz de Melo.

O LIACC/Paaná será um espaço de difusão do modelo inovador de organização das RAS e de educação permanente. A opção estratégica do Conass de avançar da Planificação da Atenção Primária à Saúde (PAPS) para a planificação da atenção à saúde (PAS), implica ter um espaço de práticas inovadoras que profissionais de várias estados brasileiros possam convergir para conhecer as possibilidades de modelos que funcionam no mundo real (o SUS que dá certo).

n. 31

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

A experiência do Conass com Santo Antônio do Monte e da SES/PR na 15ª Região de Saúde atestam, de forma eloquente, a importância dessas visitas de observação. O LIACC/Paraná será um espaço de observação da organização inovadora da integração em rede da APS, AAE e AH. Para isso, serão planejadas e ofertadas visitas guiadas para profissionais de saúde de várias partes do país, especialmente para aqueles estados que estão desenvolvendo as oficinas da PAS.

Um circuito bem definido que vá da APS, à AAE e à AH deve ser construído com um tempo suficiente para que essas atividades educacionais se façam de forma adequada e em tempo oportuno. Visitas curtas de motivação deverão ser oferecidas a gestores ou profissionais que dispõem de pouco tempo de deslocamento de seus locais de trabalho. O planejamento dessas visitas deve envolver um cronograma com dias, locais e tempos bem definidos e previamente estabelecidos. A logística deve estar também organizada. Processos bem estruturados de avaliação das visitas deverão ser desenvolvidos e aplicados.

Além disso, os centros colaboradores desenvolverão atividades de educação permanente. No desenho dessas atividades, o Conass, se necessário, dará suporte educacional por meio de técnicos de seu quadro de facilitadores.

Em um projeto com parecerias, cada ente participará de forma efetiva com suas contribuições. A UBS Tancredo Neves em Munhoz de Mello poderá oferecer cursos curtos de novas tecnologias de encontro clínico na atenção primária à saúde, como atenção contínua e autocuidado apoiado, com apoio de facilitadores do Conass. O Cisamusep poderá disponibilizar cursos curtos e atividades de supervisão clínica como de tecnologias de avaliação da capacidade funcional das pessoas idosas e de estratificação de risco e de manejo das condições crônicas priorizadas e segunda opinião para os profissionais da atenção primária à saúde. O Hospital Universitário da Universidade Estadual de Maringá deve oferecer cursos curtos, atividades de supervisão clínica e segunda opinião para profissionais do âmbito hospitalar que estejam envolvidos na atenção hospitalar da Rede Mãe Paranaense.

Como se trata de um projeto que está em início de desenvolvimento, os resultados ainda estão sendo construídos, entretanto constitui-se de uma proposta que está sendo testada para validar tecnologias de atenção à saúde inovadoras tendo oportunidade de avaliá-las.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, M.V. **Pesquisa de avaliação do Laboratório de Inovações no Cuidado das Condições Crônicas na atenção primária à saúde de Santo Antônio do Monte**, 2016.

BERWICK, D. *et al.* The triple aim: care, health, and cost. **Health Affairs**, vol. 27, p. 759-769, 2008.

BRITNELL, M. **In search of the perfect health system**. London: Palgrave, 2015.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico, 2010**. Disponível em: <ibge.gov.br>. Acesso em: 27 maio 2018.

CHRISTENSEN, C.M. *et al.* **Inovação na gestão da saúde**: a receita para reduzir custos e aumentar qualidade. Porto Alegre: Bookman, 2009.

GOVINDARAJAN, V.; RAMANURTI, R. Delivering world-class health care, affordably: innovative hospitals in India are pointing the way. **Harvard Business Review**, vol. 11, p. 1-7, 2013.

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

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

PARANÁ. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (Ipardes). **Caderno Estatístico de Munhoz de Mello**. 2018. Disponível em: <www.ipardes.gov.br/cadernos/Monta-CadPdf1.php?Municipio=86760>. Acesso em: 27 maio 2018.

WANAHER, B.; BEAN, D. **Seize the ACA**: the innovator's guide to the Affordable Care Act. San Francisco: Clayton Christensen Institute of Disruptive Innovation, 2013.

CAPÍTULO 3
PLANIFICAÇÃO DA
ATENÇÃO À SAÚDE:
A PROPOSTA DE
INTEGRAÇÃO DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA
E ATENÇÃO
AMBULATORIAL
ESPECIALIZADA

PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE: A PROPOSTA DE INTEGRAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

3

LIÇÕES APRENDIDAS NOS LABORATÓRIOS DE INOVAÇÕES

Muitas políticas públicas brasileiras na área da saúde são feitas sem avaliação e, quando há, essa avaliação é feita com instrumentos frágeis, o que na literatura se chama evidências anedóticas, que é o estudo de poucos casos aliados com a opinião de um número restrito de profissionais ou de poucas pessoas. Esse modelo avaliativo, ainda que não seja irrelevante, não tem a capacidade de sustentar uma teoria.

Contrapondo essa situação, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) desenvolveu alguns laboratórios. O primeiro foi o Laboratório de Atenção às Condições Crônicas realizado na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, Paraná. Em seguida, o Laboratório de Inovações da Atenção às Condições Crônicas em Santo Antônio do Monte, Minas Gerais, no qual se testou, de maneira sistematizada, os micro e macroprocessos para a construção social da Atenção Primária à Saúde (APS). O mesmo ocorreu em Tauá, Ceará, onde esse processo foi também implantado e avaliado.

Em Santo Antônio do Monte o laboratório contemplava também um centro de especialidades para gestantes e crianças, usuários com diabetes, hipertensão e doença renal crônica, mostrando-se inovador. Observou-se ali que as pessoas estavam sendo encaminhadas à atenção ambulatorial especializada sem uma estratificação de risco e que isso não permitia organizar, racionalmente, a demanda nesse nível de atenção à saúde.

Como acontece em geral no Sistema Único de Saúde (SUS), a grande maioria das pessoas referidas, ou que estavam aguardando nas filas, não

tinha indicação para a atenção dos especialistas. Isso gerava uma distorção, pois os centros de especialidades atendiam predominantemente pessoas com doenças de baixa complexidade gerando um modelo de atenção caro e sem efetividade. Infelizmente isso ocorre em todo o Brasil. Entendeu-se que, se não se organizasse a atenção primária, para que ela estratificasse e manejasse adequadamente os baixos e médios riscos, não seria possível organizar a atenção especializada.

A experiência acumulada com a planificação da atenção primária à saúde e com os laboratórios de inovação levou a algumas reflexões, por parte do Conass, uma vez que a qualificação e organização dos macroprocessos da APS, concretizando a sua atribuição de ordenadora das redes de atenção à saúde impunha, também, uma forma de organização dos fluxos assistenciais e dos processos na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE).

Assim, o resultado alcançado nos laboratórios permitiu ao Conass evoluir para a quarta geração da Planificação, envolvendo não apenas a Atenção Primária à Saúde, mas a Atenção à Saúde, porque tencionava organizar, também, a atenção ambulatorial especializada. Essa quarta geração fez-se por três modelos: o de Santo Antônio do Monte, que iniciou a organização da atenção especializada para depois organizar a atenção primária; o modelo do Paraná, que realizou a organização conjunta da atenção primária e da atenção especializada; e o modelo de Tauá, que partiu da organização da atenção primária, seguindo para a organização da atenção especializada. Hoje é possível afirmar que o melhor a se fazer é iniciar os dois processos juntos, integrando a APS com a AAE, o que garante a continuidade da atenção do usuário com condições crônicas de alto e muito alto risco, qualifica o cuidado e fortalece a capacidade de resolubilidade da APS.

A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

Ressalta-se que não se pode ter êxito na implantação das Redes de Atenção à Saúde sem uma Atenção Primária à Saúde de qualidade e resolutive, com capacidade de coordenar o cuidado e ordenar os fluxos de atenção ao cidadão, bem como a garantia de acesso oportuno e de forma organizada à Atenção Ambulatorial Especializada (AAE).

n. 31

*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*

Em 2015, o Conass iniciou um aprofundamento sobre a AAE no contexto das RAS, por ocasião do Seminário Conass Debate – Inovação na atenção ambulatorial especializada, que propôs uma análise da temática, assim como os fundamentos para a sua organização, com base no modelo de atenção às condições crônicas e coordenada pela atenção primária.

A Atenção Ambulatorial Especializada constitui, hoje, um problema relevante nos sistemas de atenção à saúde, em geral, e no SUS, em particular, não sendo ainda contemplada com uma política nacional.

São várias as razões, mas há que se destacar duas dimensões fundamentais desse problema: primeiro, a AAE corresponde a um vazio cognitivo, sendo uma das áreas menos estudadas no SUS; segundo, tem sido analisada e operada na lógica dos sistemas fragmentados de atenção à saúde, distante, portanto, das propostas de constituírem-se como pontos de atenção das redes de atenção à saúde.

O diagnóstico recorrente, muitas vezes com base em ideias de senso comum, é que a Atenção Ambulatorial é um gargalo no SUS pela insuficiência de oferta, o que, normalmente, se denomina de “vazios assistenciais da média complexidade ambulatorial”. Ainda que não se possa negar que há déficit de oferta em algumas especialidades, uma parte do problema parece residir nos vazios cognitivos. Um aprofundamento do diagnóstico vai mostrar que muitos problemas que se manifestam sob a forma de vazios assistenciais, podem ser solucionados por meio de novas formas de organização das relações entre a APS e a AAE sem, necessariamente, aumentar a oferta de serviços ambulatoriais secundários (MENDES, 2012).

A demanda da AAE envolve a procura por serviços especializados relativos às condições crônicas não agudizadas complexas e altamente complexas, definidas no processo de estratificação de risco.

No contexto atual, a organização e qualificação da AAE passa, necessariamente, por restabelecer o equilíbrio entre a demanda e oferta por atendimentos especializados. Isso pode ser alcançando a partir da modificação de três fatores principais: a estratificação de risco da população e manejo da condição crônica de alto e muito alto risco, ficando a condição de baixo e médio risco com manejo na APS; a superação do chamado “efeito velcro”, pelo qual há uma vinculação definitiva das pessoas referidas; e a introdução

de atendimento multiprofissional, em vez de atenção ambulatorial baseada na consulta médica individual.

Para essa modificação, além de uma mudança de mentalidade incluída na discussão de modelos de atenção e, portanto, na implantação do modelo de atenção às condições crônicas, é necessária a organização dos macroprocessos da AAE, implicando, pelo menos, quatro novas funções para esse nível de atenção: a interconsultoria, a educação permanente, a supervisão e a pesquisa investigativa. A função de interconsultoria significa realizar atendimentos especializados interdisciplinares para os cidadãos com condições crônicas de alto e muito alto risco encaminhados pela APS, com foco na estabilização dessas condições. A função de educação permanente significa matricular e qualificar as equipes da APS para a estratificação de risco e manejo dos cuidados clínicos aos cidadãos com condições crônicas. A função de supervisão significa acompanhar a linha de cuidado priorizada, bem como monitorar a execução dos planos de cuidados dos cidadãos com condições crônicas de alto e muito alto risco junto às equipes da Atenção Primária. Por fim, a função de pesquisa investigativa estuda as evidências, a partir dos registros de dados, das experiências nos novos processos de trabalho.

O objetivo primordial da AAE é responder às demandas relativas ao cuidado de usuários com condições de saúde de maior gravidade ou complexidade, como dita o modelo de atenção. Assim, a organização dos seus macroprocessos se justifica ao possibilitar a continuidade do cuidado em uma RAS, especialmente integrando o cuidado com a APS.

A PROPOSTA DE PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

A Planificação da Atenção à Saúde (PAS), desenvolvida pelo Conass, como instrumento de gestão e organização da Atenção Primária (APS) e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) nas RAS tornou-se grande oportunidade para a qualificação da resposta do sistema de saúde à população e tem como objetivo principal, apoiar o corpo técnico gerencial das secretarias estaduais e municipais de saúde na organização de seus macroprocessos.

A PAS pode ser compreendida como uma mudança no *modus operandi* das equipes e serviços, buscando a efetividade das redes de atenção. A partir dessa proposta, desenvolve-se a competência das equipes para o

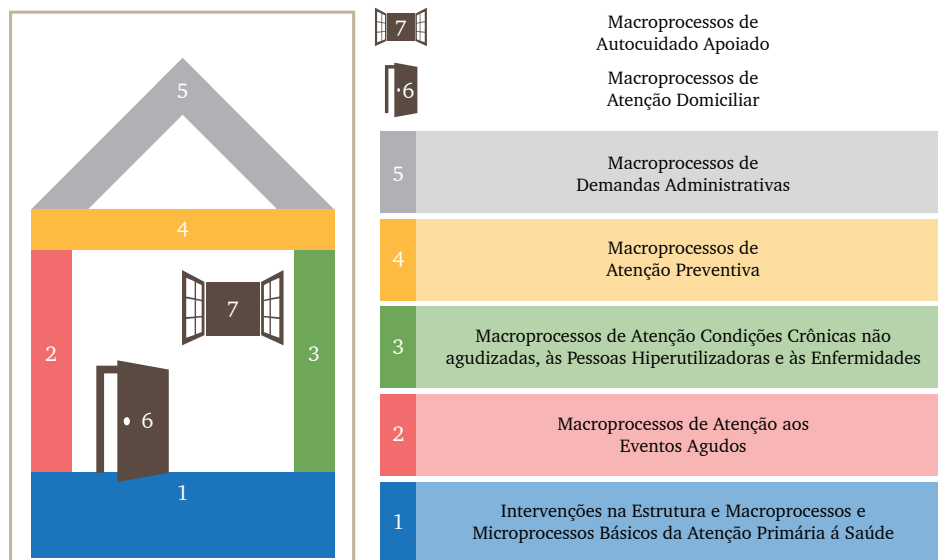
planejamento e organização da atenção à saúde com foco nas necessidades dos usuários sob a sua responsabilidade, baseando-se em diretrizes clínicas, de acordo com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas.

A fundamentação teórica de referência é descrita nos livros publicados pelo Conass e pela Opas com foco na implantação das RAS: as redes de atenção à saúde (OPAS, 2011); o cuidado das condições crônicas na APS: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família (OPAS, 2012); e a construção social da Atenção Primária à Saúde (CONASS, 2015).

Utiliza-se o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), proposto por Mendes para o Sistema Único de Saúde (SUS), a partir dos modelos da Pirâmide de Risco da Kaiser Permanente (BENGOA, PORTER e KELLOGG, 2008), dos Cuidados Crônicos (WAGNER, 1998) e dos Determinantes Sociais da Saúde (DAHLGREN e WHITEHEAD, 1991).

O modelo operacional calcado na construção social da APS propõe a metáfora da construção de uma casa (figura 1) com os vários momentos para organização dos macroprocessos, que permitem dar respostas satisfatórias às diferentes demandas, implementando soluções estruturais e processuais.

FIGURA 1 – A construção social da Atenção Primária à Saúde



FONTE: MENDES, E.V. A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. BRASÍLIA: CONASS, 2015.

Os momentos de organização dos macroprocessos da APS são resumidos no quadro abaixo:

QUADRO 1 – Organização dos macroprocessos da Atenção Primária à Saúde.

n. 31 <i>Planificação da</i> <i>Atenção à Saúde:</i> <i>Um Instrumento de</i> <i>Gestão e Organização da</i> <i>Atenção Primária e da</i> <i>Atenção Ambulatorial</i> <i>Especializada nas Redes</i> <i>de Atenção à Saúde</i>	Momento 1	Intervenções na estrutura São antecedidas por um diagnóstico estrutural da APS e a elaboração de um plano para a melhoria de sua estrutura, considerando-se o percentual de cobertura da capacidade operacional em relação à necessidade de saúde; as condições prediais da unidade; os equipamentos e materiais necessários para o desenvolvimento das ações e serviços de saúde; a composição da equipe; e os recursos financeiros necessários. Macroprocessos básicos Dão suporte ao atendimento das diversas demandas da população: Territorialização; cadastramento familiar; classificação de risco da família; diagnóstico local; conhecimento das subpopulações alvo prioritárias; estratificação de risco das condições crônicas; programação local; agenda de atendimentos; e contratualização. Microprocessos básicos assistenciais Estão relacionados à qualidade e segurança dos serviços prestados: Recepção; acolhimento e preparo; vacinação; curativo; farmácia; coleta de exames; procedimentos terapêuticos; higienização e esterilização; e gerenciamento de resíduos.
	Momento 2	Macroprocessos de atenção aos eventos agudos Escuta inicial sobre a demanda do dia; avaliação e classificação de risco; atendimento aos eventos agudos azul e verde; primeiro atendimento das pessoas com eventos amarelo, laranja e vermelho e encaminhamento para pronto atendimento ou pronto socorro.
	Momento 3	Macroprocessos de atenção às pessoas com condições crônicas não agudizadas, hiperutilizadoras e com enfermidades Gerenciamento das condições crônicas prioritárias; estratificação de riscos; elaboração e o monitoramento dos planos de cuidado; o autocuidado apoiado; a gestão de caso; educação permanente dos profissionais de saúde, os grupos operativos; o mapa de recursos comunitários; e os novos formatos da clínica: a atenção contínua, a atenção compartilhada a grupo, a atenção por pares, o matriciamento entre generalistas e especialista; e a atenção à distância.
	Momento 4	Macroprocessos relativos às tecnologias de suporte às mudanças de comportamento Modelo transteórico de mudança; entrevista motivacional; grupo operativo e técnica de solução de problemas. Macroprocessos de atenção preventiva, relativos aos principais fatores de risco proximais e aos fatores individuais biopsicológicos Programas de atividade física, reeducação alimentar, de controle do tabagismo; de controle do álcool e outras drogas; de rastreamento de condições de saúde e programas de prevenção quaternária.

Momento 5	Macroprocessos de demandas administrativas Assistenciais: atestados médicos; renovação de receitas; análise de resultados de exames; e relatórios periciais. Gestão da unidade: registro sanitário; Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); segurança do trabalho; sistemas de informação; e relatórios de gestão.
Momento 6	Macroprocessos da atenção domiciliar Visita domiciliar; assistência domiciliar; internação domiciliar com uso de tecnologias de suporte; acompanhamento domiciliar; e vigilância domiciliar.
Momento 7	Macroprocessos de autocuidado apoiado Informação e educação para o autocuidado; elaboração e monitoramento de um plano de autocuidado; e apoio material para o autocuidado.

FONTE: MENDES, E.V. A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. BRASÍLIA: CONASS, 2015.

De maneira similar, podem ser definidos os macroprocessos da AAE, voltados para o conhecimento das subpopulações-alvo do território de abrangência, relativas às condições crônicas de alto e muito alto risco:

- acesso regulado pela APS com base na estratificação de risco (alto e muito alto risco) e situação de estabilidade clínica;
- manejo por uma equipe multiprofissional, com utilização de tecnologias de cuidado das condições crônicas, focadas na avaliação diagnóstica e elaboração de plano de cuidado para a estabilização dos usuários;
- apoio às equipes de APS do território de abrangência, desdobrado em ações de educação permanente para a capacitação em estratificação de risco e manejo das condições crônicas;
- ações de supervisão do plano de cuidado dos usuários;
- integração entre as equipes da APS e AAE, com a definição das equipes especializadas de referência para as equipes da APS, dentro das regras de regionalização da atenção à saúde e o conhecimento mútuo entre os profissionais das duas equipes, favorecendo as várias formas de comunicação e condução conjunta dos casos;
- monitoramento dos indicadores de cuidado das subpopulações com condição crônica acompanhados.

A FASE PREPARATÓRIA DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Considerando que o *locus* de atuação da APS é municipal, é imprescindível a participação efetiva do Conass e dos Cosems, respectivos colegiados estaduais e municipais de saúde. No âmbito dessa parceria, deve-se procurar confirmar a eSF como modelo mais eficaz para organização da APS, fortalecer a compreensão prática/operacional dela, como ordenadora das rede de atenção à saúde, e favorecer a mobilização e adesão dos municípios ao projeto e ao desenvolvimento das suas etapas e atividades.

Dessa forma, propõe-se que essa parceria institucional apoie o corpo técnico gerencial das secretarias estaduais e municipais de saúde na organização dos macroprocessos da APS e AAE, que devem ocorrer nas unidades de atenção primária à saúde e nos ambulatorios de especialidades de referência, sob o apoio e coordenação regional da Secretaria Estadual da Saúde (SES) e Cosems, inicialmente em uma região de saúde selecionada, com posterior expansão para outras regiões.

A fase inicial de pactuação com as secretarias estaduais e municipais de saúde envolvidas e de preparação para o desenvolvimento da PAS deve incluir, pelo menos, os seguintes passos:

- Reunião preparatória na SES, conduzida pelo Conass, com o gestor estadual e diretoria do Cosems;
- Criação formal do grupo condutor da PAS;
- Definição estratégica pelo fortalecimento da APS e organização da AAE de acordo com o MACC;
- Mobilização efetiva do corpo técnico gerencial dos níveis central e regional da SES;
- Seleção das condições crônicas prioritárias (com base na análise da situação de saúde) e, conseqüentemente, da Rede de Atenção à Saúde a ser organizada, inicialmente;
- Revisão ou elaboração das diretrizes clínicas 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);

n. 31

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

- Definição da equipe técnica de facilitadores/tutores/articuladores para a APS e AAE, com carga horária suficiente e protegida;
- Seleção da região de saúde e respectivos municípios, com pactuação e adesão formalizadas nos devidos espaços institucionais;
- Definição das unidades laboratório da APS e do ambulatório de especialidades de referência;
- Identificação de outros projetos e/ou parcerias da SES com outras instituições;
- Organização da logística para o desenvolvimento das atividades.

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 “As 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 estaduais, que conduzirão o processo na região selecionada.

Todo o conteúdo da Planificação deve ser customizado para a realidade estadual. O Grupo Condutor deve analisar a proposta apresentada para os vários momentos da Planificação e definir a região por onde vai ser iniciado o processo, realizando a devida pactuação na Comissão Intergestora Bipartite (CIB) Estadual.

A região 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; estratégia 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 horária contratada (40 horas para os profissionais da Estratégia Saúde da Família); ambulatório de atenção especializada funcionando; e decisão pela regionalização da AAE.

Da mesma maneira, deve ser justificada a seleção das condições de saúde prioritárias a serem abordadas (gestação, ciclo de vida da criança, hipertensão, diabetes, doença renal crônica, câncer de colo, de mama, ou outra condição de relevância epidemiológica), assim como as ações estratégicas com relação à elaboração e definição de diretrizes clínicas, financiamen-

to (investimento e custeio) e educação permanente. Os compromissos dos municípios devem ser esclarecidos e assumidos pelos gestores municipais da região envolvida, incluindo a implementação das propostas elaboradas pelas equipes no processo de tutoria.

A METODOLOGIA DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

A Planificação da Atenção à Saúde reúne um conjunto de ações educacionais voltadas para o desenvolvimento de competências de conhecimento, habilidade e atitude necessárias para a organização e qualificação dos processos assistenciais.

Baseando-se no princípio da Andragogia, são utilizadas práticas problematizadoras que proporcionam uma ação reflexiva dos atores envolvidos (gestores e trabalhadores) e propõe o desenvolvimento de ações concretas a partir de um processo de planejamento estratégico e participativo.

Essa metodologia possibilita a participação dos dirigentes e técnicos do nível central e das regionais de saúde, bem como os gestores municipais e suas equipes, incluindo, principalmente, todos os trabalhadores que atuam nas unidades de saúde.

A organização dos macroprocessos será desenvolvida, simultaneamente e de maneira integrada às unidades da APS e da AAE, em duas etapas:

- Etapa 1: ciclos mensais de oficinas, tutoria e organização progressiva dos macroprocessos, em momentos de concentração e dispersão, com duração, mínima, de até 12 meses;
- Etapa 2: supervisão dos municípios e unidades para aperfeiçoamento dos macroprocessos da primeira etapa, novos ciclos de oficinas e tutorias relativos a processos para qualificação da atenção às condições crônicas, com duração de até 12 meses.

A TUTORIA

O processo de tutoria desenvolve-se por meio do apoio direto aos profissionais e equipes no exercício de suas funções assistenciais e gerenciais.

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. O objetivo é o de fortalecer as competências de conhecimento, habilidade e atitude.

O processo de tutoria compreende três momentos principais:

- Momentos de resgate da fundamentação teórica, sempre breves e objetivos, inseridos na discussão dos processos e remetendo ao processo de educação permanente, quando necessário;
- Momentos de supervisão in loco da atividade, em um diálogo com o seu responsável direto. A supervisão deve checar a atitude do profissional, o seu conhecimento e aplicação das normas e recomendações; verificar o desenvolvimento da atividade frente às normas e recomendações vigentes; verificar o registro do processo no prontuário e nos sistemas de informação; identificar inconformidades e propor as ações corretivas.
- Momentos de avaliação dos problemas ou inconformidades identificadas, análise de seus fatores causais, priorização e elaboração de um plano de ação, seguindo-se os outros passos do ciclo do PDSA.

O tutor apoia as equipes presencialmente, nos próprios locais de trabalho, mas a disponibilidade se complementa à distância por meio das várias modalidades como e-mail, *whatsapp*, *chats* de discussão e outras.

Todos os profissionais da equipe devem ser envolvidos na tutoria. O conhecimento geral e compartilhado permite “falar a mesma língua”, favorece a qualidade do processo; falar a mesma língua, facilita a comunicação com os usuários e possibilita melhor definição das atribuições.

Os tutores são técnicos de nível superior, das SMS e SES, com conhecimento e vivência na APS e AAE, com liderança e disposição para apoiar a condução das oficinas e responsáveis pelo suporte às equipes nos serviços de saúde.

No caso de o tutor ser um profissional com função assistencial, deve se responsabilizar pela organização dos processos na própria unidade de atuação e apoiar as equipes das demais unidades do município durante a fase de expansão. Para tanto, deve ter um horário protegido na agenda para

essas atividades. No caso de ser um profissional com dedicação específica para a tutoria, poderá apoiar um número maior de unidades.

A seleção do tutor deve respeitar pelo menos os seguintes critérios: experiência assistencial ou de gestão na APS/AAE; interesse e disponibilidade para o processo de tutoria; capacidade de diálogo, condução de encontros de trabalho, liderança e proposição.

AS UNIDADES LABORATÓRIOS

n. 31

*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*

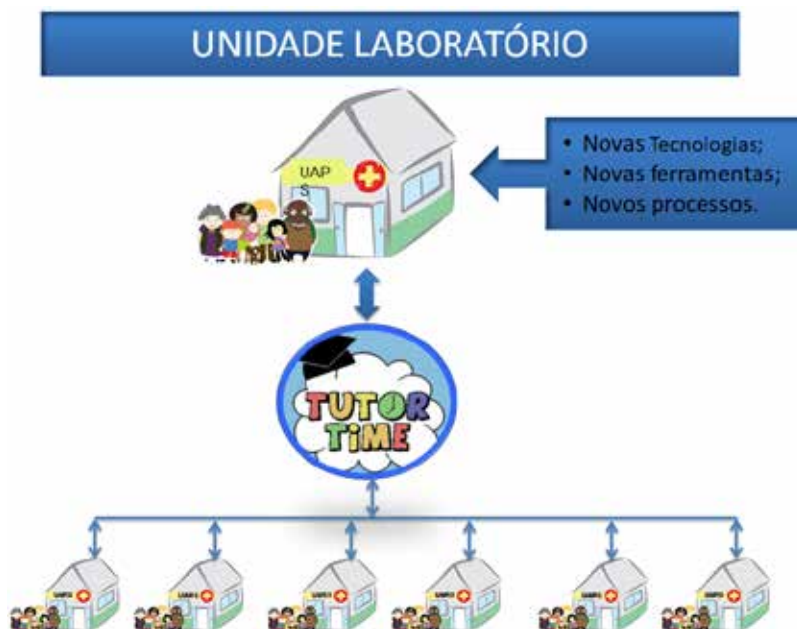
As unidades laboratórios são assim definidas pelo fato de ali se desenvolverem as primeiras atividades da tutoria. Ser laboratório remete a um espaço de construção com a equipe local, de customização das ferramentas utilizadas e de proposição criativa no enfrentamento dos problemas.

A organização dos macroprocessos em uma unidade laboratório permite a existência de um local que seja referência para as demais unidades, onde outros profissionais e gerentes possam compreender a factibilidade e aprender “como se faz”.

Os critérios mais importantes para sua seleção são: equipe completa, preferencialmente com NASF; relação adequada de população de responsabilidade; gerência com capacidade de liderança e interesse; gerência e equipe com disponibilidade para apoiar equipes de outras unidades.

A partir da organização dos macroprocessos em uma unidade laboratório, podem ser incluídas outras unidades do mesmo município ou região (figura 2).

FIGURA 2 – Representação esquemática do trabalho na unidade laboratório e expansão para as demais unidades da atenção primária à saúde



FONTE: PRÓPRIA.

OS CICLOS DE MELHORIA CONTÍNUA

A organização dos macroprocessos da APS e da AAE baseia-se na metodologia de gerenciamento de processos, por meio dos ciclos de melhoria contínua do PDSA, que inclui um conjunto de ações gerenciais, em uma sequência dada pela ordem estabelecida pelas letras que compõem a sigla em inglês (*plan, do, study, act*), como demonstrado a seguir.

QUADRO 2 – O ciclo PDSA no âmbito da Planificação da Atenção à Saúde

P	<i>plan</i> : planejar	• Ter claros os objetivos da organização (visão, missão e objetivos estratégicos) e os processos a serem gerenciados. • Realizar a análise situacional, identificando problemas e suas causas. • Definir as metas a serem alcançadas. • Planejar as ações. • Poderão ser utilizados: Fluxograma de Processos e a Matriz de Processos 5W2H.
D	<i>do</i> : fazer, executar	• Fazer que todos se sintam envolvidos, comprometidos e motivados: liderança. • Divulgar e difundir o plano entre todos os colaboradores: comunicação. • Capacitar os profissionais para a mudança: desenvolver competências de conhecimento, habilidade e atitude. • Executar as tarefas exatamente como foi previsto na etapa de planejamento. • Estabelecer normas e rotinas. • Mobilizar e aplicar os recursos (humanos, materiais, entre outros) da organização. • Documentar problemas e soluções e iniciar a análise dos dados.
S	<i>study</i> : estudar, verificar, checar	• Verificar se o executado está conforme o planejado, ou seja, se a meta foi alcançada, dentro do método definido. • Estudar, completar a análise dos dados, comparar os dados com as predições, sintetizar o aprendizado. • Identificar os desvios na meta ou no método. • Requer um sistema de medição, com indicadores de resultados do processo e de verificação das atividades prioritárias.
A	<i>act</i> ou <i>action</i> : agir, atuar corretivamente	• Caso sejam identificados desvios, é necessário definir e implementar soluções que eliminem as suas causas. • Caso não sejam identificados desvios, é possível realizar um trabalho preventivo, identificando quais os desvios são passíveis de ocorrer no futuro, suas causas, soluções etc.

A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

AS OFICINAS

A primeira oficina de alinhamento conceitual realizada pelo Conass é denominada “Oficina Mãe”, como descrita anteriormente. As demais oficinas são realizadas no primeiro momento com os facilitadores designados pela SES e pelo Cosems que, em seguida, devem multiplicar para todos os pro-

fissionais da APS e representantes de outras áreas das SMS. Os temas das oficinas são apresentados no quadro a seguir.

QUADRO 3 – Oficinas da Atenção Primária à Saúde, no âmbito da Planificação da Atenção à Saúde

OFICINAS
Oficina 1 – Redes de Atenção à Saúde
Oficina 2 – Atenção Primária à Saúde
Oficina 3 – Territorialização e Vigilância em Saúde
Oficina 4 – Organização da atenção aos eventos agudos e às condições crônicas na Atenção Primária à Saúde
Oficina 5 – A Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde
Oficina 6 – Monitoramento e Avaliação na Atenção Primária à Saúde

FONTE: GUIAS DAS OFICINAS DE PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DO CONASS, REVISADAS EM 2017.

Após as oficinas, os temas abordados são discutidos e aplicados nos territórios, no período de dispersão com o apoio da tutoria.

A TUTORIA

Os momentos de tutoria são intercalados aos das oficinas, são focados na organização dos macroprocessos da APS e propõem os seguintes temas:

- Tutoria 1 – Pactuação com as equipes e organização geral para realização das tutorias.
- Tutoria 2 – Organização do acesso com os microprocessos básicos: recepção; fluxos internos de atendimento e prontuário da família.
- Tutoria 3 – Macroprocessos básicos: territorialização; cadastro familiar; classificação de risco familiar; subpopulação-alvo. Microprocessos básicos: sala de vacina.
- Tutoria 4 – Atenção as condições crônicas na APS: estratificação por risco; programação da agenda. Microprocessos básicos: agendamento por blocos de hora.

- Tutoria 5 – Gestão da condição de saúde para as condições prioritárias (linhas de cuidados). Microprocessos básicos: esterilização; higiene e limpeza; gerenciamento de resíduos sólidos de saúde.
- Tutoria 6 – Atenção aos eventos agudos. Microprocesso básico: curativo; processos terapêuticos.
- Tutoria 7 – Sistema de gerenciamento: painel de bordo.

Na Etapa 2, como citado antes, haverá a supervisão dos processos organizados na etapa anterior, e a introdução de processos relacionados ao autocuidado apoiado e às novas tecnologias de cuidado da condição crônica: atenção contínua, plano de cuidado, atenção compartilhada em grupo e grupo operativo.

OS PERÍODOS DE DISPERSÃO

O período intercalado entre as oficinas e tutorias são denominados períodos de dispersão. Nele, os profissionais devem proceder à organização dos processos de acordo com o plano de ação estabelecido nas oficinas e tutorias.

As atividades de dispersão serão supervisionadas pelos tutores, presencialmente e à distância, nas várias modalidades possíveis.

Os planos de ação e produtos elaborados são apresentados e discutidos nos momentos subsequentes de oficinas e tutorias.

OS CURSOS DE CURTA DURAÇÃO

Os ciclos mensais de oficinas e tutorias serão complementados com cursos de curta duração relativos a alguns processos, como a estratificação de risco das condições crônicas, manejo clínico dos usuários, elaboração de plano de cuidado e autocuidado apoiado, entre outros. Deverão ser desenvolvidos a partir da integração entre as equipes da APS e AAE.

A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

Para garantir a continuidade do cuidado no nível de atenção secundária, para onde são referenciados os usuários com condições de saúde mais

complexas, estratificadas como alto e muito alto risco, há de se organizar também a AAE e promover a integração entre os dois níveis de atenção.

Também é utilizada a metodologia de ciclos mensais de oficinas, tutorias e organização progressiva dos macroprocessos, em momentos de concentração e dispersão.

Para iniciar a implantação dos macroprocessos da AAE, é realizado um seminário de integração, com o objetivo de alinhar os conceitos sobre o modelo de atenção, a proposta de organização do acesso, fluxos e processos.

AS TUTORIAS

Nos momentos de concentração, são desenvolvidas as oficinas tutoriais, em um formato mais ágil em comparação às oficinas e tutorias da APS. Isso é possível pelo fato de ser um único ponto de atenção e uma única equipe de profissionais. São desenvolvidos breves alinhamentos conceituais, supervisão das ações e dos setores assistenciais e gerenciamento dos processos. A temática das oficinas tutoriais focará os macroprocessos da AAE, conforme quadro 4.

QUADRO 4 – Oficinas tutoriais da atenção ambulatorial especializada, com respectivas temáticas

OFICINAS	TEMÁTICAS
Oficina tutorial 1	• Alinhamento sobre a AAE • Conhecimento do território de abrangência, equipes de APS • A estratificação de risco das condições crônicas e o conhecimento das subpopulações-alvo • Programação da atenção
Oficina tutorial 2	• Fluxos internos: agendamento pela APS, recepção e acolhimento • Atenção contínua e plano de cuidado
Oficina tutorial 3	• A função de interconsulta. • Gestão da condição de saúde: manejo do alto e muito alto risco na fase de estabilização
Oficina tutorial 4	• As funções de supervisão e educação permanente
Oficina tutorial 5	• Gestão interna do ponto de atenção
Oficina tutorial 6	• O sistema de gerenciamento

Entre todos os macroprocessos da AAE, alguns são centrais para a implantação do modelo de atenção. As oficinas e tutorias devem ter uma atenção especial na organização deles.

As relações entre a APS e AAE devem ser bem esclarecidas e organizadas, uma vez que o acesso ao ambulatório de especialidade não é livre, devendo todo usuário ser encaminhado apenas pelas equipes da Atenção Primária de acordo com os critérios e pactuações definidos previamente. A integração entre os dois níveis de atenção se efetiva e se qualifica nas relações de confiança e respeito entre os profissionais especialistas e generalistas.

Entre as novas formas de atenção profissional clínica, a Atenção Contínua deve ser logo implantada. Trata-se de um atendimento individual sequencial dos profissionais de uma equipe multidisciplinar com elaboração de um plano de cuidado para o usuário, por meio de uma matriz de gerenciamento de processo.

O grande objetivo da AAE é a estabilização clínica do usuário com condição crônica de alto ou muito alto risco, tendo como perspectiva reduzir complicações, internações e mortalidade. As metas de estabilização são pactuadas nos planos de cuidados com cada usuário.

Uma vez alcançada a meta de estabilização, ou demonstrada forte tendência à estabilização, o usuário poderá ser encaminhado para a equipe da APS para continuidade do cuidado, de acordo com o plano estabelecido.

A equipe da AAE assume, então, um papel de supervisão e apoio à equipe da APS com vistas ao cumprimento do plano de cuidado de cada usuário acompanhado.

OS PERÍODOS DE DISPERSÃO

No período intercalado entre as tutorias, os profissionais devem proceder à organização dos processos de acordo com o plano de ação estabelecido. Será o momento privilegiado para a integração entre as equipes de especialistas e da APS.

As atividades de dispersão serão supervisionadas pelos técnicos da SES e tutores, presencialmente e à distância, nas várias modalidades possíveis.

Os planos de ação e produtos elaborados são apresentados e discutidos nos momentos subsequentes.

A GESTÃO DA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

A implantação da AAE, de acordo com o MACC, implica necessariamente mudança de paradigmas. É justamente esse o primeiro passo da nova gestão de um ambulatório de atenção especializada: a abertura, a decisão e o compromisso para gerenciar as mudanças necessárias.

Simultaneamente à implantação do modelo assistencial, são realizados encontros com as equipes gerenciais da SES e do ambulatório de atenção especializada, com vistas à regulamentação e organização da gestão.

A implantação do novo modelo de gestão prevê as seguintes etapas:

1. Discussão sobre a cultura e capacidade institucionais e o planejamento estratégico.
2. Regulamentação
 - 2.1 Definição da carteira de serviços por linha de cuidado:
 - Quadro de pessoal: categoria, especialidade, perfil e atribuições
 - Equipamentos especializados
 - Requisitos para a estrutura predial e fluxos internos
 - Especificação de insumos específicos
 - Parametrização assistencial.
 - 2.2 Programação física e financeira de acordo com a necessidade de saúde.
 - 2.3 Especificação dos elementos que caracterizam o modelo de gestão segundo o MACC (para a organização da rede e da AAE) e as regras para a supervisão.
 - 2.4 Minuta de regulamentação.
 - 2.5 Critérios e quesitos para a contratualização entre a SES e SMS para a transferência fundo a fundo dos recursos destinados a investimento e custeio da AAE, com definição de metas e resultados.

3. Gestão da AAE

3.1 Contratação do prestador pela SMS, em coerência com a contratualização SES-SMS.

3.2 Constituição da Comissão de Acompanhamento do Contrato para:

- Aplicação do *checklist* para abertura do serviço;
- Verificação do Projeto de Execução físico financeira do contrato; e
- Monitoramento e avaliação dos resultados.

3.3 Monitoramento da rotina interna, assistencial e administrativo-financeira.

3.4 Registro do atendimento, coleta de dados e faturamento.

3.5 Prestação de contas físico-financeira.

3.6 Constituição e acompanhamento das comissões internas, referências técnicas, gestão de pessoas e outras.

RESPONSABILIDADES E PRAZOS DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Durante a fase preparatória são pactuadas as responsabilidades e o cronograma das atividades previstas. O quadro 5 descreve as responsabilidades de competência do Conass, da SES, Cosems e SMS, tanto para organização da APS como da AAE.

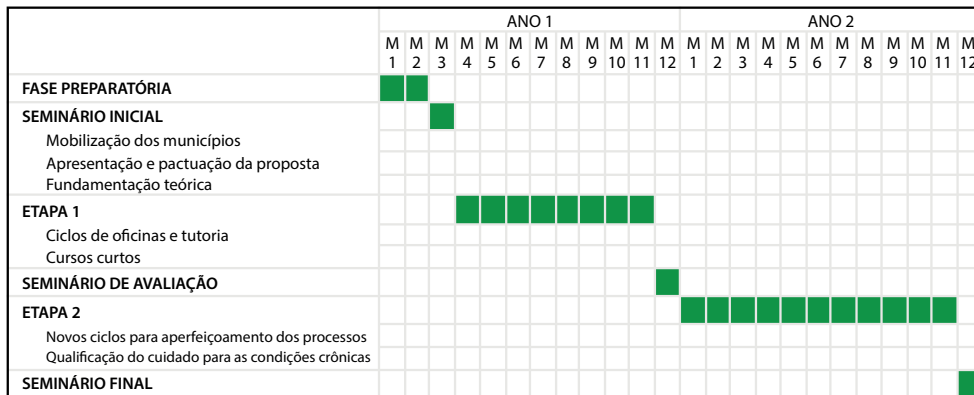
QUADRO 5 – Responsabilidades e competências dos entes envolvidos na Planificação de Atenção à Saúde

INSTITUIÇÕES	COMPETÊNCIAS
Conass – equipe técnica	Condução dos ciclos mensais de oficinas e tutorias nas unidades laboratório dos municípios-polo e no ambulatório de especialidades. Apoio à distância nos períodos de dispersão. Registro geral, monitoramento e avaliação do projeto.

INSTITUIÇÕES	COMPETÊNCIAS
SES e Cosems – articuladores/apoiadores/facilitadores	Participação nas oficinas e tutorias nas unidades- laboratório dos municípios-polo e no ambulatório de especialidades. Condução das oficinas teóricas regionais. Tutoria mensal nas unidades-laboratório dos demais municípios-polo. Supervisão do processo e apoio aos tutores municipais e à equipe do ambulatório de especialidades no período de dispersão. Elaboração geral da linha de base do projeto. Registro geral, monitoramento e avaliação do projeto.
MUNICÍPIOS – tutores municipais	Participação nas oficinas e tutorias nas unidades laboratório dos municípios-polo. Condução na organização dos macroprocessos na unidade laboratório do próprio município. Tutoria das demais unidades municipais na fase de expansão. Colaboração na elaboração da linha de base do projeto. Registro do desenvolvimento do projeto no município, monitoramento e avaliação.
AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES – tutores	Participação nas oficinas e tutorias no ambulatório de especialidades. Condução na organização dos macroprocessos no ambulatório de especialidades. Colaboração na elaboração da linha de base do projeto. Registro do desenvolvimento do projeto no ambulatório de especialidades, monitoramento e avaliação.

O cronograma de atividades inclui a fase preparatória de pactuação, as oficinas e tutorias, além dos seminários de mobilização e integração, no início, e de avaliação anual do projeto, como mostra a figura 3.

FIGURA 3 – Cronograma de atividades da Planificação da Atenção à Saúde do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como se pode perceber, a proposta desenvolvida pelo Conass vai muito além de simples capacitação, pois propicia o desenvolvimento da APS nos territórios, por meio de mudanças efetivas na atitude dos profissionais, que compõem as equipes assistenciais e de gestão, e nos processos de trabalho.

Sem dúvida, a Planificação é um processo que se aprimora com a prática. Seus resultados são mais efetivos tendo em vista que não se trata apenas de teorias, mas de transformações reais nos processos de trabalho. Isso beneficia os trabalhadores de saúde, que atuam de forma mais qualificada e segura, os usuários que têm as suas necessidades de saúde atendidas, e a gestão que incorpora novas estratégias.

O Conass percebeu que as oficinas de planificação da quarta geração, ainda que bem avaliadas, careciam de ampliação do escopo. Nesse sentido, desde 2017, já se está trabalhando a quinta geração de oficinas de planificação que agrega a organização de processos relativos a três áreas fundamentais: assistência farmacêutica, apoio diagnóstico e organização do acesso à APS.

A visão de futuro é organizar também os fluxos assistenciais para a atenção hospitalar, o que já está previsto com a implantação de um laboratório, o que efetivará, de fato, a implantação da rede de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Opas, 2011. v. 15.

_____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. 1. ed. Brasília: Opas, 2012.

_____. **A construção social da atenção primária à saúde**. 1. ed. Brasília: CONASS, 2015.

CAPÍTULO 4 OPERACIONALIZAÇÃO DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

AS OFICINAS COMO ESTRATÉGIA DE ALINHAMENTO CONCEITUAL

RESGATE HISTÓRICO

A Planificação da Atenção Primária à Saúde (PAPS), em curso desde 2008, originalmente fazia parte da iniciativa do Conass como estratégia para alcançar as prioridades estabelecidas para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), de acordo com o consenso dos secretários estaduais de saúde.

O ponto de partida da PAPS foi a realização das Oficinas de Redes de Atenção à Saúde desenvolvidas pelo Conass em quase todas as unidades federativas, a partir de 2017.

Naquela época, um diagnóstico levou à constatação de que sem organizar a atenção primária não é possível organizar as redes... É importante ressaltar que a experiência com essas oficinas teve papel fundamental no processo de construção da Portaria n. 4.279/10/MS, cujo texto é muito afinado com o conteúdo das oficinas do Conass, e também para que essa normativa se transformasse em uma política nacional, posteriormente, respaldada pelo Decreto n. 7508/2011 que trata das redes e regiões. (CONASS, 2016, p. 8)

¹ Texto extraído dos Documentos Técnicos contendo “a proposta sobre o modelo de Atenção Ambulatorial Especializada (AAE)” e “a proposta de tutoria no projeto de planificação à saúde, com ênfase na atenção ambulatorial especializada nas RAS” elaborado pelo consultor do Conass Marco Antônio Bragança de Matos, em maio de 2016 e fevereiro de 2017, respectivamente.

A realização das Oficinas da PAPS pelo Conass, segunda geração – conforme descrito no capítulo I –, ocorria no espaço da gestão estadual com vistas a tentar ultrapassar a ideia da Atenção Básica reduzida à porta de entrada do sistema para uma APS “organizada e exercendo o seu papel resolutivo e coordenador do cuidado dos usuários no território de sua responsabilidade como fundamental para a conformação de redes de atenção à saúde” (MENDES, 2011).

O processo de sensibilização das SES sempre se deu por meio da realização da Oficina de Redes de Atenção à Saúde (denominada Oficina Mãe), destinada aos diversos setores das SES, com o objetivo principal de apoiar as equipes estaduais na implementação de ações e estratégias para qualificar a APS e promover o debate com relação à Atenção Primária que temos e a que queremos ter.

A PAPS com a proposta de realização das 11 oficinas de trabalho presenciais, com carga horária de 16 horas cada, com períodos de dispersão de aproximadamente 45 dias em média, não foi alcançada pelas SES, cujos processos eram interrompidos e retomados em várias situações. A exceção ocorreu em Tauá/CE, um dos laboratórios descritos no capítulo 2, e no município polo de Paragominas da Região Metropolitana III (SES/Pará), que adaptaram as oficinas para um Curso de Especialização em Planificação da Atenção Primária à Saúde (com a inclusão da 12ª oficina – metodologia da pesquisa) em parceria, respectivamente, com a Escola de Saúde Pública do Ceará² e Universidade Estadual do Pará. Em Tauá, a PAPS foi dirigida aos profissionais da APS e na Região Metropolitana III, apenas aos facilitadores estaduais e regionais da PAPS.

A justificativa à época, pelos gestores estaduais da saúde em relação à não continuidade de todo o processo, é que a PAPS tinha um período técnico muito longo para a concretização das 11 oficinas, o que era incompatível com o tempo político da gestão. Além do mais, os gestores municipais queixavam-se das ausências regulares dos profissionais por um período de dois dias consecutivos, para a participação das oficinas teóricas.

² Curso de Especialização e de Aperfeiçoamento, com carga horária de 420 e 308 horas/aula, respectivamente, para profissionais de nível superior e nível médio.

Com vistas a esses fatos, o Conass aprimorou a proposta da planificação, realizando ampla revisão da estratégia educacional, principalmente no que se refere às Oficinas e com a introdução de Tutorias da APS e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), procurando dotá-las de caráter mais ágil, com redução da carga horária (sem prejuízo do conteúdo) e de alinhamento entre os vários produtos a serem elaborados pelas equipes, possibilitando a continuidade entre um momento e outro da planificação e um maior monitoramento para sua efetivação.

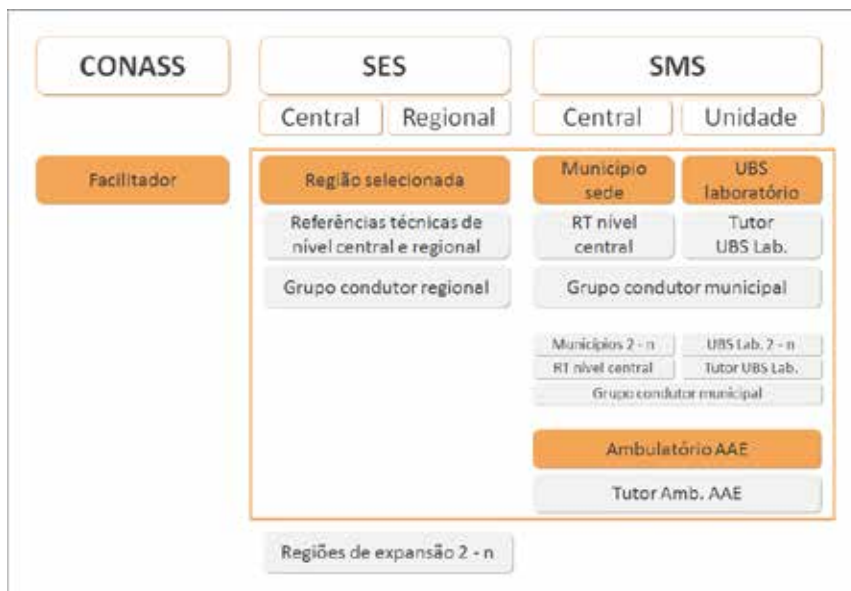
A revisão foi cumprida, com a elaboração de uma nova ordenação das oficinas da APS e um passo a passo para a tutoria nas unidades de APS e no ambulatório de atenção especializada.

A proposta atual da Planificação da Atenção à Saúde (PAS), como instrumento de gestão e organização da APS e AAE nas RAS, é fruto do protagonismo do Conass junto às SES para a qualificação da atenção prestada à população.

A planificação tem se mostrado uma das mais consistentes propostas para qualificação da APS e AAE, com vistas à organização das redes. Assim, cresceram as solicitações das secretarias estaduais para que fosse desenvolvida em suas regiões, beneficiando os respectivos municípios e populações. Atualmente, a proposta encontra-se em dez unidades federativas, algumas avançando no segundo ano de trabalho, enquanto novos estados pleiteiam e pactuam a implantação em suas regiões de saúde.

Com a maior demanda dos estados foi feita também uma revisão da proposta de desenvolvimento da planificação, destacando-se alguns tópicos, conforme segue esquematizado na figura 1.

FIGURA 1 – Proposta do desenvolvimento da Planificação da Atenção à Saúde



FONTE: PRÓPRIA.

- A secretaria estadual selecionará uma região de saúde a partir de uma pactuação com os seus gestores municipais.
- As oficinas da APS deverão ter a participação de todos os profissionais das unidades básicas, sendo responsabilidade da dupla de técnicos do Conass a preparação dos facilitadores e o apoio para o desenvolvimento das oficinas locais.
- No município sede da região, será selecionada uma UBS Laboratório, espaço de atuação direta do Conass, com o objetivo de efetivar a melhoria dos processos, de tal maneira que a unidade se torne uma referência para outras unidades do mesmo município e dos demais municípios da região, e de capacitar o corpo técnico gerencial das secretarias e os tutores locais.
- A partir da UBS Laboratório e da atuação dos tutores, o movimento deverá se expandir para as demais unidades e municípios.
- Da mesma maneira, será definido o ambulatório de atenção especializada para a implantação do novo modelo proposto pela planificação.

- Será constituído um Grupo Condutor Regional da Planificação, responsável pelo desenvolvimento de todas as intervenções propostas.
- Igualmente, cada município constituirá um Grupo Condutor Municipal da Planificação.

No intuito de promover um alinhamento conceitual, a organização das Oficinas segue dividida em seis módulos, com momentos presenciais e de dispersão, sendo os presenciais constituídos de 8 horas, em dois turnos.

Orienta-se a participação efetiva de todos os profissionais da APS em todas as oficinas, e da equipe de profissionais da atenção ambulatorial especializada, na oficina de RAS – a primeira dos módulos.

METODOLOGIA DAS OFICINAS

A metodologia utilizada em todos os módulos tem como base a pedagogia problematizadora que, segundo Freire (1987), rompe com os esquemas verticais da educação tradicional onde “o professor tudo sabe e o aluno tudo precisa aprender”, para uma relação dialógica na qual educadores e educandos mediados pela realidade, ambos aprendem, instituindo nova relação na qual há um educador-educando e um educando-educador. Assim, ambos se tornam sujeitos do processo de aprendizagem e, portanto, crescem juntos.

A PAS é desenvolvida em períodos de concentração e dispersão. A concentração é o momento em que os facilitadores se encontram com os trabalhadores da saúde para, a partir de uma sequência de atividades, desenvolverem as discussões temáticas, ora em grupos, ora em plenários, as quais sempre finalizarão com um conjunto de atividades relacionadas ao tema das Oficinas, a serem desenvolvidas no período de dispersão.

Os momentos de dispersão são realizados nos intervalos entre as oficinas e resultam na aplicabilidade dos conteúdos, por meio de um plano de ação para o enfrentamento dos problemas prioritários, que auxiliam os processos de trabalho das equipes. As atividades de dispersão são apresentadas, em plenários, sempre no início das Oficinas subsequentes. As equipes contam com o apoio dos facilitadores estaduais e das referências técnicas regionais, de forma presencial e/ou à distância para o desenvolvimento das atividades.

Nas oficinas são utilizados trabalhos em grupo, estudos dirigidos, estudos de caso, leitura de textos de apoio, debates, com apresentação e sistematização das discussões em plenário, além de aulas interativas. São utilizados, também, roteiros para trabalho de campo.

Os temas abordados nas oficinas têm uma continuidade nas discussões das tutorias e atividades dos períodos de dispersão.

O desenvolvimento dessa proposta metodológica requer a disponibilização de recursos de infraestrutura e logística, conforme se segue:

- Auditório com capacidade para o número total de participantes e salas para os trabalhos de grupos;
- Computador, recursos multimídia, papel *kraft*, fita adesiva, *flip chart*, papel ofício ou bloco para anotações, canetas, lápis grafite;
- Material didático específico para cada módulo;
- Material para a dramatização, quando for o caso;
- Infraestrutura necessária para o deslocamento, alimentação e hospedagem dos participantes, quando for o caso.

Orienta-se que haja ampla divulgação, junto aos meios de comunicação e aos formadores de opinião, para que a população tenha conhecimento da proposta da planificação da atenção à saúde e de sua importância na melhoria da qualidade da assistência, bem como do cronograma das oficinas.

MÓDULOS DAS OFICINAS

O conteúdo das Oficinas, sugerido nos guias revisados da PAS – versão 2017, são disponibilizados aos estados e deverão passar por uma “customização”, adaptando-os às suas distintas realidades. Os temas e objetivos de aprendizagem das oficinas são apresentados no quadro 1.

n. 31

*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*

QUADRO 1 – Temas e objetivos de aprendizagem das oficinas da Planificação da Atenção à Saúde

Oficina 1 Redes de Atenção à Saúde	• Analisar a importância da organização do sistema de saúde em Redes de Atenção. • Identificar as principais razões da crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde. • Relacionar as transições contextuais com as mudanças na situação de saúde no país. • Diferenciar as formas de estruturação dos sistemas de atenção à saúde. • Compreender os fundamentos que dão base à construção das Redes de Atenção à Saúde. • Compreender a estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde. • Compreender o processo de modelagem das Redes de Atenção à Saúde.
Oficina 2 Atenção Primária à Saúde	• Analisar a Atenção Primária à Saúde do ponto de vista do acesso. • Identificar os elementos constituintes da Atenção Primária à Saúde. • Identificar as principais causas relacionadas à crise da Atenção Primária à Saúde no plano micro da clínica. • Analisar as principais demandas da Atenção Primária à Saúde. • Compreender a proposta de construção social da Atenção Primária à Saúde. • Compreender os principais fundamentos para a organização do acesso na Atenção Primária à Saúde.
Oficina 3 Território e Vigilância em Saúde	• Identificar estratégias de integração das ações de Atenção Primária à Saúde e de Vigilância em Saúde no território. • Compreender o conceito de território e o processo de territorialização, bem como sua aplicabilidade no planeamento em saúde. • Compreender os conceitos de risco e vulnerabilidade nos territórios adscritos às equipes de Atenção Primária à Saúde. • Discutir ferramentas de análise situacional para a organização, planeamento, monitoramento e avaliação das ações. • Discutir as relações entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde com foco no território.

Oficina 4 Organização da Atenção aos Eventos Agudos e às Condições Crônicas na APS	• Analisar os modelos de atenção e os macroprocessos relacionados para a organização da atenção aos eventos agudos e condições crônicas na Atenção Primária à Saúde. • Discutir a organização atual da Atenção Primária à Saúde para atendimento aos eventos agudos e condições crônicas. • Compreender o Modelo de Atenção aos Eventos Agudos. • Compreender o Modelo de Atenção às Condições Crônicas proposto para o Sistema Único de Saúde. • Discutir os macroprocessos relacionados à organização da atenção aos eventos agudos na Atenção Primária à Saúde (acolhimento, classificação de risco). • Discutir os macroprocessos relacionados à organização da atenção às condições crônicas na Atenção Primária à Saúde (estratificação de risco, programação, agenda).
Oficina 5 A Assistência Farmacêutica na APS	• Desenvolver estratégias de organização e integração da assistência farmacêutica no âmbito da Atenção Primária à Saúde. • Compreender a importância da assistência farmacêutica enquanto sistema de apoio das Redes de Atenção à Saúde. • Discutir o papel da Atenção Primária à Saúde na Assistência Farmacêutica, em especial na execução das etapas do ciclo logístico. • Discutir a atuação integrada equipe-farmacêutico no cuidado multiprofissional na Atenção Primária à Saúde. • Discutir estratégias para implementação do cuidado farmacêutico na Atenção Primária à Saúde.
Oficina 6 Monitoramento e avaliação da APS	• Utilizar o painel de bordo como ferramenta de monitoramento e avaliação das ações de saúde na Atenção Primária. • Compreender os fundamentos sobre monitoramento e avaliação. • Reconhecer a importância do monitoramento e avaliação das ações de saúde na Atenção Primária. • Definir os indicadores e metas relacionadas às condições crônicas na Atenção Primária à Saúde • Elaborar a matriz para o monitoramento das metas pactuadas na Atenção Primária à Saúde. • Elaborar o plano para operacionalização das metas pactuadas.

Cada oficina estabelece produtos a serem desenvolvidos no período de dispersão, que decorrem da aplicação prática da teoria apreendida e que se somam às atividades de tutoria nos territórios.

A oficina de RAS é a única que tem como público tanto profissionais da APS quanto da atenção ambulatorial especializada (AAE), portanto apresenta atividades de dispersão para as equipes desses dois níveis de atenção.

A seguir são apresentadas as atividades de dispersão de cada oficina da Planificação.

OFICINA 1: REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

a) APS

- Desenho do percurso real das gestantes do território;
- Análise dos percursos reais das gestantes, a partir das diretrizes da Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil;
- Modelagem e programação da Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil;
- Dimensionamento da população a ser encaminhada para a AAE na Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil (estimativa baseada em parâmetros clínicos dos usuários de alto e muito alto risco da linha de cuidado supracitada).

b) AAE

- Desenho do percurso real das gestantes acompanhadas na Atenção Ambulatorial Especializada;
- Análise do percurso real das gestantes a partir das diretrizes da Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil;
- Dimensionamento da população a ser acompanhada pela Atenção Ambulatorial Especializada na Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil (estimativa baseada em parâmetros clínicos dos usuários de alto e muito alto risco da linha de cuidado supracitada);
- Análise da capacidade instalada da Atenção Ambulatorial Especializada para acompanhamento da população da Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil.

OFICINA 2: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

- Análise dos fundamentos da Atenção Primária à Saúde em cada Unidade Básica de Saúde do município;
- Análise do acesso em cada Unidade Básica de Saúde do município, utilizando o instrumento do guia de estudo;
- Oficina 3: Território e Vigilância em Saúde;
- Delimitação do território de cada equipe de Atenção Primária à Saúde, com as microáreas discriminadas, por meio da revisão da territorialização;

- Análise da situação de cadastramento dos cidadãos e das famílias residentes no território com proposição de estratégias para sua devida efetivação;
- Análise da cobertura da Atenção Primária à Saúde (Equipe de Saúde da Família, Agente Comunitário de Saúde, Equipe de Saúde Bucal, Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, entre outros);
- Elaboração da matriz de integração da Atenção Primária à Saúde e Vigilância em Saúde, no que se refere ao componente “Território integrado entre Atenção Primária e Vigilância em Saúde”, seguindo-se a diretriz proposta e as ações recomendadas.

OFICINA 4: ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AOS EVENTOS AGUDOS E ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA APS

- O gerenciamento dos processos para a atenção aos eventos agudos: avaliação inicial e classificação de risco; atendimento às pequenas urgências; atendimento às grandes urgências;
- A gestão da condição de saúde para as condições prioritárias: identificação do usuário; cadastro no acompanhamento da unidade; estratificação de risco conforme critérios estabelecidos nas diretrizes clínicas; organização dos processos de cuidado (linha de cuidado);
- A programação local da equipe, agenda de atendimento e monitoramento.

OFICINA 5: A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA APS

- Compreender a organização da assistência farmacêutica no município e o funcionamento da farmácia na sua Unidade Básica de Saúde, ressaltando as potencialidades, bem como as dificuldades relacionadas ao acesso ao medicamento.
- Elaborar um plano de ação para integração do cuidado farmacêutico na Atenção Primária à Saúde.

OFICINA 6: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA APS

- Construção do Painel de Bordo, com a inclusão dos seguintes itens: a definição dos indicadores; a pactuação de metas com as equipes da APS; a implementação das metas pactuadas; e o monitoramento das metas pactuadas pelas equipes de APS.

Considerando que a oficina 6 é a última da Planificação, os processos dessa dispersão serão acompanhados nos territórios em momentos de avaliação da tutoria.

A TUTORIA NA CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

As Oficinas constituem-se como um processo positivo na Planificação da Atenção à Saúde, pois promovem o alinhamento do conceito de Atenção Primária à Saúde como função resolutiva e coordenadora das Redes de Atenção à Saúde. No entanto, percebe-se que, apesar de orientar e levar o conhecimento acerca da APS, não têm poder de transformar, profundamente, as unidades básicas de saúde. Necessita-se, portanto, complementá-las com um modelo de melhoria voltado para a organização dos macro e microprocessos da APS, por meio de gerenciamento de processos e com a utilização de uma concepção educacional diferenciada e baseada na utilização da tutoria e de um processo de implementação, que tem uma fase inicial numa unidade laboratório seguida de uma fase de expansão para outras unidades. (CONASS, 2016, p. 8)

A TUTORIA E A UNIDADE LABORATÓRIO

A PAS trabalha com o modelo de melhoria e com a concepção da educação tutorial, em que “todos ensinam e todos aprendem”. A metodologia se fundamenta na proposta de Mendes (2015) para a construção social da APS (utilizando-se da metáfora da casa, conforme descritos no capítulo 3), onde se estabelece uma unidade laboratório e técnicos/profissionais da SMS com perfil para serem tutores, que serão responsáveis pela implantação dos macroprocessos da APS.

O tutor atuará dentro das UBS para acompanhar o conjunto de mudanças de processos, com o domínio deles, e interagir com as pessoas que

irão executá-los no dia a dia, em uma situação educacional de aprender fazendo junto.

O processo de tutoria se organiza em três momentos principais:

- Alinhamento conceitual sobre os conteúdos propostos, de forma breve e objetiva;
- Supervisão *in loco*, a fim de identificar inconformidades e propor as ações corretivas, em acordo com as normas e recomendações vigentes;
- Avaliação dos problemas ou inconformidades identificadas, com a análise de seus fatores causais, priorização e elaboração de um plano de ação.

As oficinas tutoriais alternam momentos presenciais e de dispersão, estes com tarefas bem definidas a serem executadas, buscando-se responder, a cada processo a ser implantado: o que fazer? por que fazer? como fazer? quando fazer? quem vai fazer? onde vai fazer? quais os custos para fazer? como medir?

Em alguns processos mais complexos, além das oficinas tutoriais, há que se acrescentar alguns cursos breves. Por exemplo, uma oficina tutorial não é suficiente para um processo como da estratificação de risco das condições crônicas, sendo necessário ofertar uma capacitação sobre o tema às equipes da atenção primária à saúde.

O trabalho de tutoria inicia-se com a escolha de unidades laboratório que são aquelas em que serão implantadas as mudanças estruturais e processuais com a participação do tutor e apoio dos facilitadores do Conass e da equipe da Secretaria Estadual da Saúde, que acompanha os tutores, presencialmente e à distância.

A definição da unidade laboratório (de competência da gestão municipal) leva em consideração os seguintes critérios: ser uma unidade de Equipe de Saúde da Família (ESF), implicando equipe completa com 40 horas de trabalho semanais; ter uma relação adequada de população por equipe (população adscrita por Equipe de Atenção Básica (EAB, e de Saúde da Família (ESF) em torno de 2.000 a 3.500 pessoas por equipe³); ter um gerente

³ Segundo recomendação da Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, 2017.

com capacidade de liderança; ter Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); ter condições adequadas de infraestrutura; e ter um espaço próprio ou comunitário para atividades de grupo (MENDES, 2015).

Todo o processo de tutoria é conduzido por um “time” de tutores selecionados pela gestão, que tem alguns critérios, entre eles: liderança; conhecimento da metodologia; domínio dos processos a serem implantados; capacidade de inovação; apoio da gestão; e disponibilidade de tempo, para o exercício da tutoria, estudo e preparação.

A capacitação dos tutores se dá continuamente, à medida que novos processos são implantados na unidade laboratório. Os tutores prestam apoio técnico operacional e educacional às equipes de saúde da família e são preparados para “fazer junto” com os profissionais da equipe, não tendo papel gerencial ou fiscalizador.

É fundamental que o tutor tenha, além da disponibilidade de tempo, horário protegido para exercer a tutoria, não devendo acumular atividades gerenciais e, se possível, nem atividades assistenciais. O apoio da gestão durante todo o processo se faz necessário, visto que muitas mudanças dependem do corpo técnico gerencial da Secretaria Municipal de Saúde, indo além da governança dos tutores e da equipe de saúde da unidade laboratório.

Cada novo processo implantado na unidade laboratório é, posteriormente, replicado pelos tutores nas demais unidades de atenção primária de saúde do município, o que se caracteriza como fase de expansão do processo de construção social da APS, conforme observado na figura 2 do capítulo 3.

Após a definição da unidade laboratório e da escolha dos tutores, recomenda-se a realização de uma reunião ampliada, em cada município, com a presença do(a) secretário(a) municipal da Saúde, sua equipe de coordenação técnica e gerencial, tutores, todos os profissionais da unidade laboratório e os de expansão (quando for o caso), profissionais do NASF e agentes de endemias para apresentar a proposta de trabalho da unidade laboratório, os tutores e pactuar os compromissos com os profissionais.

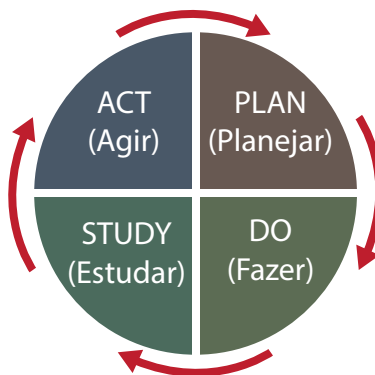
A IMPLANTAÇÃO DOS MACRO E MICROPROCESSOS DA APS

A organização dos macroprocessos da APS se baseia na metodologia de gerenciamento de processos e nos ciclos de melhoria, que é uma

ferramenta de gestão que tem como objetivo promover a melhoria contínua dos processos, utilizando-se o PDSA (*Plan, Do, Study, Act*).

O PDSA, como método para a prática do gerenciamento, tem como objetivo principal tornar os processos mais ágeis, claros e objetivos, como forma de alcançar um nível de gestão melhor a cada dia, atingindo ótimos resultados. Desenvolve-se de maneira cíclica e contínua (Figura 2), abordando a cada ciclo um conjunto de processos críticos, prioritários ou simplesmente uma revisão periódica. Assim, a cada ciclo de oficinas e tutorias, serão identificados novos processos que devem ser analisados e abordados progressivamente.

FIGURA 2 – Ciclo PDSA



FONTE: LANGLEY ET AL. (2011).

A gestão por processos dá-se nas unidades-laboratório, por meio das tutorias, e implica três etapas: o mapeamento dos processos, o redesenho dos processos e a implantação e monitoramento dos processos redesenhados.

Cada tutoria gera um plano de ação para corrigir as “não conformidades” encontradas e melhorar a qualidade da atenção, com atividades que são pactuadas pela equipe. Esse plano é monitorado a cada retorno dos facilitadores do CONASS, que avaliam quais atividades foram realizadas plenamente, parcialmente e as que não foram realizadas. Para as atividades não realizadas ou realizadas de forma parcial verificam-se as dificuldades encontradas e discutem-se novas estratégias e ajustes necessários para a implantação integral dos processos, atualizando-se o plano de ação para o mês subsequente.

A elaboração do plano de ação e seu monitoramento mensal é um dos grandes diferenciais para a implantação dos macro e microprocessos. No entanto, como parte do trabalho fundamenta-se na gestão da clínica, torna-se imprescindível o uso de diretrizes clínicas, como ferramenta para tornar as condutas de assistência aos usuários mais homogêneas e de melhor qualidade científica.

As mudanças nos processos de trabalho na Unidade Laboratório, definidos por Mendes (2015) para a construção social da APS, envolvem intervenções na estrutura e organização dos macro e microprocessos básicos da APS; nos macroprocessos de atenção aos eventos agudos; nos macroprocessos de atenção às condições crônicas não agudizadas, às pessoas hipertensionadas e às enfermidades; nos macroprocessos de atenção preventiva; nos macroprocessos de demandas administrativas; nos macroprocessos de atenção domiciliar; e macroprocessos de autocuidado apoiado.

O conjunto dos processos finalísticos, de apoio e gerenciais constitui o macroprocesso da organização e são estabelecidos de acordo com o perfil, a missão e as diretrizes organizacionais.

Para que ocorra o desenvolvimento dos macroprocessos é necessária a interação entre eles, o que pressupõe integração entre os diversos setores e uma corresponsabilização pelo resultado global. A figura 3 representa o conjunto do macroprocesso da APS.

FIGURA 3 – **Macroprocessos da Atenção Primária à Saúde**



FONTE: PRÓPRIA.

Os processos implantados devem ser auditados, por meio de auditorias internas e externas, periodicamente, segundo a natureza singular de cada processo.

OS INSTRUMENTOS DE NORMALIZAÇÃO DOS PROCESSOS

Existem alguns instrumentos de normalização que podem ser aplicados no ciclo de melhoria contínua do PDCA, durante a implantação e monitoramento dos processos: os fluxogramas de processos, a matriz de gerenciamento de processos e o procedimento operacional padrão.

A definição de processo remete a um conjunto de atividades ou tarefas ordenadas, interligadas e sucessivas, com início e término definidos. Essa sequência pode ser representada graficamente no fluxograma de processo.

Fluxograma é uma técnica de representação gráfica que se utiliza de símbolos previamente convencionados, permitindo a descrição clara e

precisa do fluxo ou sequência de um processo, bem como sua análise e re-desenho (FRYMAN, 2001).

O fluxograma deve descrever o processo como ele realmente funciona, as atividades que são realizadas e a sequência da execução. Deverá ser construído por aqueles que conhecem como o processo funciona no dia a dia.

A Matriz de Gerenciamento do Processo possibilita o planejamento do que deve ser feito em cada atividade, a distribuição de responsabilidades e o monitoramento do processo. É utilizada tanto para orientar os tutores no “passo a passo” do que deve ser realizado em cada tutoria, durante a implantação dos macroprocessos e microprocessos nas unidades laboratório, quanto na elaboração do plano de ação que é construído com as equipes.

Utiliza-se como referência uma adaptação da planilha 5W2H (*what/o* que?, *why/por* que?, *who/quem*?, *where/onde*?, *when/quando*?, *how/como*?, *how much/quanto*?), por meio de um modelo simplificado de planilha conforme o quadro 2.

QUADRO 2 – Modelo de matriz utilizada na elaboração do plano de ação

PLANO DE AÇÃO PARA ORGANIZAÇÃO DOS PROCESSOS DA UNIDADE LABORATÓRIO				
UNIDADE DE SAÚDE:				Data:
AÇÃO	RESPONSÁVEL	QUEM PARTICIPA	PRAZO	OBSERVAÇÕES

FONTE: PRODUÇÃO DO CONASS ADAPTADO DO PLANO DE AÇÃO 5W2H.

Em cada plano de ação deverá estar claro, a definição do produto que será entregue ao final do processo, o resultado esperado e os indicadores que serão utilizados no sistema de medição.

Após definição do fluxo e do sistema gerencial do processo, devem ser avaliados os pontos críticos (de risco) identificados no processo e es-

tabelecidas as barreiras propostas para o gerenciamento desses pontos de risco.

Sempre que uma atividade for considerada crítica, ela deve ser padronizada com o objetivo de reduzir os riscos e a variabilidade dos pontos críticos, independentemente de quem o faça. O Procedimento Operacional Padrão (POP) é um dos instrumentos que podem ser utilizados para a padronização.

Um POP deve ser elaborado por quem executa o procedimento, por ser ele o conhecedor da rotina, e deve descrever detalhadamente todas as operações para a realização de uma tarefa, de forma segura e com qualidade, informando sobre os objetivos do procedimento, os equipamentos e materiais necessários e os passos a serem dados para sua execução, com os respectivos responsáveis.

A ESTRUTURA DA TUTORIA NA APS

A tutoria se realiza em sete momentos presenciais, com o objetivo de implantar os macros e microprocessos da APS, desenvolvendo também atividades a distância, devendo o tutor manter contato com a equipe da unidade laboratório durante todo o período de dispersão.

Os momentos de tutoria da APS, são assim distribuídos:

- » Tutoria 1 – Pactuação com as equipes e organização geral para realização das tutorias.
- » Tutoria 2 – Organização do acesso. Microprocessos básicos: recepção, fluxos internos de atendimento, prontuário da família.
- » Tutoria 3 – Macroprocessos Básicos: Territorialização, cadastro familiar, classificação de risco familiar, identificação da subpopulação alvo. Microprocessos básicos: Sala de vacina.
- » Tutoria 4 – Atenção as condições crônicas na APS: estratificação por risco, programação e agenda. Microprocessos básicos: agendamento por blocos de hora.
- » Tutoria 5 – Gestão da condição de saúde para as condições prioritárias (linhas de cuidados). Microprocessos básicos: Esterilização; higiene e limpeza; plano de gerenciamento de resíduos sólidos de saúde (PGRSS).

- » Tutoria 6 – Atenção aos eventos agudos. Microprocessos básico: Curativo; procedimentos terapêuticos.
- » Tutoria 7 – Sistema de gerenciamento: painel de bordo.

O “passo a passo” para o desenvolvimento da tutoria na APS são disponibilizadas em matrizes de gerenciamento de processos, no apêndice, ao final do livro.

A TUTORIA NA ORGANIZAÇÃO DOS PROCESSOS DA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA (AAE)

Considerando que a organização da RAS pressupõe uma APS e uma AAE integradas, resolutivas e de qualidade, é necessário que o processo de tutoria ocorra também junto à equipe do AAE, tendo como pressuposto o alinhamento conceitual e uma linguagem única com base no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) e na definição de uma diretriz clínica estadual.

O MACC define as intervenções sanitárias em determinado território, com vistas a alcançar uma resposta às demandas e expectativas da população.

O conhecimento da população de um território sanitário; a estratificação de risco das subpopulações com condições crônicas; a programação da assistência; a utilização de tecnologias de gestão da clínica e de tecnologias leves de cuidado das condições crônicas são fatores comuns aos dois níveis de atenção. As duas equipes devem se conhecer mutuamente e ter modalidades diversificadas de comunicação e apoio; definir e pactuar critérios claros, mas não restritivos, para a coordenação do cuidado pela APS e utilizar relatórios padronizados para a referência e contrarreferência, informatizados ou não, com as informações necessárias para a continuidade do cuidado. Os processos devem ser mapeados e organizados em ambos os pontos de atenção, que devem também ser dotados de ferramentas gerenciais e de um sistema de monitoramento e avaliação.

A organização dos macroprocessos da Atenção Ambulatorial Especializada, à semelhança da proposta de Construção Social da APS (MENDES, 2015), descreve os passos e as ferramentas utilizadas para a implantação dos macroprocessos assistenciais, de apoio e logísticos, incluindo o proces-

so de integração entre a APS e a AAE, fundamental para a resposta social de uma Rede de Atenção à Saúde.

PREMISSAS PARA A ORGANIZAÇÃO DOS MACROPROCESSOS NA AAE

O objetivo primordial da AAE é responder às demandas relativas ao cuidado de usuários com condições de saúde de maior gravidade ou complexidade, como dita o modelo de atenção.

Algumas etapas preparatórias são fundamentais para possibilitar a continuidade do cuidado em uma RAS, especialmente integrando o cuidado com a APS, conforme descritas a seguir:

- Definição estratégica pelo fortalecimento da APS como ponto de ordenação das RAS;
- Opção clara do modelo de atenção às condições crônicas para a organização da APS e da AAE;
- Seleção das condições crônicas prioritárias e, consequentemente, das RAS a serem organizadas;
- Revisão ou elaboração das diretrizes clínicas das condições crônicas selecionadas, não somente com as recomendações para o manejo clínico adequado do usuário, mas com a definição de todos os elementos necessários para a organização da assistência.

Considerando essa definição prévia sobre as condições de saúde e redes de atenção a serem implantadas e sobre o território sanitário e ambulatorio de atenção especializada a ser organizado, um primeiro passo importante será a análise situacional da atenção especializada no território em questão. Em seguida, a organização dos macroprocessos, de acordo com a metodologia do gerenciamento por processos e ciclos de melhoria.

A ANÁLISE SITUACIONAL DA AAE

Uma avaliação específica dos pontos de atenção secundários dentro da rede deve ser realizada, para uma primeira análise da AAE. Para tal, utilizam-se alguns itens do questionário para avaliação das RAS, proposto por Mendes (2011) que, embora seja voltado para avaliar o grau de integração entre os vários componentes da rede, permite avaliação específica dos pontos de atenção secundários dentro da mesma.

Abaixo, alguns itens que poderão ser avaliados:

1. No desenho da RAS, há uma articulação entre os pontos de atenção à saúde e os territórios sanitários (secundários e microrregião; terciários e macrorregião)?
2. No desenho da RAS, considera-se uma escala mínima capaz de ofertar serviços de forma econômica e com qualidade?
3. Há serviços ambulatoriais especializados, de nível secundário, para a atenção às condições crônicas selecionadas? Eles operam de forma integrada com a APS?
4. As linhas-guia estabelecem claramente as relações dos serviços ambulatoriais e hospitalares com a APS?
5. Há instrumentos operacionais eficazes de contrarreferência para a APS?
6. É feita a modelagem de cada ponto de atenção à saúde ambulatorial ou hospitalar secundário, segundo as linhas-guia?
7. Essa modelagem descreve a carteira de serviços a ser ofertada?
8. Essa modelagem implica a elaboração de uma planilha de programação a ser utilizada no planejamento do ponto de atenção à saúde?

Recomenda-se a aplicação de um instrumento de avaliação diagnóstica no tempo zero da intervenção, que servirá como linha de base (apêndice). Sua análise deve gerar um plano de ação voltado para a implementação da atenção ambulatorial especializada, de maneira integrada e ordenada pela APS, como descrito no modelo de atenção às condições crônicas.

Posteriormente, deverão ser realizadas avaliações periódicas que avaliem o aprimoramento dos vários macroprocessos e possam evidenciar o grau de maturidade da rede de atenção.

A ORGANIZAÇÃO DOS MACROPROCESSOS NA AAE

Os macroprocessos podem ser agrupados em quatro momentos principais para a organização da AAE (descrição mais detalhada no apêndice):

- Conhecimento da população;
- Organização dos pontos de atenção da APS e AAE;
- Atenção à condição crônica;
- Integração da APS e AAE.

Inicialmente, deve-se organizar um cadastro de todos os municípios da região de saúde, descrevendo o porte populacional, as distâncias e tempos de deslocamento, a caracterização da estrutura e dos modelos de APS implantados, bem como o estágio de organização dos seus macroprocessos.

O cadastro deve se estender às unidades básicas de saúde e respectivas equipes, com a seleção do profissional de referência para interlocução com a equipe da AAE, a definição das formas de comunicação e a pactuação das regras de integração e fluxos de atendimento.

O público-alvo do ambulatório de especialidade será identificado pela atenção primária a partir do cadastro das famílias das áreas de abrangência das unidades básicas de saúde, da identificação das pessoas usuárias com condição crônica e da estratificação de risco destas condições.

A estratificação de risco será utilizada para a organização da assistência, devendo ser encaminhadas ao ambulatório de atenção especializada apenas as subpopulações de alto e muito alto risco das condições crônicas prioritárias, tais como: gestantes, crianças menores que um ano, hipertensos, diabéticos e pessoas com doença renal crônica.

O espaço físico do ambulatório deverá ser definido considerando o desenvolvimento de práticas inovadoras no cuidado das condições crônicas.

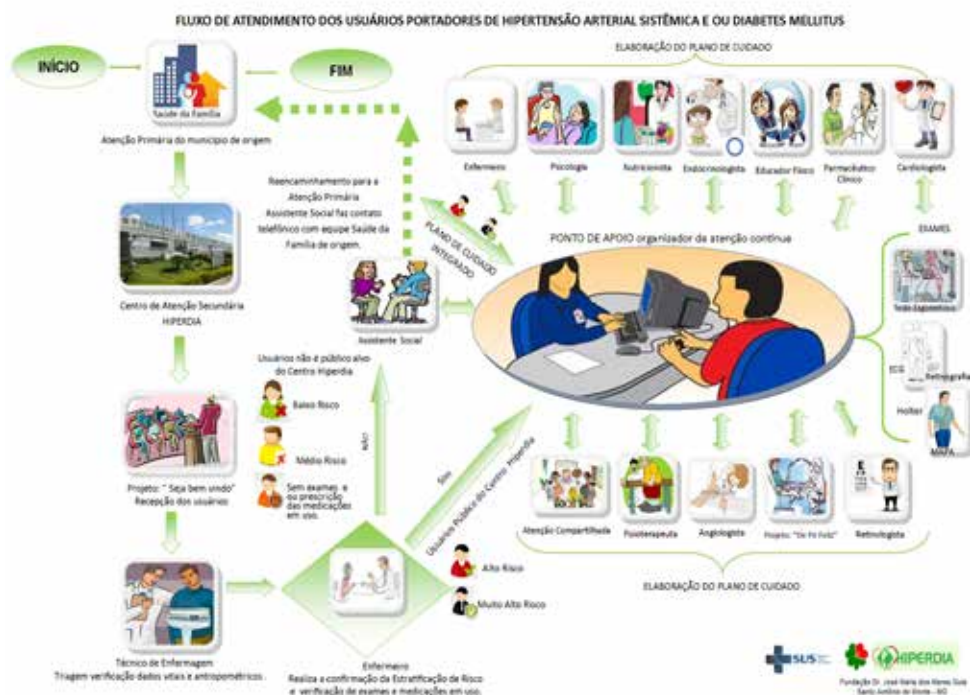
O número de salas de atendimento, bem como os equipamentos necessários para cada ambiente, será dimensionado considerando três fatores principais: linhas de cuidado contempladas; carteira de serviços disponibilizada, incluindo profissionais e especialidades, exames diagnósticos e procedimentos terapêuticos; e tamanho da população de referência.

A carteira de serviços da AAE é definida de acordo com as RAS implantadas. Os ambulatórios de atenção especializadas disponibilizarão nessa carteira de serviços o atendimento com equipe multiprofissional especializada, exames de apoio diagnóstico específicos para a investigação de situações de alto e muito alto risco e alguns procedimentos terapêuticos.

O processo assistencial no ambulatório de especialidade deve oferecer intervenções de cuidado multiprofissional que sejam centradas no usuário e permitam que ele conheça e se responsabilize pela própria condição de saúde.

O fluxo de atendimento no ambulatório de atenção especializada, organizado segundo o modelo de atenção às condições crônicas, pode ser visualizado na figura 4.

FIGURA 4 – Fluxo de atendimento na atenção ambulatorial especializada



FONTE: RODRIGUES, P. R. 10 DE JUL. 2013, 05 SLIDES. MATERIAL APRESENTADO NA OFICINA DE INTEGRAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ATENÇÃO ESPECIALIZADA (PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE) CONASS.

A organização da assistência e do cuidado no ambulatório inclui:

- Acolhimento do usuário em uma recepção ampla, com o objetivo de informar sobre a dinâmica do atendimento, duração, equipe multiprofissional, serviços disponíveis; esclarecer dúvidas; orientar sobre a elaboração do plano de cuidado nos atendimentos sequenciais; e realizar educação em saúde.
- Atendimento no “ponto de apoio”, que corresponde a um ponto de coordenação do atendimento no ambulatório de atenção especializada, visando ao cumprimento da programação assisten-

cial integral para cada usuário. Do ponto de apoio, o profissional deve ter visão ampla de todo o espaço, para possibilitar o monitoramento da movimentação dos usuários e a identificação de intercorrências. Imediatamente próxima ao ponto de apoio, deve haver uma sala para o pré-atendimento, com equipamentos para a medida de sinais vitais.

- Atendimento pela equipe multiprofissional, com a utilização das novas tecnologias de atenção às condições crônicas, especialmente, a atenção contínua (uma proposta para atender pessoas de forma sequenciada, passando por diferentes profissionais de saúde, num mesmo turno de trabalho) e elaboração do plano de cuidado, realizado de forma conjunta pela equipe que pactua com cada pessoa usuária o estabelecimento de metas a serem cumpridas ao longo de períodos determinados, por meio da gestão colaborativa e centrada na pessoa e na família.

O manejo na AAE deve ser exclusivo para usuários de alto e muito alto risco, com foco na estabilização do usuário.

A duração média do atendimento em instituições que seguem esse modelo é de quatro horas, tempo necessário para o ciclo de atenção completo. Eventualmente, poderão ser utilizadas também na AAE as tecnologias de Atenção Compartilhada em Grupo e Autocuidado apoiado, que auxiliarão na organização dos atendimentos.

A programação da atenção, considerando a parametrização epidemiológica e assistencial definida nas diretrizes clínicas, permitirá a estimativa da média de usuários atendidos diariamente.

Devem ser propostas as seguintes ações, para que se efetive a relação entre os dois níveis de atenção, qualificadas nas relações entre os profissionais especialistas e generalistas:

- Visitas periódicas dos especialistas às unidades de APS e das equipes generalistas ao ambulatório de especialidade;
- Ações de educação permanente, organizadas no formato de cursos, discussões de caso ou atendimento conjunto;
- Comunicação livre (*WhatsApp*, *e-mail*, telefone etc.) entre os profissionais para esclarecimentos de dúvidas ou dificuldades no atendimento.

PROCESSOS TRABALHADOS NAS TUTORIAS DA AAE

A temática das oficinas tutoriais focará os macroprocessos da AAE, conforme evidenciado no quadro 3.

QUADRO 3 – Temáticas e macroprocessos abordados nas oficinas tutoriais da Atenção Ambulatorial Especializada

Tutoria 1	• Conhecer a situação local, com foco no ambulatório de atenção especializada. • Avaliar a carteira de serviço, o espaço físico do ambulatório e os fluxos de atendimento. • Avaliar o mapa de pessoas do ambulatório. • Planejar os passos de organização dos processos e o desenvolvimento das oficinas tutoriais.
Tutoria 2	• Conhecer a equipe de profissionais da unidade. • Realizar alinhamento conceitual sobre o MACC, microssistemas e modelo de melhoria. • Realizar alinhamento conceitual sobre a NT para Organização da Atenção à Saúde das condições de saúde prioritárias. • Pactuar o compromisso com a ações da planificação. • Monitorar o plano de ação.
Tutoria 3	• Realizar alinhamento sobre a Gestão baseada na população. • Conhecer o território de abrangência do ambulatório. • Cadastrar os municípios, com suas unidades e equipes de APS. • Conhecer a população alvo, formas e critérios para agendamento da demanda da APS. • Avaliar os fluxos internos da unidade. • Organizar os processos da recepção e ponto de apoio para o atendimento. • Supervisionar os processos implantados e monitorar o plano de ação.
Tutoria 4	• Realizar alinhamento sobre a Atendimento interdisciplinar, Atenção contínua e Plano de cuidado. • Organizar o processo de atenção contínua. • Implantar o Plano de Cuidado. • Supervisionar os processos implantados e monitorar o plano de ação.
Tutoria 5	• Realizar a programação da AAE a partir da programação da APS. • Organizar o processo de tratamento do pé diabético, quando for o caso. • Supervisionar os processos implantados e monitorar o plano de ação.
Tutoria 6	• Alinhamento conceitual sobre a integração com a APS. • Organização do processo de educação permanente e segunda opinião para profissionais da APS. • Organização do processo de supervisão das equipes de APS. • Supervisionar os processos implantados e monitorar o plano de ação.
Tutoria 7	• Realizar alinhamento sobre monitoramento e avaliação. • Implantar o sistema de gerenciamento, com utilização do painel de bordo. • Supervisionar os processos implantados e monitorar o plano de ação.

As matrizes de gerenciamento de processos, que indicam o passo a passo para a organização dos macroprocessos da AAE encontram-se disponíveis no apêndice.

Para avaliar o *status* da implantação dos macroprocessos da atenção ambulatorial especializada, utiliza-se um instrumento, conforme pode ser visto no apêndice.

Uma vez alcançada a meta de estabilização, ou demonstrada forte tendência à estabilização, o usuário poderá ser encaminhado para a equipe da APS para continuidade do cuidado, de acordo com o plano estabelecido.

A equipe da AAE assume, então, um papel de supervisão e apoio à equipe da APS com vistas ao cumprimento do plano de cuidado de cada usuário acompanhado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Planificação da atenção à saúde. Consensus – *Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde*, Brasília, Ano VI, n. 20, p. 8, jul./ago./set. 2016.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FRYMAN, Mark A. *Quality and Process Improvement*. 2001.

MENDES, E.V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Opas, 2011.

_____. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. 1.ed. Brasília: Opas, 2012

_____. *A construção social da atenção primária da saúde*. Brasília, set./2015.

n. 31

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

CAPÍTULO 5 PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NOS ESTADOS

O Conass, desde o ano de 2003, tem adotado a construção de consensos como estratégia para definir suas prioridades e estabelecer as ações e propostas para a organização, a gestão e o financiamento do SUS. Nesse sentido, os gestores estaduais estabeleceram, entre suas prioridades, aquelas relacionadas ao fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), grande preocupação desses gestores, considerando que é de responsabilidade dos Estados fortalecer esse nível de atenção, assessorando os municípios na organização e na educação permanente de suas equipes, além de definir fontes de financiamento adequado, monitorar e avaliar sua execução e os indicadores relacionados.

Visando atender a essa prioridade estabelecida, o Conass vem desenvolvendo, desde 2007, a Planificação da Atenção Primária à Saúde (PAPS), uma proposta, como foi apresentada em capítulos anteriores, que vai além de uma simples capacitação, pois propicia o desenvolvimento da APS nos territórios, por meio de mudanças efetivas na atitude e nos processos de trabalho dos profissionais, que compõem as equipes assistenciais e de gestão.

Inicialmente, os estados desenvolveram a PAPS, contudo, no decorrer do processo, o Conass entendeu que, para que a APS possa consolidar seu papel de coordenadora do cuidado e ordenadora dos fluxos de atenção, havia a necessidade de integração da proposta da APS com a Ambulatório da Atenção Especializada (AAE), concretizando, na prática, a implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

No contexto atual, a organização e qualificação da AAE passa, necessariamente, por restabelecer o equilíbrio entre a demanda e oferta por atendimentos especializados, multiprofissional, interdisciplinar, com utilização de novas ferramentas de gestão do cuidado, dando suporte a APS na integralidade da atenção.

Dessa forma, a Planificação da Atenção à Saúde (PAS) nasceu como uma proposta do Conass para qualificar a APS e a AAE, nas diversas regiões de saúde dos estados, em parceria com o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems). Considerando que o lócus de atuação da APS é municipal, é imprescindível a participação do Conass e do Conasems para a efetivação da PAS.

Fundamentado na proposta da Planificação, o Conass tem trabalhado conjuntamente com as Secretarias de Estado da Saúde (SES) do país, a PAS, atualmente desenvolvendo o processo em nove estados e no Distrito Federal.

Neste capítulo, está apresentada a experiência da PAS nos seguintes estados: Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Piauí, Rio Grande do Sul, São Paulo, Rondônia; e no Distrito Federal. Ressalta-se que no estado do Paraná, atualmente, a PAS encontra-se sendo desenvolvida como um laboratório de inovação, por essa razão, foi apresentada, em capítulo específico, capítulo II.

Evidencia-se ainda que não existe uma homogeneidade no desenvolvimento da PAS, uma vez que cada estado tem suas peculiaridades e iniciou processo em momentos diferentes, porém em todos é visível o entusiasmo por parte dos gestores e profissionais de saúde em face dos resultados já alcançados, centrados em um objetivo comum: organizar os serviços de saúde para atender as necessidades de saúde da população.

ESTADO DO CEARÁ

CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO¹

O Ceará está situado no norte da Região Nordeste e tem por limites o Oceano Atlântico a norte e nordeste, o Rio Grande do Norte e a Paraíba a leste, Pernambuco ao sul e Piauí a oeste. Sua área total é de 148.920 km², o que equivale a 9,37% da área do Nordeste e 1,74% da superfície do Brasil (IBGE, 2010a).

¹ Texto referente à caracterização do estado foi extraído do Plano Estadual de Saúde do Ceará 2016–2019. Ceará, 2016.

No Censo de 2010, a população do Ceará atingiu 8.452.381 habitantes, apresentando incremento de 13,8%, em relação ao Censo de 2000 (7.430.661 habitantes). Para o ano de 2017, foram estimados 9.020.460 habitantes. A razão entre os sexos, ou seja, o número de homens para cada grupo de 100 mulheres, é influenciada por migrações e pela mortalidade. No Ceará, a razão entre os sexos passou de 95,4% em 2000 para 95,1% em 2012, ou seja, existem 95 homens para cada 100 mulheres (CEARÁ, 2016).

A proporção de idosos, reflexo do ritmo de envelhecimento da população, passou de 7,76% (1991) para 8,9% (2000) e 10,7% (2012). O crescimento da população de idosos está associado à redução das taxas de fecundidade e de natalidade e ao aumento da esperança de vida. O índice de envelhecimento, o número de pessoas de 60 e mais anos de idade, para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade, também é importante para avaliação da transição demográfica. Nos Censos de 1991, 2000 e 2010, taxas de envelhecimento evoluíram, com valores de 19,9%, 26,4% e 41,6%, na mesma ordem.

Foi observado crescimento da esperança de vida ao nascer: em 2000, a esperança de vida foi de 69,4 anos para a população geral, sendo 65,8 para homens e 73,3 para mulheres. Em 2012, a esperança de vida passou a 72,9 para a população geral e para 69,0 (masculino) e 76,9 (feminino). O Ceará conseguiu elevar o seu Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) do ano de 2010 a 2015 de 0,682 para 0,715.

No estado, a taxa de analfabetismo diminuiu de 2000 para 2010, apresentando redução de 27,1%, passando de 24,95% para 18,19%. Em 2012, o Ceará registrou taxa de analfabetismo de 16,25%. A proporção de pessoas com baixa renda, ou população com renda domiciliar mensal *per capita* de até meio salário mínimo em 2012 não foi de 48,86%.

Relativo à morbidade hospitalar, por local de internação, segundo Capítulo CID-10, foram de 35.888 internações, sendo 24,0% delas por gravidez, parto e puerpério e 9,51% de lesões, envenenamento e alguma outra consequência, causas externa e em seguida as doenças do aparelho digestivo com 8,84% (IBGE, 2010a).

Evidencia-se que, no estado, a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) reflete uma tendência de declínio apresentada pelo Brasil, passando de 32,0 óbitos por 1.000 nascidos vivos (NV) em 1997 para 12,3 em 2014, com uma

redução de 61,5%. A redução da TMI neonatal foi de 45,6% e da TMI pós-neonatal de 76,5%. Seguindo a tendência nacional, observa-se, no Ceará, a redução da mortalidade infantil devido, principalmente, à redução do componente pós-neonatal, cujas causas podem ser enfrentadas a partir de ações no setor de saúde e à ampliação de outros serviços, como o saneamento básico. Nesse componente, a maior redução ocorreu nos óbitos por doenças diarreicas. Na distribuição da TMI/1.000 nascidos vivos por Macrorregião e Região de Saúde em 2014, observou-se que 13 (63,6%) das regiões de saúde apresentaram TMI acima da média do Ceará.

No período de 1997 a 2014, a mortalidade materna obstétrica se manteve elevada, com uma média de 108 óbitos por ano e a razão de mortalidade materna (RMM) que variou de 66,7 a 93,7 óbitos por 100.000 nascidos vivos. Ocorreram, no período, 1.828 óbitos obstétricos, com predominância dos óbitos obstétricos diretos, 1.155 (63,2%).

As principais causas obstétricas diretas foram: doença hipertensiva, hemorragia, infecção puerperal, embolia obstétrica e aborto. A partir de 2009, observou-se aumento de outras causas obstétricas diretas. Quanto às causas obstétricas indiretas, verifica-se que, no ano de 2012, foram registrados o maior número de óbitos, sendo 14 por doenças do aparelho circulatório e 8 por doenças do aparelho digestivo. Hodiernamente, no que se refere a taxa de mortalidade por acidentes de transporte, que vem sendo um problema para a saúde pública, foram 2.320 mortes no ano de 2015.

Observou-se aumento crescente no registro de óbitos no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), com um incremento de 17,8 entre os anos 2010 e 2014, essa tendência pode ser relacionada ao efeito da Portaria MS/SVS n. 201, de 3 de novembro de 2010, que atrela o repasse dos recursos do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde do Bloco de Vigilância em Saúde, à alimentação do Sistema de Informações sobre Mortalidade (BRASIL, 2010a).

Em 2014, foram registrados 51.597 óbitos, com destaque para as doenças do aparelho circulatório, causas externas e neoplasias, como as principais causas de morte, por ordem decrescente. Salienta-se a mudança de comportamento do perfil de mortalidade a partir de 2010, quando as causas externas ultrapassaram as neoplasias, continuando como a segunda causa de morte no Ceará. Outras causas importantes de óbito, entre as

principais, estão as doenças do aparelho respiratório. Embora as Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) estejam, no Ceará, como a sétima causa de mortalidade, foi a terceira em termos de internações pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

No estudo dos óbitos com causas mal definidas, destacou-se a redução para menos de 10,0% a partir de 2006. Este resultado pode ser atribuído à implantação, em 2007, do Projeto de Redução das Causas Mal Definidas, Ministério da Saúde em parceria com a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA) e apoio das Secretarias Municipais de Saúde, para a investigação de óbitos com causas mal definidas. O referido resgate reduziu as causas mal definidas de morte de 19,1% em 2005 para 4,8% em 2008.

O estado de Ceará apresenta cobertura de Atenção Básica de 83,86%. A cobertura de Saúde Bucal é de 62,55% e, se considerada somente a Estratégia Saúde da Família, tem-se uma cobertura de 69,32% (BRASIL, 2018).

O Plano Diretor de Regionalização (PDR), instrumento que regula o processo de regionalização da assistência à saúde da população, dividiu o Ceará em cinco Macrorregiões de Saúde (Fortaleza, Litoral Leste Jaguaribe, Sobral, Cariri e Sertão Central) e 22 Regiões de Saúde, conforme a última revisão ocorrida em 2014. A figura 1 mostra essa divisão.

FIGURA 1 – Divisão do estado do Ceará em Macrorregiões de Saúde



FONTE: PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DO CEARÁ, 2014.

Diante do cenário epidemiológico, necessita-se da efetivação das Redes de Atenção à Saúde Materno-Infantil e à Hipertensão e Diabetes, considerando serem estes últimos as maiores causas de morte por Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Da mesma forma, torna-se imprescindível fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial, tendo em vista que os transtornos mentais, a dependência de álcool e as drogas psicoativas são fatores de risco para a morbimortalidade por causas externas. Já para os eventos agudos, necessita-se do fortalecimento da Rede de Atenção às Urgências, principalmente, na linha do trauma, AVC, IAM, urgência obstétrica, pediátrica e psiquiátrica.

Assim, o estado do Ceará, seguindo a orientação nacional, escolheu as seguintes linhas de cuidado prioritárias: Materno-Infantil, Hipertensão e Diabetes, Oncologia, Trauma, IAM e AVC.

ESTADO DA ARTE DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Nos últimos anos, a SESA promoveu vários processos de educação permanente em saúde, destinados à APS. Sem dúvida, tais eventos contribuíram em muito para alinhar conhecimentos, no entanto, conforme se observou nos indicadores de serviços, não se percebeu impacto na mudança de práticas na APS, pois não ofereciam ferramentas e instrumentos capazes de implantar processos que agregassem valor ao cotidiano de trabalho da gestão e das equipes. Havia necessidade de uma metodologia efetiva com desenvolvimento de competências gerenciais e técnicas, que promovessem rápida transformação.

A necessidade sentida e o movimento desencadeado pela gestão do município de Tauá em busca do fortalecimento de sua APS convergiram com o anseio da gestão estadual de saúde de se buscarem outros meios que efetivamente dessem resposta ao Sistema de Saúde. Assim, com o intuito de propiciar a reorganização da Atenção Primária, por meio de uma metodologia já disseminada em nível nacional pelo Conass, em 2014, foi estabelecida uma parceria entre SESA, Conass, Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE), Fiocruz Ceará e o município de Tauá na implantação do Laboratório de Inovação em Atenção Primária à Saúde de Tauá, no período de 2014 a 2015.

Os resultados desse Laboratório comprovaram a eficiência das práticas desenvolvidas naquele município com a PAPS e possibilitaram à gestão estadual de saúde identificar aspectos passíveis de replicação no processo de expansão da proposta.

Outras experiências de qualificação da Atenção Primária no estado também foram consideradas na construção da estratégia de expansão, a exemplo dos municípios de Fortaleza e Sobral, que, por iniciativa própria, empreenderam esforços para o fortalecimento da APS no mesmo modelo de atenção à saúde praticado em Tauá, com ênfase no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).

Na elaboração da proposta de expansão, a partir da análise do cenário e da situação instalada de crise em concomitância com o período eleitoral, houve a necessidade de se reduzir o tempo de implantação e, portanto, uma adequação do quantitativo de oficinas e de sua metodologia, não havendo, no entanto, prejuízo na proposta original. Assim, a SESA lançou em 2016 a expansão da Planificação, por meio do Projeto de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (QualificaAPSUS Ceará).

O Projeto QualificaAPSUS Ceará foi lançado oficialmente em janeiro de 2016, com o intuito de subsidiar a reorganização do modelo de atenção, a partir da reestruturação da APS nos municípios cearenses e, consequentemente, a implantação e a implementação das RAS. Assim, o Projeto é estratégico para o governo, no intuito de se buscarem melhores resultados sanitários e econômicos no âmbito do SUS.

O fator essencial para o desenvolvimento do Projeto QualificaAPSUS Ceará é a adesão dos gestores municipais por meio do estabelecimento de uma cooperação técnica com a SESA. Ao realizarem a adesão, os prefeitos e o secretário da Saúde do Estado assinam um Termo de Cooperação Técnica, formalizando a pactuação dos compromissos entre os gestores municipais e estadual para efetivação do mesmo. No decorrer dos anos, pode-se observar o aumento do número de adesão dos municípios ao Projeto, passando de 90 municípios em 2016 para 166 em 2017 e 181 dos 184 municípios em 2018.

Nas Regiões de Saúde, a condução é feita pelas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES), com apoio de técnicos do nível central, vinculados à Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde (Copas), que são referência

nas macrorregiões do estado. As CRES indicam profissionais do seu quadro técnico para serem “Referências Regionais” no acompanhamento dos municípios da Região, que aderiram ao Projeto.

No processo de qualificação da APS, o projeto adota a estratégia de “cadeia da educação permanente”, tendo como propósito corresponsabilizar todos pela multiplicação dos conhecimentos, induzir a incorporação da educação permanente no cotidiano de trabalho e contribuir para o desenvolvimento de habilidades de comunicação e pedagógicas. Assim, o conteúdo discutido nas oficinas é disseminado em larga escala, atingindo todos os trabalhadores que atuam na APS, seja por meio da participação nas oficinas regionais ou municipais.

Já a tutoria inclui a aplicação dos conteúdos teóricos apresentados nas oficinas na prática diária das equipes, tendo papel fundamental no Projeto QualificaAPSUS Ceará, pois pressupõe o suporte às equipes da APS nos municípios, com o objetivo de apoiá-las na elaboração dos produtos de cada oficina, bem como na avaliação e efetivação do plano para a gestão da qualidade.

Todo o trabalho de mudança de práticas no Projeto QualificaAPSUS Ceará inicia-se com a escolha de unidades laboratórios, onde serão implantadas as mudanças estruturais e processuais, cumprindo as funções de gerar, a partir da metodologia geral proposta, um padrão customizado para a realidade do local em que se trabalha, e tornar-se um ponto de visita para as demais unidades acenando que a proposta é viável na realidade específica daquele local. Além disso, as Unidades são o lócus de capacitação dos tutores.

Tendo em vista a necessidade de capacitação dos profissionais para a utilização das diretrizes clínicas, o Projeto traz em seu escopo capacitações específicas, de 16 horas, conforme as diretrizes padronizadas pela SESA para estratificação de risco de gestantes, crianças menores de dois anos, hipertensos e diabéticos, saúde bucal, saúde mental, pessoa idosa, além da classificação de risco para os eventos agudos, a abordagem da programação da Assistência Farmacêutica e implantação do Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária.

Outra estratégia adotada pela SESA no Projeto QualificaAPSUS Ceará tem como foco estabelecer padrões de qualidade comuns para a

APS com consequente certificação das equipes que alcançarem os padrões esperados.

Para avaliação da gestão da qualidade nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), foram propostos três selos: bronze, prata e ouro. Cada selo reflete o nível de qualidade em que a equipe de saúde se encontra. No Selo Bronze, os itens visam garantir a segurança do cidadão e da equipe; o Selo Prata abrange os itens que visam ao gerenciamento dos processos, com o propósito de agregar valor aos cidadãos; e o Selo Ouro congrega os itens que visam aos resultados para a comunidade. O objetivo proposto é que a equipe de saúde conquiste o Selo Ouro da Qualidade, portanto os selos bronze e prata são apenas etapas intermediárias.

Em 2018, a SESA lançou o primeiro Chamamento Público do Selo Bronze de Qualidade. Do total de municípios participantes do Projeto, 99 inscreveram 170 Unidade Básicas de Saúde, com 207 Equipes de Saúde da Família.

No quadro 1 pode-se verificar as regiões e os municípios envolvidos no processo de Planificação, número de oficinas, profissionais e tutorias desenvolvidas.

QUADRO 1 – Distribuição da Planificação da Atenção à Saúde nas regiões de saúde do Ceará, por municípios, número de profissionais, oficinas e tutorias realizadas

REGIÃO	MUNICÍPIOS DA REGIÃO	MUNICÍPIOS NA PLANIFICAÇÃO		N. DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE	N. OFICINAS REALIZADAS	N. TUTORIAS REALIZADAS	
	N.	N.	%			APS	AAE
1.ª Fortaleza	04	04	100%	100	06	06	–
2.ª Caucaia	10	09	90%	100	06	06	05
3.ª Maracanaú	08	08	100%	100	06	06	–
4.ª Baturité	08	08	100%	361	05	05	–
5.ª Canindé	06	06	100%	220	04	04	–
6.ª Itapipoca	07	07	100%	100	06	06	–
7.ª Aracati	04	04	100%	275	04	04	–
8.ª Quixadá	10	10	100%	385	06	06	

REGIÃO	MUNICÍPIOS DA REGIÃO	MUNICÍPIOS NA PLANIFICAÇÃO		N. DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE	N. OFICINAS REALIZADAS	N. TUTORIAS REALIZADAS	
	N.	N.	%			APS	AAE
9.ª Russas	05	05	100%	142	04	04	
10.ª Limoeiro do Norte	11	11	100%	240	06	06	–
11.ª Sobral	24	24	100%	1190	05	05	06
12.ª Acaraú	07	07	100%	150	0	0	–
13.ª Tianguá	08	08	100%	142	1	1	–
14.ª Tauá	04	04	100%	375	06	06	06
15.ª Crateús	11	11	100%	135	06	06	–
16.ª Camocim	05	05	100%	478	05	05	–
17.ª Icó	08	08	100%	517	04	04	–
18.ª Iguatu	10	10	100%	145	04	04	–
19.ª Brejo Santo	09	09	100%	156	04	04	–
20.ª Crato	12	10	83,3%	320	06	06	–
21.ª Juazeiro do Norte	06	06	100%	266	06	06	–
22.ª Cascavel	07	07	100%	210	06	06	–
TOTAL	184	181	–	6.107	–	–	–

FONTE: PRÓPRIA.

Com esse cenário de adesão, a participação de trabalhadores nas oficinas regionais é bem significativa. Os números expressivos mostram que a cadeia de educação permanente proposta no projeto é possível de ser desenvolvida, desde que se impliquem os sujeitos nesse processo.

No desenvolvimento do projeto, o principal avanço foi retomar fortemente a discussão sobre a APS nas Redes de Atenção, e a necessidade emergencial de se qualificarem os processos de trabalho nas UBS, em um ano difícil por conta da crise financeira, política, ética, entre outros aspectos, além do período eleitoral de 2016.

O cumprimento da responsabilidade de desenvolver a cadeia de educação permanente do Projeto foi uma grata surpresa, considerando que representava o velho risco de não se discutir de forma ampliada com todos

os trabalhadores. Isso possibilitou maior integração e envolvimento dos trabalhadores com a proposta de reorientação da APS nos municípios com apropriação da marca QualificaAPSUS Ceará como principal movimento estadual desencadeado a partir de 2016.

Com a descentralização da coordenação do Projeto para as CRES, houve a necessidade de se repensar o trabalho nas regiões de saúde, bem como ressignificou a prática de muitos assessores técnicos regionais que assumiram o apoio ao desenvolvimento do Projeto nos municípios, independentemente de atuarem na APS ou em outra área administrativa, tais como regulação, vigilância epidemiológica, sanitária, entre outras.

No nível central da SESA, o engajamento de técnicos de distintas áreas na condução e ou participação das atividades do Projeto QualificaAPSUS Ceará também foi um avanço, partindo do fato de que o Projeto não se resume apenas na realização de oficinas, mas demandou, para outras áreas da Secretaria, o desenvolvimento de produtos essenciais, tais como as diretrizes clínicas para gestante, criança menor de dois anos, hipertensos, diabéticos, saúde do idoso, saúde bucal, saúde mental, elaboração de procedimentos operacional padrão para imunização, higiene e limpeza de unidades básicas de saúde, entre outros.

Com relação às Unidades Laboratório nos municípios, os principais avanços se deram na organização dos processos de trabalho, tais como na elaboração e no monitoramento dos planos de gestão da qualidade, no aumento do percentual de cadastramento dos usuários, na revisão dos territórios, na reorientação dos fluxos de atendimento nas UBS, e no início do processo de estratificação de risco das principais condições crônicas e maior integração das equipes.

Um grande desafio é a efetiva integração da Atenção Primária com a Atenção Ambulatorial Especializada, objeto do Projeto de Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção às Condições Crônicas – QualificaESPSUS Ceará, cujo intuito é apoiar as Policlínicas na implantação do modelo de atenção às condições crônicas na Atenção Ambulatorial Especializada e integrá-la às equipes de Atenção Primária à Saúde dos municípios, com perspectivas de organizar a Rede de Atenção às Condições Crônicas nas regiões de saúde.

Diante da necessidade de iniciar a integração, foram selecionadas as regiões de saúde de Sobral e Tauá (em 2016) e Caucaia (2017). Desde então, a SESA, em parceria com o Conass, está desenvolvendo a reorganização da Atenção Ambulatorial Especializada em consonância com a reorganização da Atenção Primária.

ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO

O Espírito Santo (ES) constitui-se no menor e menos populoso estado da região Sudeste do país. A capital é Vitória e o número de habitantes na estimativa do IBGE de 2015 era de 3.929.911 pessoas, que se distribuem em uma área de 46.096 km², o que dá uma densidade demográfica de 76,25 hab./km², onde a maior parte dos habitantes vive em municípios entre menos de 20 mil a 50 mil habitantes.

O Plano Diretor de Regionalização (PDR/2011) da Secretaria de Estado da Saúde (SESA) organizou os 78 municípios capixabas em quatro Regiões de Saúde: Norte, Sul, Central e Metropolitana, sendo que a Região de Saúde Norte representa 10,83% da população total do Espírito Santo o que a torna a região menos populosa do Estado.

FIGURA 2 – Distribuição das regiões de saúde do Espírito Santo, segundo o plano diretor



FONTE: IBGE, RESULTADOS DO CENSO 2010 / PDR 2011-SESA.

A população masculina representa 49,0% da população e a feminina 51,0%, distribuídos 83,2% na zona urbana e 16,8% na zona rural. A proporção de idosos é de 11,58% (2015) e a esperança de vida ao nascer é de 77,85 anos para o ano de 2015. A taxa de analfabetismo, em maiores de 15 anos, foi de 8,81 para o ano de 2009 e o índice de desenvolvimento humano (IDH) do estado, era de 0,740 em 2010 (IBGE, 2010b; 2015).

Quanto aos indicadores da situação de saúde, no Espírito Santo é registrada uma taxa de mortalidade infantil de 11,39 por 1.000 nascidos vivos no ano de 2015. A taxa de mortalidade neonatal foi de 8,3 por mil nascidos vivos e a pós neonatal de 3,4 por mil nascidos vivos no ano de 2011. A razão de mortalidade materna no ano de 2014 foi de 88,51 óbitos por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2011).

No ano de 2008, com o início da discussão da estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no Estado do Espírito Santo, a Secretaria de Estado da Saúde (SESA) iniciou na Macrorregião de Saúde Norte, à época composta por 32 municípios, a proposta de modelagem da rede de atenção à saúde da mulher e da criança, em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), no intuito de superar o modelo de atenção à saúde vigente.

A proposta de organização das RAS visa organizar serviços fragmentados, centrados na assistência hospitalar e nas condições agudas de modo a reestruturá-los em um conjunto de serviços de saúde que atuem de forma integrada, cooperativa e interdependente, permitindo uma atenção contínua e integral, coordenada pela Atenção Primária da Saúde, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada, segura, com equidade e com responsabilidade sanitária e econômica pela população adscrita, gerando valor para essa população.

Em sequência à modelagem da rede, no ano de 2010, com apoio da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ENSP), a SESA/ES deu início ao processo de implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PD-APS). O processo teve como objetivo instrumentalizar as secretarias municipais de saúde, com vistas à consolidação da construção das RAS. Esperava-se com o PD-APS promover a organização da APS, com vistas à mudança das estruturas e dos processos. Foram mobilizados 2.640 profissionais de saúde na Macrorregião Norte (Região de Saúde Central e Região de Saúde Norte, do Estado do Espírito Santo), que participaram de

06 oficinas que abordaram os temas: A atenção Primária à Saúde e a Coordenação das RAS; APS no centro do sistema; diagnóstico local; gestão e organização do processo de trabalho; prontuário da família e demais instrumentos de normalização; monitoramento, avaliação e contrato de gestão por resultados.

No ano de 2015, a SESA, com apoio do Ministério da Saúde (MS), por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) e do Hospital do Coração (HCor), iniciou o processo de construção dos Planos de Intervenções Regionais (PIR). O processo teve como objetivo potencializar competências necessárias ao manejo da base teórica e instrumental para operar sobre o desenvolvimento dos sistemas regionais, com vista na integração das redes, atenção às necessidades sociais de saúde da população e o fortalecimento da regulação da atenção regional à saúde. A partir do PIR foram definidos os macro problemas da Região de Saúde Norte que passariam a servir de fundamento para compor a agenda de planejamento do sistema de saúde regional.

Dessa forma, em 2015, a SESA deu início à discussão sobre o funcionamento dos novos prédios destinados ao serviço de Atenção Ambulatorial Especializado (AAE) que foram propostos pelo Plano de Organização da Rede de Atenção à Saúde de 2009. Considerando que o ambulatório da região Norte era o que se encontrava em fase adiantada de construção e havia um compromisso firmado entre a gestão estadual e os prefeitos da Região de Saúde de que a nova unidade seria gerenciada pelo Consórcio Público da Região Norte (CIM Norte ES), a discussão foi focada nessa Região. Foram formados grupos técnicos de trabalho para discussão e elaboração da proposta do modelo de atenção, documento base e Termo de Referência (TR).

Para a organização do modelo de atenção, a região de saúde passou a contar com a parceria do Conass, que, tomando por referência os macro problemas identificados no Plano de Intervenção Regional, deu início ao processo de Planificação da Atenção à Saúde (Ata da IV Reunião Ordinária de 12/05/2016, disponível nos arquivos da Superintendência Regional de Saúde da Região Norte. São Mateus, 2016.CIR, 2016).

Por decisão do gestor estadual, a PAS foi adotada como um dos projetos prioritários do governo do estado para organização da RAS e está em fase de implantação nas demais regiões de saúde do estado.

O processo de implantação das Redes de Atenção à Saúde demanda conhecimento e atitude na busca de encontrar respostas às necessidades de saúde dos cidadãos.

ESTADO DA ARTE DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

A reforma do setor saúde, que foi empreendida em torno da hegemonia econômica nos anos 1990, ainda não logrou êxito e a continuidade do processo de reforma sanitária demanda ampliação do debate sistêmico com vistas na otimização das políticas públicas para atenção às reais necessidades de saúde dos cidadãos.

O planejamento de uma região de saúde passa, entre outras coisas, pela análise das políticas públicas, pela adequada identificação do território e da territorialidade, o que envolve compreender os conceitos e as propostas antes da implantação e/ou implementação de novos processos cujos conceitos ainda demandam maiores e melhores conhecimentos.

A organização de redes regionalizadas de atenção à saúde vem se constituindo, ao longo do tempo, como uma das principais propostas de reforma do sistema brasileiro, sendo fundamentada em experiência de países que construíram sistemas universais. Essa proposta vem sendo adotada por vários estados brasileiros, como é o caso do Estado do Espírito Santo.

A Região de Saúde Norte é composta por 14 municípios (Água Doce do Norte, Barra de São Francisco, Boa Esperança, Conceição da Barra, Ecoporanga, Jaguaré, Montanha, Mucurici, Nova Venécia, Pedro Canário, Pinheiros, Ponto Belo, São Mateus e Vila Pavão), com IDH de 0,673 (pela mediana dos IDH-M - 0,74 ES – IBGE 2010) e apresenta o maior vazio assistencial de serviços de saúde do Estado do Espírito Santo.

Essa região conta com 152 Unidades Básicas de Saúde, distribuídas nos 14 municípios, apresentado 83,5% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família (quadro 2).

QUADRO 2 – Distribuição da população e dos serviços de APS por município da Região Norte do Espírito Santo, 2018

REGIÃO NORTE	POPULAÇÃO IBGE (2015)	IDH (2010)	TOTAL UBS	ACS		ESF		ESB		NASF
				IM-PLAN TADO	POP. COB.	IMP. (ABR. 2016)	POP. CO-BERTA.	IMP. (ABR. 2016)	POP. CO-BERTA	IM-PLAN TADO (ABRIL 2016)
Água Doce do Norte	12.025	0,652	5	32	100%	5	100%	4	100%	1
Barra de São Francisco	44.599	0,683	25	94	100%	10	84%	0	0%	0
Boa Esperança	15.318	0,679	8	34	100%	6	100%	4	97%	1
Conceição da Barra	31.127	0,681	10	67	100%	9	100%	6	89%	1
Ecoporanga	24.271	0,662	8	61	100%	7	100%	6	90%	0
Jaguarié	28.644	0,678	11	51	100%	7	95%	7	95%	0
Montanha	19.224	0,667	7	38	100%	6	100%	4	77%	0
Mucurici	5.885	0,666	4	16	100%	3	100%	3	100%	0
Nova Venécia	50.294	0,712	21	116	100%	9	67%	8	59%	1
Pedro Canário	26.128	0,654	7	40	96%	3	43%	1	14%	0
Pinheiros	26.589	0,673	11	49	100%	7	99%	4	57%	0
Ponto Belo	7.749	0,669	5	18	100%	3	100%	2	85%	0
São Mateus	124.575	0,735	25	198	100%	17	52%	11	34%	0
Vila Pavão	9.368	0,681	5	23	100%	2	79%	0	0%	0
Total	425.796	0,673	152	837	-	94	-	60	-	4

Ao longo dos últimos 15 anos, o Estado do Espírito Santo adotou inúmeras iniciativas visando organizar sua atenção à saúde: os Planos Diretores de Regionalização, o Pacto pela Saúde, o Plano de Organização da Rede de Atenção à Saúde da macrorregião Norte, o Plano Diretor da Atenção Primária com suas linhas de cuidado, os Planos de Ação das Redes Prioritárias de Atenção à Saúde, os inúmeros Planejamentos Estratégicos Estaduais, Plano de Intervenção Regional e, atualmente a Planificação da Atenção à Saúde.

Essa última não se apresenta como nova opção, mas como estratégia para resgatar e integrar todas as iniciativas anteriores.

De acordo com Mendes, o processo de Planificação da Atenção à Saúde vem sendo aprimorado há mais de 10 anos. O autor define essa Planificação como a sexta geração do Plano Diretor da Atenção Primária, que vem sendo aprimorado ao longo dos anos em uma série de laboratórios desenvolvidos pelo Conass.

O início da planificação no Espírito Santo ocorreu em julho de 2016, com o lançamento da proposta junto aos prefeitos e aos gestores da região e segue com a realização das oficinas, mobilização das equipes gerenciais da Secretaria Estadual de Saúde e dos municípios, paralelamente à preparação da abertura do centro de especialidades, Unidade de Cuidado Integral à Saúde – Rede Cuidar Norte com o objetivo maior de romper com o modelo de atenção fragmentado no qual o cuidado à saúde é prestado nos diversos níveis de atenção à saúde, sem integração com a APS.

A Região de Saúde Norte do ES, por meio da SESA – nível central e Superintendência Regional de Saúde (SRS) e em articulação com os gestores no espaço colegiado Comissão Intergestores Regional (CIR) Norte, passou a discutir sistematicamente todos os pontos da proposta de implantação de um centro de consultas especializadas que, posteriormente, foi denominado “Unidade de Cuidado Integral à Saúde – Rede Cuidar Norte”. Foi feito longo e contínuo processo de discussão e decisões envolvendo: momentos de tomada de decisão entre gestores (prefeitos e secretários municipais de saúde); estudo de custeio; definição da carteira de serviços por linhas de cuidado para hipertensão, diabetes, saúde da mulher e da criança e oncologia, a ser implantada; elaboração dos protocolos clínicos; realocação da Programação Pactuada Integrada (PPI); realocação de recursos financeiros oriundos do Fundo Estadual de Saúde e do Fundo Municipal de Saúde, em contrato de rateio utilizados pelo CIM Norte; termo de cooperação entre municípios e a SESA e elaboração de contrato de programas pela SESA com o consórcio CIM Norte.

O processo de trabalho envolveu diversos momentos, desde o lançamento oficial da proposta da PAS na Região, tais como: a realização de oficinas com temas específicos nos 14 municípios pertencentes à Região de Saúde Norte do ES; oficina de preparação de facilitadores regionais;

oficinas de tutoria em cinco Unidades de Saúde denominadas “Unidades Laboratório”; reuniões mensais de alinhamentos conceituais e preparação das oficinas municipais; reuniões semanais com o Secretário de Estado da Saúde, sua equipe técnica da SESA e com o Consórcio Público de Saúde CIM Norte; e reuniões mensais do Grupo Condutor Regional da Planificação, que teve o papel de conduzir, junto à Superintendência Regional de Saúde Norte do ES e a CIR Norte, todo o planejamento, operação e monitoramento dos diversos processos de trabalho instalados para atingimento das metas estabelecidas.

A Região, no percorrer dessa experiência, foi definida como Região de Saúde “Laboratório”, junto ao Conass e SESA, para posterior replicação de sua experiência em todas as demais regiões de Saúde do ES: Central, Metropolitana e Sul. Os dois projetos – “Planificação da Atenção à Saúde e implantação da Rede Cuidar Norte” foram construídos paralelamente e, em setembro de 2017, a primeira unidade da Rede Cuidar do ES foi então implantada em Nova Venécia/ES, com início do processo de integração entre a APS e a AAE.

Os gestores tiveram papel relevantes nesse processo, coordenado e articulado em nível regional e central pela SESA. A articulação e definição de processos de trabalho, conduzidos pelos técnicos da SRS, das referências técnicas estadual e municipais foram decisivas para a operacionalização do processo.

Muitos impactos positivos podem ser observados nessa proposta, ainda em curso, conforme relatos do Grupo Condutor Regional: grande motivação das equipes técnicas, gestores e profissionais de saúde; resgate das ações de planejamento pelas equipes; aproximação e integração dos municípios para o fortalecimento regional; incorporação e aplicabilidade dos princípios do SUS (integralidade, equidade, controle social); integração da Vigilância em Saúde com a APS e AAE; discussão regionalizada dos protocolos assistenciais por todos os componentes da rede de serviços; melhor entendimento do papel de cada um na rede de atenção à saúde, com corresponsabilidade e cogestão; compartilhamento de conhecimentos e práticas; melhorias na integração e comunicação entre as equipes Municipais, SRS e SESA nível central; definição da agenda prioritária da gestão municipal e gestão estadual; envolvimento dos prefeitos no processo;

n. 31

*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*

apoio do CONASS em todo processo, de forma presencial, na região e nos municípios; maior interação entre os gestores municipais e suas equipes de saúde; maior valorização do espaço CIR; reorganização dos processos de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde dos municípios; aproximação e apoio da Superintendência Regional junto às equipes, por ocasião das oficinas e tutorias; melhoria na tomada de decisão entre os gestores, o que pode ser observado através das Resoluções de CIR nos últimos dois anos; integração entre os níveis primário e secundário de atenção após a implantação da Rede Cuidar Norte; empoderamento da Região de Saúde, com ascensão positiva no cenário estadual, e o mais importante, a satisfação dos usuários.

Na APS, também pode-se destacar: redimensionamento de população por Agente Comunitário de Saúde; atendimento por bloco de horas; administração de penicilina na UBS; implantação do cartão espelho, por faixa etária, na sala de vacina; unidades de saúde abertas em horário integral; mapa inteligente em todas as Unidades de Estratégia Saúde da Família; implantação do prontuário eletrônico; e envolvimento e empoderamento de cerca de dois mil profissionais, diretamente no processo de planificação.

Alguns desafios se colocam, como garantir a sustentabilidade para a continuidade da melhoria dos processos de trabalho; elaboração do Plano de Ação de Investimentos Regionais para melhorias na estrutura das UBSs, transporte sanitário e demais componentes da RAS, com disponibilidade de recursos – humanos, materiais e infraestrutura, discutidos e pactuados de forma bipartite; reduzir a rotatividade de profissionais, bem como a precariedade dos vínculos empregatícios; e a regulação pela APS de algumas condições crônicas.

Observa-se que a experiência vem organizando a rede de atenção à saúde na região, com a APS fortalecida e integrada com a AAE, bem como o fortalecimento da governança regional.

Há ainda longo caminho a ser trilhado, mas a Região de Saúde já vem mostrando maturidade no planejamento regional e pistas concretas de que está no caminho certo.

ESTADO DE GOIÁS

CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO

O estado de Goiás, localizado na Região Centro-Oeste do Brasil, é o mais populoso com 6.778.831 habitantes (IBGE – 2017), distribuídos em uma área de 340.111,376 km². Faz limites com Tocantins (Norte); Minas Gerais (Sul e Leste); Mato Grosso (Oeste); Bahia (Nordeste); Mato Grosso do Sul (Sudoeste) e o Distrito Federal. Possui 246 municípios divididos em 18 regiões de saúde. A densidade demográfica é de 30,2 habitantes por km². O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em 2010 era de 0,735. O estado tem como principais atividades econômicas a agropecuária, atividades extrativistas, serviços e indústria (GOIÁS, 2016).

A expectativa de vida em Goiás é de 74,2 (2016). A mortalidade infantil 12,23/mil nascidos vivos, sendo que a taxa de mortalidade neonatal precoce é de 6,56/1000 nascidos vivos e de mortalidade pós neonatal 3,25/1000 nascidos vivos. A razão por morte materna 56,62%. A taxa de morte por acidente de transporte em 2017, segundo Conecta SUS/SES/GO, foi de 20,1% e a proporção de internações por causas sensíveis a Atenção Básica, encontrada em 2017, foi de 6,12%. Evidencia-se, no estado, que as principais mortalidades proporcionais por grupos e causas são: doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório e neoplasias (GOIÁS, 2016).

Goiás tem uma cobertura populacional de: 73% de atenção básica; 65,75% de Estratégia de Saúde da Família e de 59% em saúde bucal. 18% da população têm plano de saúde entre 9/2017–9/2018 (BRASIL, 2018).

ESTADO DA ARTE DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

A Planificação da Atenção à Saúde em Goiás faz parte do Programa de Governo “Mais Saúde para Goiás” e teve início em setembro de 2015, com oficinas de alinhamento conceitual, para quatorze mil profissionais da ESF. A gestão estadual pactuou realizar as oficinas da APS em todo estado, cabendo ao Conass formar os facilitadores estaduais, para que esses reproduzissem as referidas oficinas nas 19 regiões de saúde. Até o início de 2018, 14 mil profissionais das ESF haviam participado das oficinas para alinhamento conceitual.

Considerando os indicadores do estado de Goiás de mortalidade materna 56,62/100 mil nascidos vivos (2015) e infantil 12,23/mil nascidos vivos (2015), a SES/GO priorizou as linhas do cuidado da criança e da gestante. Tendo como base esses indicadores, a gestão estadual escolheu a região do Entorno Sul para que se iniciassem as oficinas tutoriais da APS, já que os sete municípios daquela região estão entre os 30 municípios de Goiás com os piores indicadores de mortalidade materno infantil e fazem parte do programa Siga Bebê, que tem como objetivo reduzir a mortalidade materno-infantil no estado para 10,6 óbitos por mil nascidos vivos até 2018 (GOIÁS, 2018).

A região do Entorno Sul é composta por sete municípios, possui 812.707 habitantes e tem como sede o município de Luziânia. A cobertura da ESF na região varia de município para município, onde se encontra uma cobertura de 95,0% a 32,0%. O mesmo acontece com a cobertura de saúde bucal, que varia de 63,5% a 8,7%. No total a região tem 63,7% de cobertura de ESF e 28,3% da ESB (GOIÁS, 2018).

Entre as principais ações e serviços que a região do Entorno Sul oferta estão as UBS com suas 114 equipes de saúde da família, sete NASF, quatro CEO, cinco UPAs, seis CAPS, SAMU e seis hospitais de pequeno porte que funcionam como ambulatorios e, destes, um funciona também como maternidade para atender as gestantes de risco habitual, entretanto, só é como referência para o município de Cristalina.

As oficinas tutoriais da APS na região do Entorno Sul iniciaram o processo em junho de 2016 e, apesar das dificuldades por que passam os municípios, muitos macro e microprocessos foram implantados. Entre os processos que estão em desenvolvimento, destaca-se a construção e aplicação dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP), pelas equipes de saúde, a construção dos fluxogramas, a territorialização, cadastramento e classificação de risco das famílias, levantamento das subpopulações e a estratificação de risco das gestantes e crianças até dois anos, implantação do bloco de horas e da agenda não restritiva. Esse processo está sendo expandido para mais 20 unidades.

O estado de Goiás possui como referência para criança e gestante de risco nos municípios de Anápolis e Goiânia. Tendo como foco a organização das linhas de cuidado priorizadas, a SES/GO em 2017 pactuou com o Conass iniciar, no segundo semestre de 2017, a PAS na APS e AAE na região de

Pireneus, cuja sede da região é o município de Anápolis que é composta por 10 municípios, possui população estimada de 500.652 habitantes (2016), sendo que Anápolis possui 74,0 % da população da região (GOIÁS, 2016).

A região de Pireneus possui cobertura populacional de 62,44% da ESF e 65,23% de cobertura populacional na APS. Em relação a saúde bucal a cobertura populacional na ESF é de 76,12% e na atenção básica de 81,7%. Com relação a atenção secundária a região possui três CAPS, um Centro Especializado em Reabilitação (CER), um Serviço de Assistência Especializada (SAE), uma Central de Regulação de Urgência, cinco laboratórios públicos e três privados e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu). Na atenção hospitalar Pireneus conta com 1.322 leitos sendo 1.032 SUS, 41 UTI Adulto, 19 UTI pediátrico, 10 UTI Neonatal, 13 UCI Adulto e 15 UCI neonatal convencional. A região apesar de ter desenhado na rede cegonha, o fluxo para gestante e criança de baixo, médio e alto risco, não funciona com a característica de rede de atenção à Saúde. Os equipamentos não são regulados e são todos porta aberta.

As oficinas tutoriais na APS iniciaram em agosto de 2017 em nove municípios da região em 10 unidades laboratório. Atualmente a região está em processo de expansão para mais 40 UBS.

O processo da Planificação da AAE, na região de Pireneus, iniciou em setembro de 2017, tendo como meta inicial a organização da assistência à saúde da mulher e da criança, com foco no cuidado a gestante e criança de alto risco. Para alcançar a meta proposta foram realizadas reuniões com a equipe da SMS de Anápolis, prestadores de serviço, universidades que possuem residência em pediatria e obstetrícia na região. Técnicos da SES/GO apresentaram a Planificação, o processo de tutoria e foi elaborando o plano de ação com atividades que possibilitaram conhecer a realidade da AAE na região e, dessa forma, propor ações para a organização do fluxo.

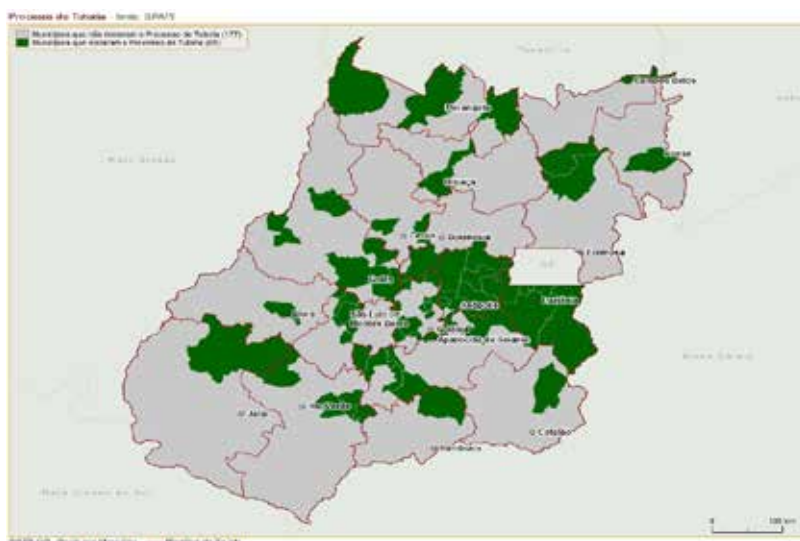
As equipes de saúde da família já realizaram a territorialização, o cadastramento e classificação de risco das famílias, construíram os fluxogramas estão operacionalizando os POPs (imunização, recepção, curativo, acolhimento), implantaram bloco de horas e agenda não restritiva, iniciaram o levantamento das subpopulações para iniciarem a estratificação de risco. Os enfermeiros realizam as consultas de enfermagem no pré-natal e na puericultura.

n. 31

*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*

Em abril de 2017, atendendo o interesse da gestão estadual em expandir a tutoria para outras regionais foi pactuado que 80 técnicos da SES/GO seriam qualificados pelos facilitadores do Conass para realizarem a expansão da tutoria da APS no estado. Atualmente todas as 18 regiões iniciaram a tutoria, sendo que algumas dessas, em apenas um município como unidade laboratório. Ao todo são 69 municípios com o processo de tutoria iniciados. Das 18 regiões, apenas na região de Pireneus acontece a tutoria da APS e AAE (Figura 3).

FIGURA 3 – Mapa do estado de Goiás e suas respectivas regiões de saúde



FONTE: SPAS/SES/GO.

No quadro 4, a seguir apresentado, pode ser observado os municípios que realizaram as oficinas teóricas, tutorias e profissionais envolvidos no processo. Ressalta-se que todos os 248 municípios de Goiás realizaram as oficinas teóricas da APS perfazendo um total de 14 mil profissionais participantes. Atualmente, todas as 18 regiões iniciaram a tutoria, sendo que algumas dessas em apenas um município como laboratório. Ao todo são 69 municípios com o processo de tutoria iniciados. Das 18 regiões apenas na região de Pireneus acontece a tutoria da APS e AAE. O quadro 4 mostra as regiões de saúde, municípios, oficinas e tutoria realizadas no estado.

QUADRO 4 – Distribuição da Planificação da Atenção à Saúde nas regiões de saúde de Goiás, por municípios, número de profissionais, oficinas e tutorias realizadas

REGIÃO/ MUNICÍPIO SEDE	MUNICÍ- PIOS DA REGIÃO	MUNICÍ- PIOS PLANIFICA- ÇÃO	N. PRO- FISSIO- NAIS DE SAÚDE	N. OFICINAS REALIZADAS	MUNICÍPIOS NA TUTORIA	N. TUTORIAS REALIZADAS	
	N.	N.	N.	N.	N.	APS	AAE
Central – Goiânia	26	26	13.729	6	14	4	–
Pireneus – Anápolis	10	10	4.830	6	9	7	4
Sudoeste I – Rio Verde	18	18	5.469	6	4	2	–
Oeste II – São Luís de Montes Belos	10	10	3.107	6	6	3	–
Entorno Sul – Luziânia	7	7	7.859	6	7	16	–
Rio Vermelho – Cidade de Goiás	17	17	5.064	6	5	5	–
Norte – Porangatu	13	13	3.246	6	3	6	–
Centro Sul – Aparecida de Goiânia	25	25	10.403	6	9	7	–
São Patrício I – Ceres	20	20	4.324	6	2	2	–
São Patrício II Goianésia	8	8	3.409	6	1	2	
Nordeste I – Campos Belos	5	5	1.256	5	1	3	

REGIÃO/ MUNICÍPIO SEDE	MUNICÍ- PIOS DA REGIÃO	MUNICÍ- PIOS PLANIFICA- ÇÃO	N. PRO- FISSION- AIS DE SAÚDE	N. OFICINAS REALIZADAS	MUNICÍPIOS NA TUTORIA	N. TUTORIAS REALIZADAS	
	N.	N.	N.	N.	N.	APS	AAE
Serra da Mesa – Uruaçu	9	9	2.741	6	1	2	
Estrada de Ferro – Catalão	18	18	3.427	6	1	3	
Nordeste II – Posse	11	11	2.340	6	1	3	
Sudoeste II – Jataí	10	10	3.306	6	1	2	
Oeste I – Iporá	16	16	3.850	6	1	2	
Entorno Norte – Formosa	8	8	2.715	6	2	3	
Sul – Itumbiara	12	12	4.677	6	1	3	

FONTE: SPAIS/SES/GO.

ESTADO DO MARANHÃO

CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO

O estado do Maranhão está localizado no extremo noroeste da Região Nordeste. Limita-se com três estados: Piauí (leste), Tocantins (sul e sudoeste) e Pará (oeste), além do Oceano Atlântico (norte). Com área de 331.937,450 km², possui 217 municípios. A Estimativa Populacional em 2016 foi de sete milhões de habitantes (IGBE 2016a).

A cidade mais populosa do Maranhão é a capital São Luís. Outros municípios com população superior a 100 mil habitantes são Imperatriz, São José de Ribamar, Timon, Caxias, Codó, Paço do Lumiar, Açailândia e Bacabal. O Índice de Desenvolvimento Humano é 0,639, (IBGE, 2010d). O estado apresentou, em 2014, a menor renda *per capita* do país, no valor de

R\$ 461,00, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), ressaltando-se que 25,0% da população vivem em condições de extrema pobreza (BRASIL, 2014a).

Ainda de acordo com o censo 2010, a população feminina maranhense era de 3.310.823 habitantes (50,4% do total) e a população masculina, 3.258.860 habitantes (49,6% do total). A maioria dessa população encontra-se na faixa etária de 20 a 49 anos. A população idosa representa 8,63% da população total. Em 2012, a expectativa de vida ao nascer era de 74,1 anos para as mulheres e 66,6 anos para os homens (BRASIL 2012a).

A taxa de mortalidade geral (taxa bruta) preliminar do Maranhão para 2011 era de 5,1 óbitos por 1.000 habitantes. As principais causas de óbito por capítulo do Capítulo Internacional de Doenças (CID 10) estavam relacionadas às doenças do aparelho circulatório, causas externas, neoplasias, doenças do aparelho respiratório, e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e doenças do aparelho digestivo (IBGE, 2015a).

A taxa de mortalidade infantil em 2015 apresentou-se em 15,2/1.000 nascidos vivos, sendo 8,47 por mil nascidos vivos são referentes a mortalidade neonatal precoce, 2,48 ao coeficiente de mortalidade neonatal tardia e 4,26 ao pós-neonatal. A Razão de Mortalidade Materna era de 107/100 mil nascidos vivos em 2014. A meta estabelecida até o fim de 2015, pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio da ONU, era chegar a 35 mortes por 100 mil nascimentos (IBGE, 2015a).

Em análise da mortalidade proporcional, evidencia-se que existe dominação das afecções originadas no período perinatal e malformações congênitas, que correspondem a 63,81% do total dos óbitos de menores de um ano. As causas externas são a principal causa de óbitos de 1 aos 49 anos de idade, com destaque para a faixa etária de 10 a 29 anos (BRASIL, 2015a).

Na faixa etária de 20 a 39 anos, os principais óbitos estão relacionados às causas externas, doenças do aparelho circulatório, doenças infecciosas e parasitárias e as neoplasias. Destaca-se que, no capítulo de doenças infecciosas e parasitárias, estão incluídas doenças importantes como HIV, hepatites virais e tuberculose.

Quando analisada a faixa etária das pessoas idosas, entre 60 a 79 anos, verifica-se um predomínio das doenças do aparelho circulatório, seguida da neoplasia e doenças do aparelho respiratório. Enquanto na faixa acima

de 80 anos de idade as doenças do aparelho respiratório toma o lugar das neoplasias, passando essa para terceira causa. A proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica é de 43,94% (BRASIL, 2015a).

Em relação à oferta de serviços e de ações de saúde na APS, o estado do Maranhão conta com 1.613 UBS e cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de 84,4%, cobertura de Agentes Comunitários da Saúde de 89,46% e cobertura de Saúde Bucal de 62,07% (MARANHÃO, 2018). Verifica-se que 92,6% da população é SUS dependente.

O ESTADO DA ARTE DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE (PAS)

O Maranhão está dividido política-administrativamente em 19 Regiões de Saúde que se agrupam em oito macrorregiões que são a base para o planejamento em saúde do estado, tendo como propósito garantir as ações e os serviços de promoção, proteção, atendimento ambulatorial, apoio diagnóstico e hospitalar (MARANHÃO 2018). Cada Região de Saúde é organizada em Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), que são responsáveis pelo planejamento, gerenciamento e monitoramento das ações e dos serviços de saúde em determinado território, tendo por objetivo dar apoio técnico e administrativo aos municípios.

A Região de Saúde selecionada para dar início à PAS no estado foi a de Caxias, seguido do município de Balsas e da Região de Timon (figura 4). Em todas as regiões, a linha de cuidado escolhida pelo estado foi a materno-infantil, justificada devido ao quadro epidemiológico da região que se apresenta com indicadores elevados de óbitos maternos e infantis.

FIGURA 4 – Mapa das Regiões do estado do Maranhão, com destaque para as que estão desenvolvendo a Planificação da Atenção à Saúde



FONTE: SES/MA.

Em 2015, deu-se o início a Planificação da Atenção Primária à Saúde (PAPS) na Região de Caxias, que abrange sete municípios com população total de 276.662 habitantes, correspondendo a 4,35% da população do estado, sendo Caxias o município-polo. Em março de 2017, já desenvolvendo a PAS, houve a expansão para o município de Balsas, que dispõe de população de 83.528 habitantes, equivalendo a 3,66% da população do estado e, em maio desse mesmo ano, para a Região de Saúde de Timon que comporta quatro municípios e dispõe de população de 231.130, representando 3,63% da população do estado. Timon é o município-sede da PAS.

O processo de Planificação na Região de Caxias foi iniciado em setembro de 2015 com a Oficina Mãe Rede de Atenção à Saúde (RAS) e, em novembro, começaram as oficinas teóricas envolvendo todos os profissionais das unidades de saúde e profissionais de outros pontos de atenção, totalizando um contingente de 1.600 pessoas capacitadas.

Para operacionalização do processo, a região foi subdividida em dois polos – Caxias e Coelho Neto –, devido ao quantitativo de profissionais a serem qualificados. Foram realizadas oito oficinas teóricas, com conclusão do processo no final em agosto de 2016. Paralelamente às oficinas teóricas,

deu-se início, em abril de 2016, nas Unidades Laboratório dos polos de Caxias e Coelho Neto, a Tutoria na APS, visando à reorganização e qualificação dos macro e microprocessos da APS, e em junho de 2017, começou a tutoria na AAE, no Centro Especializado em Atendimento Materno-Infantil (Ceami), localizado no município de Caxias, que é a referência para a atenção às gestantes e crianças de alto risco dos sete municípios da região. As oficinas de tutoria na APS e AAE continuam sendo desenvolvidas.

Para a realização da tutoria na APS, foi selecionada uma unidade laboratório em cada município, sendo que em Caxias, além da unidade laboratório, o processo deu-se também em mais cinco unidades de saúde. No início de 2018, a planificação foi expandida para todas as unidades dos sete municípios da região.

O Sistema de Saúde da Região de Caxias está organizado nos sete municípios por 69 UBS, 94 Equipes da ESF, 53 Equipes de Saúde Bucal (ESB) e 705 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), quatro CAPS, cinco Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), uma Unidade Mista, um Ceami, um Centro de Reabilitação, uma Policlínica de Atendimento Médico, duas Maternidades, um Hospital Geral Municipal, um Hospital Infantil, um Hospital Macrorregional, um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e dois Polos de Academias de Saúde (SES/MA, 2018). A cobertura de Atenção Básica é de 100% (MARANHÃO, 2015).

A Região de Balsas possui população de 232.150 habitantes, sendo composta por 14 municípios. O processo da PAS foi implantado somente no município de Balsas, em março de 2017, pela SES/MA, em parceria com a Opas, com apoio do Conass, que se desenvolve por meio de projeto voltado para a redução da mortalidade infantil e materna. Foram realizadas sete oficinas teóricas com início em março de 2017, contando com a participação de 550 profissionais. A partir de junho, foi iniciada a tutoria na APS e na AAE. Foi acordado, em março de 2018, após reunião do Conass com o secretário de Estado da Saúde do Maranhão e o grupo condutor estadual da planificação, a implantação da PAS nos demais municípios da região. A cobertura de APS, nessa região, é de 99,3% (MARANHÃO, 2018).

Na Região de Saúde de Timon, o processo da PAS foi instaurado com a Oficina Mãe, em maio de 2017. Em virtude de problemas técnicos administrativos da SES/MA a planificação não foi iniciada com as oficinas teóricas

para os profissionais da rede. No mês de junho, implantou-se a Tutoria na APS em três unidades de saúde do município de Timon e em uma unidade nos demais municípios (Parnarama, São Francisco e Matões), como também a tutoria na AAE. As oficinas teóricas foram iniciadas em abril de 2018.

O Sistema de Saúde da região de Timon conta com 60 UBS, 89 equipes de ESF, 85 ESB, 595 ACS, 10 NASF, cinco CAPS, dois CEOs, cinco centros especializados, uma UPA e quatro hospitais. A cobertura de Atenção Básica nessa região é de 100% (MARANHÃO, 2018).

O processo de tutoria permanece nas duas regiões e no município de Balsas, conforme referido anteriormente, com o acompanhamento mensal do Conass, SES e gestão municipal.

Foram vislumbrados vários avanços, após a PAS, quanto à organização e qualificação do processo de trabalho das equipes, trabalhados em macro e microprocessos: territorialização, com o cadastramento dos usuários e identificação das subpopulações das linhas de cuidado prioritárias e classificação de risco das famílias com elaboração do plano de cuidado familiar; elaboração e implantação dos fluxos internos das unidades; organização da demanda por bloco de horas, monitoramento e avaliação por meio do painel de bordo, elaboração de Procedimento Operacional Padrão (POP) para Imunização, Esterilização, Higienização e Limpeza, Recepção e Curativo e iniciada a discussão sobre o autocuidado apoiado. Vale destacar reformas e pintura em várias Unidades Laboratórios e do Ceami e a construção de UBS nos municípios.

Entre as oficinas de tutoria, realizaram-se cursos de curta duração nas temáticas: Teste do Pezinho, Teste do Olhinho e Teste da Orelhinha; POP de imunização; estratificação de risco das gestantes e crianças e pré-natal para médicos e enfermeiros. Foi realizada uma Oficina sobre Segurança do Paciente na APS e para discussão das diretrizes de saúde bucal na região.

Em análise do AAE também são identificados muitos avanços: o Ceami funcionava atendendo a várias especialidades médicas; com o processo da planificação passou por uma reforma estrutural e organizacional. Compõem o corpo profissional do Ceami somente as especialidades referentes ao atendimento às gestantes e crianças estratificadas como alto risco; as demais especialidades, paulatinamente, foram transferidas para o Posto de Atendimento Médico (PAM) do município. Com o processo da planificação, deu-se início

à formação de equipe multiprofissional composta por obstetra, pediatra, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudióloga e assistente social para atender as gestantes e crianças de alto risco, encaminhadas das unidades de saúde dos sete municípios da região e organização do fluxo para uma Atenção Contínua, conforme Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).

Para o funcionamento do ambulatório na nova lógica do MACC, houve momentos de discussão conceitual sobre o modelo, capacitação dos profissionais, construção de instrumentos e fluxos, bem como interação com os profissionais da APS. Apesar das dificuldades enfrentadas, o Ceami está funcionando de acordo com proposta da atenção ambulatorial especializada, atendendo as gestantes e crianças de alto risco, por meio de atenção contínua e compartilhada com os profissionais da APS, sendo muito bem avaliado, por ocasião das auditorias.

Relativamente às tutorias desenvolvidas, no quadro 5 a seguir, pode ser verificado o contingente de municípios contemplados e tutorias na APS e AAE realizadas.

QUADRO 5 – Distribuição da Planificação da Atenção à Saúde nas regiões de saúde do Maranhão, por municípios, número de profissionais, oficinas e tutorias realizadas

CRS	MUNICÍPIOS DA REGIÃO	MUNICÍPIOS NA PLANIFICAÇÃO		N. PROFISSIONAIS DE SAÚDE	N. OFICINAS REALIZADAS	N. TUTORIAS REALIZADAS	
	N.	N.	%			APS	AAE
Caxias	07	07	100%	1.600	09	15	06
Timon	04	04	100%	1.400	02	06	06
Balsas	14	01	7,14%	550	07	03	03
TOTAL	25	12	–	3.550	18	24	15

ESTADO DO PIAUÍ

CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO

O estado do Piauí está localizado no noroeste da região Nordeste e limita-se com o oceano Atlântico ao norte; Ceará e Pernambuco ao leste;

Bahia ao sul e sudeste, Tocantins ao sudoeste e Maranhão ao oeste e noroeste. Possui uma área de 251.577,738 km², distribuídos em 224 municípios. Entre os 224 municípios, apenas dois (Teresina e Parnaíba) apresentam população superior a 100.000 habitantes. O Piauí registrou população de 3.118.360 habitante no último censo e a estimativa de 3.212.180 habitantes para 2016. Em 81 municípios, a população encontra-se distribuída entre 10.000 a 20.000 habitantes e, em 83, a concentração populacional é inferior a 5.000 habitantes. A região centro e norte do estado e, principalmente a capital, Teresina, concentram população da ordem de 847.430 habitantes, correspondendo a 26,11% da população de todo o estado (IBGE, 2016b).

O segundo município mais populoso é Parnaíba, com população estimada para 150.201 habitantes. Desse contingente populacional 65,77% dos habitantes está distribuído em zonas urbanas e 34,23%, em zona rural (IBGE, 2016b).

A população de idosos do estado é de 381.877 pessoas, o que corresponde a 11,88% e apresenta uma esperança de vida ao nascer de 71,11 anos. A renda *per capita* é da ordem de R\$ 6.051,00 e o índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,646 (IBGE, 2016). A Síntese de Indicadores Sociais de 2015 (IBGE, 2016) registra mortalidade infantil de 19,72/mil nascidos vivos. Nesse mesmo ano, em relação ao número de nascidos vivos, o Piauí registrou 49.253 e a Planície Litorânea, 4.284 nascimentos, onde está localizado o município de Parnaíba (DATASUS, 2016).

O estado, no ano de 2015, apresentou o coeficiente de mortalidade infantil de 14,8/1000 nascidos vivos, sendo neonatal precoce: 8,4; neonatal tardia: 2,4 e pós neonatal: 4,0. Para a Planície Litorânea, a mortalidade infantil foi de 16,8 (neonatal precoce – 9,8; neonatal tardia – 4,2 e pós neonatal – 4,2). O coeficiente de mortalidade materna no Piauí, para o mesmo período, foi de 83,24/100 mil nascidos vivos. A taxa de mortalidade por acidentes de trânsito no estado é de 34/100 mil habitantes, sendo 1.131 mortes por acidentes de transporte no total, e 82 casos na Planície (DATASUS, 2016).

A proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) no Piauí é de 41,58 e, na Região da Planície Litorânea, de 36,39 (DATASUS, 2016).

O Piauí é uma unidade federativa autônoma com 224 municípios agrupados em 11 Territórios de Desenvolvimento (TD) e, para efeitos da área

da saúde, reagrupados em quatro macrorregiões: a) Macrorregião Litoral, com 34 municípios; b) Macrorregião Meio Norte, com 46 municípios; c) Macrorregião Semiárido, com 70 municípios e d) Macrorregião Cerrados, com 74 municípios (figura 5).

FIGURA 5 – Mapa do estado do Piauí por regiões de saúde



FONTE: PDR/SESAPI.

No Piauí, 88,0% da população depende diretamente da assistência pública do SUS. No que diz respeito à oferta de serviços e de ações de saúde, o estado apresenta 943 Equipes de Saúde da Família (ESF) habilitadas, alcançando ampla cobertura (98.86%). Somente 65 municípios, ou 28,0% apresentam cobertura menor que 100%. Esse nível de atenção conta ainda com 46 ESF do Programa de Valorização da Atenção Básica (ProvaB), 304 Equipes do Programa Mais Médico, 1.010 ESB Modalidade I, 55 ESB Modalidade II, 7.166 ACS. Possui ainda 31 Centros de Especialidades Odontológicas, 62 CAPS, 152 academias de saúde habilitadas, 82 NASF tipo I, 58 NASF tipo 2 e 99 NASF tipo III, além de três NASF intermunicipais (PIAÚI, 2018).

ESTADO DA ARTE DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE (PAS)

A PAS, no estado do Piauí, foi iniciada pela Macrorregião Litoral, que é formada por duas Regiões: Cocais e Planície Litorânea. A região escolhida

para começar a PAS foi a segunda, cuja sede é Parnaíba, que possui boa cobertura de serviços de saúde e excelente malha viária facilitando a implantação de RAS.

Os 11 municípios da região que aderiram à PAS foram divididos em três polos, cada um com um município-sede: Polo I – Luís Correia, Ilha Grande, Cajueiro da Praia e Parnaíba como município-sede; Polo II – Caraúbas do Piauí, Murici dos Portelas, Bom Princípio do Piauí, Caxingó e Buritis dos Lopes como município-sede; e o Polo III – Cocal dos Alves e Cocal, este último, como município-sede.

O quadro 6, demonstrado abaixo, apresentado pela Sesapi no início da PAS informa a situação populacional e cobertura da atenção básica na região.

QUADRO 6 – Distribuição dos municípios que participam da PAS, população, cobertura da Estratégia Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) Equipe de Saúde Bucal (ESB) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	EQUIPE ESF	COBERTURA %	ACS	ESB	NASF
Bom Princípio	5.407	3	100	14	3	
Buriti	19.202	9	100	49	9	1
Cajueiro	7.321	4	100	18	4	
Caraúbas	5.634	3	100	14	2	
Cocal	20.067	13	100	65	6	2
Cocal dos Alves	5.635	3	100	14	2	
Ilha Grande	9.069	5	100	31	5	1
Luís Correia	29.034	15	100	55	9	2
Murici	8.714	4	100	22	4	
Caxingó	5.174	2	100	9	1	
Parnaíba	147.732	41	73	270	23	3
TOTAL	262.989	102	91,6	561	68	9

FONTE: SESAPI/2016.

Na AAE registra-se um ambulatório, sob gestão municipal no município de Parnaíba, um hospital regional e dois hospitais de pequeno porte.

A linha de cuidado escolhida foi a Materno Infantil considerando o trabalho desenvolvido na região com o planejamento e negociação para implantação da Rede Cegonha. Devido ao quadro epidemiológico da região e considerando os pontos de atenção disponíveis foi realizado o acréscimo da Rede de Hipertensão e Diabetes. Outras iniciativas para implantação de redes em curso contemplam a Rede de Atenção Oncológica e a Rede de Urgência e Emergência.

O processo de planificação no estado foi iniciado com a realização da Oficina Mãe, em maio de 2017, quando foi firmado o compromisso de participação dos 11 municípios da região (100%). Após a capacitação dos facilitadores foi elaborado calendário para o desenvolvimento das seis Oficinas/Tutorias subsequentes.

Destaca-se o esforço em incentivar a participação dos técnicos das SMS e da Sesapi, ambas, importantes protagonistas em cada Oficina desenvolvida. Ressalta-se que alguns municípios realizaram as oficinas com os profissionais em datas diferentes da programada, devidos a fatores operacionais, contando para isso com o apoio dos técnicos da I Regional de Saúde, com sede em Parnaíba.

No âmbito da AAE, foram realizadas duas visitas técnicas ao ambulatório, mas não foram ainda desenvolvidas tutorias nessa unidade. Está prevista a criação de um Ambulatório de Atenção Especializada, em ação conjunta da Sesapi e a Universidade Federal do Piauí (UFPI) para melhorar o referência da região.

Para identificar os principais processos implantados na APS da Região, foi aplicado instrumento de avaliação, *check list*, apresentado no seminário de avaliação, realizado em novembro de 2017 na Planície Litorânea, com participação de todos os municípios da região. O instrumento apontou que 32,0% das equipes conseguiram cadastrar sua população no e-SUS, entretanto melhoraram o processo de reconhecimento dos territórios; 80,0% das equipes ainda não organizaram a agenda por bloco de horas, 68,0% relataram que já organizaram a sala de vacina e monitoram as crianças, referente ao calendário vacinal integrados com os ACS; 100% das gestantes e crianças estão identificadas nos territórios; estratificaram 38,0% das gestantes e 20,0% das crianças de risco, mas ainda encontram dificuldades em garantir a atenção ambulatorial especializada. Foi informado que 65,0% das ESF dis-

cutem e analisam as linhas de cuidado de gestantes e crianças. Noventa por cento da ESF identificam os hipertensos e diabéticos do território, mas só 20,0% encontram-se estratificados, apresentando dificuldades de monitoramento desses grupos vulneráveis pelo acesso precário a exames e medicamentos; 47,0 % das equipes ainda não conseguem realizar ações conjuntas com ACS e Agente de Endemias (AE).

No quadro 7 pode ser evidenciada a região de saúde onde está sendo desenvolvida a PAS, juntamente com o quantitativo dos municípios da região, número de profissionais envolvidos, oficinas e tutorias realizadas. Ressalta-se que além dos profissionais foram capacitados 81 tutores/facilitadores

Em síntese, o trabalho realizado em sete meses na região assegurou a manutenção de todos os municípios no processo, aproximou os técnicos da Sesapi e da Regional, das coordenações, da gestão e para as ESF, a construção de um projeto coletivo.

A continuidade do processo está sendo encaminhada, pois já está programado o Ciclo II de tutoria na região da Planície Litorânea e em discussão a expansão da PAS na região de Cocais cobrindo assim uma macrorregião de saúde.

QUADRO 7 – Distribuição da Planificação da Atenção à Saúde na região de saúde da Planície Litorânea do Piauí, por municípios, número de profissionais, oficinas e tutorias realizadas

REGIÃO	MUNICÍPIOS DA REGIÃO	MUNICÍPIOS PLANIFICAÇÃO		N. PROFISSIONAIS DE SAÚDE	N. PROFISSIONAIS DE SAÚDE	N. TUTORIAS REALIZADAS	
	N.	N.	%			APS	AAE
Planície Litorânea	11	11	100	1.097	07	06	02*

*VISITAS TÉCNICAS

FONTE: PRÓPRIA.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO

O Rio Grande do Sul é o estado mais meridional do país, fazendo divisas ao norte com o estado de Santa Catarina e fronteiras com o Uruguai

ao sul e Argentina à oeste. De acordo com o censo de 2010, a população era de 10.693.929 habitantes, sendo que, destes, 13,6% possuíam mais de 60 anos de idade e 85,1% residiam na região urbana. A densidade demográfica, para aquele ano, era de 37,96 hab./km², sendo o 5º estado mais populoso do país. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em 2010 era de 0,746 (IBGE, 2010d).

Em 2012 a expectativa de vida ao nascer era de 80,1 anos para as mulheres e 73,1 anos para os homens (IBGE, 2010). A renda média domiciliar *per capita* teve aumento de 2,4 vezes no período de 1991 a 2010, com um incremento de R\$ 391,51 para R\$ 940,28 (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

A taxa de mortalidade geral (taxa bruta) preliminar do Rio Grande do Sul, em 2014, foi de 7,61 óbitos/1.000 habitantes. As principais causas de óbito por capítulo do CID 10 foram as doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças do aparelho respiratório, causas externas e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. Em relação à mortalidade proporcional por faixa etária, existe predomínio de afecções originadas no período perinatal e malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas, que correspondem juntas a 56,9% do total dos óbitos de menores de um ano. As causas externas são a principal causa de óbitos de 1 aos 39 anos de idade. Na adolescência, as causas externas, as neoplasias e as doenças do sistema nervoso são as três principais causas de óbito, tanto na faixa etária de 10 a 14, quanto na de 15 a 19 anos (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

As faixas etárias de 20 a 29 e a de 30 a 39 são semelhantes quanto ao perfil de mortalidade, tendo a seguinte ordem: causas externas, doenças infecciosas e parasitárias, neoplasias e doenças do aparelho circulatório. Destaca-se que, no capítulo de doenças infecciosas e parasitárias, estão incluídas doenças importantes como vírus da imunodeficiência humana (HIV), hepatites virais e tuberculose (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Há distinção entre as faixas etárias das pessoas idosas, pois entre 60 a 69 anos ocorre ainda predomínio da neoplasia como causa principal, seguida das doenças do aparelho circulatório e doenças do aparelho respiratório. Entre 70 e 79 ocorre uma inversão: os óbitos por doenças do aparelho circulatório predominam e surgem, ainda, as doenças do sistema nervoso como a quarta causa de óbito. Já na faixa acima dos 80 anos de idade, a primeira causa de óbitos são as doenças do aparelho circulatório e novamente

há inversão entre neoplasias e doenças respiratórias, em comparação à faixa etária de 70 a 79 (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

A taxa de mortalidade infantil em 2014 foi de 10,65/1.000 nascidos vivos, sendo 7,3/1.000 nascidos vivos devido ao coeficiente de mortalidade neonatal e 3,3 ao coeficiente de mortalidade pós-neonatal. A Razão de Mortalidade Materna foi de 41,2 /100 mil nascidos vivos, sendo que a meta estabelecida até o fim de 2015 pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio da ONU era chegar a 35 mortes por 100 mil nascimentos (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

A cobertura de atenção básica no estado passou de 67,61% em 2010 para 72,59% em 2015, contudo ainda apresenta grande variabilidade entre as regiões, de 59,25% na Região Carbonífera/Costa Doce à 97,74% na região de Caminho das Águas. Apesar de presente em 95,0% dos municípios do estado, a ESF cobre 59,25% da população gaúcha e as equipes de saúde bucal 47,32% (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Em relação ao percentual de internações sensíveis à atenção básica, houve decréscimo de 2,4% no indicador entre 2010 e 2015. Este valor de 27,05% em 2015 encontra-se abaixo de 28,6%, parâmetro considerado adequado pelo Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

O Rio Grande do Sul está dividido em 30 regiões de saúde e são a base para o planejamento em saúde do estado. Do ponto de vista político-administrativo, essas regiões se organizam em 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e dos serviços de saúde em determinado território, tendo por objetivo apoiar tecnicamente os sistemas locais e regionais de saúde. As 19 CRS se agrupam em sete Macrorregiões de Saúde, as quais visam garantir a organização para ações de proteção, apoio diagnóstico, atendimento ambulatorial e hospitalar (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

ESTADO DA ARTE DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE (PAS)

A PAS está sendo desenvolvida na 4ª Coordenadoria Regional de Saúde que engloba a Região de Verdes Campos e Região de Entre Rios e na 18ª CRS, que abrange a Região de Bons Ventos e de Belas Praias.

A figura 6 apresenta a distribuição dos municípios por região de saúde, em destaque para as regiões onde estão sendo desenvolvidas a PAS.

FIGURA 6 – Mapa das Regiões do estado do Rio Grande do Sul, onde a Planificação da Atenção à Saúde está sendo desenvolvida, destacadas



FONTE: SES/RG.

A Região de Verdes Campos e a Região de Entre Rios abrangem 32 municípios com população total de 562.595 habitantes. A Região de Verdes Campos possui 21 municípios distribuídos em 435.021 habitantes, tendo como sede o município de Santa Maria, com maior contingente populacional (63,2%), em contraponto a Ivorá, o menor município da região (0,5%). A sede apresenta-se como polo educacional e de serviços de saúde de média e alta complexidade.

A região apresenta 89 UBS, com cobertura de equipes de Atenção Básica de 67,7% e de ESF de 39,1% (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

A Região de Entre Rios possui 11 municípios com população de 127.574 habitantes e sede no município de Santiago, que concentra 39,7% da população, bem como a maioria dos serviços de saúde da região. O menor município é Unistalda, com 1,9% da população da região. A região apresenta 49 UBS, 81% de cobertura de equipes de Atenção Básica (SES, 2015), 79,1% de ESF (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

No ano de 2015 os gestores dos municípios que compunham a 4ª CRS (Santa Maria) demandaram à Secretaria do Estado da Saúde uma solu-

ção para a sobrecarga dos serviços ambulatoriais especializados e hospitalares da região. Na visão dos gestores municipais o principal problema estava focado na insuficiência desses serviços.

A SES do Rio Grande do Sul entendeu que, para construir e aprimorar as redes de atenção, essa região necessitava fortalecer a APS nos municípios, uma vez que a APS é a ordenadora da RAS, e propôs a adesão dos municípios à PAS, cuja execução contaria com o apoio do Conass.

Em agosto de 2015, na sede da SES/RS, foi realizada então uma reunião para o planejamento das ações para a implantação da PAS na 4ª CRS. Definiu-se pela realização de seis oficinas com duração de dois dias sendo a primeira sobre RAS (Oficina Mãe). Naquele momento, foram identificados facilitadores para atuar durante todo este processo e também pelas linhas de cuidado prioritárias que seriam abordadas: materno-infantil, hipertensão e diabetes.

Definiu-se que as oficinas ocorreriam em cinco polos para facilitar a participação de 100,0% dos trabalhadores dos 17 municípios que aderiram inicialmente à proposta, sendo nove da Região de Verdes Campos e oito da Região de Entre Rios. Sob a coordenação do Departamento de Atenção à Saúde da SES/RS e do Núcleo de Atenção Básica da 4ª CRS, muitos parceiros foram envolvidos, seja na cessão de espaços para a realização das oficinas, seja disponibilizando profissionais/residentes para participarem como facilitadores. Destaca-se a participação da equipe do Telessaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) que apoiou com profissionais, elaboração de materiais de apoio, pesquisa de campo e em parte das oficinas operacionalizadas.

Os temas abordados no conjunto das oficinas realizadas foram: Atenção Primária à Saúde, Territorialização e Vigilância em Saúde, A Organização da Atenção e dos Processo de Trabalho na Unidade Básica de Saúde, Sistemas de Informação, Análise de Situação de Saúde, Monitoramento e Abordagem Familiar e, a última com os temas de Genograma, Organização da Assistência Farmacêutica, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), da Atenção Básica e a Contratualização das equipes da Atenção Primária à Saúde. Todas as oficinas previam dispersão em que os conceitos eram levados para a prática das equipes. As oficinas foram concluídas em julho de 2016 e envolveram 1000 trabalhadores das equipes da APS e 100 facilitadores.

n. 31

*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*

Em março de 2016 foi iniciado a Tutoria da APS na região para implantação/aprimoramento dos macro e microprocessos da APS. Tutores foram indicados pelos gestores municipais, para coordenar as ações em cada cidade das Unidades Laboratório, a fim de iniciar o processo de implantação. Duas Unidades de Santa Maria e duas Unidades de Santiago foram utilizadas pelos facilitadores do Conass para treinamento dos demais tutores das duas regiões de saúde. A equipe da 4ª CRS organizou um grupo de apoiadores da regional para os municípios ficando cada dupla de profissionais com três municípios. Esses apoiadores, além de apoio à distância, realizam visita técnica mensal com elaboração de relatórios para os tutores e gestão municipal sobre o andamento da tutoria no município, apontando oportunidades de melhorias.

O processo de tutoria atualmente, permanece apoiado pela equipe da 18ª CRS e pelas equipes de gestão dos municípios. Vários avanços foram identificados na mudança do processo de trabalho das equipes, como o processo de territorialização com o cadastramento dos usuários e identificação das subpopulações das linhas de cuidado prioritárias, organização da demanda por bloco de horas, implantação de classificação de risco para atenção à demanda espontânea, ampliação do horário de acesso à imunização, construção de Procedimento Operacional Padrão para sala de vacinas, central de materiais, entre outros processos, com a organização de treinamento das equipes para consolidação das ações. Atualmente existem 20 Unidades Laboratório, 34 Unidades de Saúde com tutoria envolvendo 39 tutores e apoiadores e abrangendo 400 profissionais.

A SES escolheu o Ambulatório de Alto Risco para Gestantes (AGAR) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e, em julho de 2016, deu-se início a tutoria da Atenção Especializada. Este AGAR ocupa um espaço reduzido nas dependências do HUSM e no início era constituído por equipe médica que realizava todo o processo assistencial, apoiada quando necessário por profissionais de outras categorias, uma enfermeira realizava a organização dos processos administrativos. A tutoria abrangeu momentos de discussão conceitual sobre o Modelo de Atenção às Condições Crônicas, bem como momentos de construção de instrumentos e fluxos com a equipe do AGAR, 4ª CRS, SES RS, equipes dos municípios e hospitais de referência ao parto de risco habitual.

Evidencia-se que, apesar das dificuldades estruturais e de recursos humanos, é possível observar avanços importantes com maior integração das equipes da APS com o AGAR, por meio do plano de cuidado e da comunicação digital que foram instituídos, a implantação da consulta do enfermeiro em todos os atendimentos das gestantes de alto risco e também de pelo menos profissionais de outras duas categorias (psicólogo, nutricionista, assistente social etc.). Cabe ressaltar a realização do Curso de pré-natal de risco habitual para médicos e enfermeiros das Unidades Laboratório que contou com muitos parceiros, como as entidades formadoras da região e foi coordenado pela 4ª CRS, onde o HUSM teve papel fundamental. A tutoria da AAE no AGAR do HUSM ainda encontra-se em andamento.

Em março de 2018, a 4ª CRS deu início à PAS para os 15 demais municípios da regional, uma vez que, desde 2016, eles já manifestavam o desejo da inclusão no processo.

A SES do Rio Grande do Sul, no Plano Estadual de Saúde 2016-2019, aponta como Objetivo 1 – Fortalecer a Atenção Primária em Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e como meta no item 6 – Estender o processo das Oficinas de Planificação da Atenção Primária em Saúde para 100% das Coordenadorias Regionais de Saúde.

Para iniciar a expansão a SES/RS, decidiu implantar a PAS também na 18ª CRS, que abrange a Região de Bons Ventos e a Região Belas Praias. Propôs as demais CRS vivenciarem os diversos momentos da PAS nessa regional, uma vez que, na 18ª CRS, as oficinas, a tutoria da APS e da AAE ocorreriam simultaneamente.

A Região de Belas Praias possui 12 municípios, com 148.751 habitantes e com cobertura de 70 de ESF e a Região de Bons Ventos agrega 11 municípios com 218.625 habitantes e apresenta cobertura de ESF de 64%, com 42 equipes de Saúde da Família e 29 equipes de Saúde Bucal. A população total da 18ª CRS é de 367.376 habitantes.

Nessa CRS ocorreu a adesão dos 23 municípios, as oficinas também em número de seis foram condensadas em um dia, sendo realizadas nos municípios de Osório e Torres, e o treinamento dos tutores de todos os municípios e dos profissionais das demais CRS foram descentralizados em quatro polos: Osório, Torres, Santo Antônio da Patrulha e Terra de Areia.

Estão participando das oficinas 1.402 trabalhadores dos municípios, sendo 740 da Região de Belas Praias e 662 da Região de Bons Ventos. As oficinas vão se encerrar em abril de 2018, permanecendo o processo de tutoria da APS. A AAE ocorre no AGAR do Hospital Regional de Tramandaí e obedece a mesma metodologia aplicada no HUSM.

Como estabelecido no Plano Estadual de Saúde 2016–2018, a SES do Rio Grande do Sul vem, desde 2017, organizando o processo de expansão para as demais regionais. Com base na vivência na 18ª CRS, as outras coordenadorias elaboraram plano de implantação da PAS nos seus territórios de acordo com a sua realidade. Em 2018, a SES/RS firmou parceria com o Cosems/RS para a execução do projeto pactuando, conforme a Resolução n. 020/2018 CIB RS, a utilização de percentual da Política Estadual de Incentivo para Qualificação da Atenção Básica (PIES) para o financiamento do projeto (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

No quadro 8 verificam-se a os municípios da região, profissionais envolvidos na PAS, bem como as oficinas e tutorias desenvolvidas.

QUADRO 8 – Distribuição da Planificação da Atenção à Saúde nas regiões de saúde do Rio Grande do Sul, por municípios, número de profissionais, oficinas e tutorias realizadas

CRS	MUNICÍPIOS DA REGIÃO	MUNICÍPIOS PLANIFICAÇÃO		N. PROFISSIONAIS DE SAÚDE	N. OFICINAS REALIZADAS	N. TUTORIAS REALIZADAS	
	N.	N.	%			APS	AAE
Santa Maria (1ª fase)	32	17	53%	1.000	6	15	6
Osório	23	23	100%	1.400	5	4	4
Santa Maria (2ª fase)	32	15	100%	1.000	1	0	0
TOTAL	87	55	84,3	3400	12	19	10

FONTE: PRÓPRIA.

ESTADO DE RONDÔNIA

CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO

O estado de Rondônia localiza-se na região norte do país. Tem como limite o estado do Mato Grosso a leste, o do Amazonas ao norte, o do Acre a oeste e a República da Bolívia a oeste e sul. O estado possui 52 municípios e ocupa uma área de 237.576,167 km² com densidade demográfica de aproximadamente 6,5 habitantes por km². A capital, Porto Velho, é o município mais populoso. Além desta, há outras cidades importantes como Ji-Paraná, Ariquemes, Cacoal, Guajará-Mirim, Jaru, Rolim de Moura e Vilhena (RONDÔNIA, 2016).

Entre 2000 e 2010, a população de Rondônia cresceu a uma taxa média anual de 1,25%. Em 2010 viviam, no estado, 1.562.409 pessoas, sendo 50,8% do sexo masculino e 49,1% do sexo feminino (BRASIL, 2010c). A população estimada do estado é de 1.805.788 habitantes.

Em 2010, foram contabilizados 112.685 idosos com idade maior ou igual 60 anos, o que corresponde a 7,02% da população geral (BRASIL, 2010b). A esperança de vida ao nascer, em 2013, situava-se em 70 anos (IBGE, 2013a).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) de Rondônia, em 2010, foi de 0,690, ou seja, situado na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,600 e 0,699). A dimensão que mais contribui para o IDHM no estado é a longevidade, com índice de 0,800, seguida de renda, com índice de 0,712, e de educação, com índice de 0,577, (IBGE, 2010e).

Quanto à Taxa de Mortalidade Neonatal, Pós-Neonatal e Infantil, o estado de Rondônia, no ano de 2015 apresentou 9,7/1.000 nascidos vivos (NV); 4,6/1.000 NV e 14,3/1.000 NV, respectivamente. No mesmo período, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) foi de 50/100.000 NV, considerada elevada pela OMS (RONDÔNIA, 2015).

A taxa de mortalidade geral (taxa bruta) preliminar de Rondônia foi de 4,9 óbitos por 1.000 habitantes (BRASIL, 2015b). Cerca de 22,0% das mortes ocorridas em 2015 foram prematuras por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e representaram taxa de 112,8/100.000 óbitos. As principais causas de óbito por capítulo do CID 10 foram relacionadas às

doenças do aparelho circulatório, causas externas, neoplasias, doenças do aparelho respiratório e doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (BRASIL, 2015b).

As Mortalidades Proporcionais por Grupos de Causas, segundo faixa etária, no estado, foram as neoplasias malignas, como a primeira causa, totalizando 1.137 mortes, sendo a faixa etária mais acometida de 60 a 69 anos, com 294 óbitos, representando 25,0%. Os acidentes vêm logo a seguir com 765 óbitos, registrando 138 mortes na faixa etária de 30 a 39 anos, que equivale a 18,0% do total. As doenças isquêmicas do coração somaram 634 óbitos e também acometem mais a faixa etária de 60 a 69 anos com 23,9% (BRASIL, 2015b).

O estado de Rondônia apresenta cobertura de 74,77%, para as equipes da ESF e 25,87% de Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF. A cobertura de Saúde Bucal Geral é de 42,30% (BRASIL, 2018).

Rondônia possui sete Regiões de Saúde: Região de Saúde Madeira-Mamoré, com cinco municípios; Região de Saúde Vale do Jamari, nove municípios; Região de Saúde Central, 14 municípios; Região de Saúde da Zona da Mata, oito municípios; Região de Saúde do Café, seis municípios; Região de Saúde do Cone Sul, sete municípios e Região de Saúde do Vale do Guaporé, três municípios (Figura 7).

FIGURA 7 – Mapa das regiões de Saúde do estado de Rondônia



FONTE: SESAU (2014).

Considerando a grande extensão geográfica e relativa dispersão dos municípios em Rondônia, a garantia de acesso aos serviços de saúde é sempre complexa. Todos os municípios contam com a estratégia saúde da família e a avaliação da Secretaria de Estado da Saúde de Rondônia (SESAU/RO) aponta a necessidade de qualificar a APS, bem como articular adequadamente o cuidado prestado nos demais níveis de atenção.

ESTADO DA ARTE DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE (PAS)

n. 31

*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*

A PAS no estado de Rondônia teve início em setembro de 2017, com a solicitação da SESAU/RO, ao Conass para a realização da PAS visando proporcionar a integração da APS com a AAE no estado, além da qualificação de ambas as atenções. Em dezembro de 2016 e início de 2017 foram realizadas reuniões em Porto Velho da equipe Conass e SESAU/RO e, em março de 2017, foi realizada Oficina Mãe em Porto Velho. Nesse período, a SESAU definiu, conjuntamente com o Cosems/RO e CONASS, as diretrizes da PAS no estado.

A linha de cuidado priorizada para iniciar o processo de PAS foi a materno-infantil. A justificativa está expressa nos indicadores de saúde do estado, particularmente da região, e potencializa os compromissos assumidos pela gestão estadual, em face da implantação da Rede Cegonha e do Conselho Estadual de Saúde.

Foram realizadas seis Oficinas Teóricas da Planificação da Atenção à Saúde e sete Oficinas de Tutorias para a APS e AAE sequenciadas pelas reuniões do grupo condutor regional, no período de abril a novembro de 2017. A 1ª Oficina Teórica da PAS na região do Café, região escolhida pela gestão para a PAS, ocorreu em abril de 2017 e o 1º ciclo foi concluído em novembro de 2017. No final de 2017, realizou-se um Seminário de Encerramento do 1º ciclo das Oficinas Teóricas, onde foi avaliado todo o processo.

Foi iniciada a PAS na região do Café em seis municípios. Houve participação de todos os profissionais das equipes de APS, da AAE, nas Oficinas Teóricas, totalizando cerca de 850 trabalhadores. O município-polo de Cacoal foi o cenário de realização das Oficinas Teóricas, bem como das tutorias nas Unidades Laboratórios (UL) de APS e AAE.

Para o início das atividades locais, foram programados mensalmente dois dias de Oficinas Teóricas com carga horária de 8 horas cada, com 10

turmas de aproximadamente 40 servidores, atendendo a um público de 400 servidores/dia.

Previamente, a equipe estadual, condutora do processo, realizava oficinas mensais com os facilitadores selecionados para a condução da PAS, em Cacoal, alinhando conceitos e métodos de abordagem para aplicação na região. Foram selecionados cerca de 40 facilitadores, oriundos da equipe técnica da gestão central da SESAU/RO, Gerências Regionais de Saúde e alguns profissionais das equipes municipais. Durante a 1ª Oficina, foram definidas as Unidades de APS dos municípios da região do Café que seriam as UL e o Centro de Saúde da Mulher de Cacoal, como a UL da AAE.

Em relação às atividades de organização da atenção especializada, o processo foi iniciado com a realização do 1º Seminário sobre AAE (abril 2017), junto aos gestores e equipe técnica, com o objetivo de apresentar o MACC e formas de organização dos serviços especializados, tendo como referência a experiência de outros estados.

Na avaliação do 1º ciclo foram identificados muitos avanços: reformas e pintura em todas as UL (sete) e no AAE. Ao todo, foram sete UL reformadas; reorganização das salas e consultórios, bem como dos fluxos internos; implantação de identificação visual externa e interna das UL, das salas e consultórios; reterritorialização das áreas adscritas às UL, sendo que, em pelo menos três municípios, ocorreu a reterritorialização total da população. Foi realizado o recadastramento das famílias por área de abrangência, utilizando-se também a classificação de risco, de acordo com a escala de Coelho-Savassi.

Foram elaborados o Mapa do Território das Equipes, iniciado o recadastramento dos usuários no e-SUS, a implantação dos POP dos setores de recepção, esterilização, higienização e limpeza; organização do sistema de arquivamento e guarda dos prontuários; implantação dos sistemas de atendimento por Bloco de Horas para as consultas; implantação do Prontuário Eletrônico (PEC); identificação dos profissionais (uniforme e/ou crachás); implantação da gerência nas ULs que não a possuíam; melhora da interação e relação interpessoal nas equipes; reorganização das atribuições da UL da AAE; ampliação da responsabilização das equipes estaduais e regionais, em face dos processos da APS e AAE.

Ressalta-se a participação efetiva dos profissionais da APS e AAE da região, das equipes do nível regional de central da SESAU/RO em todos os processos de trabalhos. Outro aspecto relevante foi o aumento da satisfação do usuário com a reorganização das UL de outras unidades que já iniciaram o processo de reorganização.

Referente à expansão da PAS no estado, para o ano de 2018, foi definida ampliação da tutoria de APS na região do Café, para todas as Unidades e continuidade da tutoria na AAE, no Centro de Saúde da Mulher em Cacoal, bem como a execução das Oficinas da PAS e Oficinas Tutoriais na APS e AAE, nas regiões: Central, Vale do Guaporé e Cone Sul, com cerca de 2.400 profissionais, em um total de 24 municípios. A previsão é que, ao final de 2018, cerca de 60,0% dos municípios tenham participado da PAS.

O quadro 9 apresenta as regiões de saúde onde estão sendo desenvolvida a PAS, no estado de Rondônia, os profissionais de saúde capacitados, oficinas e tutorias realizadas na APS e na AAE.

QUADRO 9 – Distribuição da Planificação da Atenção à Saúde nas regiões de saúde de Rondônia, por municípios, número de profissionais, oficinas e tutorias realizadas

CRS	MUNICÍPIOS DA REGIÃO	MUNICÍPIOS PLANIFICAÇÃO		N. PROFISSIONAIS DE SAÚDE	N. OFICINAS REALIZADAS	N. TUTORIAS REALIZADAS	
	N.	N.	%			APS	AAE
Café*	06	06	100	850 **	06	07	07
Café***	06	06	100	700	—	06	06
Central****	14	14	100	1840	07*****	06	06
Vale do Guaporé	03	03	100	283	07*****	06	06
Cone Sul	07	07	100	703	07*****	06	06
TOTAL	36	36	100	4376	27	31	31

FONTE: PRÓPRIA.

OBS:

* REGIÃO DO ESTADO ONDE FOI INICIADA A PAS EM 2017. TOTAL REALIZADO EM 2017;

** REFEREM-SE AO TOTAL DE PROFISSIONAIS DA LOTADOS NA APS E AAE E PARTICIPANTES DO CICLO DE OFICINA DA PAS;

*** EXPANSÃO DAS TUTORIAS PARA DEMAIS UNIDADES DA REGIÃO DO CAFÉ, INICIADO EM FEV. 2018;

**** INÍCIO DA PAS EM TRÊS REGIÕES: CENTRAL, VALE DO GUAPORÉ E CONE SUL, 2018;

***** ESTIMADAS

ESTADO DE SÃO PAULO

CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO

Localizado no sudeste brasileiro ocupa 3,0% do território nacional, sendo o estado mais populoso do país, com cerca de 22,0% da população, constituindo-se na terceira unidade administrativa mais populosa da América do Sul (SÃO PAULO, 2015).

Responsável por mais de 31,0% do Produto Interno Bruto (PIB) do país, abriga o maior parque industrial, com a maior produção econômica do Brasil. Entre as suas principais atividades estão: agricultura, pecuária, indústria, serviços, comércio e turismo. Em 2013 figurou como o estado brasileiro com o melhor IDH do Brasil, (0,783), de acordo com o Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil, embora mantenha desigualdades socioeconômicas regionais e concentrações de pobreza em seu território (BRASIL, 2013a).

A população residente estimada para o estado de São Paulo, no ano de 2015, foi de 44.396.460 habitantes, com 5.798.777 de idosos, o que corresponde a 13,0% da população total. Apresentou, naquele ano, densidade demográfica de 174,68 habitantes por km², possuindo 645 municípios, sendo São Paulo o mais populoso, com 11.638.802 habitantes, em contraponto com o município de Borá, o menos populoso, com 805 habitantes. A esperança de vida de uma pessoa que nasceu no estado de São Paulo em 2014 foi de 75,4 anos (SEADE, 2015).

No ano de 2015, o número de nascidos vivos no estado foi de 633.272 e a taxa de mortalidade infantil correspondeu a 10,79 por mil nascidos vivos, (6.837 óbitos). Nesse mesmo ano, 50,9% desses óbitos ocorreram durante o período neonatal precoce; 19,1% no neonatal tardio e 30,0% no pós-neonatal (SEADE, 2015).

A mortalidade materna se constitui no quinto objetivo de Desenvolvimento do Milênio e a Razão de Mortalidade Materna (RMM) no estado de São Paulo no ano de 2015 foi de 49,05 óbitos a cada 100.000 Nascidos vivos. A taxa de mortalidade por acidentes de transporte foi de 13,6 óbitos por mil, sendo que a masculina foi cinco vezes maior do que a feminina.

As principais causas de morte no estado de São Paulo mostram diferentes composições segundo grupos etários. Para as crianças menores

de 1 ano, destacam-se as afecções originadas no período perinatal, que respondem por 57,0% dos óbitos; nas crianças entre 1 e 14 anos de idade, predominaram as mortes por causas externas (26,0%); na população de 15 a 39 anos a predominância das causas externas aumenta para 50,0%; entre 40 e 59 anos, as doenças do aparelho circulatório passam a dominar, com 28,0%, e na faixa de 60 anos e mais, esse grupo de doenças é responsável por 34,0% das mortes (SEADE, 2015).

De acordo com o Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde, o estado de São Paulo contava, em 2015, com ACS em 601 municípios paulistanos apresentado cobertura populacional de 39,93%; 581 (90,0%) municípios possuíam Equipes de Saúde da Família implantadas, 441(68,4) % tinham equipe de Saúde Bucal na modalidade I e II; 204 NASF 1, 34 NASF 2 e 78 NASF 3 implantados (BRASIL, 2018).

A série histórica do estado de São Paulo aponta para uma redução nas internações por condições sensíveis a Atenção Básica – ICSAB; em 2015, ocorreram 2.358.680 internações e dessas, 369.471 foram por condições sensíveis a Atenção Básica, representando 15,7% das internações (SÃO PAULO, 2015).

O estado possui 63 regiões de saúde em 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS), que correspondem as estruturas administrativas descentralizadas da SES, sendo um deles a DRS VI de Bauru, que está localizado no Centro-Oeste do estado, com 68 municípios, cuja população estimada para 2014, foi de 1.673.337 habitantes. O município de Uru é o menos populoso, com 1.239 habitantes, e Bauru o mais populoso, com 346.650 habitantes. O DRS VI coincide territorialmente com a Rede Regional de Atenção à Saúde – RRAS 09 que é subdividida em cinco Regiões de Saúde: Bauru, Polo Cuesta, Lins, Jaú e Vale do Jurumirim (São Paulo, 2015). A figura 8 mostra a regionalização estadual.

n. 31

*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*

FIGURA 8 – Regionalização do estado de São Paulo



FONTE: SÃO PAULO, 2015.

A região do Vale do Jurumirim foi a escolhida pela SES/SP para a implantação da PAS no estado, tendo todos os 17 municípios da região aderido à proposta da PAS. A escolha da região levou em consideração a situação de saúde da população, projeto de construção de 16 novas UBS e 1 Centro de Especialidades no município sede da região, Avaré. Pertence à área de abrangência do DRS VI de Bauru/RRAS 09 e é composta por 17 municípios: Águas de Santa Bárbara, Arandu, Avaré, Barão de Antonina, Cerqueira César, Coronel Macedo, Fartura, Iaras, Itai, Itaporanga, Manduri, Paranapanema, Piraju, Sarutaiá, Taguaí, Taquarituba e Tejupá, sendo Avaré o município sede da região. A região conta com 4 municípios polos: Piraju, Itaporanga, Cerqueira Cesar e Avaré (SÃO PAULO, 2015).

A população total, estimada da região do Vale do Jurumirim, foi de 284.004 habitantes para o ano de 2014). Destaca-se o percentual da população idosa de 13,9% habitantes acima de 60 anos, próxima aos 14,2% da Diretoria Regional de Saúde (DRS) e um pouco superior à taxa estadual de 12,9% e de 13,0% em 2015. Porém, 12 municípios apresentam taxa igual ou superior à da região de saúde, sendo que quatro superam os 16,0% de população idosa (SEADE, 2015)

O traçado da mortalidade infantil na região é preocupante, como na grande maioria das regiões do país. Nos últimos anos, a taxa teve incremento de 8,3 óbitos por 1.000 nascidos vivos, em 2011, para 14,6 em 2014, ficando três pontos acima das taxas estaduais e macrorregionais, que estão estáveis nos últimos quatro anos. Analisando os dados do Vale do Jurumirim,

cerca de 70,0% dos óbitos ocorreram no período neonatal. Outro dado importante é que mais de 50,0% dos óbitos, chegando a 71,0% em 2013, foram por afecções perinatais que, na maioria dos casos, têm o seu fator causal em complicações durante a gestação ou parto (SÃO PAULO, 2015).

Em relação à análise da mortalidade materna no decênio 2004-2013 apontou que foram notificados apenas 13 óbitos maternos na Região de Saúde do Vale do Jurumirim, correspondendo a 20% dos óbitos da RRAS e 0,5% dos óbitos do estado.

A mortalidade geral na Região do Vale do Jurumirim é mais elevada que no estado de São Paulo e no DRS de Bauru. Aparecem as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias como a primeira e segunda causa, respectivamente, apresentando taxas com valores próximos, nas três áreas. Destacam-se, pelos valores elevados na Região do Vale do Jurumirim, a mortalidade por doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais, e as causas mal definidas – capítulo XVIII – sintomas, sinais e achados anormais.

A região do Vale do Jurumirim possui percentual de internação por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB) significativamente mais elevado (21,3%) do que o conjunto do DRS de Bauru e do estado de São Paulo (15,7%).

No ano de 2014 nasceram 3.977 crianças na região do Vale do Jurumirim, sendo que 950 (23,9%) foram de mães com menos de 20 anos. Do total de nascidos vivos, 3.220 (81%) foram de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal; 3.400 (85,5%) com duração da gestação entre 37 e 41 semanas; 2.158 (54,3%) foram resultantes de parto cesáreo e 346 (8,7%) das crianças foram prematuras de peso (menos de 2.500 gramas).

A RAS da região é constituída por 74 UBS, distribuídas entre os 17 municípios, com uma cobertura de equipes de saúde da família de 72,0%. Vale destacar o município de Avaré, o de maior população, com apenas 33,0% de cobertura. A estrutura de NASF é ainda bastante incipiente, com apenas duas equipes, uma em Fartura e outra em Piraju. Já a rede hospitalar é constituída por 10 hospitais e tem predomínio de hospitais de pequeno porte, com exceção de Avaré, cujo hospital possui 153 leitos, sendo 93 conveniados ao SUS (SÃO PAULO, 2015).

A região conta ainda com o Programa Pró Santa Casa, contando na região com a Santa Casa de Avaré, Santa Casa de Cerqueira Cesar e Hospital de Piraju.

n. 31

*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*

ESTADO DA ARTE DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE (PAS)

A PAS no estado de São Paulo iniciou no mês de junho de 2015, com reunião entre técnicos do Conass e a Coordenação Estadual da Atenção Básica. Na ocasião, foi apresentada a proposta da PAS, protocolo de intenções e os requisitos necessários para iniciar a PAS no estado. A PAS foi apresentada na Câmara de Vereadores de Avaré, com a presença dos 17 municípios da região, representantes da Rede Regional de Atenção em Reabilitação (RRAS) 9 de Bauru, de técnicos da SES/SP, do núcleo do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), da Universidade Estadual Paulista (Unesp) e de técnicos das Coordenadorias de Planejamento e de Regiões de Saúde da Secretaria de Estado (SES). Foi realizada ainda em 2015, a Oficina Mae, sobre RAS, no município de Bauru. No final daquele ano, os facilitadores estaduais foram capacitados e foi realizada, de forma descentralizada, a Oficina sobre RAS nos municípios polos (Avaré, Piraju, Cerqueira Cesar e Itaporanga) para os profissionais dos 17 municípios da região do Vale do Jurumirim. Em 2016, o estado teve dificuldade em assegurar recursos para iniciar as Oficinas teóricas da PAS e optou-se por começar com a tutoria nas UL que foram definidas conjuntamente pela SES/SP e SMS dos quatro municípios-polo da região.

As linhas de cuidado priorizadas para realizar a PAS na região do Vale do Jurumirim foram a materno-infantil e as condições crônicas, mais especificamente hipertensão e diabetes.

Desde que a PAS foi iniciada no ano de 2015, várias ações foram realizadas na região do Vale do Jurumirim, como: capacitações dos facilitadores e oficinas para alinhamento conceitual dos profissionais, realizadas as atividades de dispersão pelas equipes, tutorias nas UL e expansão para outras unidades da região, além da elaboração de Planos de Ação, reunião com Tutores e Grupo Condutor encerrando no ano de 2017, como pode ser observado no quadro 10. Ressalta-se que foram capacitados 82,7% dos profissionais de saúde.

QUADRO 10 – Distribuição da Planificação da Atenção à Saúde na região de saúde de Avaré do estado de São Paulo, por ano, municípios, número de profissionais, oficinas e tutorias realizadas

ANO	REGIÃO	MUNICÍPIOS DA REGIÃO	MUNICÍPIOS PLANIFICAÇÃO		N. PROFISSIONAIS DE SAÚDE	N. OFICINAS REALIZADAS	N. TUTORIAS REALIZADAS	
		N.	N.	%			APS	AAE
2015	Vale do Jurumirim	17	17	100	60	3		
2016	Vale do Jurumirim	17	17	100	60	-	7*	-
2017	Vale do Jurumirim	17	17	100	1.174	6**	7*	-

FONTE: PRÓPRIA.

* NOS QUATRO MUNICÍPIOS-POLO (NA UL DE AVARÉ, PIRAJU, TAQUARITUBA E CERQUEIRA CESAR). EM 2017 A UL DE CERQUEIRA CESAR FOI SUBSTITUÍDA PELA UL DO MUNICÍPIO DE PARANAPANEMA.

** OFICINAS DESCENTRALIZADAS NOS 17 MUNICÍPIOS DA REGIÃO.

Importante registrar que o estado de São Paulo conseguiu avançar na implantação de alguns processos de trabalho na APS dos municípios do Vale do Jurumirim, entre eles: rediscussão sobre a importância da territorialização, realização do cadastramento e atualização do e-SUS, construção de mapas dinâmico, classificação do risco das famílias (Escala de Coelho), em alguns municípios, discussão da linha de cuidado das gestantes e crianças, implantação do horário protegido para os tutores, atendimento por bloco de horas, elaboração e implantação do POP de sala de vacina.

Ainda foram realizadas a expansão da tutoria para outras unidades de saúde da região, elaboração da planilha de programação para as equipes de saúde da família, integração entre as equipes municipais, em 19 UL, com 20 equipes de Saúde da Família em 14 dos 17 municípios da região.

Foram construídas e entregues à população novas UBS na região, capacitações de profissionais, proporcionando uma nova visão sobre a APS.

Contudo, mesmo com os avanços acima mencionados, a PAS, no estado de São Paulo, não pode ser considerada um processo consolidado, pois muitos macro e microprocessos da APS não foram concretizados, principalmente relativo a integração a APS e a AAE.

DISTRITO FEDERAL

CARACTERIZAÇÃO DO DISTRITO FEDERAL

O Distrito Federal localiza-se na Região Centro-Oeste do território brasileiro, configurando-se, praticamente, como um enclave no estado de Goiás, e tem como capital, Brasília. Abriga a sede do Executivo federal, a Câmara dos Deputados, o Superior Tribunal de Justiça e o Supremo Tribunal Federal. Não é, portanto, um estado, nem possui municípios, é um território autônomo composto por Regiões Administrativas, 31 (Distritos Administrativos); exceto Brasília, a capital federal e sede do governo do Distrito Federal (IBGE, 2017b).

Segundo o último Censo, o Distrito Federal possuía uma população de 2.648.532 habitantes (IBGE 2010), apresentando incremento de 11,0%, quando comparada a estimativa para o ano 2016, 2.977.216 habitantes (DISTRITO FEDERAL, 2018a). A proporção da população residente em áreas urbanas é de 96,58%, com densidade demográfica de 444,07 hab./km², uma das mais elevadas do país. A população local é formada por migrantes de todas as regiões brasileiras (IBGE, 2011).

Dados apontam que a esperança de vida ao nascer para o ano em 2017 foi de 77,45 anos, contudo existe uma variação para o sexo masculino 73,2 anos e feminino, 80,5 anos (DISTRITO FEDERAL, 2018a). A proporção de idosos, que reflete o envelhecimento da população, naquele mesmo ano, era de 10,18%. O Distrito Federal tinha, em 2010, um IDH de 0,824 e uma taxa de analfabetismo de 3,59%, um dos mais baixos do país. A economia é predominantemente do setor de serviços e a participação no PIB brasileiro era de 3,8% (IBGE, 2011).

No Distrito Federal, em 2017, 11,3 crianças por mil nascidas vivas (NV) não conseguiram completar o primeiro ano de vida. Evidencia-se 8,3/1.000 NV para o componente neonatal e 3,0/1.000 NV para o pós neonatal (DISTRITO FEDERAL, 2018). No censo de 2010 foi verificada uma taxa de 12,1/1.000 NV (IBGE, 2011).

A razão de mortalidade materna, em 2017, foi de 34,2/100 mil NV, em 2010, era de 43,7/100 mil NV, ocorrendo significativa diminuição dos números de óbitos maternos (IBGE, 2011).

Quando analisada a mortalidade proporcional por idade, verifica-se que os óbitos em maiores de 80 anos correspondem a 21,59% do total e os menores de 1 ano de vida, 4,48%. Nas faixas etárias de 60 a 64 anos, ocorreram uma média de 8,62% dos óbitos (IBGE, 2011).

A mortalidade proporcional por grupos de causas apresenta as doenças do aparelho circulatório (26,94%), as neoplasias (19,20%) e as causas externas (17,44%) como as três primeiras causas de óbitos no DF e representam 63,58% do total de óbitos por causas conhecidas. Ressalta-se que apenas 1,1% dos óbitos é por causas mal definidas. A mortalidade por causas relacionadas as doenças do aparelho circulatório, em 2011, foram de 28,1/100 mil habitantes e por diabetes, de 18,2 óbitos/100 mil habitantes (IBGE, 2011).

O Distrito Federal, em janeiro de 2017, possuía contingente de 242 equipes de saúde da família que proporcionava cobertura de 30,48% da população. Em fevereiro, daquele mesmo ano, a SES/DF publicou a Portaria n. 77 que estabelece diretrizes da APS e prioriza a ESF, com objetivo que todas as UBS tenham equipes de saúde da família (eSF) (DISTRITO FEDERAL, 2018a). Dessa forma, equipes mistas e tradicionais foram convertidas progressivamente em ESF. Atualmente, existe uma projeção de que seja alcançada nos primeiros meses de 2018, uma cobertura de 66,1%. A cobertura de Saúde Bucal, referente a janeiro de 2018, era de 28,88% (DISTRITO FEDERAL, 2018a).

Administrativamente, o Distrito Federal tem sete Regiões de Saúde. Para a PAS, foi escolhida, após várias discussões, a Região Leste (RL). A figura 9 mostra a representação espacial dessas regiões de saúde, com destaque para a RL.

FIGURA 9 – **Distribuição espacial das regiões de saúde do DF**



FONTE: SES/DF.

A região leste inclui os distritos de Itapoã, Paranoá, São Sebastião e Jardim Botânico, com uma população de 233.720 habitantes, correspondendo a 12,5% da população do DF. É a segunda maior área rural, com 64.000 habitantes residindo nessa região (DISTRITO FEDERAL, 2018b).

Relativo à sua capacidade de serviços de saúde, existe na região um hospital geral de médio porte, três UPA tipo 3, uma casa de parto, um CAPS II e um Álcool e Drogas (AD) e 67 ESF distribuídas em 28 UBS. A cobertura da ESF na região é de 75,4%. A saúde bucal tem um total de 24 equipes que trabalham em seis UBS. Importante ainda referir que existem quatro unidades de saúde prisionais, com oito equipes de saúde. Itapoã possui 14 equipes de saúde da família em um total de três UBS, Paranoá dispõe de sete UBS com 20 equipes e São Sebastião, 25 equipes em 14 UBS (DISTRITO FEDERAL, 2018b).

ESTADO DA ARTE DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE (PAS)

A PAS no Distrito Federal iniciou em abril/2016 com uma reunião com a equipe gestora da SES/DF, na sede do Conass, para apresentação da proposta da PAS e da definição de estratégias para a sua operacionalização. Em junho desse mesmo ano, foi escolhida a linha de cuidado para atenção ao diabético e hipertenso, em vista dos indicadores de saúde relacionados a morbimortalidade dessas doenças. O Vigitel (Vigilância de Fatores de risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) aponta uma prevalência de diabetes (DM), em maiores de 18 anos de 7,0% e para hipertensão arterial (HAS) de 20,4%, dados referentes ao ano de 2015 (BRASIL, 2016).

No caminhar da PAS no DF, em junho/2016, aconteceu uma reunião com as Diretorias da Atenção Primária à Saúde (DIRAPS) da região Leste, para apresentar a proposta da PAS. Ainda nesse mês, realizou-se o Seminário “Brasília Saudável” e foi celebrada a assinatura do termo de cooperação técnica e o lançamento da PAS no Distrito Federal. No mês de agosto, ocorreu a oficina de RAS para os facilitadores e, em setembro, a “Oficina Mãe” sobre “RAS – integração entre Atenção Primária e Atenção Ambulatorial Especializada no Distrito Federal”.

Ainda na linha do tempo, em outubro/2016, foi elaborado o plano de ação para implantação da PAS na Região Leste do DF e realizou-se a Ofi-

cina sobre “RAS – integração entre APS e AAE” para gestores, gerentes nos níveis central e regional da SES/DF, trabalhadores da APS e da AAE, além de representantes das demais regiões de saúde do Distrito Federal. Convém ressaltar que outras iniciativas da PAPS já haviam sido realizadas no Distrito Federal, desde 2011. Em outubro de 2016 foi realizada uma visita dos facilitadores do Conass, visando conhecer as UBS e o hospital da região. Em dezembro/2016 ocorreu o primeiro encontro da tutoria da APS e AAE, realizada nas UBS de Itapoã e no AAE do Hospital Leste.

n. 31

*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*

Em janeiro, aconteceu uma reunião com o grupo gestor para atualização sobre a situação da PAS na RL e ajustar o cronograma de atividades. Ainda nesse mês foi iniciado o desenvolvimento do conjunto de seis oficinas temáticas (Redes de Atenção à Saúde, Atenção Primária à Saúde, Território e Vigilância em Saúde, Organização da Atenção aos Eventos Agudos e às Condições Crônicas na APS, Monitoramento e Avaliação na APS e Assistência Farmacêutica), envolvendo todos os profissionais de Itapoã, locus inicial, eleito para a PAS e gestores das outras regiões de saúde do DF. Destaca-se que, antes do desenvolvimento das oficinas para os profissionais, foram realizadas seis oficinas temáticas para os facilitadores eleitos pela gestão, objetivando conduzir as oficinas.

No início de 2017, foi elaborada a diretriz clínica “Nota Técnica n. 1” para a Organização da Assistência ao Hipertenso e Diabético na APS e na AAE que ancorou todo o processo de estratificação de risco dos diabéticos e hipertensos, identificados nas UBS.

Em Itapoã, a PAS foi iniciada em duas UBS, Itapoã I e II. Itapoã I dispõe atualmente de nove eSF e cinco equipes de saúde bucal, com um total de 96 profissionais de saúde. Itapoã II contava no início da PAS com duas ESF e uma equipe de saúde bucal, com um total de 17 profissionais de saúde. No início de 2018 houve reestruturação dos profissionais das duas equipes e dos territórios de abrangência. Três novas equipes foram incorporadas à APS. Devido ao espaço restrito da UBS Itapoã II, as equipes foram localizadas em uma outra UBS e passaram a participar da planificação.

As oficinas tutoriais estão sendo realizadas nas UBS e no AAE que está localizado em um espaço do Hospital Leste. Mensalmente, em 2017, uma equipe composta de facilitadores do Conass desenvolveram o processo de tutoria nas UBS e AAE. Foi realizado o total de 10 tutorias, entre os meses

de dezembro de 2016 e novembro de 2017, com o objetivo de organizar os macro e microprocessos básicos da APS e do AAE no MACC.

Em janeiro de 2018, iniciou-se o processo de expansão da PAS no DF e a gestão optou em ampliar as ações na região de saúde da Região Leste, contemplando as UBS de Paranoá e São Sebastião que possuem, respectivamente, 25 ESF em 14 UBS e 20 eSF em sete UBS. No quadro 11, pode-se visualizar o quantitativo de profissionais envolvidos e as oficinas e tutorias realizadas.

QUADRO 11 – Unidades de saúde, número de profissionais em processo de capacitação, oficinas e tutorias desenvolvidas, por ano, no Distrito Federal

ANO	CIDADES ADMINISTRATIVAS DA REGIÃO NA PAS		REGIÕES DE SAÚDE NA PAS		N. PROFISSIONAIS DE SAÚDE*	N. OFICINAS REALIZADAS	N. TUTORIAS REALIZADAS	
	N.	%	N.	%			APS	AAE
2016	02	25	01	–	–	–		
2017	02	25	01	14,2	350	06	10	10
2018	04	80	01	14,2	500	02	03	03
TOTAL	04	80	01	14,2	850	08	13	13

FONTE: PRÓPRIA.

PAS: PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

**DADOS APROXIMADOS

Na APS muitos avanços já foram vislumbrados. Entre os principais processos implantados podem ser citados: normatização do acolhimento, identificação de vulnerabilidade familiar – classificação de risco das famílias, implantação do banco de horas, painel de bordo, estratificação de risco de hipertensos e diabéticos, encaminhamentos para o AAE de diabéticos e hipertensos de alto risco, acompanhamento dos Planos de Ação dos usuários que retornam do AAE para a APS e matriciamento. Também foi constatada grande evolução nos cadastros dos usuários e no registro do eSUS, uma melhor organização dos fluxos dos usuários e profissionais na UBS, maior integração dos profissionais, em especial da odontologia, com a organização das reuniões das equipes, a implantação do colegiado gestor e o estabelecimento de agenda integrada.

Alguns processos, encontram-se em fase mais inicial, ainda não estavam consolidados até abril de 2018, mas apresentavam práticas ativas de organização, entre eles, a implantação do eSUS *on-line*, organização de grupos operativos para condições crônicas, implantação do monitoramento do cadastro, planilha de programação e acompanhamento dos planos de cuidados. Convém destacar que os processos não estão sendo desenvolvidos homogeneamente, contudo são prioridades identificadas pela gestão.

Foram também desenvolvidos cursos de curta duração, complementares à PAS, entre eles: estratificação de risco de hipertensos e diabéticos, tendo como referência a Nota Técnica n. 1/2017; treinamento teórico/prático em exame oftalmoscópico do usuário com HAS ou DM, para médicos; treinamento teórico prático para inserção de DIU, a oficina para o autocuidado e matriciamento.

Na AAE, muitos avanços também podem ser mencionados, entre eles: adequações necessárias na estrutura física para seu funcionamento; carteira de serviços, com a definição dos profissionais essenciais à realização da atenção contínua, incluindo o enfermeiro responsável pelo ponto de apoio; adequação da recepção do ambulatório e dos fluxos, tanto internos, quanto para os encaminhados realizados pela APS; atendimento contínuo para os diabéticos e hipertensos encaminhados pela APS; elaboração de um roteiro de atendimento específico por cada categoria profissional que integra o ambulatório, de um formulário de encaminhamento da APS para a AAE, de um plano de cuidado e de protocolos para tratar crises de hipoglicemia e hiperglicemia. Além disso, está sendo garantido o matriciamento de endocrinologia e cardiologia, uma das potencialidades da planificação na região, pois vem ocorrendo sistematicamente essa atividade nas UBS e sendo constantemente discutido o acesso regulado pela APS.

Como já referido anteriormente, está sendo realizada a expansão para mais duas UBS da RL, consistindo-se no grande desafio da PAS/DF, para o ano de 2018.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 201, de 03 de novembro de 2010**. 2010a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2010/prt0201_03_11_2010.html>. Acesso em: 27 abr. 2018.

____. Instituto brasileiro de Geografia e Informática (IBGE). **Censo 2010**. 2010b. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/panorama> acessado em 10/05/2018>. Acesso em: 20 abr. 2018.

____. **Atlas do desenvolvimento humano do Brasil**. 2010c Disponível em: <http://www.atlas-brasil.org.br/2013/pt/perfil_uf/rondonia/>. Acesso em: 27 mar. 2018.

____. **Indicadores e Dados Básicos – Brasil 2012**. 2012a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idx2012/matriz.htm>>. Acesso em: 19 mar. 2018.

____. **Indicadores e Dados Básicos, 2012**. 2012b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idx2010/matriz.htm>>. Acesso em: 31 mar. 2018.

____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância a saúde. Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica. 2013.

BRASIL. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud). **Atlas de Desenvolvimento Humano**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Fundação João Pinheiro, Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/o_atlas_/>. Acesso em: 3 abr. 2018.

____. Departamento da Atenção Básica, 2014. Disponível em: <<http://imirante.com/oestado-ma/noticias/2017/07/25/maranhao-ja-tem-7-milhoes-de-habitantes-segundo-o-ibge.shtml>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

____. Departamento de Informática do SUS. 2015a. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

____. Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica (CGIAE). 2015b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/Consolida_Sim_2011.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2018.

____. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Vigitel, 2016**.

____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2017. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6936&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nv>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). **Histórico de Cobertura da Saúde da Família 2018**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 26 abr. 2018.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS (DATASUS). **DATASUS 2016**. Disponível em: <<https://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

CEARÁ. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE). **Governo do Estado 2016**. Disponível em: <http://www2.ipece.ce.gov.br/publicacoes/ceara_em_numeros/2016/territorial/index.htm>. Acesso em: 10 maio 2018.

____. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. Disponível em: <http://www2.ipece.ce.gov.br/publicacoes/ceara_em_numeros/2014/social/03_Populacao.pdf>. Acesso em: 10 maio 2018.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Informação e Análises de Saúde. 2018a.

____. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Atenção Primária à Saúde da Região Leste. Gerência de Enfermagem. 2018b.

____. Portaria n. 77, 78 de 14 de fevereiro de 2017. **Diário Oficial do Distrito Federal**. Disponível em: <http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2017/02_Fevereiro/DODF%20033%2015-02-2017/DODF%20033%2015-02-2017%20INTEGRA.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2018.

____. Boletim Epidemiológico. **Vigilância das doenças e agravos não transmissíveis 2017**. Disponível em: <http://saude.es.gov.br/Media/sesa/DANTS/BOLETIM%20VIGILANCIA%20DAS%20DANTS_.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2018.

____. Plano Regional da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde. Disponível em: <http://saude.es.gov.br/Media/sesa/Descentraliza%C3%A7%C3%A3o/PDR_PlanodiretordeRegionalizacao_ES_2011.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2018.

GOIÁS. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Informações e Decisões Estratégicas em Saúde – Conecta SUS. **Indicadores de Saúde 2018**. Disponível em: <www.conectasus.go.gov.br>. Acesso em: 22 mar. 2018.

____. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde (SPAIS). **Número de participantes nas oficinas e total de municípios e regiões com o processo de tutoria implantado 2018**.

____. Secretaria de Estado de Gestão e Planejamento (SEGPLAN). Plano Plurianual (PPA) 2016–2019. 2016. Atividades Econômicas no estado de Goiás. Disponível em: <www.segplan.go.gov.br>. Acesso em: 22 mar. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). 2010a. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=21&dados=0>>. Acesso em: 23 abr. 2018.

____. 2010b. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rn/espírito-santo/panorama>>. Acesso em: 28 mar. 2018.

____. 2010c. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/resultados/tabelas_pdf/total_populacao_maranhao.pdf>. Acesso em: 10 maio 2018.

____. **Censo**. 2010d. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/panorama>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

____. 2011. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6936&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nv>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

n. 31

*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*

____. 2013. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/2013-agencia-de-noticias/releases/14712-asi-em-2013-esperanca-de-vida-ao-nascer-era-de-749-anos.html>>. Acesso em: 27 mar. 2013.

____. 2016b. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/panorama,2016>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

____. 2016a. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa_dou.shtm>. Acesso em: 10 maio 2018.

____. 2017a. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ro/panorama>>. Acesso em: 10 maio 2018.

____. 2017b. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/df/brasil>>. Acesso em: 18 maio 2018.

MARANHÃO. Secretaria de Estado da Saúde. **Sala de Situação, 2018.**

____. Secretaria de Estado da Saúde. **Coordenação da Atenção Básica, 2018.**

PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DO ESPÍRITO SANTO 2011. Disponível em: <saude.es.gov.br/Media/sesa/Descentralização/PDR_PlanoDiretordeRegionalizacao_ES_2011.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2018.

PIAUÍ. Secretaria de Estado da Saúde (SESAPI). **Plano Estadual de Saúde (2016-2019).** Disponível em: <http://www.saude.pi.gov.br/ckeditor_assets/attachments/896/Plano_Estadual_2016_a_2019vers_o_final_.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019.** Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201701/05153251-pes-2016-2019-sesrs.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

RONDÔNIA. Secretaria de Estado da Saúde (SESAU). 2014. Disponível em: <<http://www.rondonia.ro.gov.br/sesau/sobre/sobre-a-sesau/>>. Acesso em: 2 abr. 2018.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. **Guia da Oficina Redes de Atenção à Saúde.** 2015.

____. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). Portal de Estatística do Estado de São Paulo. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/>>. Acesso em: 3 abr. 2018.

____. Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. **Matriz de Indicadores de Saúde, 2014.**

____. Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. **Base Unificada de Nascidos Vivos.** Dados de 2014 (preliminares) atualizados em setembro de 2015.

CAPÍTULO 6

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sempre que se inicia a Planificação da Atenção à Saúde (PAS) em um novo estado ou até mesmo em uma Região de Saúde de expansão é comum a fala recorrente de que não se pode restringir esse processo a mais um “curso” destinado aos gestores e trabalhadores da saúde com o intuito da emblemática “mudança de práticas”.

Embora a PAS tenha um eixo forte de educação permanente, até mesmo porque não se mudam práticas sem a devida qualificação dos gestores e trabalhadores, seria ingênuo da nossa parte acreditar que um ciclo de oficinas e tutorias seria suficiente para impactar a organização do sistema de atenção à saúde, sem que seja garantida a continuidade desse processo.

Sem dúvida, a experiência dos Laboratórios de Inovação abriu portas para o processo de PAS, a partir do momento que produziram evidências e geraram conhecimento sobre o Modelo de Atenção às Condições Crônicas no contexto das Redes de Atenção, reafirmando a importância da Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado e no ordenamento das Redes.

Nesse sentido, a proposta de se alinhar um instrumento de gestão e organização da Atenção à Saúde, por meio da educação permanente, com a inclusão da tutoria para a implantação, monitoramento e avaliação dos processos junto às equipes de saúde, colabora fundamentalmente para a mudança das práticas de saúde e reorientação da prestação de serviços em prol das necessidades de saúde da população.

Deve-se explicitar logo no início que Planificar a Atenção à Saúde exige das Secretarias de Estado, bem como das Secretarias Municipais de Saúde, um redirecionamento de suas práticas de gestão, rompendo, inclusive, com o *modus operandis* da “departamentalização” histórica da organização do setor saúde. Nesse processo, integração é palavra de ordem, bem como planejamento estratégico é o caminho desse redirecionamento. Assim, a Planificação vai se enraizando em todos os setores da Secretaria, no sentido de

que a conformação das Redes de Atenção, tão bem desenhadas em nossos documentos, comece a tomar corpo nos territórios.

Nesse processo de Planificação, as instâncias de pactuação são fundamentais, a governança precisa ser entendida, aceita e incorporada ao cotidiano da organização saúde, praticada com todos os atores envolvidos. Da mesma forma, o monitoramento e a avaliação serão os termômetros que nos indicarão se o percurso precisa ser mantido, alterado ou até mesmo otimizado.

Fala-se, então, em sustentabilidade do processo. Planificar não pode ser encarado como algo do momento, da gestão, do governo. Precisa ser visto como a estratégia de integração da Atenção Primária e da Atenção Ambulatorial Especializada, ancorada em instrumentos de planejamento e assegurada nos planos estaduais e municipais de saúde.

O Conass fornece o suporte necessário para que as equipes gestoras estaduais apreendam a metodologia e deem seguimento em suas regiões, capilarizando o processo de forma consciente, responsável, mas, acima de tudo, com monitoramento e avaliação constantes, presencialmente e à distância.

O resultado final esperado para a planificação é a implantação das Redes de Atenção nas regiões de saúde, tendo a Atenção Primária como ordenadora e coordenadora do cuidado, integrada com a Atenção Ambulatorial Especializada e, posteriormente, com a atenção hospitalar.

A complexidade da atenção hospitalar e a necessidade de um aprofundamento acerca das estratégias mais efetivas para trabalhar a implantação de um novo modelo fazem que as atividades ainda não tenham tomado a velocidade necessária, mas já se inicia uma produção de evidências nesse campo.

Na caminhada da Planificação da Atenção à Saúde não se pode deixar de citar como grandes potencialidades: o envolvimento da gestão e dos trabalhadores, a implantação dos processos, a rápida visibilidade da organização da Atenção Primária pela comunidade, a integração das equipes na APS e AAE e o ganho na qualidade da atenção prestada.

Entretanto, também existem algumas linhas de enfrentamento na Planificação bem definidas. Entre as fragilidades, é comum se deparar com estados que fazem adesão, mas que deixam a cargo das Regiões de Saúde

n. 31

*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*

tocarem o processo com o pouco envolvimento do nível central. Outra situação é o foco na realização de oficinas e a pouca compreensão com relação à tutoria, ferramenta essencial na mudança de práticas.

Somando-se a isso encontramos muita dificuldade de os estados elaborarem suas Diretrizes Clínicas ou até mesmo notas técnicas que orientem os municípios na estratificação de risco, no manejo e na programação assistencial, esta última casada com a Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS) tão necessária para se romper com a programação por série histórica ou por via incremental.

Tem-se, ainda, um investimento na Atenção Primária em termos de qualificação, no entanto não se percebe o mesmo empenho no investimento nos sistemas de apoio, especialmente no apoio diagnóstico e terapêutico, sem falar da dificuldade de integrar a Rede com os sistemas logísticos, citando aqui em especial a falta de um prontuário eletrônico que integre todos os equipamentos em Rede. Por fim, a emblemática “governança”, entendida equivocadamente como sinônimo das históricas instâncias de pactuação e deliberação no SUS, mas que não consegue de fato e de direito “girar o PDCA” da gestão do sistema de atenção à saúde.

Grandes são os desafios e entre os já citados destacam-se a sustentabilidade da PAS e a capilaridade desse processo em todas as regiões de saúde.

Mas Einstein já dizia que “não há maior insanidade do que querer obter resultados diferentes fazendo a mesma coisa todos os dias”. Há, portanto, de se inovar e ousar, buscando estratégias que possibilitem ganhos de eficiência e de qualidade.

A Planificação da Atenção à Saúde é o caminho! Espera-se que ela continue tendo êxito e impactando positivamente na implementação da Redes de Atenção à Saúde, de forma que possa efetivamente agregar valor à população, em especial, aos mais vulneráveis.

APÊNDICE:
AVALIAÇÃO DOS
RESULTADOS
ESPERADOS NAS
SECRETARIAS DE
ESTADO DA SAÚDE
POR MEIO DA
PLANIFICAÇÃO
DA SAÚDE

AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS ESPERADOS NAS SECRETARIAS DE ESTADO DA SAÚDE POR MEIO DA PLANIFICAÇÃO DA SAÚDE

1 CONTEXTUALIZAÇÃO

O Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) desenvolve o Programa de Apoio às Secretarias Estaduais de Saúde (SES), cujo conteúdo tem foco na eficiência e na organização de serviços por meio de Redes de Atenção à Saúde (RAS) coordenadas pela Atenção Primária à Saúde (APS), abrangendo a elaboração de conteúdos técnicos, metodologias e realização de atividades voltadas à melhoria da eficiência das SES. Os objetivos das RAS são melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida das pessoas usuárias, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde (ROSEN e HAM, 2009).

No âmbito do Programa Apoio às SES cujo conteúdo tem foco na eficiência e na organização de serviços por meio de RAS, encontra-se a Planificação da Atenção à Saúde (PAS), que tem como intuito organizar os processos de trabalho das unidades de saúde e promover a integração entre Atenção Primária e Atenção Ambulatorial Especializada, contribuindo, assim, para a mudança do modelo de atenção vigente e implementação das Redes de Atenção. Nesse sentido, a Planificação fortalece o papel das Secretarias de Estado da Saúde enquanto coordenadoras das Redes de Atenção.

O resultado final esperado para a Planificação por cada Secretaria de Estado que aderiu ao Projeto é a implantação de uma Rede de Atenção à Saúde em uma região de saúde, tendo a Atenção Primária como ordenadora.

No sentido de mensurar tal resultado, foi proposto um indicador baseado no percentual de conformidade dos itens de verificação dos componentes operacionais da Rede priorizada. Para tanto, elaborou-se um instru-

mento no formato de *checklist*, que contemplasse os elementos das Redes de Atenção à Saúde, apresentado a seguir.

2 AVALIAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) apresenta proposta de avaliação das RAS que vai desde uma situação hipotética de absoluta fragmentação dos serviços até uma situação, hipotética também, de absoluta integração, para definir, como possibilidades reais, pelo menos três níveis de integração: sistemas fragmentados, sistemas parcialmente integrados e sistemas integrados. Essa construção faz-se em função dos diferentes atributos que, segundo essa instituição, conformam os sistemas de atenção à saúde: população/território, oferta de serviços, primeiro nível de atenção, atenção especializada, mecanismos de coordenação assistencial, tipo de cuidado, governança do sistema, gestão do sistema, recursos humanos, sistemas de informação, financiamento e vínculos com outros setores (ORGANIZACIÓN PANAMERICANADE LA SALUD, 2008).

A integração dos sistemas de atenção à saúde envolve um conjunto de abordagens que podem conotar coordenação, cooperação ou integração por meio dos sistemas de atenção à saúde. Por isso, busca-se desenvolver uma taxonomia da integração desses sistemas que permita uma análise situacional do estágio de integração de uma RAS. Não é uma tarefa fácil porque não é simples estabelecer os limites entre os diferentes estágios de integração dos sistemas de atenção à saúde (SIMOENS e SCOTT, 1999). Além disso, não há, nesses sistemas, evolução linear no sentido de uma integração completa.

A Planificação da Atenção à Saúde é instrumento de gestão e organização da Atenção Primária à Saúde e da Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde, apoiando o corpo técnico e gerencial das secretarias estaduais e municipais de saúde na organização dos macroprocessos.

Assim, a avaliação da implantação das Redes de Atenção à Saúde, como resultado esperado do processo de Planificação, deve contemplar três elementos fundamentais: **população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde.**

n. 31

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

O primeiro elemento, a população, é visto como essencial e a razão de ser das Redes e, por essa razão, discute-se a atenção à saúde baseada na população. O segundo elemento é a estrutura operacional que se compõe de cinco componentes: a atenção primária à saúde: o centro de comunicação das redes, os pontos de atenção secundária e terciária à saúde, com destaque para os novos papéis a serem desempenhados pela Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar, na perspectiva das redes; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança das redes. Já o terceiro elemento constitutivo é o modelo de atenção à saúde, que trata do sistema lógico que organiza o funcionamento das Redes.

Para tanto, apresenta-se instrumento para avaliação da implantação das Redes de Atenção, construído a partir das concepções teórico-operacionais e medido nas dimensões da população, da Atenção Primária, dos pontos de atenção secundária e terciária, dos sistemas de apoio, dos sistemas logísticos, do sistema de governança e do modelo de atenção à saúde.

Embora a fragmentação e a integração não se apresentam, na prática social, como uma variável dicotômica, havendo, portanto, entre um sistema totalmente fragmentado e uma rede totalmente integrada, níveis de integração diferenciados, optou-se por instrumento que expressasse o nível de conformidade ou não dos elementos das Redes de Atenção, tendo como resultado a efetiva implantação ou não dessas Redes na região de saúde.

A metodologia de avaliação proposta deve ser aplicada como linha de base no início do processo de Planificação e, depois, periodicamente, para verificar o grau de conformidade dos itens, no sentido de averiguar a estabilidade, involução ou evolução desse processo.

Assim, a aplicação do instrumento tem duas funcionalidades: primeiro, permitir a definição, em determinado tempo, do grau de implantação das Redes, deixando claro para as Secretarias de Estado de onde estão partindo no processo de Planificação e em quais elementos se apresenta maior número de inconformidades; segundo, proporcionar, a partir de análise horizontal de cada elemento, a construção de um plano de correção das não conformidades para a efetiva implantação das Redes em suas regiões de saúde, agora com o suporte da Planificação da Atenção à Saúde.

3 METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO

3.1 EIXOS DE ANÁLISE

A análise será realizada de acordo com cinco eixos, 17 itens e 117 subitens descritos a seguir no quadro 1.

QUADRO 1 – Número de eixos, itens e subitens e pontuação para a análise da Rede de Atenção à Saúde

EIXOS	ITENS DE AVALIAÇÃO	SUBITENS DE AVALIAÇÃO
1 – População	2	10
2 – Atenção Primária à Saúde (APS)	8	39
3 – Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e Atenção Hospitalar (AH)	3	19
4 – Sistemas de apoio e logísticos	5	29
5 – Sistema de governança	4	20
TOTAL	22	117

3.2 FORMA DE VERIFICAÇÃO

Os itens de avaliação apresentam o que se espera em cada eixo de análise. Nos subitens encontra-se uma frase afirmativa que expressa a expectativa a ser alcançada. Já a forma de verificação é um orientador para se comprovar se o subitem de avaliação foi cumprido.

Para se chegar a avaliação do item é necessário avaliar os subitens. A forma de avaliação dos subitens é a existência da conformidade por meio da comprovação pelo item de verificação e deverá ser pontuado da seguinte forma:

- S – SIM: caso o subitem seja comprovado
- N – NÃO: caso o subitem não seja comprovado
- AND – ANDAMENTO: caso o processo esteja em andamento

3.3 INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO

A avaliação da implantação da Rede de Atenção dependerá do percentual de conformidade alcançado podendo apresentar-se em três status diferentes, de acordo com a interpretação apresentada no quadro 2 a seguir:

QUADRO 2 – **Status de conformidades**

STATUS	REDE	PERCENTUAL DE CONFORMIDADE
	Rede de atenção à saúde implantada	80 a 100%
	Rede de atenção à saúde em processo de implantação	50 a 79%
	Rede de atenção à saúde inexistente	Até 49%

O percentual de conformidade deve ser analisado em cada eixo separadamente, não podendo ser calculado diretamente sobre o total de itens do instrumento, pois, considerando que a avaliação trata da organização de ações e serviços em Redes, o fato de se ter avançado na organização de um elemento não garante necessariamente a conformação da Rede.

A título de exemplo, no caso da Atenção à Saúde Materno-Infantil, mesmo que se estratifique o risco da gestante, que garanta as interconsultas na Atenção Ambulatorial Especializada, mas se ela não tiver acesso aos exames e não lhe for garantido o atendimento à maternidade a qual foi vinculada, não poderemos afirmar que a Rede está implantada, mas em processo de organização. Assim, há necessidade de equilibrar todos os itens.

Para consolidar os dados, recomenda-se a utilização do quadro 3, a seguir:

QUADRO 3 – **Consolidação dos dados**

EIXOS	N.º	SUBITENS DE AVALIAÇÃO					
		CONFORMIDADE			%		
		SIM	AND.	NÃO	SIM	AND.	NÃO
1 – População	10						
2 – Atenção Primária à Saúde	39						

EIXOS	SUBITENS DE AVALIAÇÃO						
	N.º	CONFORMIDADE			%		
		SIM	AND.	NÃO	SIM	AND.	NÃO
3 – Atenção Ambulatorial Especializada e Atenção Hospitalar*	6						
4 – Sistemas de apoio e logísticos	29						
5 – Sistema de governança	20						
TOTAL	104						

* OS ITENS 12 E 13 REFERENTES A ATENÇÃO HOSPITALAR E SEUS RESPECTIVOS SUBITENS NÃO SERÃO CONSIDERADOS PARA A AVALIAÇÃO DE 2018, TENDO EM VISTA QUE A ATENÇÃO HOSPITALAR SERÁ INTRODUZIDA NA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE, A PARTIR DE 2018, COM O ALINHAMENTO CONCEITUAL E FORMULAÇÃO DE METODOLOGIA, ATRAVÉS DA INSTITUIÇÃO DE UM LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO.

3.3 APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO

O instrumento será aplicado com base na Rede de Atenção priorizada pela Secretaria de Estado (SES) no momento da adesão ao Projeto da Planificação da Atenção à Saúde, como linha de base, e um ano após a realização das atividades. Caso o Estado já esteja em processo de Planificação, o instrumento pode ser aplicado no momento atual e após o término da primeira etapa para efeitos comparativos.

Vale destacar ainda que o cenário da avaliação da implantação da Rede será a região de saúde. Assim, se o Estado estiver em processo de expansão, o instrumento deve ser aplicado em cada região de saúde.

A aplicação do instrumento será feita pelo time de facilitadores do CONASS. Recomenda-se a leitura do instrumento e uma breve discussão sobre seu conteúdo com representantes de equipes que trabalham na Rede, envolvendo gestores e prestadores de serviços.

Essa avaliação está orientada a prover aos gestores e aos profissionais de saúde um diagnóstico do estágio em que se encontram as Redes de Atenção e um sentido de mudança para melhorar a atenção à saúde. Assim, o mais importante nesse processo não é o julgamento de conformidades, mas o *feedback* construtivo acerca das potencialidades e oportunidades de melhoria para implantar e/ou implementar as Redes nas regiões.

Para uma avaliação mais completa, faz-se necessário que a organização dos macroprocessos da Atenção Primária e da Atenção Ambulatorial Especializada sejam iniciados ou já estejam em andamento. Regiões de saúde que estão trabalhando unicamente com a organização da Atenção Primária, a avaliação deve ser feita, considerando o compromisso de que é necessário iniciar os trabalhos nos demais pontos de atenção da Rede.

Embora estejam especificados no instrumento os itens correspondentes à Atenção Hospitalar, estes não serão considerados no cálculo do percentual de conformidade, tendo em vista que a Atenção Hospitalar será introduzida na Planificação da Atenção à Saúde, a partir de 2019, com o alinhamento conceitual e formulação de metodologia, através da instituição de um Laboratório de Inovação.

Assim, a análise desses itens específicos é importante por retratar um diagnóstico atual, mas não se terá de imediato a transferência de tecnologia para organização da Atenção Hospitalar na brevidade necessária para contribuir com o alcance das conformidades esperadas.

A linha de base e a avaliação ao final de cada ano devem ser registradas e serão utilizadas como indicador de resultado no âmbito do planejamento estratégico do CONASS relativo à Planificação.

A aplicação do instrumento será realizada em dois momentos: encontro com o Grupo Condutor Estadual e Grupo Condutor Regional e *in loco* nas unidades laboratórios, nos centros de especialidades e hospitais. O quadro 4 apresenta a relação dos eixos de análise, os atores e o local que deverá ser feita a avaliação.

QUADRO 4 – **Eixos de análise, atores e locais de avaliação.**

EIXOS	ATORES	LOCAL
1 – População	Facilitador do Conass, Grupo Condutor Estadual e Grupo Condutor Regional	Secretaria Estadual de Saúde
2 – Atenção Primária à Saúde (APS)	Facilitador do Conass, Coordenador de APS Estadual, Coordenador APS Municipal e Tutor	Unidade de Atenção Primária Laboratório
3 – Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e Atenção Hospitalar (AE)	Facilitador do Conass, Coordenador de AAE e AE Estadual e Tutor	Centro de Especialidade Hospital

EIXOS	ATORES	LOCAL
4 – Sistemas de Apoio Logístico	Facilitador do Conass, Coordenadores Estaduais e Tutor	Unidade Laboratório Centro de Especialidades Hospital
5 – Sistema de Governança	Facilitador do Conass, Grupo Condutor Estadual e Grupo Condutor Regional	Secretaria Estadual de Saúde

4 PLANO DE IMPLANTAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Após a aplicação do Instrumento para Avaliação da implantação das Redes de Atenção à Saúde na região, a equipe deve analisar o percentual de itens que apresentaram conformidade. Na sequência deve-se analisar minuciosamente os itens não conformes, pois estes possibilitam a identificação de áreas críticas do desempenho das Redes de Atenção.

A partir da identificação dessas áreas, deve ser instituído programa de desenvolvimento institucional e clínico que permita fortalecer as Redes e fazer que evoluam no sentido da integração.

Assim, a equipe deve elaborar um plano para correção das não conformidades, aqui denominado “Plano de Implantação das Redes de Atenção à Saúde”. Entretanto, não basta apenas planejar: é preciso executar, monitorar e avaliar se de fato, as não conformidades foram sanadas. Para essa etapa, a recomendação é a utilização de ferramentas da qualidade – o PDSA e a Matriz 5W2H – por serem as mais utilizadas pela fácil aplicabilidade.

O plano deve representar o compromisso mútuo e salvaguardar as competências e o nível de governabilidade de cada uma das partes na correção das não conformidades identificadas no instrumento, garantindo o monitoramento contínuo e o redirecionamento de ações em busca da conformidade.

5 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

O instrumento foi formulado a partir dos seguintes referenciais: (i) MENDES, E.V. **Redes de Atenção à Saúde**. Brasília. Brasília: Conass, 2011; (ii) MENDES, E.V. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conass, 2011; (iii) CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE

(CONASS). **Guias de estudo das Oficinas de Planificação à Saúde**. Brasília: Conass, 2016.; _____. **Guia para tutoria da Planificação em Saúde**. Brasília: Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. [s.d.].

EIXO 1 – POPULAÇÃO

ITEM DE AVALIAÇÃO	SUBITENS	CONFORMIDADE			FORMA DE VERIFICAÇÃO	OBSERVAÇÃO
		SIM	AND.	NÃO		
1. Há um processo de regionalização para a RAS priorizada, com territórios claramente definidos, com foco no acesso e suficiência da atenção prestada com vistas à resolubilidade das necessidades em saúde da população alvo	a) Há uma região e/ou macrorregião de saúde definida para a RAS priorizada.				Verificar documentação que comprove a definição do território.	
	b) Há territórios sanitários claramente definidos com suficiência da atenção prestada para a RAS priorizada, na região ou macrorregião de saúde, para garantir maior resolubilidade:				https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml	
	b1) Municípios com suficiência em APS. Verificar a cobertura da APS na região de saúde (RS)				Considerar como sim 70% ou > 70% de cobertura	
	b2) Região com suficiência em atenção secundária.				Verificar a cobertura da atenção ambulatorial especializada e hospitalar de média complexidade para a RAS priorizada. Solicitar documento de pactuação.	
	b3) Macrorregião com suficiência em atenção terciária.				Verificar a cobertura da atenção hospitalar de alta complexidade para a RAS priorizada. Solicitar documento de pactuação.	

ITEM DE AVALIAÇÃO	SUBITENS	CONFORMIDADE			FORMA DE VERIFICAÇÃO	OBSERVAÇÃO
		SIM	AND.	NÃO		
1. Há um processo de regionalização para a RAS prioritizada, com territórios claramente definidos, com foco no acesso e suficiência da atenção prestada com vistas à resolubilidade das necessidades em saúde da população alvo	c) A regionalização possibilita o acesso da população alvo, residente em todos os municípios, no tempo adequado, aos pontos de atenção da RAS.				Verificar o acesso e fluxo (distância, condições e tempo de deslocamento) das pessoas aos serviços da RAS prioritizada. Solicitar documento de pactuação.	
	d) Há um plano diretor de regionalização vigente com foco no desenvolvimento da RAS prioritizada, com vistas à melhoria do acesso, suficiência da atenção e maior resolubilidade para a saúde da população.				Verificar a existência de documento contendo o plano diretor e a vigência	
2. Há uma população claramente definida para a RAS prioritizada	a) Há uma clara definição da população alvo para a RAS: sexo, faixa etária e condição de saúde prioritizada.				Verificar documento que oficialize esta definição	
	b) Há um diagnóstico das necessidades de saúde dessa população na região e/ou macrorregião.				Verificar documento que contenha este diagnóstico	
	c) A estrutura operacional da RAS prioritizada está formatada em função dessas necessidades.				Verificar documento	

EIXO 2 – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

ITEM DE AVALIAÇÃO	FORMA DE VERIFICAÇÃO	CONFORMIDADE			FORMA DE VERIFICAÇÃO	OBSERVAÇÃO
		SIM	AND.	NÃO		
3. As equipes desenvolvem os processos básicos da APS	a) 100% das equipes da APS apresentam o processo de territorialização, com mapa Inteligente atualizado, contendo a área de abrangência, as micro-áreas e marcação das informações coletadas no diagnóstico do território.				Verificar a existência dos mapas atualizados	
	b) 100% das equipes apresentam cadastro das famílias e indivíduos, por micro área e área de abrangência, atualizado no último ano, e, o registro no prontuário eletrônico ou na plataforma do e-SUS.				Verificar <i>in loco</i> os cadastros. Sortear aleatoriamente, cinco famílias e avaliar os registros.	
	c) 100% das equipes emitem o Cartão Nacional do SUS aos indivíduos cadastrados.				Verificar <i>in loco</i> , sortear aleatoriamente, cinco pessoas e avaliar a existência do cadastro.	
	d) 100% das equipes classificam o risco para todas as famílias cadastradas nas áreas de abrangência, utilizando as escalas disponíveis e recomendadas, com atualização no último ano.				Verificar <i>in loco</i> , sortear aleatoriamente, cinco famílias e avaliar	

ITEM DE AVALIAÇÃO	FORMA DE VERIFICAÇÃO	CONFORMIDADE			FORMA DE VERIFICAÇÃO	OBSERVAÇÃO
		SIM	AND.	NÃO		
3. As equipes desenvolvem os processos básicos da APS	e) 100% das equipes conhecem os diferentes perfis de demandas da população, realizam programação e atendem as condições agudas, as condições crônicas agudizadas, as condições gerais e inespecíficas, as condições crônicas não agudizadas, as enfermidades; as pessoas hiperutilizadoras; as pessoas para atenção preventiva; atenção domiciliar e autocuidado apoiado.				Verificar documento que contenha os perfis de demanda e questionar os profissionais para avaliar se conhecem estes perfis	
4. As equipes desenvolvem os micros processos básicos	a) 100% das equipes apresentam normas para agendamento, com distribuição equilibrada dos atendimentos nas suas várias modalidades (individuais e em grupo, visita e atendimento domiciliar), prevendo o tempo necessário para as reuniões de equipe, educação permanente, tutoria, atividades de supervisão e administrativas.				Verificar planilha de programação	
	b) 100% das equipes realizam o agendamento de acordo com a disponibilidade e preferências do usuário e procura otimizar a sua vinda à unidade para o atendimento de todas as suas necessidades.				Verificar <i>in loco</i> , entrevistando os profissionais e usuários	

ITEM DE AVALIAÇÃO	FORMA DE VERIFICAÇÃO	CONFORMIDADE			FORMA DE VERIFICAÇÃO	OBSERVAÇÃO
		SIM	AND.	NÃO		
4. As equipes desenvolvem os micros processos básicos	c) 100% das equipes realizam o agendamento por bloco de horas.				Verificar <i>in loco</i> , entrevistando os profissionais e usuários	
	d) 100% das equipes tem rotina estabelecida e executa: a recepção do usuário com escuta ativa; a confirmação da presença para atendimentos agendados; a orientação dos fluxos internos; os encaminhamentos necessários; o esclarecimento de dúvidas; a orientação sobre exames, dispensação de medicamentos e consultas subsequentes; o agendamento para retornos; a conclusão do atendimento, com orientação final.				Verificar <i>in loco</i> , observando o fluxo na unidade de saúde e entrevistando os profissionais e usuários	
5. As equipes realizam os macroprocessos para atenção aos eventos agudos	a) 100% das equipes realizam atendimento aos casos de urgência todos os dias, em todos os turnos de atendimento.				Verificar <i>in loco</i> a realização do atendimento	
	b) 100% das equipes realizam classificação de risco em urgência, para todas as pessoas com eventos agudos, conforme protocolo clínico padronizado pela SES.				Verificar: <i>in loco</i> a existência, o conhecimento e a aplicação do protocolo pelos profissionais	

ITEM DE AVALIAÇÃO	FORMA DE VERIFICAÇÃO	CONFORMIDADE			FORMA DE VERIFICAÇÃO	OBSERVAÇÃO
		SIM	AND.	NÃO		
5. As equipes realizam os macroprocessos para atenção aos eventos agudos	c) 100% das equipes realizam atendimento, para todas as pessoas com eventos agudos, no tempo preconizado, de acordo com o grau de risco, conforme protocolo clínico padronizado pela SES: - Realizam atendimento resolutivo para todos os casos classificados urgência de baixo risco (cor verde) e os casos não urgentes (cor azul).				Verificar <i>in loco</i> a realização do atendimento e o registro no prontuário dos casos atendidos na última semana	
	d) 100% das equipes têm ambiente destinado aos casos de emergência e de urgência de maior risco, com equipamentos e medicamentos padronizados para viabilizarem o primeiro atendimento, enquanto providenciam a transferência para os pontos de atenção pactuados na rede de urgência. Verificar <i>in loco</i> a existência do atendimento e o registro no prontuário dos casos atendidos no último mês					
	e) 100% das equipes foram capacitadas para realizar o primeiro atendimento para os casos de , emergência e de urgência de maior risco, conforme protocolo clínico padronizado pela SES. Verificar documentação que comprove a capacitação e entrevista com os profissionais.					

ITEM DE AVALIAÇÃO	FORMA DE VERIFICAÇÃO	CONFORMIDADE			FORMA DE VERIFICAÇÃO	OBSERVAÇÃO
		SIM	AND.	NÃO		
6. As equipes realizam os macroprocessos para a atenção às condições crônicas	a) 100% das equipes realizam a identificação e a estratificação de risco das pessoas com a condição crônica priorizada, conforme diretriz clínica padronizada pela SES, incluindo a saúde bucal.				Verificar <i>in loco</i> a realizam da estratificação de risco, sortear aleatoriamente cinco casos de pessoas com a condição crônica priorizada e avaliar o registro no prontuário	
	b) 100% das equipes realizam o atendimento (consultas, grupos, procedimentos, exames de apoio diagnóstico, medicamentos, entre outros) para as pessoas de acordo com a estratificação de risco, conforme a diretriz clínica padronizada pela SES.				Verificar <i>in loco</i> , com entrevista aos profissionais, sorteio aleatório de cinco casos de pessoas com a condição crônica priorizada e avaliar o registro no prontuário	
	c) 100% das equipes elaboram plano de cuidados para todas as pessoas com a condição crônica priorizada.				Verificar <i>in loco</i> , com entrevista aos profissionais, sorteio aleatório de cinco casos de pessoas com a condição crônica priorizada e avaliar o registro no prontuário	
	d) 100% das equipes monitoram os planos de cuidados de todas as pessoas com a condição crônica priorizada, para avaliar o cumprimento de metas pactuadas e a adesão aos tratamentos.				Verificar <i>in loco</i> , com entrevista aos profissionais, sorteio aleatório de cinco casos de pessoas com a condição crônica priorizada e avaliar o registro no prontuário	
	e) 100% das equipes avaliam a estabilização da condição crônica priorizada.				Verificar <i>in loco</i> , documento contendo informação sobre o percentual de casos estabilizados, conforme o padrão estabelecido na diretriz clínica	

ITEM DE AVALIAÇÃO	FORMA DE VERIFICAÇÃO	CONFORMIDADE			FORMA DE VERIFICAÇÃO	OBSERVAÇÃO
		SIM	AND.	NÃO		
7. As equipes realizam os macroprocessos para atenção preventiva	a) 100% das equipes realizam as ações de prevenção aos fatores de risco priorizados para a população residente nos seus territórios.				Verificar <i>in loco</i> a realização da estratificação de risco, sortear aleatoriamente 5 casos de pessoas com a condição crônica priorizada e avaliar o registro no prontuário	
	b) 100% das equipes realizam vacinação, para a população alvo, conforme calendário vacinal e procedimentos operacionais padrões estabelecidos pela SES.				Verificar <i>in loco</i> , com entrevista aos profissionais, sorteio aleatório de 5 casos de pessoas com indicação de vacinação e avaliar o registro no prontuário ou SPNI	
	c) 100% das equipes realizam exames citopatológicos de colo uterino, para as mulheres na faixa etária preconizada, conforme diretriz clínica e procedimentos operacionais padrões estabelecidos pela SES.				Verificar <i>in loco</i> , com entrevista aos profissionais, sorteio aleatório de 5 casos de mulheres com indicação de realização do exame e avaliar o registro no prontuário	
	d) 100% das equipes solicitam mamografia, para as mulheres na faixa etária preconizada, conforme diretriz clínica e procedimentos operacionais padrões estabelecidos pela SES.				Verificar <i>in loco</i> , com entrevista aos profissionais, sorteio aleatório de 5 casos de mulheres com indicação de realização do exame e avaliar o registro no prontuário	

ITEM DE AVALIAÇÃO	FORMA DE VERIFICAÇÃO	CONFORMIDADE			FORMA DE VERIFICAÇÃO	OBSERVAÇÃO
		SIM	AND.	NÃO		
8. As equipes realizam os macroprocessos para atenção domiciliar	a) Em 100% das equipes, a visita domiciliar do ACS é realizada regularmente, com periodicidade definida a partir da classificação de risco da família e é estruturada com roteiros ou checklists para cadastro, acompanhamento e vigilância para as situações mais frequentes.				Realizar entrevista com os ACS, verificar o roteiro, programação e comprovação da realização das visitas domiciliares realizadas no último mês	
	b) Em 100% das equipes, os planos de cuidado dos usuários com condições crônicas de alto risco são monitorados durante as visitas ou atendimentos domiciliares.				Verificar o registro dos monitoramentos realizados durante as visitas ou atendimentos domiciliares, no último mês	
	c) 100% das equipes realizam visitas domiciliares aos faltosos dos atendimentos programados (consultas, vacinação, grupos, entre outros).				Verificar os registros das visitas no último mês	
	d) 100% das equipes identificam as pessoas que se encontram sob atenção domiciliar.				Verificar com entrevista aos profissionais e registro no prontuário dos atendimentos realizados	
	e) 100% das equipes atuam de maneira integrada com a equipe responsável pela internação domiciliar de usuários residentes na sua área de abrangência.				Verificar registro nos prontuários dos usuários, dos acompanhamentos realizados no último mês	

ITEM DE AVALIAÇÃO	FORMA DE VERIFICAÇÃO	CONFORMIDADE			FORMA DE VERIFICAÇÃO	OBSERVAÇÃO
		SIM	AND.	NÃO		
9. As equipes realizam os macroprocessos para o autocuidado apoiado	a) 100% das equipes estão capacitadas para o apoio ao autocuidado do usuário com condição crônica.				Verificar registro que comprove as capacitações e realizar entrevista com os profissionais	
	b) 100% das equipes realizam sistemática e rotineiramente a avaliação da capacidade de autocuidado e letramento em saúde dos usuários com condição crônica.				Sortear aleatoriamente, cinco prontuários de usuários com condições crônicas, atendidos no último mês e verificar registro, além de entrevista com profissionais	
	c) 100% das equipes elaboram, apoiam e monitoram os planos de autocuidado dos usuários com condição crônica.				Sortear aleatoriamente, cinco prontuários de usuários com condições crônicas, atendidos no último mês, verificar registro, além de entrevista com profissionais	
	d) 100% das equipes identificam os apoiadores familiares e comunitários, realizam as capacitações para que possam apoiar os usuários com condições crônicas no autocuidado.				Verificar documento com registro das capacitações no último semestre	
	e) 100% das equipes realizam ações sistemáticas e rotineiras voltadas para o fortalecimento do autocuidado, na comunidade.				Verificar registro das ações realizadas no último semestre	

ITEM DE AVALIAÇÃO	FORMA DE VERIFICAÇÃO	CONFORMIDADE			FORMA DE VERIFICAÇÃO	OBSERVAÇÃO
		SIM	AND.	NÃO		
10. As equipes realizam os macroprocessos administrativos	a) 100% das equipes estão com os CNES atualizados.				Entrar no site cnes.datasus.gov.br , em Consulta Estabelecimento, pesquisar a Unidade de Saúde, selecionar Estado e Município, abrir Detalhes para chegar nos profissionais da equipe. Verificar a consistência das informações registradas no CNES	
	b) 100% das equipes alimentam de forma regular e sistemática os sistemas de informações do Ministério da Saúde (MS), da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e SMS.				Verificar os sistemas de informações do MS, SES e SMS (SPNI, e-SUS)	
	c) 100% das equipes contam com Colegiado Gestor na UBS, constituído por profissionais das equipes, categorias e setores, com encontros sistemáticos e regulares focados na melhoria contínua dos processos de atenção à saúde e nos resultados para a população. Estes Colegiados têm encontros regulares com os Coordenadores da APS dos seus municípios.				Verificar registro dos encontros no último semestre	

ITEM DE AVALIAÇÃO	FORMA DE VERIFICAÇÃO	CONFORMIDADE			FORMA DE VERIFICAÇÃO	OBSERVAÇÃO
		SIM	AND.	NÃO		
10. As equipes realizam os macroprocessos administrativos	d) 100% das equipes realizam: o planejamento em saúde; a programação assistencial anual de forma a atender as necessidades em saúde da população, identificadas no diagnóstico local; a agenda para atender a programação estabelecida.				Verificar documentos contendo o planejamento, a programação anual de saúde na planilha de programação e a agenda programada para atenção à saúde da população. Entrevistar os profissionais da equipe	
	e) 100% das equipes têm metas pactuadas e monitoradas, além de resultados pactuados e avaliados, em função do planejamento e programação anual de saúde.				Verificar documentos contendo a pactuação e monitoramento de metas, no último semestre. Entrevistar os profissionais da equipe	
	f) 100% das equipes têm Conselhos Locais de Saúde constituídos, com encontros regulares e participação ativa no planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde.				Verificar registro da formalização e de reuniões dos Conselhos Locais de Saúde do último semestre	
TOTAL – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE						

EIXO 3 – ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E ATENÇÃO HOSPITALAR

ITEM DE AVALIAÇÃO	FORMA DE VERIFICAÇÃO	CONFORMIDADE			FORMA DE VERIFICAÇÃO	OBSERVAÇÃO
		SIM	AND.	NÃO		
11. A Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) está integrada à APS e desempenha suas funções na RAS, fundamentada no modelo de atenção às condições crônicas (MACC) e nas diretrizes clínicas da SESA	a) A AAE realiza interconsulta multiprofissional para 100% das condições crônicas de alto risco priorizadas, encaminhadas pelas equipes da APS, conforme diretrizes clínicas da SESA.				Verificar <i>in loco</i> : a existência de equipe multiprofissional, a forma de agendamento e encaminhamento pela APS, a estratificação de risco pela APS	
	b) O atendimento é realizado por todos os profissionais da equipe multiprofissional, no mesmo dia e turno, utilizando a tecnologia da atenção contínua.				Verificar <i>in loco</i> o atendimento pela equipe multiprofissional	
	c) A AAE elabora planos de cuidado interdisciplinar para todos as pessoas com condições crônicas de alto risco, com destaque para o autocuidado apoiado, havendo pactuação de metas para cada pessoa atendida.				Verificação: sortear 5 prontuários de pessoas com condições crônicas de alto risco atendidos no último mês e analisar os registros dos planos de cuidados e das metas de autocuidado apoiado no último semestre	
	d) A AAE encaminha estes planos de cuidados, para as equipes da APS para continuidade do cuidado.				Verificar o registro do envio dos planos de cuidados para as equipes da APS no último semestre	
	e) A AAE realiza educação permanente para 100% das equipes da APS para a correta estratificação de risco e o manejo adequado dos planos de cuidado.				Verificar registro das ações de educação permanente no último semestre	

ITEM DE AVALIAÇÃO	FORMA DE VERIFICAÇÃO	CONFORMIDADE			FORMA DE VERIFICAÇÃO	OBSERVAÇÃO
		SIM	AND.	NÃO		
11. A Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) está integrada à APS e desempenha suas funções na RAS, fundamentada no modelo de atenção às condições crônicas (MACC) e nas diretrizes clínicas da SESA	f) A AAE apoia as equipes da APS e realiza a supervisão quanto a adesão aos planos de cuidado com vistas à estabilização das condições crônicas de alto risco atendidas pelo centro de especialidades.				Verificar registro dos mecanismos de supervisão no último semestre	
12. A Atenção Hospitalar (AH) está integrada aos demais pontos de atenção e desempenha suas funções na RAS, fundamentada no modelo de eventos agudos e no protocolo clínico padronizado pela SESA para a classificação de risco nas urgências e emergências	a) A região ou macrorregião de saúde dispõe de AH suficiente para atender as necessidades de internação e/ou procedimentos hospitalares secundários e/ou terciários, da população alvo na RAS.				Verificar documento que comprove a existência e suficiência da AH	
	b) A AH está integrada a APS, à UPA, SAMU e aos demais pontos de atenção da RAS.				Verificar <i>in loco</i> os mecanismos de integração e entrevistar profissionais	
	c) A AH atende os casos de urgência e emergência, ininterruptamente, todos os dias do ano, com equipe qualificada, na RUE.				Verificar <i>in loco</i> a existência de equipe e o atendimento realizado	

ITEM DE AVALIAÇÃO	FORMA DE VERIFICAÇÃO	CONFORMIDADE			FORMA DE VERIFICAÇÃO	OBSERVAÇÃO
		SIM	AND.	NÃO		
12. A Atenção Hospitalar (AH) está integrada aos demais pontos de atenção e desempenha suas funções na RAS, fundamentada no modelo de eventos agudos e no protocolo clínico padronizado pela SESA para a classificação de risco nas urgências e emergências	d) A AH realiza classificação de risco para todas as pessoas que demandam o pronto atendimento, conforme o protocolo de classificação de risco padronizado pela SESA.				Verificar <i>in loco</i> a realização da classificação de risco e entrevistar os profissionais que realizam a classificação de risco para checar o conhecimento e a aplicação do protocolo	
	e) A AH realiza o atendimento das pessoas classificadas por grau de risco, no tempo certo, com o cuidado certo, conforme o protocolo de classificação de risco padronizado pela SESA.				Verificar <i>in loco</i> , o controle do intervalo do tempo entre a recepção e a classificação de risco, e o intervalo entre a classificação de risco e o atendimento médico. Avaliar se o intervalo de tempo encontra-se em conformidade com as recomendações do protocolo clínico	
13. A Atenção Hospitalar (AH) está integrada à APS e desempenha as competências necessárias, na Rede Materno-Infantil	a) A região de saúde dispõe de AH suficiente para atender as necessidades de cuidados hospitalares secundários e/ou terciários, da população alvo, conforme a estratificação de risco, segundo as diretrizes clínicas da SESA, na Rede Materno Infantil (RMI).				Verificar documento que comprove a existência e suficiência da AH	

ITEM DE AVALIAÇÃO	FORMA DE VERIFICAÇÃO	CONFORMIDADE			FORMA DE VERIFICAÇÃO	OBSERVAÇÃO
		SIM	AND.	NÃO		
13. A Atenção Hospitalar (AH) está integrada à APS e desempenha as competências necessárias, na Rede Materno-Infantil	b) 100% das equipas da APS vinculam as gestantes às maternidades de acordo com o grau de risco e pactuações estabelecidas na RMI.				Verificar <i>in loco</i> a existência de vinculação das gestantes e documento que comprove a pactuação	
	c) 100% das equipas da APS enviam para as maternidades, no prazo pactuado, a relação das gestantes vinculadas, a estratificação de risco, a DUM, a data provável de parto, a semana gestacional e dados clínicos de relevância.				Verificar o envio dos dados pelas equipas da APS	
	d) 100% das equipas da APS encaminham as gestantes e acompanhantes para a visita à maternidade, no terceiro trimestre gestacional, para que conheçam a estrutura e recebam as orientações necessárias sobre o parto.				Verificar <i>in loco</i> a comprovação das visitas	
	e) A equipe da AH pratica as metas de segurança preconizadas pela OMS para 100% das mães e bebês, conforme protocolo padronizado pela instituição.				Verificar <i>in loco</i> a existência do protocolo, o conhecimento pela equipe e se as metas são aplicadas na prática	

ITEM DE AVALIAÇÃO	FORMA DE VERIFICAÇÃO	CONFORMIDADE			FORMA DE VERIFICAÇÃO	OBSERVAÇÃO
		SIM	AND.	NÃO		
13. A Atenção Hospitalar (AH) está integrada à APS e desempenha as competências necessárias, na Rede Materno-Infantil	f) A equipe da AH realiza todas as ações preconizadas pela OMS, relacionadas às boas práticas para o parto seguro, para 100% das parturientes, conforme protocolo padronizado pela instituição.				Verificar <i>in loco</i> a existência do protocolo, o conhecimento pela equipe e se as metas são aplicadas na prática	
	g) A equipe da AH elabora o plano de cuidados para 100% das mãe e bebê e encaminha, pós-alta, para as equipes da APS para continuidade do cuidado.				Verificar o registro do envio do plano de cuidados para as equipes da APS	
	h) A equipe da AH checa se houve recebimento, esclarece as dúvidas e presta apoio para 100% das equipes da APS para que os planos de cuidado enviados sejam efetivados.				Verificar os registros confirmando: o recebimento; o apoio prestado; a efetivação dos planos de cuidados	
TOTAL – ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E ATENÇÃO HOSPITALAR						

EIXO 4 – SISTEMAS DE APOIO E SISTEMAS LOGÍSTICOS

ITEM DE AVALIAÇÃO	FORMA DE VERIFICAÇÃO	CONFORMIDADE			FORMA DE VERIFICAÇÃO	OBSERVAÇÃO
		SIM	AND.	NÃO		
n. 31 <i>Planificação da</i> <i>Atenção à Saúde:</i> <i>Um Instrumento de</i> <i>Gestão e Organização da</i> <i>Atenção Primária e da</i> <i>Atenção Ambulatorial</i> <i>Especializada nas Redes</i> <i>de Atenção à Saúde</i>	14. Há um sistema de assistência farmacêutica com foco no uso racional de medicamentos, capaz de prover à pessoa certa, o medicamento certo, na quantidade certa, na dose certa, pelo tempo certo, com qualidade e custo adequado	a) Há um sistema de assistência farmacêutica que contempla a seleção feita com foco no uso racional, a partir das diretrizes clínicas, sistematizada em uma relação de medicamentos conhecida por todos os profissionais em todos os pontos de atenção da RAS.			Verificar: o documento contendo a relação de medicamentos e as diretrizes clínicas. Entrevistar os profissionais prescritores	
		b) Há uma programação para a assistência farmacêutica feita a partir das necessidades da população adscrita à RAS, cadastrada pelas equipes da APS.			Verificar se a programação realizada para o último semestre é compatível com a necessidade da população. Utilizar como marcador, medicamentos para os hipertensos ou diabéticos	
		c) Há um ciclo logístico capaz de viabilizar a aquisição, o armazenamento e a distribuição adequada para os pontos de atenção da RAS.			Verificar o documento descrevendo o ciclo logístico e entrevistar os profissionais	
		d) Há cuidado farmacêutico prestado em todos os pontos de atenção da RAS, com vistas ao uso racional de medicamentos, à adesão ao tratamento, à conciliação medicamentosa, à prevenção de ocorrência de eventos adversas e à polifarmácia.			Verificar <i>in loco</i> a realização do cuidado farmacêutico e entrevistar os profissionais	

ITEM DE AVALIAÇÃO	FORMA DE VERIFICAÇÃO	CONFORMIDADE			FORMA DE VERIFICAÇÃO	OBSERVAÇÃO
		SIM	AND.	NÃO		
14. Há um sistema de assistência farmacêutica com foco no uso racional de medicamentos, capaz de prover à pessoa certa, o medicamento certo, na quantidade certa, na dose certa, pelo tempo certo, com qualidade e custo adequado	e) Há ações de farmacovigilância, com identificação e notificação de eventos adversos, rastreabilidade dos medicamentos dispensados nos pontos de atenção da RAS.				Verificar o procedimento operacional padrão para a farmacovigilância e entrevistar os profissionais	
	f) Há educação permanente para os profissionais para a prática do uso racional de medicamentos.				Verificar registro das ações de educação permanente e entrevistar os profissionais	
15) Há um sistema de apoio diagnóstico laboratorial, com foco na prevenção quaternária, capaz de prover à pessoa certa, o exame certo, no tempo certo, com qualidade e custo adequado	a) Há um sistema de apoio diagnóstico que contempla os exames laboratoriais que constam nas diretrizes clínicas, sistematizados em um documento contendo a relação destes e a normativa para solicitação, preparo e coleta. Sendo o documento de conhecimento de 100% dos profissionais da APS que podem solicitar exames.				Verificar: a existência do documento e se este é de conhecimento dos profissionais solicitantes	
	b) Há uma programação para os exames de apoio diagnóstico feita a partir das necessidades da população adscrita à RAS, em 100% das equipes da APS.				Verificar se a programação realizada para o último semestre é compatível com a necessidade da população. Utilizar como marcador, exames para o pré-natal	

ITEM DE AVALIAÇÃO	FORMA DE VERIFICAÇÃO	CONFORMIDADE			FORMA DE VERIFICAÇÃO	OBSERVAÇÃO
		SIM	AND.	NÃO		
15) Há um sistema de apoio diagnóstico laboratorial, com foco na prevenção quaternária, capaz de prover à pessoa certa, o exame certo, no tempo certo, com qualidade e custo adequado	c) Estão estruturadas as fases pré-analítica, analítica e pós-analítica capazes de viabilizar a solicitação, a orientação das pessoas, a coleta, o transporte, o processamento, a disponibilização dos resultados dos exames laboratoriais nos pontos de atenção da RAS, em especial da APS, no tempo certo, com qualidade.				Verificar o documento descrevendo as 3 fases e entrevistar os profissionais	
	d) Há orientação para os usuários quanto ao preparo adequado para a realização dos exames. Verificar documento padronizando os cuidados necessários e entrevistar os profissionais				d) Há orientação para os usuários quanto ao preparo adequado para a realização dos exames. Verificar documento padronizando os cuidados necessários e entrevistar os profissionais	
	e) O Laboratório informa para a equipe solicitante, os resultados críticos dos exames realizados.				Verificar se há informação por parte do laboratório quando da ocorrência do evento crítico	
	f) Há exames laboratoriais em quantidade e qualidade, no tempo adequado para atender as condições de saúde priorizadas na RAS.				Verificar o controle realizado pela equipe e entrevistar os profissionais	

ITEM DE AVALIAÇÃO	FORMA DE VERIFICAÇÃO	CONFORMIDADE			FORMA DE VERIFICAÇÃO	OBSERVAÇÃO
		SIM	AND.	NÃO		
15) Há um sistema de apoio diagnóstico laboratorial, com foco na prevenção quaternária, capaz de prover à pessoa certa, o exame certo, no tempo certo, com qualidade e custo adequado	g) Os resultados dos exames são avaliados pelos profissionais no tempo adequado para a adoção de condutas clínicas.				Verificar registro por meio de sorteio aleatório de 5 gestantes que coletaram exames laboratoriais no último semestre	
	h) Há educação permanente para os profissionais para a prática da prevenção quaternária no tocante à solicitação de exames.				Verificar registro das ações de educação permanente no último semestre	
16) Há um sistema de apoio diagnóstico de imagem, com foco na prevenção quaternária, capaz de prover à pessoa certa, o exame certo, no tempo certo, com qualidade e custo adequado	a) Há exames de imagem que constam nas diretrizes clínicas, sistematizados em um documento contendo a relação padronizada e a normativa para solicitação e preparo. Sendo o documento de conhecimento de 100% dos profissionais da APS que podem solicitar estes exames.				Verificar: a existência do documento e se este é de conhecimento dos profissionais solicitantes.	

ITEM DE AVALIAÇÃO	FORMA DE VERIFICAÇÃO	CONFORMIDADE			FORMA DE VERIFICAÇÃO	OBSERVAÇÃO
		SIM	AND.	NÃO		
16) Há um sistema de apoio diagnóstico de imagem, com foco na prevenção quaternária, capaz de prover à pessoa certa, o exame certo, no tempo certo, com qualidade e custo adequado	b) Há uma programação para os exames de imagem feita a partir das necessidades da população adscrita à RAS, em 100% das equipas da APS.				Verificar a programação. Verificar se a programação realizada para o último semestre é compatível com a necessidade da população. Utilizar como marcador, a ultrassonografia para o pré-natal	
	c) Há exames de imagem em quantidade e qualidade, no tempo adequado para atender as condições de saúde prioritizadas na RAS.				Verificar a partir de entrevista com os profissionais	
	d) Há orientação para os usuários quanto ao preparo adequado para a realização dos exames.				Verificar se há orientações padronizadas prestadas os usuários	
	e) Os resultados dos exames são avaliados pelos profissionais no tempo adequado para a adoção de condutas clínicas.				Sortear 5 prontuários e verificar registro	
17) Há um prontuário eletrónico que integre todos os pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos da RAS	a) 100% das equipas da APS têm prontuário eletrónico que contém: os dados cadastrais dos cidadãos e famílias residentes em seus territórios; os registos clínicos dos usuários cadastrados; os medicamentos prescritos e /ou dispensados; os exames de apoio diagnóstico prescritos e/ou realizados, com os resultados.				Verificar <i>in loco</i> a existência do prontuário e os requisitos deste item	

ITEM DE AVALIAÇÃO	FORMA DE VERIFICAÇÃO	CONFORMIDADE			FORMA DE VERIFICAÇÃO	OBSERVAÇÃO
		SIM	AND.	NÃO		
17) Há um prontuário eletrônico que integre todos os pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos da RAS	c) O prontuário eletrônico está integrado à APS e contém os registros clínicos dos usuários atendidos nos serviços ambulatoriais de atenção secundária (Centro de Especialidades, CAPS, CEO, UPA, entre outros), serviços hospitalares secundários e terciários, centrais de agendamento de consultas e de leitos que fazem parte da RAS.				Verificar <i>in loco</i> a existência do prontuário e os requisitos deste item	
	d) O prontuário possibilita a atenção às condições crônicas: a estratificação de risco, conforme as diretrizes clínicas; a elaboração e o monitoramento do plano de cuidados interdisciplinar; a supervisão da estabilização das condições crônicas.				Verificar <i>in loco</i> a existência do prontuário e os requisitos deste item	
	e) O prontuário eletrônico possibilita o gerenciamento dos pontos de atenção da RAS, disponibilizando informações epidemiológicas, clínicas e administrativas.				Verificar <i>in loco</i> a existência dos requisitos deste item	
	f) O prontuário eletrônico alimenta os sistemas de informações do Ministério da Saúde e da SES.				Verificar <i>in loco</i> a existência dos requisitos deste item	

ITEM DE AVALIAÇÃO	FORMA DE VERIFICAÇÃO	CONFORMIDADE			FORMA DE VERIFICAÇÃO	OBSERVAÇÃO
		SIM	AND.	NÃO		
17) Há um prontuário eletrônico que integre todos os pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos da RAS	g) O prontuário eletrônico cumpre as normas de segurança dos dados lançados, armazenados e processados pelo sistema informatizado e apresenta a certificação conferida pela SBIS.				Verificar <i>in loco</i> a existência dos requisitos deste item	
18) Há um sistema de transporte sanitário que integre os pontos de atenção da RAS	a) Há um sistema de transporte em saúde integrado na RAS, com rotas predefinidas e comunicação em tempo real.				Verificar a existência dos veículos e a programação das rotas, além de entrevistar os profissionais	
	b) O sistema de transporte de urgências e emergências é prestado por ambulâncias de suporte básico e suporte avançado, com profissionais qualificados, veículos e insumos adequados.				Verificar a existência dos veículos e entrevistar os profissionais	
	c) O sistema tem um módulo de transporte para as equipes da APS para visitas e atendimentos domiciliares com veículos adequados.				Verificar a existência dos veículos e entrevistar os profissionais	
	d) O sistema tem um módulo de transporte de pessoas usuárias para procedimentos eletivos prestado com veículos adequados.				Verificar a existência dos veículos e entrevistar os profissionais	
TOTAL – SISTEMAS DE APOIO E LOGÍSTICOS						

EIXO 5 – SISTEMA DE GOVERNANÇA

ITEM DE AVALIAÇÃO	SUBITENS	CONFORMIDADE			FORMA DE VERIFICAÇÃO	OBSERVAÇÃO
		SIM	AND.	NÃO		
19) Há um sistema de governança para as RAS	a) Há um comitê de governança instituído formalmente conforme legislação no âmbito regional ou macrorregional.				Verificar documentação que comprove	
	b) Há um comitê atuante que realiza o planejamento, a programação assistencial, acompanha o desempenho a partir do painel de indicadores, propõe ações corretivas ou de melhoria para as RAS.				Verificar documentos comprobatórios	
	c) O comitê se reporta à CIR ou CIB para as deliberações.				Verificar documentos comprobatórios	
	d) É uma instância de apoio à tomada de decisões da CIR ou CIB.				Verificar documentos comprobatórios	
20) Há um planejamento estratégico vigente que define as diretrizes para a RAS priorizada na região ou macrorregião de saúde	a) Há um planejamento estratégico vigente que define a missão, a visão, os valores e as diretrizes para a RAS na região ou macrorregião.				Verificar documento que comprove	
	b) O planejamento estratégico é de conhecimento de todos os membros do comitê de governança.				Sortear o nome de 5 membros e entrevista-los	
	c) Há um painel de indicadores para aferir as diretrizes propostas no planejamento estratégico.				Verificar documento que comprove	

ITEM DE AVALIAÇÃO	SUBITENS	CONFORMIDADE			FORMA DE VERIFICAÇÃO	OBSERVAÇÃO
		SIM	AND.	NÃO		
20) Há um planejamento estratégico vigente que define as diretrizes para a RAS priorizada na região ou macrorregião de saúde	d) O painel de indicadores é sustentado por um sistema de monitoramento e avaliação, contendo os indicadores, as metas, as fontes, os responsáveis e a periodicidade para as aferições.				Verificar documento que comprove	
	e) Há um monitoramento das metas formalmente instituído, realizado, conforme periodicidade estabelecida, apresentado e discutido no comitê de governança.				Verificar documento que comprove	
	f) Há definição de ações de correção ou de melhoria, em decorrência do monitoramento, realizado pelo comitê de governança.				Verificar documento que comprove	
	g) Há avaliação dos resultados realizado anualmente pelo comitê de governança., com proposição de correções ou melhoria para o desempenho da RAS.				Verificar documento que comprove	

ITEM DE AVALIAÇÃO	SUBITENS	CONFORMIDADE			FORMA DE VERIFICAÇÃO	OBSERVAÇÃO
		SIM	AND.	NÃO		
21) Há um sistema de contratualização dos pontos de atenção alinhado com os objetivos da RAS e contém incentivos para o alcance desses objetivos	a) Há contratos firmados com os pontos de atenção da RAS, em consonância com as diretrizes firmadas no planejamento estratégico, a programação das ações com base na necessidade em saúde da população, as diretrizes clínicas da SES, a competência de cada ponto de atenção e as metas do painel de indicadores.				Verificar documento que comprove	
	b) Os contratos dispõem de metas qualitativas e quantitativas a serem cumpridas, no prazo estabelecido.				Verificar documento que comprove	
	c) Há um sistema de acompanhamento dos contratos, com definição do (s) responsável (is) pela aferição, metodologia, local e prazo.				Verificar documento que comprove e entrevistar os responsáveis	
	d) Há incentivos definidos nos contratos, em função das metas contratualizadas.				Verificar documento que comprove	
	e) Estes incentivos são motivadores para o alcance das metas contratualizadas e da melhoria dos resultados.				Entrevistar os gestores e prestadores	

ITEM DE AVALIAÇÃO	SUBITENS	CONFORMIDADE			FORMA DE VERIFICAÇÃO	OBSERVAÇÃO
		SIM	AND.	NÃO		
22) Há um sistema de comunicação com o público interno e externo da RAS priorizada na região ou macrorregião de saúde	a) Há um sistema de comunicação com as equipes dos pontos de atenção da RAS, capaz de socializar as informações de relevância e possibilitar a integrar as pessoas na RAS.				Verificar documento que comprove	
	b) Há avaliação da efetividade deste sistema de comunicação com as equipes.				Verificar documento que comprove	
	c) Há um sistema de comunicação com a população alvo para que saibam da existência, do objetivo, da função de cada serviço, do fluxo na RAS.				Verificar documento que comprove	
	d) Há avaliação da efetividade deste sistema de comunicação com a população alvo da RAS.				Verificar documento que comprove	
TOTAL – SISTEMA DE GOVERNANÇA						

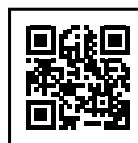
ANEXOS

ANEXO 1
INSTRUMENTO DE
AVALIAÇÃO DA AMBIÊNCIA



<https://goo.gl/Hpx38t>

ANEXO 2
ROTEIRO PARA
CARACTERIZAÇÃO E PESSOAL



<https://goo.gl/Pd1U4B>

ANEXO 3
INSTRUMENTO DE AUTOAVALIAÇÃO
DO TRABALHADOR



<https://goo.gl/rdcTk4>

ANEXO 4
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO
DA SATISFAÇÃO DO USUÁRIOS



<https://goo.gl/GLoj9P>

ANEXO 5
ROTEIRO PARA APRESENTAÇÃO
DA UNIDADE DE SAÚDE



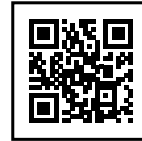
<https://goo.gl/pEX391>

ANEXO 6
PLANILHA PARA ELABORAR
O PLANO DE AÇÃO



<https://goo.gl/wnx4W1>

ANEXO 7
ROTEIRO PARA ANÁLISE DO
MICROSISTEMA CLÍNICO ACESSO À APS



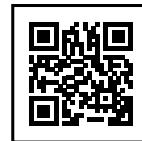
<https://goo.gl/eDChXy>

ANEXO 8
ROTEIRO PARA REALIZAR
MAPA DE FLUXO



<https://goo.gl/5JY6qE>

ANEXO 9
ROTEIRO PARA AVALIAR O CICLO
DO TEMPO DO ATENDIMENTO



<https://goo.gl/WpkTbZ>

ANEXO 10
ANÁLISE DA COBERTURA APS



<https://goo.gl/kBVwXS>

ANEXO 11
GUIA PARA TUTORIA DA
PLANIFICACAO DA SAUDE



<https://goo.gl/kkV3WV>

ANEXO 12
MOMENTO DE TUTORIA 1 E 2



<https://goo.gl/CSSHAZ>

Cadernos de Informação Técnica e Memória do CONASS

Conass Documenta

2018 – CONASS DOCUMENTA 30

O Direito Sanitário como instrumento de fortalecimento do SUS:
ênfase na Educação Permanente em Saúde

2015 – CONASS DOCUMENTA 29

2º Levantamento da Organização, Estrutura e
Ações da Área de Recursos Humanos das Secretarias Estaduais de Saúde

2015 – CONASS DOCUMENTA 28

Rede de Atenção às Urgências e Emergências:
Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)

2013 – CONASS DOCUMENTA 27

Seminário Internacional
Atenção Primária à Saúde: Acesso Universal e Proteção Social

2013 – CONASS DOCUMENTA 26

A Lei N. 141/2012 e os Fundos de Saúde

2012 – CONASS DOCUMENTA 25

1ª Mostra Nacional de Experiências:
o Estado e as Redes de Atenção à Saúde

2012 – CONASS DOCUMENTA 24

Liderança em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde

2011 – CONASS DOCUMENTA 23

Planificação da Atenção Primária à Saúde – APS

2011 – CONASS DOCUMENTA 22

Aperfeiçoamento em Gestão da Atenção Primária à Saúde – Agap

2010 – CONASS DOCUMENTA 21

As Oficinas para a Organização das Redes de Atenção à Saúde

2010 – CONASS DOCUMENTA 20

O Desafio do Acesso a Medicamentos nos Sistemas Públicos de Saúde

2009 – CONASS DOCUMENTA 19

O Sistema Único de Saúde e a Qualificação do Acesso

2009 – CONASS DOCUMENTA 18

As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e Perspectivas

2009 – CONASS DOCUMENTA 17

Violência: Uma Epidemia Silenciosa – Seminário Nacional:
Propostas, Estratégias e Parcerias por Áreas de Atuação

2008 – CONASS DOCUMENTA 16
Violência: Uma Epidemia Silenciosa – Seminários Regionais

2007 – CONASS DOCUMENTA 15
Violência: Uma Epidemia Silenciosa

2007 – CONASS DOCUMENTA 14
Gestão e Financiamento do Sistema Único de Saúde

2007 – CONASS DOCUMENTA 13
Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS 2006/2007

2006 – CONASS DOCUMENTA 12
Fórum Saúde e Democracia: Uma Visão de Futuro para Brasil

2006 – CONASS DOCUMENTA 11
Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS 2005/2006

2005 – CONASS DOCUMENTA 10
I Encontro do CONASS para Troca de Experiências

2005 – CONASS DOCUMENTA 9
I Encontro de Gestores Estaduais, Provinciais e
Departamentais de Sistemas Sul-Americanos de Saúde

2005 – CONASS DOCUMENTA 8
Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS 2003/2005

2004 – CONASS DOCUMENTA 7
Acompanhamento e Avaliação da Atenção Primária

2004 – CONASS DOCUMENTA 6
Convergências e Divergências sobre a Gestão e Regionalização do SUS

2004 – CONASS DOCUMENTA 5
Assistência Farmacêutica: Medicamentos de
Dispensação em Caráter Excepcional

2004 – CONASS DOCUMENTA 4
Recursos Humanos: Um Desafio do Tamanho do SUS

2004 – CONASS DOCUMENTA 3
Para Entender a Gestão do Programa de Medicamentos de
Dispensação em Caráter Excepcional

2004 – CONASS DOCUMENTA 2
Atenção Primária – Seminário do CONASS para Construção de Consensos

2004 – CONASS DOCUMENTA 1
Estruturação da Área de Recursos Humanos nas
Secretarias Estaduais de Saúde dos Estados e do Distrito Federal

A ideia ao reformular o projeto gráfico do *CONASS Documenta* está diretamente associada à assinatura da publicação – Cadernos de informação técnica e memória do CONASS – que, além de não possuir periodicidade definida, aborda diversidade de conteúdos. A representação da etiqueta e da pasta plástica adotada na capa busca reafirmar o propósito de organizar, armazenar e distribuir o vasto conteúdo que o CONASS se propõe a levar às Equipes Gestoras Estaduais do SUS e a pesquisadores de Saúde Pública por meio do *CONASS Documenta*.

Ao abrir a capa e adentrar a publicação, a marca *CONASS Documenta* dá espaço ao conteúdo, delegando às linhas e à cor a missão de manter a relação entre capa e miolo. As linhas utilizadas no miolo remetem às pautas de fichas e formulários, normalmente armazenados em pastas etiquetadas, mas o faz de forma sutil, buscando não interferir no fluxo de leitura.

O projeto gráfico do miolo é composto com as famílias tipográficas ITC Franklin Gothic Std e Charter BT, possui margens externas generosas, a fim de oferecer conforto no manuseio do livro durante a leitura. O título corrente nas páginas pares possibilita a rápida identificação do exemplar quando fotocópias de parte do livro são utilizadas. Nas páginas ímpares o logotipo *CONASS Documenta* complementa esta identificação. A numeração da página corrente em corpo destacado facilita a busca e aplicada a cor predominante do volume, com contraste um pouco menor, diferencia-se nitidamente do corpo de texto corrido. O papel é o Alta Alvura, que possibilita melhor contraste e fidelidade de cor.
