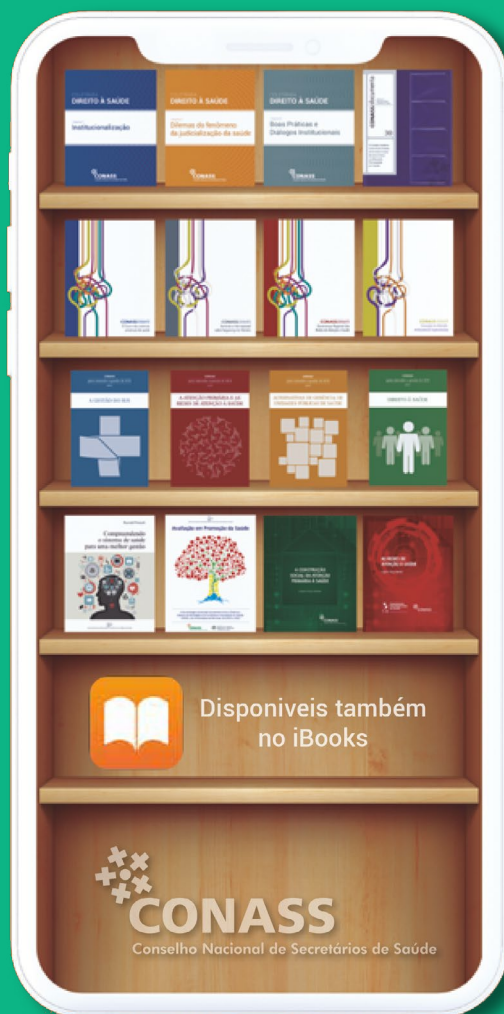


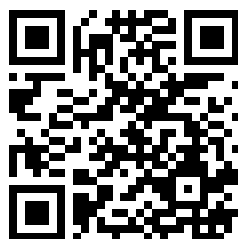
5

As Redes de Atenção à Saúde

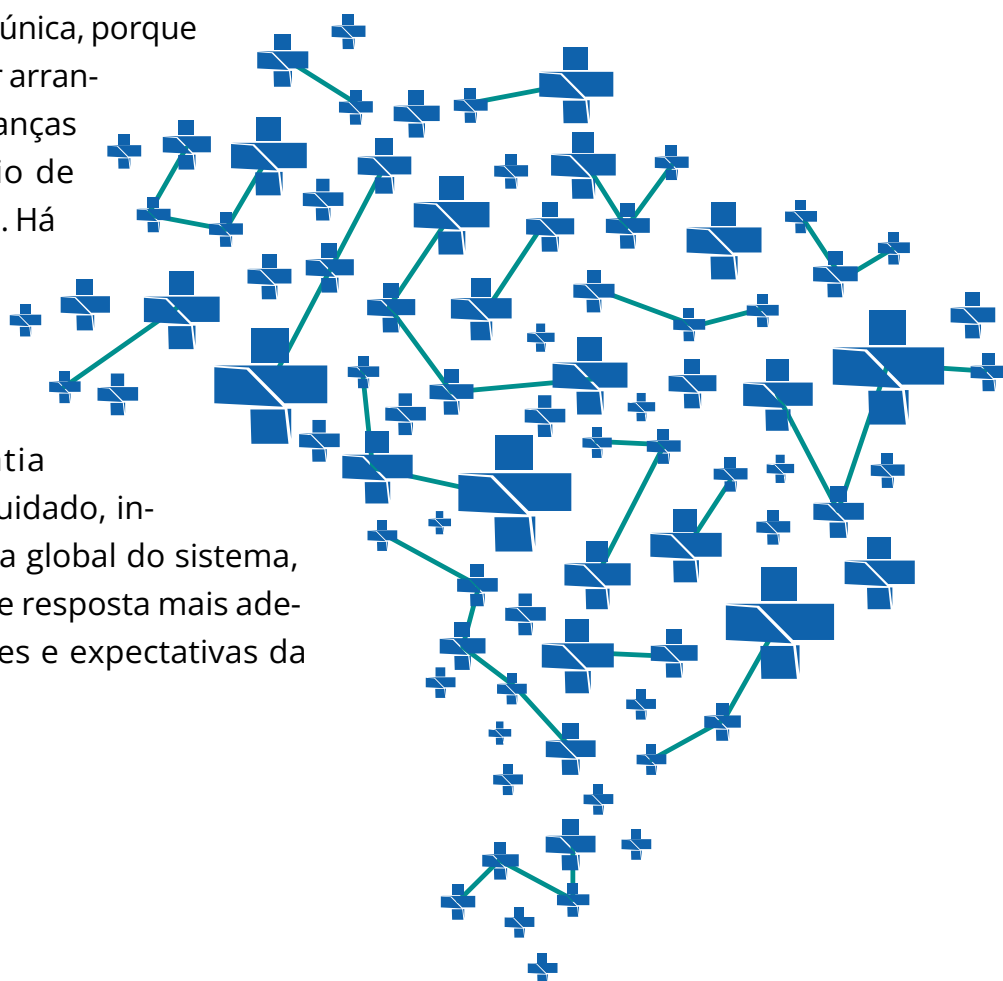
BIBLIOTECA DIGITAL DO CONASS



Tenha acesso a centenas de publicações sobre a gestão do SUS, disponíveis gratuitamente na biblioteca digital do Conass. É só baixar e compartilhar!



A Organização Pan-Americana da Saúde publicou em 2010, um documento de posição sobre Redes de Atenção à Saúde (RAS) como orientação para sua implementação nos países da região das Américas. Esse documento resultou da Resolução CD49.R22 de 2009 (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2009) e inicia-se com a identificação do problema principal dos sistemas de atenção à saúde, que é a fragmentação que leva a dificuldades de acesso, baixa qualidade dos serviços, uso irracional e ineficiente dos recursos disponíveis, aumento dos custos e pequena satisfação das pessoas usuárias com os serviços prestados. A resposta a esse problema está na estruturação de RAS, organizações que prestam serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve. Essas redes não requerem que todos os serviços que a compõem sejam de propriedade única, porque podem se articular por arranjos contratuais ou alianças estratégicas por meio de uma integração virtual. Há evidências de que as RAS podem apresentar bons resultados: melhoria do acesso aos serviços, garantia da continuidade do cuidado, incremento da eficiência global do sistema, diminuição de custos e resposta mais adequada às necessidades e expectativas da população.



As RAS devem operar com um conjunto de atributos:

- ❖ População e território definidos e amplo conhecimento das necessidades e preferências da população para organizar a oferta dos serviços;
- ❖ extensa rede de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de enfermidades, reabilitação e cuidados paliativos e que integra programas focalizados em doenças, riscos e populações, os serviços de saúde das pessoas e os serviços de saúde pública;
- ❖ um primeiro nível de atenção multidisciplinar que engloba toda a população e serve como porta de entrada ao sistema, que integra e coordena a atenção à saúde, além de satisfazer à maior parte das necessidades de saúde da população;
- ❖ prestação de serviços especializados no lugar mais apropriado em que se organizam, preferencialmente em ambientes não hospitalares;
- ❖ existência de mecanismos de coordenação assistencial ao longo de todo o contínuo dos serviços de saúde;
- ❖ atenção à saúde centrada na pessoa, na família e na comunidade, levando em conta as particularidades culturais e de gênero e os níveis de diversidade da população;
- ❖ um sistema de governança único para toda a rede;
- ❖ participação social ampla; gestão integrada dos sistemas de apoio clínico, administrativo e logístico;
- ❖ recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e valorizados pela rede;
- ❖ sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com dados relativos a sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes; e
- ❖ financiamento adequado e incentivos financeiros alinhados com as metas da RAS.

Os gestores e os prestadores de serviços de saúde dispõem de um conjunto de instrumentos de política pública e de mecanismos institucionais que ajudam a conformar as RAS. O SUS aderiu a essa proposta e construiu uma base normativa forte para sua implantação, contida na Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 e no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

Há lições aprendidas das implementações de RAS na região das Américas e as mais importantes são: os processos de integração são difíceis, complexos e de longo prazo; exigem mudanças sistêmicas amplas e não são compatíveis com intervenções pontuais; requerem compromisso dos gestores e dos prestadores de saúde; e a integração dos serviços não significa que tudo tenha que estar integrado em uma modalidade única, porque há múltiplos níveis e formas de integração que podem coexistir em um mesmo sistema. Os esforços de reestruturação devem começar a partir das estruturas reais existentes.

A implementação das RAS gera resistências às mudanças nos campos individual e organizacional. Por outro lado, a experiência de integração permite identificar fatores facilitadores para a implementação de RAS: compromisso e apoio político de alto nível; disponibilidade de recursos financeiros; liderança da autoridade sanitária e dos gestores; desconcentração e flexibilidade da gestão local; incentivos financeiros e não

financeiros alinhados com a perspectiva das RAS; cultura de colaboração e trabalho em equipe; participação ativa de todas as partes interessadas; e gestão baseada em resultados.

As prioridades da implementação das RAS devem ser dirigidas aos seguintes atributos: sistemas de informação; governança; gestão de sistema de apoio e logísticos; financiamento e incentivos; primeiro nível de atenção; recursos humanos; mecanismos de coordenação assistencial; e foco na atenção à saúde.

Nas RAS, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde. Assim, não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) e os sistemas de apoio e logístico, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção de distintas densidades tecnológicas.

Todos os componentes das RAS são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos dessas redes, sendo fundamental que a APS seja robusta, resolutiva e de qualidade, para ordenar o fluxo da rede.

A incoerência entre a situação de saúde e o sistema de atenção à saúde, praticado hegemonicamente, constitui o problema fundamental do SUS e, para ser superado, envolve a implantação efetiva das RAS.

Atenção Primária nas Redes de Atenção à Saúde

O primeiro nível de atenção à saúde no SUS se dá por meio da APS, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), revisada em 2017 e reafirmando que a Estratégia Saúde da Família (ESF) é a estratégia prioritária para a APS no SUS.

Um dos problemas mais prevalentes na análise da APS é uma visão estereotipada de que os cuidados primários são simples. Os cuidados primários cuidam das condições de saúde mais frequentes, mas isso não significa que essas condições são necessariamente mais simples, há condições que são de manejo muito complexo. A interpretação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde implica exercitá-la de forma a obedecer a certos atributos e a desempenhar algumas funções.

Só haverá uma APS de qualidade quando os seus sete atributos estiverem sendo operacionalizados, em sua totalidade. Os primeiros quatro são os essenciais:

- ❖ Primeiro Contato (Acesso)
- ❖ Longitudinalidade
- ❖ Integralidade
- ❖ Coordenação do Cuidado

Os outros três são os derivados:

- ❖ Competência Cultural
- ❖ Orientação Familiar
- ❖ Orientação Comunitária

Da mesma forma, uma APS como estratégia só existirá se ela cumprir suas três funções essenciais:

- ❖ Resolubilidade
- ❖ Comunicação
- ❖ Responsabilização

Há uma crise nos sistemas de saúde que se manifesta em escala planetária no manejo das condições crônicas. A razão é que esses sistemas estão estruturados de forma fragmentada e não dão conta de estabilizar as condições de saúde. Por essa razão, há que se transitar dos sistemas fragmentados para sistemas organizados em redes coordenadas pela APS (RAS).

As RAS têm um componente fundamental que são os modelos de atenção à saúde e, no caso das condições crônicas, predominantes no país, há que se aplicar modelos dirigidos especificamente a essa situação.

Cabe ressaltar que os estudos sobre impactos nos resultados das condições crônicas mostram que as ações de promoção da saúde são responsáveis por 30% desses resultados, as intervenções de prevenção da saúde que envolvem mudanças de comportamentos e estilos de vida são responsáveis por 50% dos resultados e as intervenções clínicas são responsáveis somente por 20% dos resultados.

Como se pode observar, a APS tem um papel fundamental na organização da RAS.

Ressalta-se que muitos avanços foram conquistados, como na estrutura, nos processos e nos resultados, na equidade do acesso e reconhecimento internacional.

A base de dados do CNES/Datasus/MS de outubro de 2022, aponta que existem no país:

- ✱ 50.962 equipes da Estratégia Saúde da Família
- ✱ 5.210 equipes de APS
- ✱ 5.904 equipes de saúde bucal
- ✱ 111 equipes de saúde fluvial
- ✱ 231 equipes de consultórios de rua
- ✱ 5.530 equipes ampliadas de apoio à saúde da família
- ✱ 291.346 agentes comunitários de Saúde

A cobertura da ESF do SUS é de 76.08%ⁱ, o que corresponde a 15 vezes a população de Portugal, 4 vezes a população do Canadá e 2,8 vezes a população da Inglaterra.

Entretanto, são muitas as fragilidades, como por exemplo: o modelo de ensino médico é centrado na especialização; baixos salários dos generalistas frente aos especialistas; maior incremento das responsabilidades clínicas da APS; cumprimento de carga horária; APS não frequenta as manchetes da grande mídia e não gera notícia positiva sobre saúde; população vê APS como medicina de baixa qualidade e prefere especialista; gestores preferem investir em unidades de atenção especializada e hospitais,

que dão mais visibilidade política, isso subfinancia e fragiliza a APS; fragilidade no apoio diagnóstico; enfermeiro divide o tempo entre a gestão e a clínica; em alguns casos, fragilidade do Controle Social; e o modelo de Atenção à Saúde hegemônico.

Enfim, a APS é um ponto de atenção imprescindível para o manejo adequado dos eventos agudos; somente com uma APS de qualidade se pode manejar, adequadamente, as condições crônicas não agudizadas, estabilizando-as e introduzindo o autocuidado apoiado; a organização da APS é uma condição necessária para a organização eficiente e efetiva da atenção ambulatorial especializada; a organização da APS é uma condição necessária para a organização eficiente e efetiva da atenção hospitalar; e os investimentos em APS são custo-efetivos e aumentam a eficiência dos sistemas de saúde.

Com o objetivo de assessorar as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), na organização das RAS, a qualificação da APS e a integração entre os vários pontos de atenção, o Conass desenvolveu uma proposta intitulada “Planificação da Atenção à Saúde (PAS) – um instrumento de gestão e organização da APS, da AAE e da Atenção Hospitalar (AH) nas RAS”.

A PAS tornou-se uma grande oportunidade para a qualificação da resposta do sistema de saúde à população (CONASS, 2018). Pode ser compreendida

ⁱ base de dados do e-Gestor APS do Ministério da Saúde em outubro de 2022.

A PAS propicia mudanças na organização das unidades de saúde e nos processos de trabalho dos profissionais, desenvolvendo a competência das equipes para o planejamento e organização da atenção à saúde.

como uma mudança no *modus operandi* das equipes e serviços, buscando a efetividade das RAS. 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 (MACC).

A PAS é uma proposta que vai além de uma simples capacitação, pois propicia mudanças na organização das unidades de saúde e nos processos de trabalho dos profissionais, desenvolvendo a competência das equipes para o planejamento e organização da atenção à saúde, com foco nas necessidades dos usuários sob sua responsabilidade, baseando-se no MACC (CONASS, 2018).

A fundamentação teórica da PAS está 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); a construção social da Atenção Primária à Saúde (CONASS, 2015); e atualmente, com a Pandemia da Covid-19, a Terceira Onda (MENDES, 2020). Utiliza-se o 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).

A estruturação da APS deu-se por meio da implantação dos Macros e Microprocessos, propostos por Mendes (2018), na Construção Social da APS, mais entendida como “Metáfora da Construção de uma Casa”, com vários momentos para a organização dos macroprocessos, que permitem dar resposta satisfatórias às diferentes demandas. A organização dos macroprocessos foi baseada na metodologia de gerenciamento de processos, por meio dos Ciclos de Melhoria Contínua (PDSA), que inclui um conjunto de ações gerenciais, em uma sequência dada pela ordem estabelecidas pelas letras que compõem a sigla em inglês (plan, do, study, act) (CONASS DOCUMENTA 31, 2018).

Com o caminhar da PAS, o Conass desenvolveu os Laboratórios de Inovação na Atenção às Condições Crônicas (LIACC) em Curitiba, no Paraná, com relação ao MACC; em Tauá, no Ceará, referente aos

macroprocessos da APS; em Santo Antônio do Monte, em Minas Gerais, os macroprocessos da AAE, na região de Maringá, no Paraná, a organização nas RAS, da APS e AAE, e atualmente, a integração da atenção perinatal hospitalar nas maternidades da região de Caxias, no Maranhão e nas maternidades do estado de Rondônia, além do Centro Colaborador no município de Uberlândia, Minas Gerais, demonstrando que a organização dos processos de trabalho é capaz de transformar, qualificar e integrar os níveis de atenção em RAS.

A PAS vem sendo desenvolvida por meio do PROADI-SUSⁱⁱ, por dois hospitais, o Beneficência Portuguesa e o Albert Einstein. O primeiro em 25 Regiões de Saúde dos estados de Rondônia, Maranhão, Goiás, Distrito Federal e Rio Grande do Sul. O Einstein desenvolve o Planifica e está presente em 26 regiões de 20 estados: AC, AM, BA, DF, MA, MG, MS, MT, PA, PB, PE, PI, PR, RJ, RN, RO, RR, RS, SC e SE.

Há também um Centro Colaborador da PAS em Uberlândia, no estado de Minas Gerais, fruto de uma cooperação técnica entre o Conass e o município, com a aquiescência da SES/MG.

Esses projetos têm como objetivo implantar a metodologia da Planificação, visando integrar e fortalecer os níveis de Atenção Primária, Atenção Ambulatorial Especializada e Atenção Hospitalar.

No desenvolvimento da PAS destacam-se grandes potencialidades como: o envolvimento e a integração dos gestores e trabalhadores da saúde; a organização dos processos de trabalhos das equipes; a integração dos profissionais das equipes e destes, com os usuários; a rápida visibilidade da organização da APS pela população; a integração das equipes da APS e AAE e o ganho na qualidade da atenção prestada.

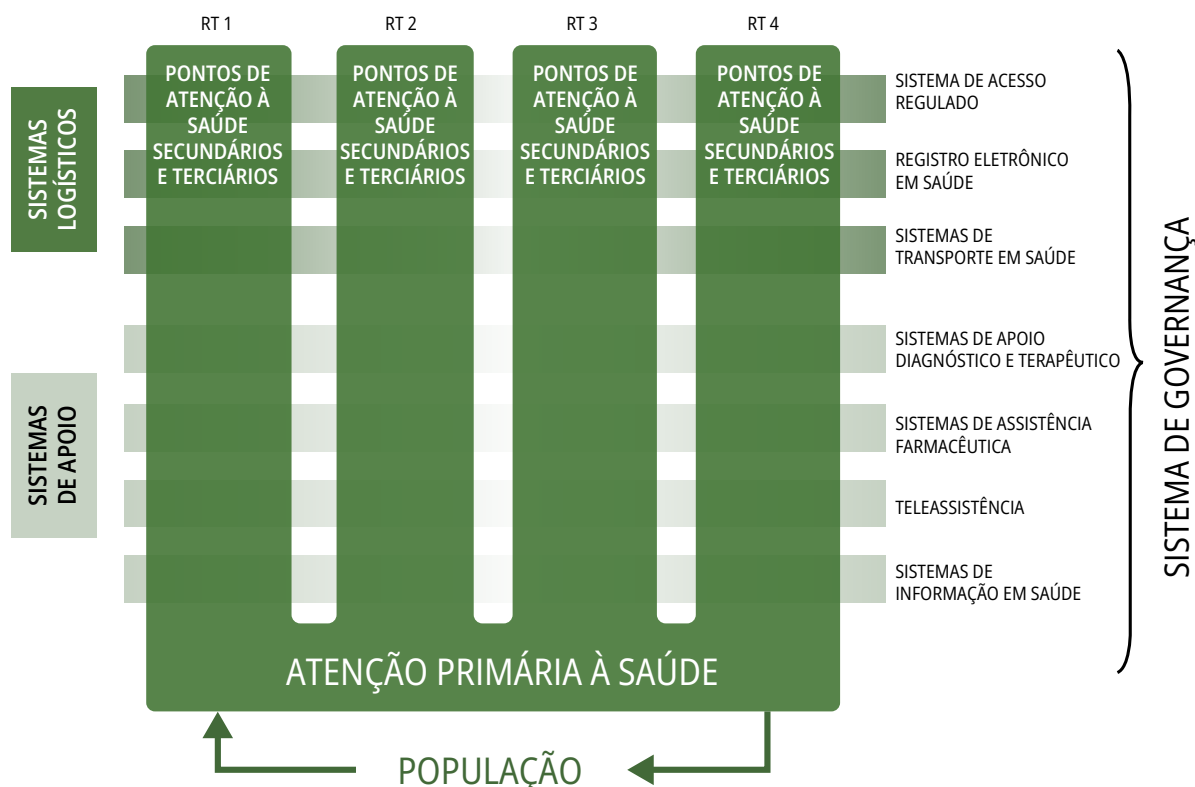
Essa experiência tem sido estudada, inclusive, com pesquisas externas realizadas pela PUC/PR, UFMG, IMIP e USP, apontando o caminho a ser seguido.

Importante ainda destacar que no âmbito da Atenção Primária à Saúde existem dois grandes programas governamentais destinados ao provimento de profissionais de saúde, especialmente médicos, são eles: o Programa Mais Médicos e o Programa Médicos para o Brasil. Criados em contextos distintos, ambos são importantes instrumentos para enfrentar a dificuldade de provisão de médicos nos pequenos municípios, em áreas remotas do país e nas periferias dos grandes centros urbanos.

Acerca disso, também foi criada a Agência Nacional de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde - ADAPS, no formato institucional de entidade de serviço social autônomo, com a missão de incrementar o acesso a serviços e soluções da APS.

ii PROADI-SUS é o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde instituído por meio de um cooperação entre seis hospitais de referência no Brasil e o Ministério da Saúde. Criado em 2009, seu propósito é apoiar e aprimorar o SUS por meio de projetos de capacitação de recursos humanos, pesquisa, avaliação e incorporação de tecnologias, gestão e assistência especializada demandados pelo Ministério da Saúde.

A estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde



Fonte: MENDES EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

Alguns resultados concretos

Algumas experiências inovadoras desenvolvidas no Centro Colaborador PAS Uberlândia, merecem destaque, como a implantação do ciclo de atenção contínua, onde a equipe da atenção primária, da atenção especializada e pessoas usuárias se encontram, e embasadas em novas tecnologias de manejo das condições crônicas, elaboram planos de cuidados interdisciplinar, com o apoio matricial realizado pela atenção ambulatorial especializada. A partir da discussão desses planos de cuidados com a participação das pessoas usuárias, é elaborado o plano de autocuidado apoiado, que possibilita

conhecimentos e habilidades para que as pessoas adotem, mudem e mantenham comportamentos que contribuam com uma vida saudável. Já se constata resultados animadores após a implantação desses processos. Todas as pessoas tiveram seus planos de autocuidado elaborados e pactuados.

Destaca-se também a organização da atenção às pessoas com doenças reumáticas, resolvida com a gestão da lista de espera por meio dos níveis de complexidade, capacitação dos profissionais da APS pelo especialista para o manejo de usuários de baixa complexidade, ma-

triciamento nas unidades de APS com compartilhamento do cuidado dos casos mais complexos com o reumatologista, confirmando que as filas de espera de demais especialidades podem ser resolvidas com a metodologia inovadora implantada no município. Com relação à lista de espera de reumatologia, desde o início da implantação, em 2017, houve uma redução em 66%, de acordo com avaliação realizada em julho de 2022.

A implantação da rede de atenção às pessoas idosas trouxe a oportunidade de trabalhar com esta subpopulação, organizando os processos, de forma a valorizar a capacidade funcional como principal indicador de saúde. Possibilitou a identificação do idoso frágil por profissionais de saúde não especia-

listas em geriatria ou gerontologia e definição de grupo de idosos que necessitam de atendimento diferenciado na APS, além da definição de critérios padronizados de compartilhamento do cuidado com a atenção ambulatorial especializada em saúde do idoso. Permitiu a identificação de sintomas ou problemas de saúde que merecem intervenções específicas, conforme o estrato clínico funcional, capazes de melhorar a autonomia e independência do idoso e prevenir o declínio funcional, institucionalização e óbito. Trouxe uma revolução no manejo dessas pessoas, oferecendo uma abordagem integral, realizando a prescrição quando necessário, diminuindo a iatrogenia e melhorando a vida dessas pessoas.



Consulte as referências desse capítulo no QR Code ao lado

Propostas do Conass

Garantir que a Saúde da Família seja a principal estratégia do SUS, redesenhando o modelo de Atenção Primária, em termos de incorporação tecnológica, ampliação de escopo, cobertura universal, especialização de recursos humanos, buscando a meta de alcançar a cobertura de toda a população brasileira pela APS, tornando-a garantidora do acesso aos demais níveis de atenção.

Fortalecimento do vínculo da APS com a comunidade, reduzindo para 2.500 habitantes a população máxima por equipe de saúde da família, preservando os valores de financiamento atual ao novo dimensionamento.

Ampliar o financiamento federal para implantar as Redes de Atenção à Saúde em todas as macrorregiões, objetivando alcançar plenitude de cobertura e garantia no acesso desde a APS até a atenção hospitalar, com destaque para a Rede de Urgência e Emergência, Saúde Mental, Oncologia e demais redes temáticas estratégicas.

Implementar uma política nacional, com financiamento adequado, voltada à atenção de média complexidade ambulatorial que permita atender às demandas acumuladas na Pandemia da Covid 19 e, ainda, ampliar o acesso a cirurgias eletivas, consultas e exames especializados.

Desvincular o financiamento hospitalar do faturamento da “Tabela SUS” e migrar para um modelo de remuneração para pagamento por perfil assistencial, desempenho e responsabilidade territorial, estabelecendo mecanismos simplificados de habilitação de leitos clínicos e complementares vinculados a pré-requisitos focados na garantia do acesso, com segurança do paciente, integralidade do cuidado, qualidade, escala, regionalização e responsabilidade territorial.

Modernizar e universalizar o acesso ao rastreamento, diagnóstico precoce e tratamento do câncer com a regionalização dos serviços de oncologia, garantindo capilarização do acesso e qualidade nos serviços de quimioterapia e radioterapia em todas as Macrorregiões de Saúde do país.