

Curso de autoaprendizado

Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde

APOSTILA COMPLETA



Coordenação Geral de
Alimentação e Nutrição

Ministério da
Saúde

Curso de autoaprendizado *Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde*
Brasília, 2012

Realização

Ministério da Saúde - Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN)
Organização Panamericana da Saúde (OPAS)
Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição (OPSAN)
Universidade de Brasília (UnB)

OPSAN

Elaboração e Design Instrucional

Bárbara Alencar
Maína Pereira
Natascha Ramos

Revisão

Elisabetta Recine

CGAN

Revisão

Ana Carolina Lucena
Kathleen Oliveira
Kelly Alves
Vanessa Franco

Curso online

Roteiro

Onília Almeida

Design Instrucional

Marilda Donatelli

Sumário

MÓDULO 1

BASES CONCEITUAIS DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....6

Histórico e conceito das redes de atenção à saúde..... 6

O processo histórico.....7

Conceito de Redes de Atenção à Saúde9

Fundamentos e atributos das Redes de Atenção à Saúde 12

A operacionalização das redes de atenção à saúde..... 17

Elementos constitutivos das Redes de Atenção à Saúde 17

Ferramentas de micro gestão dos serviços nas Redes de Atenção à Saúde..... 21

As Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde 22

Diretrizes e estratégias para implementação das Redes de atenção à saúde 25

Diretrizes e estratégias para implementação das Redes de Atenção à Saúde..... 26

MÓDULO 2

ATENÇÃO PRIMÁRIA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE 31

Atenção primária à saúde como centro de comunicação das redes de atenção 32

Atenção primária: conceitos e atributos 32

A atenção primária à saúde no Brasil 33

A atenção primária à saúde nas redes de atenção à saúde 34

O papel das equipes da atenção primária à saúde nas redes de atenção à saúde 38

O papel das equipes da atenção primária à saúde na coordenação do cuidado nas redes de atenção à saúde..... 38

Linhas de cuidado segundo necessidades do usuário 43

O que é uma Linha de Cuidado..... 43

A organização das Linhas de Cuidado..... 45

MÓDULO 3

OS DESAFIOS PARA IMPLANTAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL ... 49

As redes de atenção segundo a ótica do usuário..... 49

A Rede Cegonha 50

A história como pode e deve ser. O olhar do usuário: uma gestante..... 51

As redes de atenção segundo a ótica do profissional..... 55

A vigilância alimentar e nutricional e a promoção da alimentação adequada e saudável na Rede Cegonha 55

O olhar de um profissional: o nutricionista..... 57

Desafios para implantação das redes de atenção à saúde no Brasil 59

CONCLUINDO 62

GLOSSÁRIO 69

SITES UTILIZADOS NO CURSO 75

RESPOSTAS DAS ATIVIDADES 77

Apresentação

Olá, usuário(a) da RedeNutri!

Seja muito bem-vindo(a) a este curso sobre as Redes de Atenção à Saúde (RAS) no Sistema Único de Saúde (SUS), modelo que vem sendo preconizado pelo Ministério da Saúde para integrar e articular o sistema de saúde brasileiro em todos os estados, municípios e Distrito Federal.

A forma de organização dos sistemas locais de saúde, historicamente hierarquizados, fragmentados e medicalizadores, não tem respondido às demandas de saúde da população. Por esta razão, muitas estratégias têm sido implementadas para qualificar a atenção à saúde e é fundamental que profissionais de saúde, gestores, pesquisadores, professores e estudantes, que atuam ou se interessam pela temática, conheçam a proposta das RAS.

Assim, o objetivo deste curso é apresentar e discutir a matriz teórica e conceitual da atenção à saúde no formato de redes integradas, focalizando a Atenção Primária/Estratégia Saúde da Família como seu centro de comunicação.

Dada a dimensão e complexidade do tema, o curso aborda estes conteúdos com um caráter introdutório e informativo, contribuindo para o entendimento acerca da estruturação e organização dos serviços de saúde em redes integradas. Portanto, caberá a cada participante aprofundar o tema posteriormente, partindo do lugar que ocupa: gestão, atenção, academia, por exemplo.

Trata-se de um curso de autoaprendizado à distância, com carga-horária aproximada de 30h, o qual ficará disponível na plataforma **ECO-RedeNutri** tanto na forma de apresentação on line quanto em versão para impressão. É composto por 3 módulos com 3 aulas cada. O participante que completar todas as atividades do curso e obtiver um aproveitamento de 70% na atividade final receberá uma declaração de participação.

Ao longo do texto, são apresentadas palavras ou expressões grifadas em **negrito preto** ou **negrito laranja**. O **negrito preto** significa que você poderá consultar o significado da palavra ou expressão no glossário, o qual se encontra no final da apostila. Já o **negrito laranja** significa que você poderá acessar um sítio eletrônico referente à palavra ou expressão destacada, clicando sobre ela, para aprofundar mais o tema. Caso sua apostila esteja na versão impressa, basta consultar a lista de Sugestões de Leitura localizada ao final.

O módulo 1 introduz as bases conceituais das RAS no Brasil, abrangendo o processo histórico, a matriz conceitual, as ferramentas de gestão e as estratégias e diretrizes para sua implementação em nível local. No módulo 2, a Atenção Primária à Saúde, com destaque para a Estratégia Saúde da Família, é abordada como elemento integrador e coordenador das RAS. Finalmente, no módulo 3, são apresentadas diferentes perspectivas no cotidiano de fluxos e serviços em uma Rede de Atenção em implantação no país, assim como os desafios enfrentados.

Esperamos que este material possa ser útil e contribua com o seu olhar crítico e construtivo para o processo de melhoria dos serviços e ações oferecidos pelo SUS.

E lembre-se: tão importante quanto conhecer o tema em estudo, também o é apropriar-se dele e contribuir para a construção coletiva de um SUS universal, integral e equânime.

Desejamos a você um excelente curso!

Equipe RedeNutri.

Tabela 1. Matriz de conteúdos do curso Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde.

Redes de Atenção à Saúde (RAS) no Sistema Único de Saúde			
	Unidade	TEMÁTICA/CONTEÚDOS	AVALIAÇÃO
Módulo 1 Bases conceituais das RAS	I	Histórico e conceito das RAS	Exercícios
	II	A operacionalização das RAS	
	III	Diretrizes e estratégias para implantação das RAS	
Módulo 2 A Atenção Primária (APS) nas RAS	I	A APS como centro de comunicação das RAS	Exercícios
	II	O papel das equipes da APS na coordenação do cuidado nas RAS	
	III	Linhas de cuidado segundo necessidades dos usuários	
Módulo 3 Os desafios para implantação das RAS no Brasil	I	As RAS segundo a ótica do usuário	Exercícios e Questionário final
	II	As RAS segundo a ótica do profissional	
	III	Desafios para implantação das RAS no Brasil	

Módulo 1

BASES CONCEITUAIS DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Neste módulo, o conteúdo é apresentado em três aulas. Sugere-se que, para a realização de cada aula, você disponibilize aproximadamente 50-70 minutos diários, o que inclui a leitura do texto escrito, dos textos sugeridos e realização das atividades de reflexão e exercícios. Os temas das aulas são:

- **Unidade I:** Histórico e conceito das Redes de Atenção à Saúde;
- **Unidade II:** A operacionalização das Redes de Atenção à Saúde;
- **Unidade III:** Diretrizes e estratégias para implementação das Redes de Atenção à Saúde.

O principal objetivo deste módulo é apresentar as bases conceituais das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e suas potencialidades para garantia do cuidado integral à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, ao finalizar o módulo I, você será capaz de:

- Conhecer a história do conceito de Redes de Atenção à Saúde;
- Identificar as bases conceituais e teóricas das Redes de Atenção à Saúde;
- Reconhecer as potencialidades de um sistema de saúde organizado em redes de atenção para a garantia do cuidado integral à saúde da população;
- Elencar as diretrizes e estratégias necessárias para a adequada implantação das Redes de Atenção à Saúde em nível local;
- Conhecer as Redes de Atenção à Saúde em processo de implantação no país.

Lembre-se também de acessar as sugestões de leitura e realizar os exercícios propostos.

Vamos lá, organize seus horários e dê início ao curso conforme sua rotina!

Unidade I

HISTÓRICO E CONCEITO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

O estímulo à organização de redes integradas de atenção à saúde nos sistemas municipais e estaduais de saúde, como forma de garantir a integralidade, universalidade e equidade da atenção à saúde da população brasileira, adquire maior relevância no final da década de 1990 e culmina com a publicação da **Portaria GM nº 4.279 de dezembro de 2010**¹.

Esta discussão ocorre no interior do Sistema Único de Saúde (SUS), diante de um perfil epidemiológico alarmante, comumente caracterizado pela **tripla carga de doenças**. Este processo decorre de profundas transformações socioeconômicas e consequentemente de estilo de vida, e impacta diretamente na saúde dos indivíduos e comunidades. Uma das consequências mais claras é a ascensão das condições crônicas de doença². Em outras palavras, as condições crônicas (CC), antes incipientes, agora assumem papel de destaque junto às prioridades da agenda de saúde.

A rápida ascensão epidemiológica das CC demonstrou, entre outros fatores, a ineficácia do sistema de saúde brasileiro em lidar com essa demanda, já que está centrado em eventos agudos e organizado segundo preceitos de hierarquização, fragmentação e medicalização. Por isso, é urgente que se estabeleçam novos processos organizativos, de gestão e atenção à saúde no SUS, baseados em evidências científicas, que levem em conta as reais necessidades de saúde da população e que de fato sejam **efetivos e eficientes**.

Nesta conjuntura, as Redes de Atenção à Saúde surgem como uma possibilidade para a reestruturação dos serviços e processos de saúde, rumo ao restabelecimento da coerência entre os princípios e diretrizes do SUS e o perfil epidemiológico da população brasileira.

1. O processo histórico

A origem das Redes de Atenção à Saúde (RAS) data da década de 1920, mais especificamente no Reino Unido, quando foi elaborado o Relatório Dawson⁵, como resultado de um grande debate de mudanças no sistema de proteção social daquele país após a I Guerra Mundial. Neste documento consta a primeira proposta de organização de sistemas regionalizados de saúde, cujos serviços de saúde deveriam acontecer por intermédio de uma organização ampliada que atendesse às necessidades da população de forma eficaz. Além disso, esses serviços deveriam ser acessíveis a toda população e oferecer cuidados preventivos e curativos, tanto no âmbito do cuidado domiciliar quanto nos centros de saúde secundários, fortemente vinculados aos hospitais.

A discussão sobre a reestruturação dos sistemas de saúde segundo a lógica de RAS tem outros marcos mais atuais decorrentes da reunião de Alma-Ata, realizada em 1978⁶. Nos Estados Unidos, na década de 90, houve uma retomada da discussão sinalizando um

esforço para superar o problema imposto pela fragmentação do sistema de saúde. Investiu-se na oferta contínua de serviços a uma população específica, territorialmente delimitada, focada na Atenção Primária à Saúde (APS), desenvolvidos de forma interdisciplinar e com a integração entre os serviços de saúde, bem como com sistemas de informação. Experiências semelhantes foram registradas também no Canadá.

Na Europa ocidental, as RAS vêm sendo adotadas em países como Noruega, Suíça, Holanda, Espanha, França, Alemanha, Inglaterra e Irlanda. Já nos países da América Latina, a implementação das RAS ainda é inicial, sendo o Chile o país com maior experiência na área^{7,8}.

No Brasil, o tema tem sido tratado por diversos pesquisadores e teóricos da área, e data do final da década de 90. Já é possível apontar avanços nos debates e experiências relativas ao modelo de atenção, na legislação e na prática brasileira, como por exemplo, nos estados como Minas Gerais, Espírito Santo e Paraná.

Box 01: Experiências brasileiras de implantação de RAS.

No estado de **Minas Gerais**, a Secretaria Estadual de Saúde (SES/MG)⁹ vem incentivando desde 2003 a implantação do **Programa Viva Vida** nos municípios mineiros. Esta Rede tem como objetivo principal a redução da mortalidade materno-infantil no estado. Para atingir essa meta, são desenvolvidos cuidados dirigidos à díade mulher-criança e suas famílias - desde o início da gravidez até 01 ano de idade. Estão envolvidos nas ações lideranças sociais e comunitárias, parceiros institucionais e a imprensa. Até 2009, o programa estava implantado em 16 municípios, com previsão de implantação em mais 15 municípios até o final de 2011. O programa tem conseguido reduzir significativamente as taxas de mortalidade materna e infantil.

Além dessa iniciativa, Minas Gerais está em processo de consolidação da **Rede Hiperdia Minas**¹⁰, uma rede de atenção às condições crônicas. Em dois municípios avaliados, a organização da assistência aos usuários diabéticos possibilitou uma economia de aproximadamente R\$ 200 mil para a rede pública, além de melhorar a qualidade da atenção prestada.

No estado do **Espírito Santo**, foi implantado na região de São Pedro, na cidade de **Vitória**, o **Projeto Integrar**¹¹, cujos objetivos são redefinir os territórios, implantar a Estratégia Saúde da Família nas quatro unidades da região; integrar o centro de especialidades regional às unidades de saúde da família; e desenvolver a linha de cuidado materno-infantil. Os resultados apontaram a institucionalização de novas práticas na atenção voltadas para a integração assistencial, considerando-se potencialidades na Estratégia Saúde da Família, no Programa de Educação Permanente e no subsistema integrado materno-infantil.

Na cidade de **Curitiba, no Paraná**, foi constituída uma das redes de atenção mais consistentes no país e, possivelmente, do mundo. Trata-se do **Programa Mãe Curitibana** (PMC)¹², uma rede de atenção integral à saúde materno-infantil, em vigor desde 1999, por iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde. O sucesso do modelo do PMC tem sido analisado e documentado por diversos pesquisadores, além de ter sido replicado e adaptado em vários municípios do país. Os resultados do PMC, desde sua implantação, são inequívocos ao demonstrar a redução da mortalidade materna e infantil e o aumento das taxas de aleitamento materno.

Assim, em nível internacional e nacional, tem-se estabelecido um consenso gradativo de que a organização dos sistemas de saúde sob a forma de redes integradas é a melhor estratégia para garantir atenção integral, efetiva e eficaz às populações assistidas^{13,14}, com a possibilidade de construção de vínculos de cooperação e solidariedade entre as equipes e os níveis de gestão do sistema de saúde.

Inclusive no Brasil, a organização do SUS sob os moldes de redes de atenção também tem sido apontada como estratégia para consolidação de seus princípios: universalidade, integralidade e equidade^{12,15}.

A implementação das RAS tem como desafio a construção de sistemas integrados de saúde que se articulem em todos os níveis de atenção à saúde, e de forma interfederativa mais harmônica possível. Por esta razão, os debates em torno de uma maior integração nos serviços de saúde têm se intensificado desde o Pacto pela Saúde, criado em 2006, e o mais recente Contrato Organizativo de Ação Pública (**COAP**), formulado de forma tripartite a partir do Decreto nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei nº 8.080/1990. A esse fato soma-se a aprovação e recém atualização de diversas Políticas, como a Política Nacional de Atenção Básica (**PNAB**)¹⁶ e a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (**PNAN**)¹⁷, que exemplificam os esforços para a construção de um modelo de atenção capaz de responder às atuais condições de saúde dos brasileiros, efetivando a APS como eixo estruturante e coordenador das RAS no SUS.

E, afinal de contas, o que vem a ser uma Rede de Atenção à Saúde?

2. Conceito de Redes de Atenção à Saúde

Diferentes conceitos de redes têm sido elaborados em diversas áreas de conhecimento (veja o Box 02 – p. 12). Entretanto, alguns aspectos são comuns a todos. Segundo **Mendes**¹², as redes podem ser caracterizadas pelos seguintes aspectos:

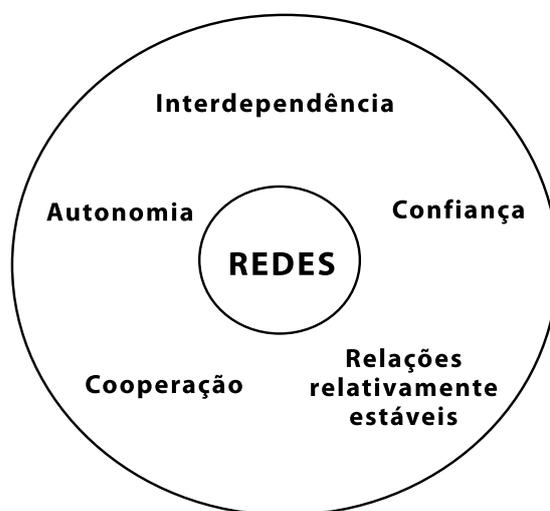


Figura 01. Aspectos comuns presentes nos diversos conceitos de Redes de Atenção à Saúde (Fonte: adaptado de Mendes¹²)

Nessa perspectiva, as redes têm sido propostas para lidar com projetos e processos complexos de gestão e atenção em saúde, onde há interação de diferentes agentes e onde se manifesta uma crescente demanda por ampliação do acesso aos serviços públicos de saúde e por participação da sociedade civil organizada¹².

No âmbito da saúde, todos esses aspectos estão presentes nas RAS, que devem ter foco na população, de forma integral, por meio de um serviço contínuo de cuidados que visem prioritariamente à promoção da saúde. Dessa forma, as RAS são definidas, oficialmente, segundo o anexo da Portaria **GM nº 4.279/2010**¹ que as instituiu no SUS, como:

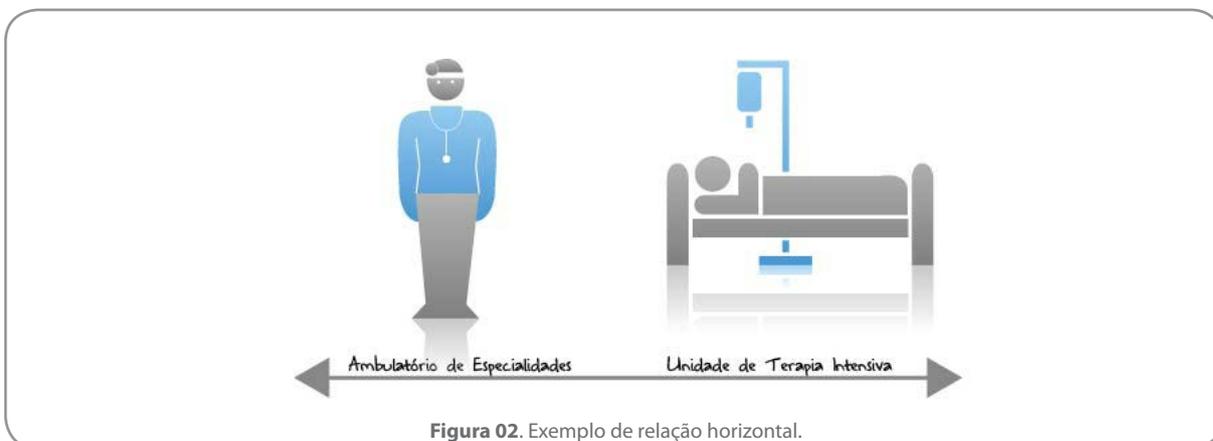
Portaria GM nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010

"arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado".

As RAS têm como objetivo promover a integração de ações e serviços de saúde para prover uma atenção à saúde de forma contínua, integral, de qualidade, responsável, humanizada, com vistas à consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.

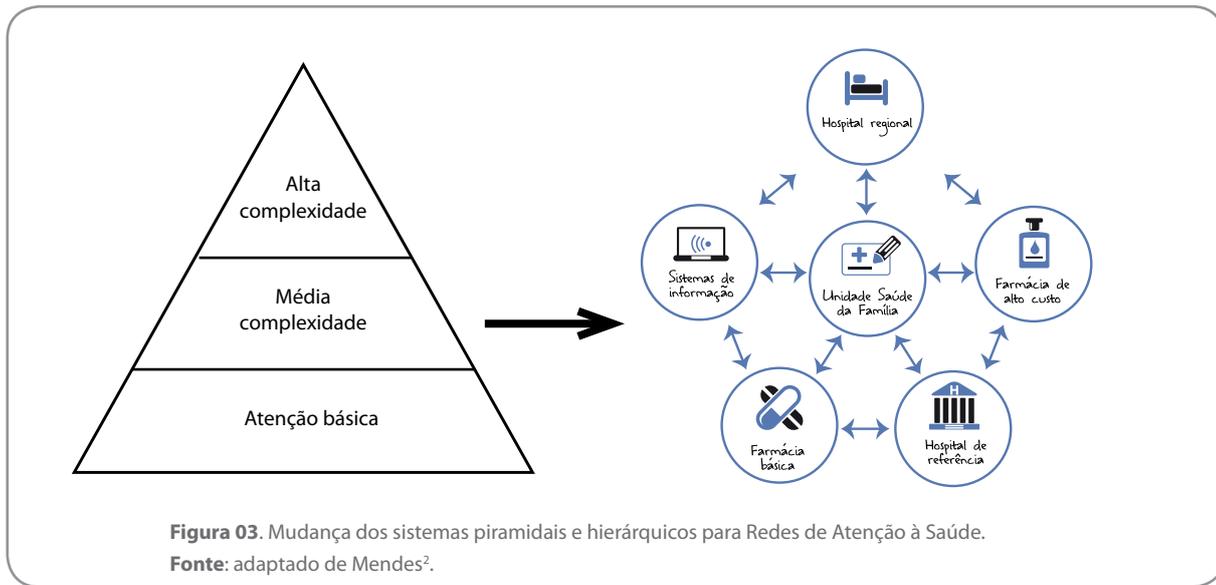
Na Portaria que instituiu as RAS no âmbito de SUS, é possível identificar 6 características importantes e inerentes à sua matriz conceitual. Assim, as RAS podem ser caracterizadas por¹:

- a. Formar relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção:** essa característica pressupõe que os pontos de atenção passem a ser entendidos como espaços onde são ofertados alguns serviços de saúde, sendo todos igualmente importantes para que sejam cumpridos os objetivos da rede de atenção. Ao contrário da forma de trabalho em sistemas de saúde hierárquicos, de formato piramidal e organizado segundo a complexidade relativa de cada nível de atenção (atenção primária, de média e de alta complexidade), as RAS são espaços que visam assegurar o compromisso com a melhora de saúde da população, ofertando serviços contínuos no âmbito dos diferentes níveis de atenção à saúde. Assim, para a lógica das RAS, um pronto socorro e um centro de especialidades, por exemplo, são igualmente importantes na garantia da atenção à saúde do usuário, pois ambos cumprem papéis específicos para necessidades específicas.

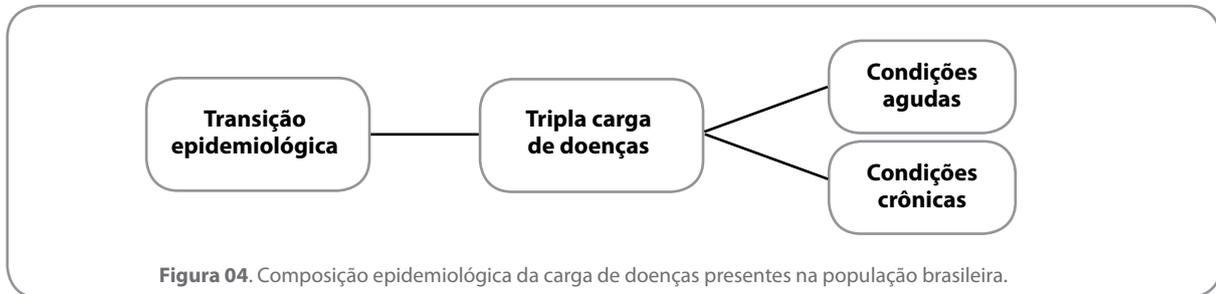


- b. Atenção Primária à Saúde como centro de comunicação:** embora seja preconizada a relação horizontal, ou seja, não hierárquica entre os níveis e pontos de atenção à saúde, não significa que um deles não deva ser priorizado - considerando investimentos e alocações de recursos. A lógica de organização do SUS em redes de atenção a partir da APS reafirma o seu papel de (1) ser a principal porta de entrada do usuário no sistema de saúde; (2) de ser responsável por coordenar o caminho dos usuários pelos outros pontos de atenção da rede, quando suas necessidades de saúde não puderem ser atendidas somente por ações e serviços da APS; (3) e de manter o vínculo com estes usuários, dando continuidade à atenção (ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, entre outros), mesmo que estejam sendo cuidados também em outros pontos de atenção da rede.

Essa posição estratégica da APS no fluxo da atenção à saúde do usuário objetiva potencializar a garantia da integralidade, continuidade, eficiência e eficácia do sistema de saúde. A figura 03 a seguir ilustra bem a APS como centro de comunicação da RAS.



c. Planejar e organizar as ações segundo as necessidades de saúde de uma população específica: as ações, serviços e programações em saúde devem basear-se no diagnóstico da população adscrita à equipe de saúde, considerando fatores e determinantes da saúde desta população. Na prática, tem se traduzido sob o fenômeno da tripla carga de doenças, mais precisamente nas condições crônicas de doença. Além disso, a ação das equipes deve basear-se em evidências científicas devidamente constatadas.



d. Ofertar atenção contínua e integral: serviços e sistemas integrados poderão ser capazes de dar atenção integral aos usuários na medida em que, conseguindo solucionar aproximadamente 80% dos problemas de saúde que são demandados pela APS¹⁸, os outros 20% dos casos seguem um fluxo cuja densidade tecnológica do tratamento aumenta a cada nível de atenção que se sucede. Ao final, a continuidade da atenção deverá ser mantida pelas equipes da APS.

e. Cuidado multiprofissional: faz-se necessária a composição multiprofissional das equipes de saúde porque os problemas de saúde muitas vezes são multicausais e complexos, e necessitam de diferentes olhares profissionais para o devido manejo. Porém, mais do que a multiprofissionalidade, a ação interdisciplinar desta equipe deve ser um objetivo a ser estabelecido, de modo a garantir o compartilhamento e a corresponsabilização da prática de saúde entre os membros da equipe.

- f. Compartilhar objetivos e compromissos com os resultados, em termos sanitários e econômicos:** a missão de uma equipe de saúde deve contemplar objetivos sanitários (como o aumento do aleitamento materno na região adscrita, maior e melhor atendimento à população, entre outros) e objetivos econômicos (como melhor alocação dos recursos humanos, tecnológicos e financeiros), de modo a gerar o melhor custo-benefício para a população atendida.

Até aqui, nós trabalhamos com a base conceitual da RAS adotada pelo Ministério da Saúde. Contudo, várias outras definições foram formuladas, e certamente poderão contribuir para o aprofundamento do nosso debate sobre o tema. Vamos ver algumas delas no Box 2 abaixo:

Box 02. Diferentes conceitos de Redes de Atenção à Saúde

Organização Panamericana de Saúde¹⁹: “Redes integradas de serviços de saúde, ou sistemas organizados de serviços de saúde, ou sistemas clinicamente integrados ou organizações sanitárias integradas podem ser definidas como uma rede de organizações que presta ou provê os arranjos para a prestação de serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida, e que se dispõe a prestar contas pelos seus resultados clínicos e econômicos, e pelo estado de saúde da população à qual ela serve”.

Shortell et al.²⁰: “redes de organizações que prestam um contínuo de serviços a uma população definida e que se responsabilizam pelos resultados clínicos, financeiros e sanitários relativos a essa população”.

Castells²¹: “são novas formas de organização social, do Estado ou da sociedade, intensivas em tecnologia de informação e baseadas na cooperação entre unidades dotadas de autonomia”.

WHO²²: é “a gestão e a oferta de serviços de saúde de forma a que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades, ao longo do tempo e por meio de diferentes níveis de atenção à saúde”.

Mendes²: “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, de forma humanizada e com equidade – com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população”.

3. Fundamentos e atributos das Redes de Atenção à Saúde

Até aqui nós já vimos um breve histórico sobre as RAS no mundo e no Brasil, sua definição e suas características. Agora é importante conhecer os fundamentos e atributos inerentes às RAS, os quais são imprescindíveis para sua adequada implantação em nível local. Ao total, são 10 fundamentos e vários atributos, e vamos analisá-los um a um.

Fundamentos são os alicerces que formam e sustentam a base teórica de algo. De acordo com Mendes¹², para serem efetivadas de forma eficiente e com qualidade, as RAS precisam ser estruturadas segundo os seguintes fundamentos:

- a. Economia de escala:** ocorre quando os custos médios de longo prazo diminuem, à medida que aumenta o volume das atividades, e os custos fixos são distribuídos por um maior número dessas atividades. Assim, a concentração de serviços em determinado local racionaliza os custos e otimiza resultados quando os insumos tecnológicos ou humanos

relativos a estes serviços inviabilizam sua instalação em cada município isoladamente. Na prática, os serviços de menor **densidade tecnológica**, como as Unidades Básicas de Saúde, são ofertados de forma dispersa, uma vez que se beneficiam menos da economia de escala. Por outro lado, os serviços com maior densidade tecnológica, que se beneficiam mais da economia de escala, tendem a ser mais concentrados²³. Por exemplo, um Hospital Regional localizado em um município de maior porte que atenda a um conjunto de pequenos municípios da região.



- b. Suficiência e Qualidade:** são fundamentos ligados à prestação dos serviços de saúde, em quantidade e qualidade mínimas, e se referem tanto aos processos como aos resultados. O objetivo é proporcionar o adequado manejo das condições de saúde identificadas em nível local. Isto é, os recursos financeiros, humanos e tecnológicos devem estar presentes em quantidade suficiente para atender à determinada demanda e expectativa da população, e a qualidade destes serviços deve atingir os níveis e parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde.
- c. Acesso:** a questão do acesso está relacionada à ausência de barreiras no momento em que o usuário 'entra' no sistema e quando se faz necessária a continuidade da atenção. As barreiras podem englobar várias dimensões, como acessibilidade geográfica, disponibilidade de serviços e/ou profissionais, grau de **acolhimento e vínculo**, condição socioeconômica do usuário. Logo, é preciso que os serviços de saúde sejam de fácil acesso, de qualidade e em quantidade suficiente.
- d. Disponibilidade de recursos:** este fundamento engloba recursos físicos, financeiros, humanos e tecnológicos. Ter recursos é tão importante quanto sua alocação mais custo-efetiva, e sua disponibilidade é o que determinará o seu grau de concentração de maneira direta. Assim, quanto mais escasso o recurso, mais ele deve ser concentrado; quanto mais disponível, mais deve ser disperso na rede de atenção à saúde.
- Exemplo:** um neurocirurgião pediatra ou um tomógrafo, que são recursos escassos – seja pelo alto valor de aquisição ou por serem menos numerosos – devem estar concentrados. Ao contrário, um agente comunitário de saúde ou um aparelho de aferir pressão arterial (esfigmomanômetro) são recursos amplamente disponíveis, e por esta razão devem estar dispersos na rede de atenção.

e. Integração Vertical: é referente à articulação e coordenação de diferentes organizações de saúde responsáveis por ações de natureza diferenciada (primária, secundária ou terciária). O objetivo é agregar valor aos serviços, ou seja, tornar o serviço integrado e integral do ponto de vista da atenção e das tecnologias disponíveis, concretizando um dos objetivos centrais do SUS. É a articulação de serviços de diferentes níveis de atenção, de qualquer ente federativo (municipal, estadual e federal), com fins lucrativos ou não, por meio de gestão única.

Exemplo: o Programa Hiperdia do centro de saúde A encaminha um paciente diabético para o Programa especializado em diabetes do hospital público B, que por sua vez resolve indicá-lo para terapia renal em um hospital C privado vinculado ao SUS, que é o único no município que dispõe de tecnologia adequada. Toda essa integração vertical é feita mediante gestão municipal.

f. Integração Horizontal: diz respeito à junção de unidades e serviços de saúde da mesma natureza, no intuito de agregar serviços em uma mesma cadeia produtiva para obter ganhos de escala por meio de fusão ou aliança estratégica. Ou seja, é a junção de serviços semelhantes ou iguais para que os custos médios de longo prazo dos serviços diminuam com o aumento do volume das atividades oferecidas.

Exemplo: O hospital A uniu-se ao hospital B (fusão ou aliança) para aumentar produtividade, o que ocorrerá ou pelo aumento do número de leitos ou pela coordenação dos serviços oferecidos, de modo a eliminar a concorrência entre eles.

g. Processos de substituição: definidos como o reagrupamento contínuo de recursos entre e dentro dos serviços de saúde, para que estes possam resultar em melhores resultados sanitários e econômicos, considerando aspectos relativos tanto às equipes quanto aos processos de atenção à saúde. Ou seja, tanto profissionais quanto processos e atividades são passíveis de substituição, reorganização ou aprimoramento. **Exemplo:** antes do atual processo de desospitalização, pacientes com uma condição crônica de saúde, embora estáveis, permaneciam longos períodos internados nos hospitais, aumentando o risco de infecção hospitalar. Atualmente, a atenção a esses pacientes está em processo de substituição. Assim que possível, é dada alta e o paciente passa a ser acompanhado por equipes da Atenção Domiciliar, e não mais pela equipe hospitalar.

h. Região de Saúde ou Abrangência: é a área geográfica de abrangência para a cobertura de uma determinada RAS. São normalmente denominados distritos, territórios ou regiões sanitárias. Dependendo da situação específica, uma rede pode abarcar bairros, regiões, cidades. Para delimitação desses territórios, pode ser considerado exclusivamente o critério geográfico, ou agregar a ele aspectos socioculturais ou epidemiológicos. Assim, os territórios são espaços de responsabilização sanitária de

uma determinada equipe e serviços de saúde. Podem ser territórios **macrorregionais, microrregionais, municipais ou micro-área**.

- i. Níveis de atenção:** são arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade (APS), ao de densidade tecnológica intermediária (atenção secundária à saúde), até o de maior densidade tecnológica (atenção terciária à saúde). São fundamentais para o uso racional de recursos e economia de escala.

Além dos fundamentos, as RAS também apresentam atributos importantes a serem considerados durante seu processo de planejamento e implementação. Atributos são qualidades e características inerentes àquilo a que se referem. Os atributos essenciais das RAS são^{1, 2, 12, 23, 24}:

- ✓ População e territórios definidos;
- ✓ Extensa gama de estabelecimentos de saúde prestando diferentes serviços;
- ✓ APS como primeiro nível de atenção;
- ✓ Serviços especializados;
- ✓ Mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e assistência integral fornecidos de forma continuada;
- ✓ Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e nas comunidades, levando em consideração as particularidades de cada um;
- ✓ Integração entre os diferentes entes federativos a fim de atingir um propósito comum;
- ✓ Ampla participação social;
- ✓ Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico;
- ✓ Recursos suficientes;
- ✓ Sistema de informação integrado;
- ✓ Ação intersetorial;
- ✓ Financiamento tripartite e;
- ✓ Gestão baseada em resultados.

Na prática, a constituição da RAS com esses fundamentos e atributos é essencial para efetividade de suas ações, já que, juntos, contribuirão para alcance dos princípios e diretrizes do SUS.

Atividade 01. Para exercitar...

A origem do conceito de Redes de Atenção à Saúde data da década de 1920, na Inglaterra. Desde esse período, tanto o conceito quanto exemplos de implantação evoluíram muito em todo o mundo. No Brasil, algumas experiências, como por exemplo, nos estados do Espírito Santo, Minas Gerais e Paraná têm sido exitosas, demonstrando que a organização dos sistemas de saúde sob a forma de redes integradas é capaz de garantir atenção integral, efetiva e eficaz. Com base na aula apresentada, indique verdadeiro (V) ou falso (F) para os itens abaixo:

1. () De acordo com a portaria GM nº4.279 de 30 de dezembro de 2010, as Redes de Atenção à Saúde constituem-se em diferentes arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, que por meio de um sistema de simples apoio busca garantir o cuidado à saúde.
2. () Na portaria que institui as RAS no âmbito do SUS, entre uma das seis características importantes que podem caracterizar as RAS é a composição multiprofissional da equipe, que deve agir de forma interdisciplinar para garantir o compartilhamento e a corresponsabilização da prática de saúde entre os membros da equipe.
3. () O acesso, a suficiência e a qualidade são alguns fundamentos das Redes de Atenção à Saúde e estão relacionados à prestação dos serviços de saúde em qualidade, de fácil acesso e em quantidade suficiente. Têm como objetivo proporcionar o adequado manejo das condições de saúde identificadas a nível local.
4. () Além dos fundamentos, as Redes de Atenção à Saúde também têm atributos importantes a serem considerados durante seu processo de planejamento e implementação. Entre esses atributos podemos citar: população e territórios definidos; serviços especializados; integração vertical e horizontal; ampla participação social; ação intersetorial; entre outros.

*** Os comentários referentes aos itens da questão 01 estão no final da apostila.

Unidade II

A OPERACIONALIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Depois de conhecer o processo histórico e a evolução conceitual das RAS, apresentaremos os elementos que as constituem, assim como as ferramentas necessárias para sua adequada operacionalização. Por meio delas, ficará mais fácil visualizar a implementação das redes em nível local.

1. Elementos constitutivos das Redes de Atenção à Saúde

As RAS são constituídas por três elementos fundamentais: população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde¹.

a. População. A população e a área geográfica ficam sob responsabilidade de uma RAS, que ocupa a região de saúde definida pelo **Plano Diretor de Regionalização e Investimentos (PDRI)**.

b. Estrutura operacional. É formada pelos pontos de atenção das redes e pelas ligações materiais e imateriais que integram esses diferentes serviços. Assim, há cinco componentes que fazem parte da estrutura operacional:

i. Centro de comunicação: a APS tem papel chave na estruturação das redes, atuando como ordenadora e coordenadora dos fluxos e contra-fluxos do cuidado. Ela é fundamental na constituição do sistema de saúde por sua proximidade com os indivíduos e seu cotidiano. Assim, esse componente deve desempenhar ações de saúde e também fazer a ligação entre os demais pontos de atenção, de modo a garantir a integralidade e continuidade da atenção à saúde dos usuários.

Exemplo: na Rede Cegonha, uma gestante faz o acompanhamento pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Esta UBS tem como responsabilidade – entre outras - fazer a articulação com os serviços de apoio diagnóstico para realização de exames necessários durante a gestação, a programação do parto na maternidade mais próxima da residência da usuária, e fazer o acompanhamento pós-parto do binômio mãe-bebê.

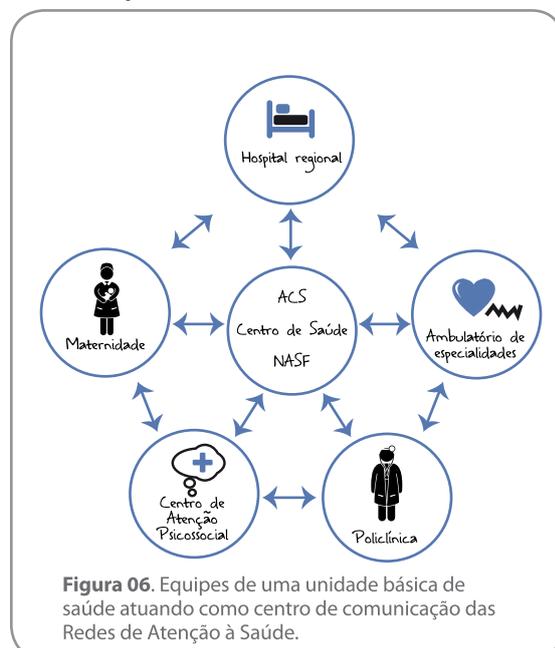
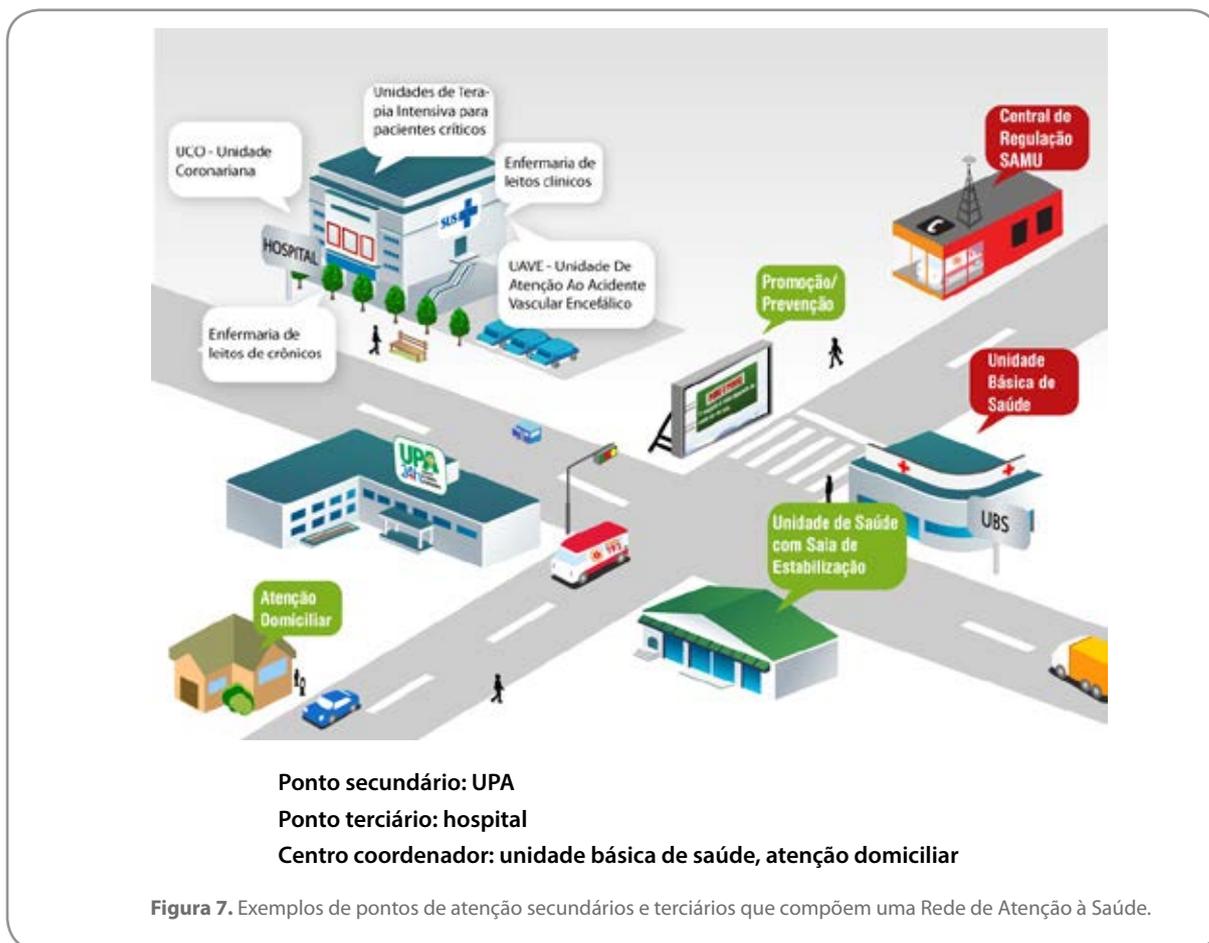


Figura 06. Equipes de uma unidade básica de saúde atuando como centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde.

- ii. **Pontos de atenção à saúde secundários e terciários:** os pontos de atenção de diferentes densidades tecnológicas servem de apoio aos serviços da APS, com ações especializadas em nível ambulatorial, hospitalar, apoio diagnóstico e terapêutico.



- iii. **Sistemas de apoio:** locais onde são prestados serviços de saúde comuns a todos os pontos de atenção. São constituídos por 3 sistemas principais: sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico; sistema de assistência farmacêutica e sistemas de informação em saúde. Seguem exemplos na figura abaixo:

Sistemas de apoios diagnóstico e terapêutico	Sistema de assistência farmacêutica	Sistemas de informação em saúde
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico por imagem • Medicina nuclear • Eletrofisiologia • Endoscopias • Hemodinâmica • Patologia clínica 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicação (seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição) • Ações assistenciais • Farmácia clínica • Farmacovigilância 	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalidade (SIM) • Nascidos vivos (SINASC) • Agravos de notificação compulsória (SINAN) • Informações ambulatoriais do SUS (SIA SUS) • Informações hospitalares do SUS (SIH SUS) • Atenção básica (SIAB)

Figura 8. Os diferentes sistemas de apoio que compõem as Redes de Atenção à Saúde.

iv. **Sistemas logísticos:** oferecem soluções em saúde baseadas nas tecnologias de informação, voltadas para promover a eficaz integração e comunicação entre pontos de atenção à saúde e os sistemas de apoio. Podem referir-se a pessoas, produtos ou informações, e estão fortemente ligados ao conceito de **integração vertical**. Os sistemas logísticos são: identificação do usuário por meio do Cartão Nacional do SUS; prontuário clínico; sistema de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte.

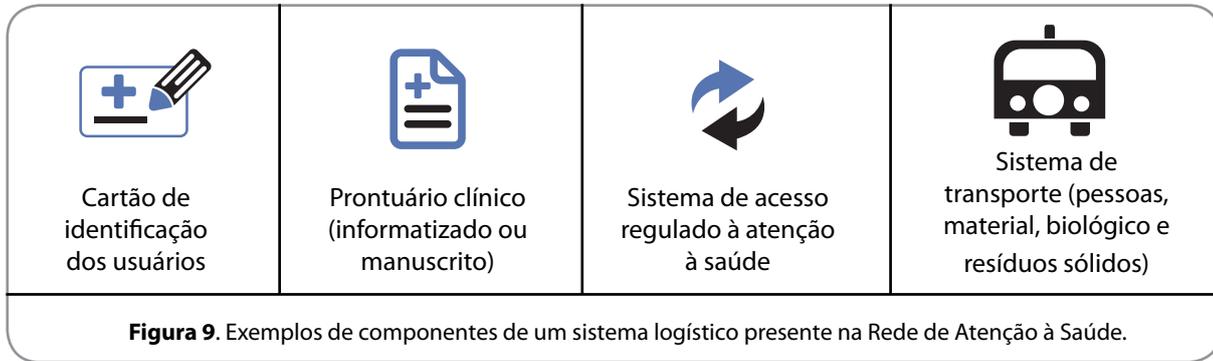


Figura 9. Exemplos de componentes de um sistema logístico presente na Rede de Atenção à Saúde.

v. **Sistemas de governança:** de acordo com Mendes³, são arranjos institucionais organizados que envolvem diferentes atores, estratégias e procedimentos, para gerir, de forma compartilhada e **interfederativa**, as relações entre as outras quatro (4) estruturas operacionais citadas anteriormente, com vistas à obtenção de maior interdependência e melhores resultados sanitários e econômicos. Assim, é por meio destes sistemas **transversais** que se articulam os elementos da RAS em função da missão, da visão e dos objetivos comuns das redes.

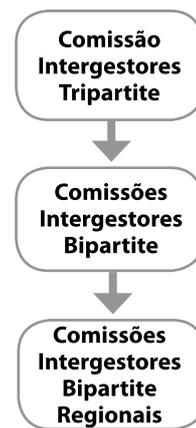


Figura 10. O sistema de governança responsável por gerir a Rede de Atenção à Saúde.

Articulando cada um dos componentes da estrutura operacional da RAS em seu município, surge a figura abaixo. Ela foi proposta por Mendes¹², e sintetiza muito bem a estrutura operacional das RAS.

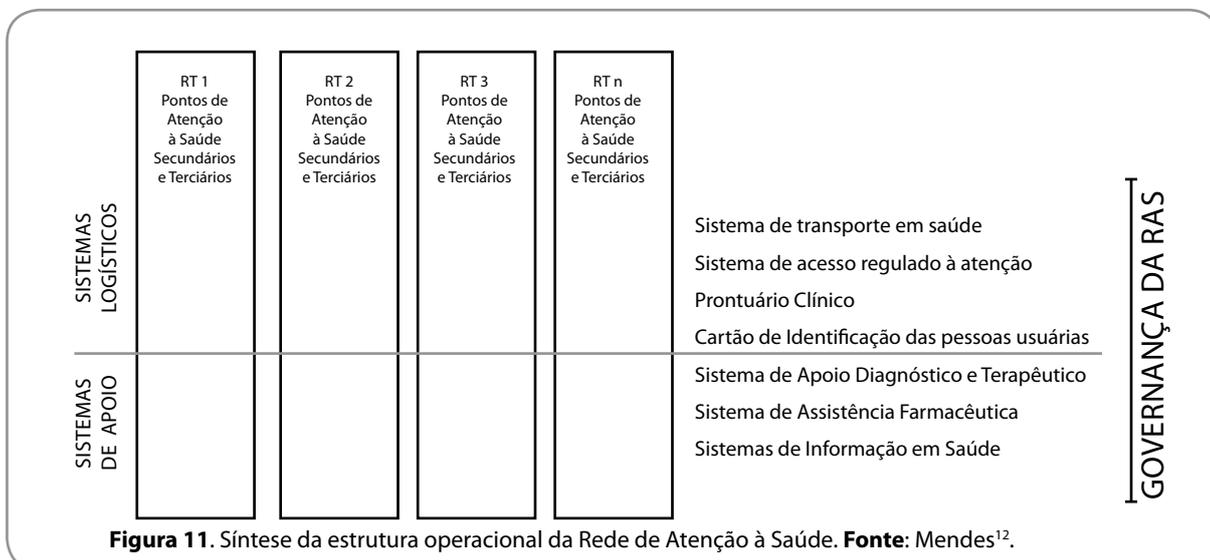


Figura 11. Síntese da estrutura operacional da Rede de Atenção à Saúde. **Fonte:** Mendes¹².

Independentemente do tipo ou quantidade de **redes temáticas** (RT) de atenção à saúde que foram ou serão implantadas em seu município, elas sempre terão como centro coordenador unidades e equipes da APS, que por sua vez ordenarão os fluxos e contrafluxos de atenção junto aos pontos de atenção secundários e terciários que pertencem a esta RT, por meio dos sistemas logísticos, e contando com o auxílio dos sistemas de apoio. Todo esse conjunto será gerido por um sistema de governança interfederativo e transversal.

c. Modelo de atenção à saúde. Este é o último e não menos importante elemento que constitui uma RAS. Pode ser definido como:

*“um sistema lógico que organiza o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas **subpopulações** (grupos) estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade”¹² (p. 209)*

Em outras palavras, é a lógica adotada pelos gestores municipais e estaduais para atender às demandas de saúde da população local de forma mais efetiva, eficiente e segura. Cabe lembrar que esta lógica deve condizer com o atual cenário de **tripla carga de doenças**, com prevalências crescentes e alarmantes das **condições crônicas** de doença. Logo, os modelos de atenção à saúde devem subsidiar toda a formação e implantação das RAS, e também ter como foco prioritário as condições crônicas (garantindo atenção aos respectivos eventos agudos), e não somente as **condições agudas**.

No Box 3 abaixo estão descritos diferentes modelos de saúde, segundo o seu foco de atenção.

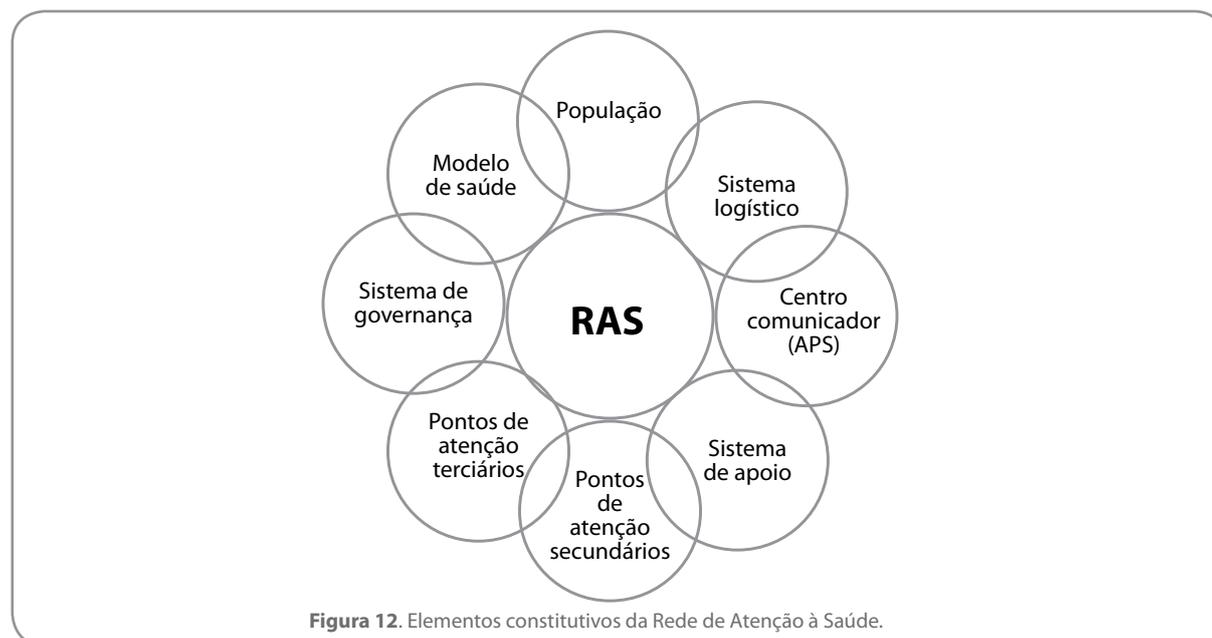
Box 03. Os diferentes modelos de atenção à saúde^{1, 12}

Os modelos de saúde operam segundo lógicas estruturais e operacionais que variam de acordo com a região e a natureza das condições de saúde da população assistida. Sabe-se que as condições de saúde da população variam, podendo ter natureza aguda ou crônica. Assim, vários modelos foram desenvolvidos.

- a. Modelos de atenção às condições agudas.** São modelos que atendem às condições agudas e aos eventos agudos de doença crônica, e têm como objetivo identificar, no menor tempo possível, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência e definir o ponto de atenção adequado à situação. É o modelo que hegemonicamente tem sido adotado pelos gestores do SUS.
- b. Modelo de atenção às condições crônicas.** Desenvolvido pela equipe do MacColl Institute for Healthcare Innovation, nos Estados Unidos, o Modelo de Atenção Crônica, ou Chronic Care Model (CCM) na tradução literal, constitui-se em uma solução complexa e sistêmica para o problema da atenção às condições crônicas. Este modelo é composto por seis elementos, que inter-relacionados, permitem aos usuários estarem informados e serem ativos, bem como permitem à equipe produzir melhores resultados funcionais e sanitários para a população. Entre os elementos, estão mudanças relacionadas: (1) à organização da atenção à saúde, (2) ao desenho do sistema de prestação de serviços, (3) ao apoio às decisões técnicas, (4) ao sistema de informação clínica e (5) ao apoio ao autocuidado, 6) à articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade.

As diferenças entre as redes de atenção às condições crônicas e às condições agudas estão relacionadas ao papel da APS. Nas redes de atenção às doenças crônicas, a APS é o centro de comunicação das RAS, tendo como função a coordenação dos fluxos dentro de toda a rede. Já nas redes de atenção às condições agudas, a APS não faz parte do centro de comunicação, tornando-se um importante ponto de atenção à saúde ('nó'), sem cumprir a função central de coordenação de fluxos e contrafluxos da rede.

Todos estes 03 elementos constitutivos, juntos, compõem as RAS: população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde. Sem a presença de qualquer um desses elementos, é impossível implantar uma RAS capaz de cumprir com seu papel.



2. Ferramentas de micro gestão dos serviços nas Redes de Atenção à Saúde

As RAS devem ser organizadas localmente segundo os atributos e fundamentos discutidos na aula anterior, por meio de um processo de planejamento que considere a realidade e os determinantes de saúde específicos de um território sanitário e das pessoas que nele vivem. Ainda, devem estar associados o uso de critérios gerenciais e eficiência econômica, com vistas a soluções integradas de atenção à saúde.

Partindo do ponto de vista da prática **micro gerencial**, onde os profissionais de saúde têm maior responsabilidade, são necessárias ferramentas capazes de assegurar padrões clínicos ótimos; diminuição de riscos para os usuários e profissionais; aumento da eficiência; prestação de serviços efetivos e melhoria na qualidade da atenção à saúde²⁶. Existem possibilidades com grande potencial, e a seguir estão apresentadas 6 ferramentas de micro gestão^{1,2}.

- a) **Diretrizes clínicas:** recomendações desenvolvidas de modo sistemático, baseadas em evidências, que orientam decisões dos profissionais de saúde em um caso clínico, envolvendo ações de prevenção, promoção e assistência. São conhecidas como protocolos ou linhas-guia. Viabilizam a comunicação entre as equipes e serviços, e orientam as Linhas de Cuidado. **Exemplo:** diretriz clínica para diagnóstico/ tratamento da fibrose cística.
- b) **Linhas de Cuidado:** forma de articulação de recursos e práticas de saúde entre as unidades de atenção de uma região (primária, secundária ou terciária), com acolhimento e condução dos usuários pelas possíveis vias de diagnóstico e tratamento dentro da rede de saúde. **Exemplo:** linha de cuidado do parto e puerpério; linha de cuidado do diabetes e hipertensão arterial; linha de cuidado da obesidade.

- c) **Gestão da condição de saúde:** processo que envolve a superação do modelo de atenção focado no indivíduo, utilizando procedimentos curativos e reabilitadores, para uma abordagem baseada na população local, que identifica indivíduos em risco e tem foco na promoção da saúde e/ou na ação preventiva, com intervenção precoce a fim de alcançar resultados satisfatórios com custos reduzidos.
- d) **Gestão de caso:** processo que se desenvolve entre o profissional de saúde e o usuário, visando ao planejamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde, de acordo com as necessidades do indivíduo. É o plano de cuidado que será posto em prática pelo profissional de saúde para responder à demanda de saúde do usuário.
- e) **Auditoria clínica:** análise crítica e sistemática da qualidade da atenção à saúde. Não pode ser confundida com a auditoria realizada pelo **Sistema Nacional de Auditoria (SNA)**. Tem como foco os usuários dos serviços de saúde, em um contexto favorável à melhoria da eficácia clínica, objetivando maximizar os resultados clínicos. Por exemplo: quando o gerente recém-nomeado em um centro de saúde quer conhecer e melhorar os serviços da Pediatria, ele pode reter – por amostragem ou não - certa quantidade de prontuários clínicos para analisar os procedimentos que foram realizados pela equipe e como foram registrados os dados em prontuário.
- f) **Lista de espera:** tecnologia que estabelece o ordenamento dos usuários dos serviços em determinados pontos de atenção à saúde, partindo de critérios claros de necessidades e riscos, de modo a garantir a transparência deste processo nos sistemas de saúde. Listas de espera longas e demoradas indicam uma disparidade entre oferta e demanda por serviços de saúde, e hoje constituem um grande obstáculo a ser superado pelo SUS.

Estas ferramentas de micro gestão possibilitarão não só a integração dos pontos de atenção, mas também permitirão uma reestruturação dos processos e trabalhos em equipe multiprofissional, com vistas à melhoria das ações interdisciplinares. Tal avanço nas práticas de saúde é necessário para o alcance dos objetivos esperados com a reestruturação do SUS segundo a lógica de redes. O uso de ferramentas de micro gestão qualificadas permitirá a adequada implantação e funcionamento das RAS em nível local.

3. As Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde

No Brasil, é possível identificar um esforço para a implantação de diversas RAS nos sistemas municipais e estaduais de saúde. Isto porque há na literatura internacional uma vasta gama de evidências de que essas redes podem melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários e a satisfação dos usuários. Ao mesmo tempo, reduzem os custos dos sistemas saúde. Esses resultados foram positivos na atenção à saúde de pessoas idosas; na saúde mental; no controle do diabetes; e na utilização de serviços especializados¹².

Por esse motivo, já estão sendo implantadas redes temáticas de atenção à saúde no país. Estas RAS foram definidas segundo as prioridades das agendas de saúde federal, estadual e municipal. Até junho de 2012, estão em diferentes etapas de implantação quatro (04) RAS: **Rede Cegonha**²⁷, **Rede de Atenção à Urgência e Emergência**²⁸, Rede de Atenção Psicossocial²⁹ e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência³⁰.



REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Tem o objetivo de articular e integrar, no âmbito do SUS, o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. Para conhecer melhor esta Rede, leia a portaria que a instituiu: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html



REDE CEGONHA

Está fundamentada nos princípios da humanização e assistência, visando implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério; e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Para conhecer melhor esta Rede, leia a portaria que a instituiu: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Sua proposta refere-se diretamente à ampliação e qualificação do acesso a ações de tratamento e reabilitação para usuários de crack, álcool e outras drogas. A Rede também atende indivíduos com sofrimento ou transtornos mentais. Para conhecer melhor esta Rede, leia a portaria que a instituiu: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

REDE DE CUIDADO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Recém instituída, esta Rede visa garantir a atenção integral às pessoas com deficiência física, visual, auditiva, intelectual, ostomia e múltiplas deficiências, seja ela temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do SUS. Para conhecer mais esta Rede, leia a portaria que a instituiu: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html

NOVIDADE...

Atualmente o Ministério da Saúde está planejando a implantação da **Rede de Atenção às Doenças Crônicas**. Fique atento(a), pois em breve a Portaria de instituirá essa Rede será publicada.

Atividade 02. Para exercitar...

As Redes de Atenção à Saúde são formadas por três elementos sem os quais não seria possível implantar uma Rede capaz de cumprir plenamente seu papel: população, estrutura operacional e modelo de atenção. Esses elementos permitem que as RAS sejam organizadas segundo atributos e fundamentos que levem em consideração a realidade e os determinantes de saúde específicos de um território sanitário e das pessoas que nele vivem. Com base no trecho acima e na aula 2, assinale a alternativa correta:

1. A estrutura operacional - um dos elementos que constituem as RAS - é formada pelos pontos de atenção das redes e pelas ligações materiais e imateriais que integram esses diferentes serviços. Ela é composta por uma estrutura operacional formada por cinco elementos: centro de comunicação; pontos de atenção à saúde secundários e terciários; sistemas de apoio; sistemas logísticos e sistemas de governança.
2. No modelo de atenção à saúde formatada em redes, é o sistema logístico que organiza o funcionamento das RAS para atender às demandas de saúde da população, focando principalmente no atendimento às condições agudas.
3. As RAS organizam-se com base em critérios gerenciais e de eficiência econômica que devem levar em consideração somente 3 ferramentas de micro gestão: linhas de cuidado, auditoria clínica e lista de espera.

Atividade 03. Para fixar ainda mais...

As ferramentas de micro gestão dos serviços de saúde possibilitam a integração dos pontos de atenção, mas também a reestruturação dos processos e trabalhos em equipe multiprofissional. Considerando o trecho acima, vincule as ferramentas abaixo com sua definição:

- (1) Auditoria clínica
- (2) Lista de espera
- (3) Diretrizes clínicas
- (4) Gestão da condição de saúde
- (5) Gestão de caso
- (6) Linhas de Cuidado

Recomendações desenvolvidas de modo sistemático, baseadas em evidências, que orientam decisões dos profissionais de saúde em um caso clínico.

Processo que utiliza o modelo de atenção focado no indivíduo, utilizando procedimentos curativos e reabilitadores, para uma abordagem baseada na população local que identifica indivíduos em risco e tem foco na promoção da saúde e/ou na ação preventiva.

Forma de articulação de recursos e práticas de saúde entre as unidades de atenção de uma região (primária, secundária ou terciária).

Tecnologia que estabelece o ordenamento dos usuários dos serviços em determinados pontos de atenção à saúde, partindo de critérios claros de necessidades e riscos.

Processo que se desenvolve entre o profissional de saúde e o usuário, visando ao planejamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde, de acordo com as necessidades do indivíduo.

Análise crítica e sistemática da qualidade da atenção à saúde, tem como foco os usuários dos serviços de saúde, em um contexto favorável à melhoria da eficácia clínica.

*** Os comentários referentes aos itens das questões 02 e 03 estão no final da apostila.

Unidade III

DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Diversos trabalhos, em diferentes países, têm demonstrado o impacto positivo da implementação das redes de atenção nos sistemas de saúde. Essas evidências são destacadas em documentos elaborados pela Organização Panamericana de Saúde^{6,15}. Os principais impactos identificados por estes documentos estão no quadro 2 abaixo.

Quadro 2. Impacto das RAS nos sistemas de saúde, de acordo com a OPAS/OMS^{6,15}.

Evidências do Impacto das Redes de Atenção nos Sistemas de Saúde
<ul style="list-style-type: none">- Redução da fragmentação da atenção- Melhora da eficiência global do sistema- Impedimento da multiplicação de infraestrutura e serviços de forma desordenada e desorganizada.- Melhor atendimento às necessidades e expectativas dos indivíduos- Melhora no custo efetividade dos serviços de saúde- Redução de hospitalizações desnecessárias- Redução da utilização excessiva de serviços e exames- Redução no tempo de permanência hospitalar- Aumento de produtividade- Melhora na qualidade da atenção- Produção de uma oferta balanceada de atenção geral e especializada- Continuidade da atenção, gerando uma maior efetividade clínica- A utilização de diferentes níveis de atenção pelos indivíduos é facilitada- Aumento na satisfação dos usuários- Melhora no autocuidado

Essas evidências são apenas algumas entre tantas outras que indicam a efetividade das RAS em todos os níveis e setores de atenção à saúde. Considerando o peso dessas evidências acerca do impacto positivo proporcionado por um sistema de saúde organizado segundo a lógica de redes de atenção, fica clara a urgência da superação do atual modelo de saúde “biomédico” - organizado sob os moldes de um sistema hierarquizado - para um modelo integrado em redes de atenção. Essa mudança é tarefa árdua, e requer a substituição de muitos aspectos paradigmáticos. Para Mendes², podem-se citar os seguintes aspectos:

Modelo hierarquizado (biomédico)	Modelo em redes de atenção
Organizado por componentes isolados	Organizado por um contínuo de atenção
Orientação para as condições agudas	Orientação para as condições crônicas
Ênfase em ações curativas	Atenção integral
Níveis de atenção hierarquizados	Redes poliárquicas
O sujeito e o paciente	O sujeito e o Agente de Saúde
Gestão da oferta	Gestão das necessidades
Centrado em indivíduos	Centrado na população
Reativo	Proativo
Financiamento por procedimentos	Financiamento por capitação

Figura 13. Aspectos a serem substituídos para que seja possível a organização do sistema de saúde segundo a lógica de Redes de Atenção.

Os aspectos supramencionados devem ser ressignificados em todos os campos de gestão, atenção e controle social. Cabe a todos os atores sociais envolvidos a construção e melhoria de um sistema de saúde com mais qualidade. É dever, principalmente do governo e entes federados, cobrar ou efetivamente implantar diretrizes e estratégias políticas para que se tenha um SUS estruturado em redes de forma robusta e sustentável.

Diretrizes e estratégias para implementação das Redes de Atenção à Saúde

A implantação plena das RAS deve refletir coerência, convergência e consonância entre o Pacto pela Saúde, as políticas de saúde vigentes e a necessidade de responder de maneira eficaz aos atuais desafios de saúde. Com base nessas premissas, as diretrizes orientadoras e suas respectivas estratégias para implementação das RAS¹ estão apresentadas abaixo.

Quadro 1. Diretrizes e estratégias para implementação das Redes de Atenção à Saúde.

Diretrizes	Estratégias
Fortalecer a APS para realizar a coordenação do cuidado e ordenar a organização da rede de atenção	<ul style="list-style-type: none"> I- Oficinas sobre RAS e planificação da APS II- Revisão e ampliação da política de financiamento da APS III- Novas formas de financiamento para APS dos municípios IV- Valorização dos profissionais de saúde V- Ampliação da atuação das APS VI- Incentivo à organização da porta de entrada VII- Integração entre promoção e vigilância em saúde VIII- Incorporação da prática de gestão clínica IX- Organização das linhas de cuidado com base na realidade local X- Planejamento e articulação das ações e serviços de saúde XI- Ampliação do financiamento e investimentos em infraestrutura XII- Implementação de ações estratégicas voltadas à população
Fortalecer o papel dos Colegiados Gestores Regionais (CGR) no processo de governança da RAS	<ul style="list-style-type: none"> I – Assegurar a institucionalidade dos CGR II- Incentivo às Secretarias de Estado de Saúde (SES) na organização dos CGR III- Qualificação de gestores IV – Fortalecimento da gestão municipal
Fortalecer a integração das ações de âmbito coletivo da vigilância em saúde com as de assistência	<ul style="list-style-type: none"> I – Planejamento e organização de ações intersetoriais II – Análise da situação de saúde para identificar riscos e definir prioridades
Fortalecer a política de gestão do trabalho e da educação em saúde na RAS	<ul style="list-style-type: none"> I – Elaboração de proposta de financiamento tripartite II – Incentivo à implementação da política de educação permanente em saúde III – Ampliação do Pró-Saúde e do Programa de Educação para o Trabalho (PET) a todas instituições de ensino superior IV – Estímulo ao estabelecimento de instrumentos contratuais entre gestão e profissionais de saúde V – Articulação política
Implementar o Sistema de Planejamento da RAS	<ul style="list-style-type: none"> I – Planejamento integrado entre municípios e estados II – Atualização do Plano Diretor de Regionalização e Investimentos (PDRI)

Diretrizes	Estratégias
<p>Desenvolver os Sistemas Logísticos e de Apoio da RAS</p>	<p>I – Estabelecimento de parâmetros de regulação do acesso aos sistemas de saúde II – Ampliação do financiamento III – Promoção da comunicação de todos os pontos de atenção IV – Desenvolvimento de mecanismo de identificação de usuários do SUS V – Integração da RAS por meio de sistemas de transporte sanitário, de apoio diagnóstico e terapêutico VI – Promoção e reorganização do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB) VII – Desenvolvimento da gestão da tecnologia de informação e comunicação em saúde na RAS VIII – Sistemas de informação como ferramentas para construção do diagnóstico da situação de saúde IX – Ampliação da cobertura do programa Telessaúde Brasil</p>
<p>Financiamento do Sistema na perspectiva da RAS</p>	<p>I – Mecanismos de alocação de recursos de custeio e investimento para implementação da RAS II – Definição de critérios/índices de necessidade de saúde III- Construção da Programação Pactuada e Integrada (PPI) de forma compartilhada IV- Mecanismos de financiamento de políticas públicas de saúde com foco na garantia do contínuo assistencial e na responsabilização das três esferas de governo V – Redefinição do financiamento da APS afim de aumentar sua capacidade de coordenação e ordenamento da RAS</p>

Fonte: Brasil¹.

Neste quadro são apresentadas algumas sugestões, sendo possível a inserção e realização, em nível local, de outras estratégias. Todas elas propiciarão a concretização de uma RAS, uma vez que permitirão o desenvolvimento dos atributos desta rede.

Atividade 04. Para exercitar...

A implementação das RAS exige esforços que possibilitem ao sistema de saúde responder de forma eficaz aos atuais desafios sanitários. Com base nesses desafios, foram desenvolvidas algumas diretrizes e estratégias para implementação das RAS. Correlacione cada diretriz à sua respectiva estratégia:

DIRETRIZES

- a. Fortalecer a APS para realizar a coordenação do cuidado e ordenar a organização da rede de atenção.
- b. Fortalecer o papel dos Comitês Gestores Regionais (CGR) no processo de governança da RAS.
- c. Fortalecer a integração das ações de âmbito coletivo da vigilância em saúde com as de assistência.
- d. Fortalecer a política de gestão do trabalho e da educação na saúde na RAS.
- e. Implementar o Sistema de Planejamento da RAS.
- f. Desenvolver os Sistemas Logísticos e de Apoio da RAS.
- g. Financiamento do Sistema na perspectiva da RAS.

ESTRATÉGIAS

- () Planejamento e articulação das ações e serviços de saúde.
- () Análise da situação de saúde para identificar riscos e definir prioridades.
- () Integração da RAS por meio de sistemas de transporte sanitário, de apoio diagnóstico e terapêutico.
- () Planejamento integrado entre municípios e estados.
- () Promoção da comunicação de todos os pontos de atenção.
- () Qualificação de gestores.
- () Incentivo à implementação da política de educação permanente em saúde.
- () Ampliação da atuação das APS.
- () Articulação política.
- () Definição de critérios/índices de necessidade de saúde.
- () Fortalecimento da gestão municipal.
- () Sistemas de informação como ferramentas para construção do diagnóstico da situação de saúde.

*** Os comentários referentes aos itens da questão 04 estão no final da apostila.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 4.279**. Estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, dezembro de 2010.
2. MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.
3. MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol.15(5):2297-2305, 2010.
4. MARINHO, A; FAÇANHA, LO. **Programas sociais: efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação**. Texto para discussão nº 787. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 2011.
5. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Publicación Científica nº 93**. Washington 1964.
6. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Organização Panamericana de Saúde. Brasília, 2011. 113 p.
7. MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, Tomo II, 2001.
8. KUSCHNIR, R.C.; CHORNY, A.H.; LIMA E LIRA, A.M. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/ UFSC. Brasília: CAPES: UAB, 2010. 180p.
9. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Projeto Mães de Minas: a vida merece esse cuidado**. Belo Horizonte, 2010. Disponível em: < <http://www.maesdeminas.com.br/publicacoes/maes-de-minas/files/assets/downloads/maes-de-minas.pdf> . Acesso em março de 2012.
10. JÚNIOR, A.C.A. **Consolidando as Redes de Atenção às Condições Crônicas: experiência da rede Hiperdia de Minas Gerais**. Inovação na Gestão do SUS: Experiências locais. Organização Panamericana de Saúde. Brasília, 2011.
11. COSTA-E-SILVA, V.C.; RIVERA, F.J.U.; HORTALE, V.A. Projeto Integrar: avaliação da implantação de serviços integrados de saúde no Município de Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 23(6):1405-1414, jun, 2007.
12. MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Organização Panamericana da Saúde, 2ª edição. Brasília: 2011. 549 p.
13. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Report 2008. **Primary Health Care, now more than ever**. Geneve, 2008.
14. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas**. 2005.
15. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras**. Organização Panamericana de Saúde. Brasília, 2011. 137 p.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2488**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, outubro de 2011.

17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde; 2012.
18. STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde/Unesco/DFID, 2 ed., 2004.
19. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1993. *Apud*: MENDES, E V. **As redes de atenção à saúde**. Organização Panamericana da Saúde, 2ª edição. Brasília: 2011. 549 p.
20. SHORTELL, S.M.; GILLIES, R.R.; ANDERSON, D.A.; ERICKSON, K.M.; MITCHELL, J.B. **Remaking health care in America: building organized delivery systems**. San Francisco: Jossey-Bass, 1996.
21. CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra. Volume I, 4ª edição, 2000.
22. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Integrated health services: what and why?** Technical Brief nº 1. Geneve, 2008.
23. MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará. 2002.
24. MENDES, EV. **A modelagem das Redes de Atenção à Saúde**. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2007.
25. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília, Organização Mundial da Saúde, 2003.
26. RUBIO, VO. **Medicina basada en la evidencia: posibilidades y limitaciones (para La gestión sanitaria)**. Seminario los retos directivos ante la gestión de la efectividad. Escuela Andaluza de Salud Pública, 11-12 de noviembre de 1999; Granada, Espanha.
27. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1459**. Institui a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, dezembro de 2011.
28. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1600**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, julho de 2011.
29. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3088**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, dezembro de 2011.
30. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 793**. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, abril de 2012.
31. COSTA, C.; SANTANA, R.; BOTO, P. Financiamento por capitação ajustada pelo risco: conceptualização e aplicação. **Volume temático: 7**, 2008.

Módulo 2

ATENÇÃO PRIMÁRIA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Este módulo é composto por três aulas. Sugere-se que, para a realização de cada aula, você disponibilize aproximadamente 50-70 minutos diários.

- **Unidade I:** A atenção primária à saúde como centro de comunicação das redes de atenção à saúde;
- **Unidade II:** O papel das equipes da atenção primária à saúde nas redes de atenção à saúde;
- **Unidade III:** Linhas de cuidado segundo necessidades dos usuários.

O principal objetivo deste módulo é definir o papel da atenção primária e de suas equipes como centro de comunicação e coordenação do cuidado nas redes de atenção à saúde, tendo como contexto o processo brasileiro de consolidação da atenção primária.

Portanto, ao finalizar o módulo 2, você será capaz de:

- Compreender o papel da atenção primária como centro de comunicação e de articulação entre os demais pontos de atenção e sistemas das redes de atenção à saúde;
- Entender o papel das equipes de atenção primária na coordenação do cuidado nas redes de atenção à saúde;
- Identificar como devem ser estruturadas as práticas de saúde das equipes da atenção primária à saúde;

Não perca tempo! Continue com os seus horários organizados e dê prosseguimento ao curso conforme sua rotina. Vamos lá?

Tenha uma excelente leitura!

Unidade I

ATENÇÃO PRIMÁRIA¹ À SAÚDE COMO CENTRO DE COMUNICAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO

1. Atenção Primária: conceitos e atributos

Para lembrar, no módulo anterior a **Atenção Primária à Saúde (APS)** foi posicionada como um dos elementos da estrutura operacional de uma rede de atenção à saúde (RAS): centro comunicador e coordenador do cuidado. Partindo do centro, ela tem a responsabilidade de fazer a ponte entre os diferentes níveis e pontos de atenção, assim como integrar ao processo os sistemas logísticos e de apoio, garantindo, assim, a integralidade da atenção aos usuários do sistema de saúde.

Esse é o papel mais importante dentro de uma RAS, já que se não houver um centro coordenador, não há integração do sistema. Dito de outra forma, sem um regente, uma orquestra será capaz de tocar, mas não na harmonia desejada e esperada pelo público que paga para ouvi-la tocar. Posicionar estrategicamente a APS no reordenamento do sistema de saúde implica considerá-la a base das redes de atenção à saúde. Portanto, é fundamental investir na qualificação e expansão da APS - entre outros fatores - para uma efetiva mudança de estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) em redes integradas de atenção.

A APS pode ser definida e caracterizada, segundo a versão reformulada da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)² (Brasil, 2011a), por:

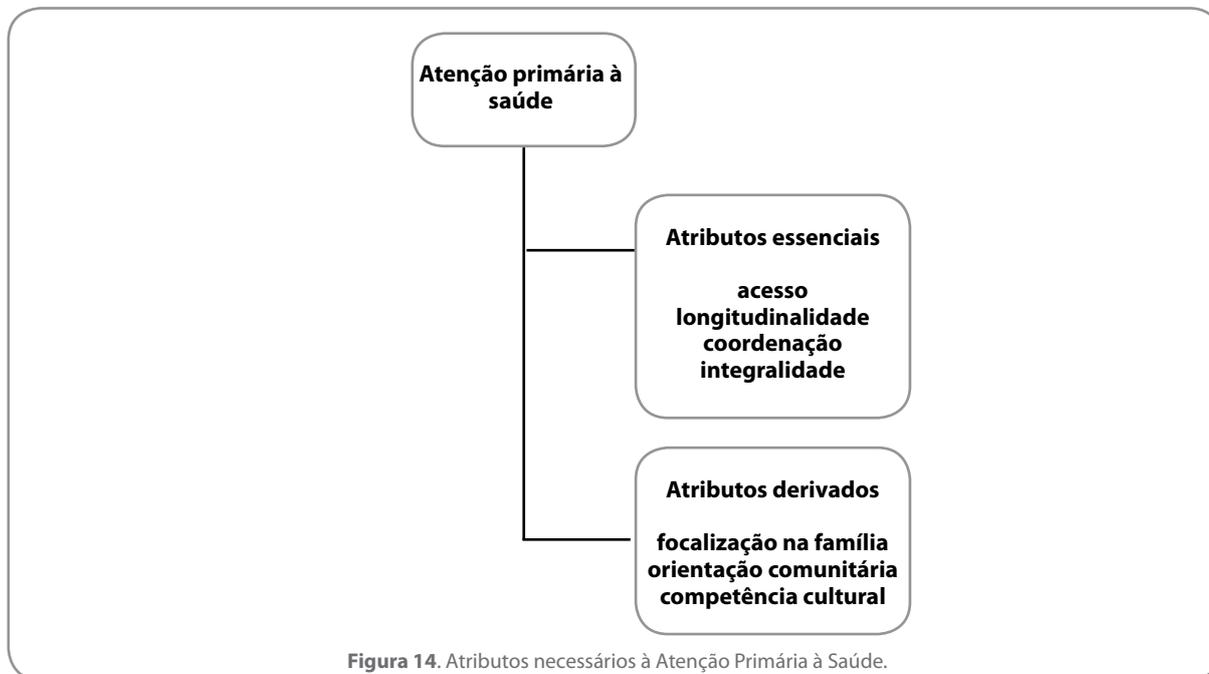
“um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (...) Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (...)”.

Uma APS de qualidade deve possuir **atributos** essenciais para sua consolidação e efetiva atenção à população assistida. Na figura 14 estão apresentados esses atributos^{3,4,5}.

O primeiro atributo diz respeito à atenção primária como serviço de **primeiro contato**. Para isso, é necessário que o serviço seja acessível em todos os aspectos (financeiros, geográficos, culturais, etc.) e que o usuário possa utilizar os serviços para todo problema de saúde que identificar.

A **longitudinalidade** consiste na regularidade do cuidado à saúde do usuário pela equipe em um processo que gere responsabilização e uma relação mútua e contínua de confiança entre a equipe, as famílias e os indivíduos.

¹ Os termos Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica podem ser utilizados, no contexto do SUS, como sinônimos¹. Considerando este fato, neste curso será utilizada apenas a expressão Atenção Primária à Saúde.



A integralidade implica a oferta de serviços de cuidado à saúde do usuário, tanto preventivos como curativos, nos diferentes pontos de atenção, de maneira a atender às necessidades da população, considerando a múltipla determinação da saúde.

A fim de garantir a integralidade da atenção, a coordenação das ações e serviços é um atributo essencial para que a APS se estabeleça como centro de comunicação das redes.

Outro atributo da APS é a focalização na família. O contexto familiar é considerado o foco prioritário no diagnóstico da situação e no processo decisório das medidas a serem adotadas.

De maneira complementar, o atributo de orientação comunitária considera a comunidade como protagonista para reconhecimento dos problemas e decisão sobre os melhores caminhos para melhoria das condições de saúde e definição de decisões sanitárias e econômicas.

E finalmente, reconhecer e valorizar os diferentes saberes e soluções, sejam eles científicos ou populares, é o atributo da APS denominado competência cultural.

Assim, respeitar e valorizar esses atributos junto à APS significa também contribuir para a consolidação desse nível de atenção como o centro coordenador em um sistema estruturado em redes de atenção. Uma APS forte resulta em uma RAS com base forte o suficiente para consolidação do SUS.

2. A Atenção Primária à Saúde no Brasil

O Brasil tem investido há muitos anos em estratégias de fortalecimento da APS enquanto organizadora do sistema de atenção. Mais precisamente na década de 1990, que foi marcada pela implantação de programas da atenção primária de forma inovadora, foi quando houve a inclusão de diferentes profissionais nas equipes de saúde, e a expansão da territorialização e da adscrição da clientela^{6,7}.

Nesse contexto, o Programa Saúde da Família (PSF), lançado em 1994, é um marco histórico de um novo modelo de assistência partindo da atenção primária, já que foi concebido para ser o primeiro acesso do usuário ao sistema de saúde e desenvolver o cuidado de forma integral, além de ampliar o acesso e cobertura^{7,8}. O programa apresentou crescimento de forma contínua e expressiva, principalmente em municípios de pequeno porte, e a partir de 1998 foi ampliado e passou a ser identificado como Estratégia Saúde da Família (ESF).

Em 2006 foi aprovada a primeira versão da PNAB⁹, que apontou a redefinição dos princípios gerais, responsabilidades de cada esfera de governo, infraestrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais, e as regras de financiamento, incluindo as especificidades da ESF. Expressou a “marca da maturidade” no que se refere à APS naquele momento, e o compromisso do Ministério da Saúde de revitalizá-la no Brasil.

Em 2008, para ampliar a abrangência e resolutividade da ESF, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os NASF apoiam conjuntos de equipes da ESF e são constituídos por profissionais de diversas áreas raramente presentes neste nível de atenção¹⁰. Segundo dados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (SCNES)¹¹, de janeiro de 2012, estão em atividade mais de 33.000 equipes da ESF em mais de 90% dos municípios brasileiros cobertos e 1.250 equipes NASF.

É importante esclarecer que a APS nos municípios brasileiros não se desenvolveu de maneira uniforme e homogênea, e não necessariamente segundo o modelo da ESF. Na realidade, tem-se a coexistência de várias ‘APS’ Brasil afora, sendo que dentro de um mesmo município é possível encontrar vários tipos de ‘APS’ implantados. Por esta tamanha diversidade de organização de serviços primários nos municípios brasileiros, também são considerados os demais formatos organizativos da APS, ditos tradicionais, que são diferentes da ESF. Assim, o Governo focaliza a Estratégia Saúde da Família como sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da APS, mas também valoriza a qualificação das demais estratégias de organização da APS por considerarem as especificidades locais regionais.

É exatamente por esta diversidade – e outros motivos - que a PNAB foi revista e republicada em 2011². O texto atual reforça a base teórica e conceitual de atenção primária expressa na edição anterior, ao mesmo tempo em que exalta as mudanças que ocorreram desde 2006. Entre essas mudanças, podem-se citar a criação dos NASF, das equipes de Saúde da Família ribeirinhas, das Unidades Básicas de Saúde fluviais, do Programa de Saúde na Escola. Além disso, enfatiza a importância da reestruturação do SUS segundo modelo organizativo de redes de atenção, posicionando-o como formato mais apropriado para adequado manejo dos desafios sanitários presentes no contexto epidemiológico brasileiro.

3. A Atenção Primária à Saúde nas Redes de Atenção à Saúde

Para que as RAS sejam efetivas, eficientes e de qualidade, deve-se ter, antes de tudo, uma APS bem estruturada. Esta afirmação considera que, quando os **atributos da APS** estão plenamente desenvolvidos, obtêm-se melhores resultados econômicos e sanitários em termos de eficácia, continuidade e integralidade na atenção à saúde⁸.

A APS deve ser estruturada de modo a propiciar o cumprimento de suas funções centrais de acolher, escutar e dar vazão às demandas sanitárias existentes. Considerando o contexto de reestruturação do sistema de saúde segundo formato de redes de atenção, há outras funções prioritárias da APS, as quais contribuirão para o adequado funcionamento da RAS. De acordo com a PNAB², são elas:

- a. **Ser a base:** a modalidade primária de atenção deve estar presente nos estados e municípios de modo mais descentralizado e distribuído possível;
- b. **Ser resolutiva:** deve ser capaz de gerar diagnóstico sanitário e situacional da população que vive no território sob sua responsabilidade, considerando riscos, necessidades e demandas de saúde. Para tanto, deve utilizar diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas;
- c. **Coordenar o cuidado:** a APS deve atuar como centro de comunicação entre os diversos pontos e níveis de atenção, acompanhando e organizando o fluxo dos usuários, com o objetivo de produzir gestão compartilhada da atenção integral por meio da apropriação de ferramentas de micro gestão do cuidado. Além disso, deve articular também outras estruturas, como os sistemas logísticos e de apoio, relações intersetoriais e participação social da comunidade.
- d. **Ordenar as redes:** a APS deve organizar as necessidades sanitárias da população sob sua responsabilidade em relação ao acesso aos outros pontos de atenção, contribuindo para que a programação dos serviços a serem ofertados efetivamente seja baseada na real demanda de saúde da população.

No Box 04 abaixo estão descritas iniciativas do Governo Federal para qualificar e ampliar a APS. Você conhece estas iniciativas? Alguma delas está sendo implantada no seu município?

Box 4. Iniciativas do Governo Federal para qualificar e ampliar a APS no Brasil.

PMAQ-AB¹². O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi instituído por meio da Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011, devido à necessidade de se incentivar o aumento do acesso e ampliar o padrão de qualidade dos serviços de saúde nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). O programa consiste em ações de monitoramento e avaliação de todos os municípios que o implantarem, realizadas através do acompanhamento de indicadores prioritários de saúde e de uma avaliação de padrões de qualidade dos serviços da unidade. Estas ações estão vinculadas a um incentivo financeiro variável e dependente dos resultados das metas pactuadas pelas equipes e gestão municipal. Para maiores informações, acesse o site do Programa: <http://dab.saude.gov.br/sistemas/pmaq>

PROVAB¹³. A fim de valorizar o profissional de saúde que atua em equipes multiprofissionais da atenção primária e da ESF, foi instituído o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) pela Portaria nº 2.087, de 1º de setembro de 2011. O PROVAB contempla médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas que desejam atuar em equipes de saúde da família ou em outras estratégias no âmbito da atenção primária em municípios que têm dificuldade de contratar esses profissionais (como pequenos municípios das regiões Norte e Nordeste e de populações ribeirinhas, quilombolas, assentadas e indígenas). Os incentivos a esses profissionais visam sua valorização, aperfeiçoamento e educação permanente, com o intuito de aprimorar o desempenho das ações em saúde. Há a oferta de curso de especialização em Saúde da Família, custeio de moradia (quando necessário), a supervisão presencial frequente de tutores, garantia de acesso à internet e Telessaúde como apoio ao trabalho da equipe. Essas são algumas das ações do programa. Para maiores informações, acesse o site do Programa: <http://dab.saude.gov.br/sistemas/provab>.

PROGRAMA DE REQUALIFICAÇÃO DAS UBS¹⁴. Este Programa inclui reforma, ampliação e construção das unidades básicas de saúde (UBS), já que o cenário atual de suas estruturas tem revelado a inadequação, muitas vezes, dos parâmetros requeridos pelo Ministério da Saúde para esses ambientes. Em decorrência deste fato, foi proposta a iniciativa de requalificar as UBS com o Programa de Requalificação das UBS. O Programa objetiva incentivar financeiramente as UBS para fornecer infraestrutura adequada na execução das ações das equipes de atenção básica. O programa é constituído por dois tipos de incentivos financeiros: (1) componente ampliação, instituído pela Portaria nº 2.394/2011; e (2) componente reforma, instituído pela Portaria nº 2.206/2011. Conheça melhor o programa acessando o site: <http://dab.saude.gov.br/sistemas/qualificaUbs/index.php#>.

Os esforços governamentais para fortalecimento e qualificação da APS devem estar em consonância com a participação e controle social no SUS. As organizações e movimentos sociais precisam atuar nas instâncias de controle social para que as mesmas tenham legitimidade e estejam sintonizadas com as necessidades sanitárias reais da população, principalmente dos grupos socialmente mais vulneráveis. As decisões, o alcance de resultados, a utilização de recursos, entre outros aspectos, precisam ser monitorados e analisados. Logo, com vontade política e a participação ativa da sociedade civil é possível fortalecer a APS.

É por meio de uma APS bem estruturada que o usuário é adequadamente inserido em uma rede de atenção, o que ocorre pela utilização da **adscrição da clientela**. No caso da APS – tradicional ou Saúde da Família -, a equipe de saúde tem sob sua responsabilidade um conjunto de famílias que vivem em um determinado território.

A partir do diagnóstico de saúde e de vida dessa clientela adscrita, as ações são planejadas e executadas, e os indivíduos são assistidos. De acordo com suas necessidades, as pessoas podem ser atendidas em diferentes serviços e rotinas, e este processo é comumente

chamado de **referência**. Uma vez atendido em outros serviços e estabelecimentos de saúde, deve-se **contrarreferenciar** o paciente para a APS para continuidade do tratamento. Ou seja, cabe também à APS dar continuidade longitudinal à atenção ao paciente.

Portanto, a APS tem como função coordenar e integrar os fluxos e contrafluxos dos usuários, produtos e informações, entre todos os pontos de atenção à saúde, tornando-se, assim, o centro de comunicação das RAS.

Neste contexto, a APS representa o início (porta de entrada preferencial), meio (referência) e o fim (longitudinalidade) da atenção à saúde da população. É por este motivo que se tem discutido tanto a valorização e qualificação da APS e tem-se defendido seu lugar de coordenação das redes de atenção.

Atividade 05. Para exercitar...

E no seu município? Existem muitas equipes da 'APS'? A presença dessas equipes pode contribuir em grande medida para que o sistema de saúde de seu município seja estruturado segundo a lógica de rede de atenção. Nessa estrutura integrada, serão essas equipes as responsáveis pela comunicação e coordenação da atenção à saúde da população adscrita. Considerando o trecho acima e a aula 01 deste módulo, julgue os itens a seguir, assinalando (V) para Verdadeiro e (F) para Falso.

1. () A APS tem como função coordenar e integrar os fluxos e contrafluxos dos usuários, produtos e informações, entre todos os pontos de atenção à saúde, tornando-se, assim, o centro de comunicação das RAS.
2. () O Governo Federal, no âmbito do Ministério da Saúde, ainda não tem investido em iniciativas de aprimoramento da APS.
3. () Para que as RAS sejam efetivas, eficientes e de qualidade, deve-se ter, antes de tudo, uma APS desestruturada. Logo, ter os atributos da APS plenamente desenvolvidos possibilita a obtenção de melhores resultados econômicos e sanitários, em termos de eficácia, continuidade e integralidade da atenção à saúde.
4. () A partir do diagnóstico de saúde e de vida da clientela adscrita, as ações são planejadas e executadas, e os indivíduos são assistidos. De acordo com suas necessidades, as pessoas podem ser atendidas em diferentes serviços e rotinas, e este processo é comumente chamado de contrarreferência ou de apoio matricial.

*** Os comentários referentes aos itens da questão 05 estão no final da apostila.

Unidade II

O PAPEL DAS EQUIPES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

1. O papel das equipes da Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde

Como acabamos de discutir, além de ser considerada a estratégia de reordenamento do sistema de saúde, a APS deve ser o centro de comunicação das RAS. Neste contexto, torna-se essencial que as equipes primárias de saúde estejam organizadas e operando da melhor forma possível. Isto significa que, para haver a real substituição do modelo de saúde hegemônico (hospitalocêntrico, hierarquizado e fragmentado) pelo modelo de redes integradas de saúde, é imprescindível – entre outros aspectos - a organização dos processos de trabalho, de modo que a atenção passe a ser integral, **multiprofissional e interdisciplinar**.

As equipes de saúde no Brasil ainda estão moldadas segundo o modelo hegemônico. Ou seja, ainda têm como base práticas fragmentadas, hierarquizadas, individualizadas, superespecializadas, medicalizadoras e médico-centradas¹⁷⁻²⁰, que necessitam de urgentes mudanças estruturais. Tais alterações nos modos de produzir saúde tendem a minimizar a fragmentação da atenção, promover a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção e até a aumentar a eficiência na utilização de recursos que são objetivos precípuos de um sistema em redes integradas.

A reorganização das práticas de saúde como preceito para que as equipes possam coordenar o cuidado nas RAS deve ser estimulado em nível local, de modo que ela seja capaz de acompanhar o usuário durante todo o fluxo dentro do sistema de saúde até que a demanda de saúde seja sanada. A necessidade de mudança está claramente explicitada na PNAB²:

“O redirecionamento do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho”.

Assim, é necessário que os profissionais de saúde estejam aptos a adotarem, individualmente e em conjunto, práticas diferentes do modelo biomédico hegemônico e que sejam fundamentadas nas diretrizes da APS e das RAS. O estabelecimento da APS como centro de comunicação das redes de atenção requer profissionais tecnicamente competentes, comprometidos, em quantitativo suficiente e capazes de organizarem seus

processos de trabalho em equipe, de forma que promovam a territorialização, adscrição da clientela, o acolhimento, o vínculo, a responsabilização, a integralidade e a resolutividade da atenção.

As práticas de saúde devem estar centradas nas necessidades do usuário e em seu cuidado, e não mais em procedimentos e especificidades profissionais. A presença de profissionais com diferentes formações, que se articulam e compartilham ações e desenvolvem processos interdisciplinares, colabora para a ampliação da capacidade de cuidado de toda a equipe, facilitando a gestão do cuidado integral do usuário e a coordenação das RAS.

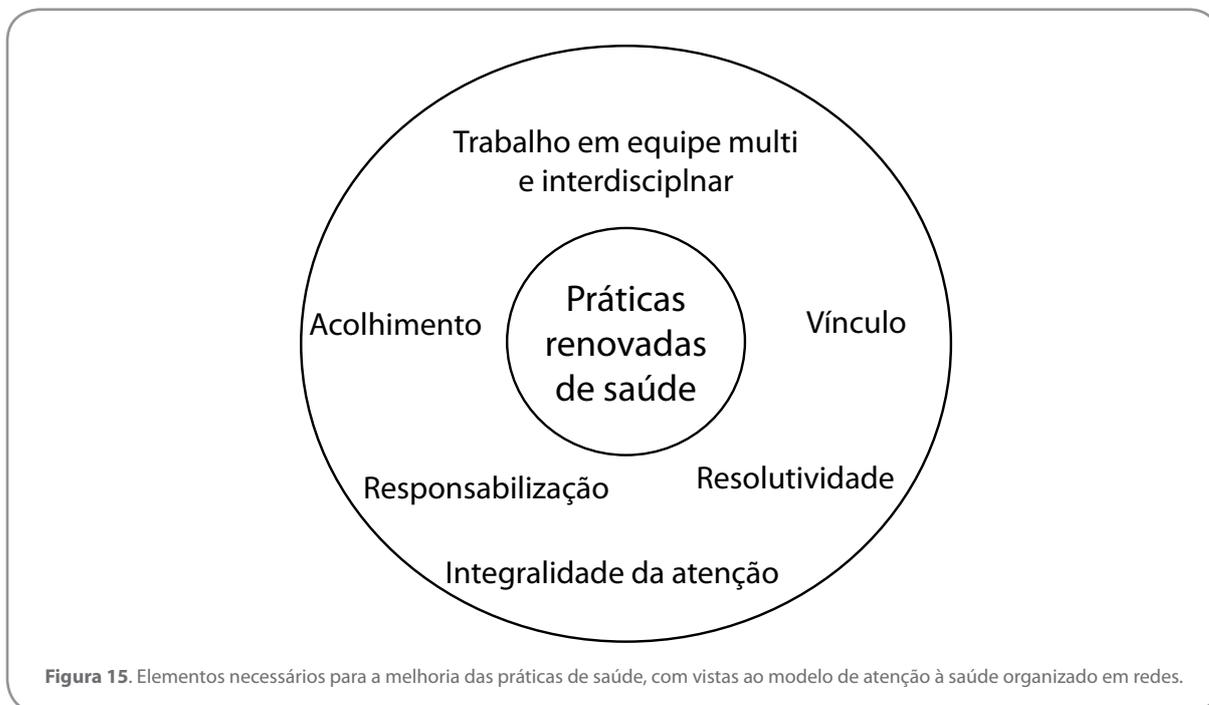
O **acolhimento**, uma ação de responsabilidade das equipes da APS, deve estar presente em todas as relações do usuário com a equipe de saúde, constituindo-se uma das práticas das relações de cuidado. Assim, o acolhimento deve ocorrer desde a chegada e recepção do usuário na Unidade de Saúde, cabendo à equipe atendê-lo bem, ouvi-lo de forma qualificada, compreendendo sua necessidade e assegurando uma atenção resolutiva. Quando necessário, deve ser oferecido encaminhamento seguro por meio da articulação com outros pontos e serviços de atenção à saúde.

A relação do **vínculo** diz respeito à ligação entre usuário e o profissional/equipe de saúde, que deve ser construída desde o primeiro contato do indivíduo com o serviço de saúde, por meio de uma interação inicial que gere confiança e empatia. O vínculo, quando criado, possibilita uma melhor percepção da corresponsabilização pela saúde e do acompanhamento dos processos que ocorrem na rede de atenção, tanto por parte do usuário quanto por parte do profissional/equipe de saúde.

Cabe salientar que todas as ações da equipe de saúde devem buscar a **integralidade da atenção**, de modo a superar a assistência fragmentada gerada pelo modelo de atenção verticalizado. É essencial uma abordagem integral ao usuário, que o compreenda como ser humano em suas diferentes dimensões: biológicas, psicológicas, econômicas, sociais e culturais, em todos os pontos de atenção necessários para dar vazão às suas necessidades de saúde.

Desta forma, será mais provável que as ações empreendidas sejam de fato resolutivas. A questão da **resolutividade** diz respeito à capacidade das equipes de simplificar o serviço ao mesmo tempo em que devem agilizar os processos de atenção, a fim de alcançar resultados de modo eficaz e eficiente, com o melhor custo-benefício tanto para o usuário quanto para o próprio sistema, sem, contudo, abrir mão da qualidade do serviço.

Por fim, é essencial promover a **responsabilização** pela saúde da população e/ou indivíduo atendido. No contexto do processo de cuidado, é obrigação comum a todos os atores envolvidos. Os diferentes profissionais e a equipe na qual se inserem devem compreender a importância de sua responsabilidade pelo cuidado integral do usuário, assumindo-a durante as etapas da linha de cuidado e nos diversos pontos de atenção. Por outro lado, também se deve incentivar a autonomia e a corresponsabilização por parte da população e/ou do indivíduo cuidado, a fim de potencializar os resultados e ampliar a capacidade de autocuidado à saúde.



Em suma, são necessários todos estes elementos para que se possa renovar e concretizar os modos de organizar e produzir a atenção à saúde, conforme esquematizado na figura acima.

A transformação no funcionamento dos serviços e nas práticas de saúde demanda maior e melhor capacidade de análise e intervenção, além de maior autonomia por parte não apenas dos profissionais, mas também dos gestores e até mesmo dos usuários (ao se pensar no desenvolvimento de sua autonomia e corresponsabilização). Assim, uma importante ferramenta para induzir a reestruturação dos processos de trabalho em saúde é a educação permanente em saúde (EPS). De acordo com a **Política Nacional de Educação Permanente**²¹, EPS pode ser definida como:

"(...) aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho (...) Baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais"

Esta é uma lógica distinta das práticas educativas que hoje prevalecem nos serviços de saúde, caracterizadas em sua maioria por 'capacitações'. Nesta modalidade, o esforço para efetivar a aprendizagem ocorre por meio de ações planejadas, com a transmissão vertical de informações dentro da lógica bancária, com a missão de fortalecer ou atualizar conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas, mas de maneira isolada do cenário real de trabalho.

Mas, como coloca Brasil²¹, a questão da educação em saúde não se limita à transmissão de conhecimento, mas saber qual conhecimento é necessário incorporar, o que aprender, o que desaprender e como fazer para que os outros (o grupo como um todo) o façam. Trata-se de uma mudança conceitual e prática (reflexão-ação), em comportamentos coordenados

com outros. Por esta razão, tem-se preconizado processos educativos segundo a lógica da EPS, pois valorizam os problemas vivenciados no cotidiano dos profissionais de saúde, consideram os conhecimentos e experiências que eles têm, e culmina com a problematização e reflexão compartilhada acerca das práticas de trabalho e identificação de obstáculos e potencialidades. Desta maneira, a aprendizagem ocorre em serviço e o conhecimento passa a ter significado real para os profissionais.

Por outro lado, cabe ressaltar que a EPS pode requerer, em algumas de suas etapas de desenvolvimento, atividades em sala de aula como parte do processo. Este fato torna as tradicionais 'capacitações' apenas uma etapa, que deve ser utilizada em momentos de retroalimentação para análise da prática e o desenvolvimento de novas ações. Portanto, por ser mais ampla e problematizadora, a EPS em serviço é considerada o enfoque educacional mais apropriado para produzir as transformações nas práticas e nos contextos de trabalho em saúde, fortalecendo a reflexão na ação, o trabalho em equipe e a capacidade de gestão sobre os próprios processos locais²¹.

Ainda que a educação permanente seja de extrema importância para concretização das RAS, ainda são necessários muitos outros requisitos para avançar rumo a um processo de trabalho adequado, como: infraestrutura apropriada, disponibilidade de recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros, entre outros.

Atividade 06. Para exercitar...

As equipes de atenção primária à saúde exercem importante papel na coordenação do cuidado nas redes de atenção à saúde. Para tanto, há a necessidade da reorganização dos processos de trabalho de modo que habilitem os profissionais a adotarem renovadas práticas de saúde que fujam do modelo biomédico hegemônico. Diante disso, relacione abaixo os elementos necessários para a concretização do novo modo de se organizar e produzir atenção à saúde com seus respectivos significados:

- a) Trabalho em equipe
- b) Acolhimento
- c) Vínculo
- d) Integralidade da atenção
- e) Resolutividade
- f) Responsabilização

() Este foco do trabalho deve superar a assistência fragmentada, por meio da integração e articulação das ações, e propor uma abordagem integral do usuário a partir de sua compreensão como ser humano em suas mais diversas dimensões (biológicas, psicológicas, econômicas, sociais e culturais), em todos os níveis de atenção necessários para atender às suas necessidades.

() Presença de profissionais com diferentes formações, que se articulam, compartilham ações e desenvolvem processos interdisciplinares. Colabora para para a ampliação da capacidade de cuidado de toda a equipe e facilita a coordenação das RAS e a gestão do cuidado integral do usuário.

() Capacidade das equipes da APS em simplificar e agilizar os processos de atenção à saúde e alcançar resultados de modo eficaz e eficiente, com o melhor custo-benefício possível.

() Importante prática para o momento da chegada e recepção do usuário na unidade de saúde, por meio da responsabilização integral e da operacionalização da assistência baseada na linha de cuidado. Isto significa atender bem o usuário, ouvi-lo de forma qualificada a compreender sua necessidade, assegurando uma atenção resolutiva e, quando necessário, oferecer encaminhamento seguro por meio da articulação com outros pontos e serviços de atenção à saúde.

() Compreensão por parte da equipe e de cada profissional envolvido sobre a importância de tornar-se responsável pelo cuidado integral do usuário e assumir esta responsabilidade durante todas as etapas da linha de cuidado e nos diversos níveis de atenção.

() Elemento essencial na criação das relações usuário-profissional de saúde, e vice-versa, pois quando constituídas pela confiança e afeto, criam vínculos que possibilitam, no decorrer do tempo, uma percepção mais aprofundada da corresponsabilização pela saúde e do acompanhamento dos processos dentro da rede.

*** Os comentários referentes aos itens da questão 06 estão no final da apostila.

Unidade III

LINHAS DE CUIDADO SEGUNDO NECESSIDADES DO USUÁRIO

As Linhas de Cuidado, Projetos Terapêuticos e Diretrizes Clínicas são estratégias de organização da ação e serviços que compõem as RAS, e concretizam as ferramentas de micro gestão e qualificação da atenção à saúde.

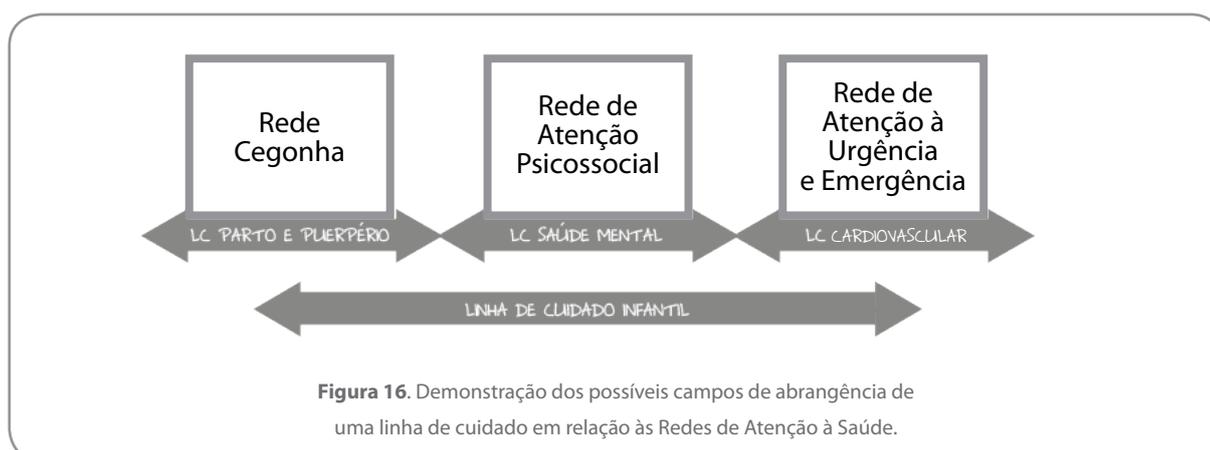
1. O que é uma Linha de Cuidado

As Linhas de Cuidado (LC) integram as RAS. De maneira mais pragmática, uma RAS pode possuir uma ou várias LC, dependendo de uma série de fatores, como disponibilidade de profissionais, recursos materiais e orçamentários, etc.

Apesar de muitos ainda confundirem as LC como sendo uma rede de atenção independente, é muito importante que você as compreenda como sendo estruturas funcionais que perpassam de forma transversal uma ou mais RAS. Segundo Franco & Franco²², Linha de Cuidado é:

“ ... a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social”.

De maneira mais didática, vamos ver a figura 16 abaixo.



Considerando a LC infantil, por exemplo, ela perpassa todas as RAS existentes e cada uma delas deverá conter procedimentos e ações que consigam atender às necessidades específicas de cuidado das crianças, seja em termos de nascimento, aspectos psicológicos ou de urgência ou emergência.

Agora, considerando apenas uma das RAS, tem-se que, além da LC infantil, ela também poderá ser composta por outra LC. No caso da Rede Cegonha, por exemplo, há a LC do parto e puerpério. Assim, é possível uma RAS ter mais de uma LC, e uma LC perpassar mais de uma RAS. Em outras palavras, a partir de determinada rede de atenção, várias linhas de cuidado podem ser mapeadas de acordo com a necessidade do usuário e, posteriormente, definidas as linhas de cuidado que serão prioritariamente organizadas. Além disso, elas poderão estar presentes, transversalmente, em outras redes de atenção.

Portanto, a LC requer multi e interdisciplinaridade e é composta por um conjunto de fluxos interligados e contínuos que facilitam o encontro do usuário com os profissionais e ações mais aptas a atenderem suas necessidades, mesmo que para este fim instituições não governamentais, religiosas ou filantrópicas tenham que ser acionadas.

Atividade 07. Para pensar e refletir...

Olhe atentamente para a figura a seguir e identifique nela: todas as unidades, o centro de comunicação, os pontos de atenção secundários e terciários, os possíveis profissionais envolvidos e a possível rede de atenção que representa.

Agora, tente formar com os ícones abaixo uma Linha de Cuidado. Pode ser a Linha de Cuidado do Recém Nascido, por exemplo. Lembre-se de incluir passos que vão desde a identificação da gestante, seu acompanhamento mensal, até chegar a hora do parto.

Bom trabalho!



Figura 17. Ilustração de um sistema local de saúde hipotético operando segundo a Rede Cegonha.

*** Os comentários referentes aos itens da questão 07 estão no final da apostila.

2. A organização das Linhas de Cuidado

As LC devem ser organizadas de acordo com as necessidades de saúde do usuário. Em termos de atenção, as **equipes de saúde** dos diversos níveis de atenção são as responsáveis pelo cumprimento das LC. Ou seja, cabe às equipes estruturar seus modos de oferecer atenção à saúde da população adscrita, por meio da elaboração coletiva e interdisciplinar de projetos terapêuticos. Projetos terapêuticos podem ser definidos como o conjunto de ações escolhidas por uma determinada equipe de saúde para sanar uma demanda de saúde específica de um usuário. Eles costumam ter início na atenção primária, por ser a principal porta de entrada do sistema de saúde, e em seguida incluem outros pontos de atenção. A figura 18 abaixo ilustra a estrutura de uma linha de cuidado²³.



Figura 18. Estrutura de funcionamento de uma linha de cuidado. Fonte: (Franco & Magalhães²³).

Vamos analisar esta figura considerando o exemplo da Rede Viva Vida (releia a página 08): rede de atenção à saúde materno-infantil de Minas Gerais, na qual estão presentes as LC de pré-natal e LC do parto e puerpério.

Como exemplo, tomemos uma situação hipotética da Linha de Cuidado Materno-infantil. Para esta LC, podem existir vários pontos de atenção: a UBS para o pré-natal, a maternidade para um parto sem complicações, a maternidade de alto risco para uma gestação complicada. Em cada ponto de atenção do fluxo será elaborado um projeto terapêutico diferenciado, tendo como base diretrizes clínicas.

Box 5. Diferenças entre projeto terapêutico e diretrizes clínicas

O projeto terapêutico é um componente estratégico de uma linha de cuidado. É por meio dele que, em cada estágio da linha de cuidado, o cuidado e a atenção à saúde do paciente efetivamente ocorrem, uma vez que deve englobar as ações clínicas integradas de múltiplos profissionais. A definição de um determinado projeto terapêutico considera as recomendações de uma determinada diretriz clínica. Por ser uma recomendação, a diretriz clínica pode ou não ser seguida, a depender do caso. Logo, tem-se que a diretriz clínica é a referência que guiará a definição do projeto terapêutico singular de um paciente. Para entender melhor, leia um exemplo de documento que contém diretrizes clínicas, publicado pelo Ministério da Saúde: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=33581&janela=1. Boa leitura!

Por exemplo: a equipe do centro obstétrico que fará o parto do recém-nascido adotará um projeto terapêutico de acordo com as condições da mãe e do bebê, com base na Diretriz Nacional do Parto. Se o bebê for prematuro, o projeto terapêutico será um; se o bebê estiver a termo, será adotado outro projeto terapêutico.

Após o nascimento do bebê, já em um leito na maternidade (clínica), o fluxo na LC progride, e chegamos até o leito clínico da maternidade. A equipe da maternidade adotará um determinado projeto terapêutico para o recém-nascido se ele for prematuro, e outro projeto terapêutico se ele for a termo, mas sempre baseada na fictícia Diretriz Nacional de Cuidados do Recém-Nascido. E assim o bebê será acompanhado conforme se avança nesta LC.

Como se pode observar, o usuário é o componente central na estruturação de todo o processo de produção de cuidado à saúde. Além de todos os profissionais envolvidos necessitarem trabalhar em equipe de forma integrada, a equipe da UBS deve ser definida como a gestora do projeto terapêutico, já que é responsável por dar continuidade aos cuidados. Assim, a equipe multiprofissional da atenção primária deverá garantir a entrada do usuário nos outros pontos de atenção e manter o vínculo com ele para acompanhá-lo em todo o processo.

Desta forma, a necessidade de cada usuário é colocada como responsabilidade de toda a equipe (e até mesmo de outros pontos de atenção), o que possibilita superar a fragmentação do atendimento e prezar pela integralidade do cuidado.

Atividade 08. Para exercitar...

Nesta aula foi possível identificar que as práticas de saúde das equipes da atenção primária à saúde devem ser estruturadas pelas linhas de cuidado (LC), projetos terapêuticos e diretrizes clínicas, a fim de servirem como ferramentas de micro gestão e qualificação da atenção à saúde no contexto das RAS. Considerando isto, assinale a **ÚNICA** alternativa correta:

1. Uma RAS pode possuir uma ou mais Linhas de Cuidado (LC), mas uma LC não pode compor mais de uma RAS.
2. As LC devem ser organizadas de acordo com as necessidades da equipe de saúde.
3. Para uma LC, podem existir vários pontos de atenção e em cada ponto de atenção do fluxo deverá ser elaborado um projeto terapêutico diferenciado, tendo como base diretrizes clínicas.
4. A equipe multiprofissional da atenção primária deverá garantir o acesso do usuário aos outros pontos e níveis de atenção. Após encaminhamento, as equipes dos outros níveis de atenção tornam-se responsáveis por dar continuidade à atenção e manter o vínculo com o usuário para acompanhá-lo em todo o processo.

*** Os comentários referentes aos itens da questão 08 estão no final da apostila.

REFERÊNCIAS

1. MELLO, G.A; FONTANELLA, J.B.; DEMARZO, M.M.P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde - origens e diferenças conceituais. **APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2488**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, outubro de 2011.
3. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Organização Panamericana de Saúde. Brasília, 2011. 113 p.
4. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras**. Organização Panamericana de Saúde. Brasília, 2011. 137 p.
5. STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde/Unesco/DFID, 2 ed., 2004.
6. GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. **Atenção Primária à Saúde**. GIOVANELLA, L. (org.). In: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. p. 575-626, 2008.
7. RAMOS, N.F.S. **O Nutricionista da Atenção Básica à Saúde do Distrito Federal: um olhar sobre si mesmo e as ações de atenção nutricional**. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2011.
8. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Redes e Regionalização em Saúde no Brasil e na Itália: lições aprendidas e contribuições para o debate**. Organização Panamericana de Saúde. Brasília, 2011. 126 p.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série: Pactos pela Saúde. Volume 4. Brasília, 2006.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154** . Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, março de 2008.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: fevereiro de 2012.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.654. Institui o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/sistemas/provab/#>>. Acesso em: 26 de janeiro de 2012.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS)**. Disponível em: < <http://dab.saude.gov.br/sistemas/qualificaUbs/index.php#>>. Acesso em: 26 de janeiro de 2012.
15. ZANNON, C.M.A.C. Desafios à psicologia na instituição de saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**,1994; (13): 16 - 21.

16. MEIRELLES, B.H.S.; ERDMANN, A.L. A interdisciplinaridade como construção do conhecimento em saúde e enfermagem. **Texto Contexto - Enferm** [on-line] 2005;14(3): 411-18.
17. MASSUDA, A. **Práticas de saúde coletiva na atenção primária em Saúde**. CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P., (Orgs.). *In*: Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo. 2ª edição. Ed. HUCITEC. p179- 205. 2010.
18. PIRES, M.R.G.M. Politicidade do cuidado e processo de trabalho em saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol.10 (4): 1025-1035, 2005.
19. SÁ, E.T.; *et al.* O processo de trabalho na recepção de uma Unidade Básica de Saúde: ótica do trabalhador. **Rev Gaúcha Enferm**. Vol.30(3):461-7, 2009.
20. PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho**. PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.; MATTOS, R.A. (orgs.) *In*: Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro, CEPESC. p.161-177. 2007.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.
22. FRANCO, C.M; FRANCO, T.B. **Linhas do Cuidado Integral: Uma Proposta de Organização da Rede de Saúde**. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/dados/1312992014173Linha-cuidado-integral-conceito-como-fazer.pdf>>. Acesso em: 17 de janeiro de 2012.
23. FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JR., H.M.M. **Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado**. *In*: MERHY, E.E. (Org.). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p.125-34.

Módulo 3

OS DESAFIOS PARA IMPLANTAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL

Este módulo é composto por três aulas. Sugere-se que, para a realização de cada aula, você disponibilize aproximadamente 50-70 minutos diários/aula.

- **Aula 1:** As redes de atenção à saúde segundo a ótica do usuário.
- **Aula 2:** As redes de atenção à saúde segundo a ótica do profissional.
- **Aula 3:** Desafios para implantação de redes de atenção à saúde no Brasil.

O objetivo deste módulo é analisar as redes de atenção à saúde a partir do ponto de vista do usuário e do profissional de saúde, levando em consideração as potencialidades e desafios envolvidos neste contexto.

Portanto, ao finalizar o módulo III, você deverá ser capaz de:

- Conhecer e analisar a estruturação processual de uma rede de atenção à saúde temática;
- refletir sobre os desafios para implementação das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde.

Mantenha-se firme e forte no andamento do curso, pois já estamos na reta final.

Boa leitura, e torcemos para que faça excelentes reflexões!

Unidade I

AS REDES DE ATENÇÃO SEGUNDO A ÓTICA DO USUÁRIO

1. Introdução

Pretende-se que nesta aula o(a) leitor(a) percorra a estrutura de serviços de uma RAS como se fosse um usuário dos serviços de saúde. Você será conduzido(a) por vários pontos de atenção à saúde, será atendido(a) por vários profissionais e equipes de saúde, terá um suporte diagnóstico e terapêutico, até que seu problema ou condição de saúde seja resolvido.

Vamos fazer este percurso em uma RAS já em processo de implantação: a Rede Cegonha!

Não importa neste momento se você é homem ou mulher. O que contará mesmo é que você reflita sobre o funcionamento do sistema quando ele está integrado em redes de atenção.

2. A Rede Cegonha

Ao longo das últimas décadas, o Brasil tem conquistado resultados importantes para proteger e promover a saúde materna e infantil, principalmente nas taxas de aleitamento materno. A promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno estão previstos em vários documentos e compromissos públicos², como: Declaração do Milênio (2000); Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004); Pacto pela Vida (2006); PAC Saúde – Mais Saúde (2008); Compromisso para Acelerar a Redução da Desigualdade na Região Nordeste e Amazônia Legal (2009); e atualmente a Rede Cegonha (2011)¹.

Muitos dos esforços para qualificar a atenção ao grupo materno-infantil eram voltados para a média e alta complexidade, no entanto, o lançamento da Rede Cegonha em 2011 pelo governo federal, de acordo com as Portarias nº 1.459/2011 e nº 2.351/2011, direciona a prioridade para a APS como principal articulador dessa RAS.

De acordo com essas portarias, a **Rede Cegonha** visa estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil, garantindo acesso, acolhimento e resolutividade; assegurando à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, bem como à criança nos dois primeiros anos de vida, o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis; e reduzindo a mortalidade materna e neonatal. Assim, os objetivos da Rede Cegonha são: (1) novo modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança; (2) rede de atenção que garanta acesso, acolhimento e resolutividade; (3) redução da mortalidade materna e neonatal¹.

As ações desenvolvidas nesta rede são divididas em quatro componentes (pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança) e sistema logístico (transporte sanitário e regulação). Cada componente compreende uma série de ações de atenção à saúde.

Box 06. Novidade!

A Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) do Ministério da Saúde elaborou um manual com o intuito de fornecer orientações para os apoiadores institucionais da Rede Cegonha, assim como para as profissionais e gestores das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, tendo em vista a transversalidade das ações que compõem a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, considerando a organização da atenção nutricional às gestantes, puérperas e crianças menores de 2 anos. O Manual Instrutivo das Ações de Alimentação e Nutrição na Rede Cegonha estará disponível em breve no site da Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (www.saude.gov.br/nutricao) e na biblioteca da RedeNutri. Fique atento(a)!

Em Minas Gerais, por exemplo, a iniciativa de organizar a atenção materno-infantil na perspectiva de uma RAS, chamada Rede Viva Vida, desde 2003, vem alcançando resultados favoráveis, os quais permitem prever que, quando implantada nacionalmente, a Rede Cegonha poderá gerar impactos importantes nos indicadores de saúde deste grupo, como redução da mortalidade materno-infantil e aumento da prevalência de aleitamento materno³.

3. A história como pode e deve ser. O olhar do usuário: uma gestante

Deixe-me apresentar a protagonista de nossa história: Ana, uma mulher de 26 anos, que acabou de descobrir que está grávida de seu primeiro filho. Estudou até o 1º ano do segundo grau, e hoje trabalha como manicure de um salão de beleza perto de sua casa. Ana reside no bairro Felicidade, localizado em um município de 100 mil habitantes do interior de Minas Gerais. Com ela moram o marido (32 anos, servente de construção civil, ensino primário incompleto), o enteado (16 anos, estudante, dependente químico) e a enteada (8 anos, estudante). A renda familiar é de pouco mais de um salário mínimo, e a família é titular de direito do **Programa Bolsa Família (PBF)**.

Quando descobriu a gravidez, Ana ficou preocupada, pois a situação financeira da família está difícil e ela não planejou ter um filho agora. Apesar de todas as preocupações, Ana contou ao marido a novidade e manteve a mesma rotina familiar e de trabalho.

Um belo dia, ainda no mesmo mês que descobriu a gravidez, recebeu a visita de um **agente comunitário de saúde (ACS)** em seu **domicílio**, um pouco antes de sair para trabalhar. Ele estava ali para cadastrar a família de Ana. O ACS indagou-a sobre vários aspectos e quando Ana informou que estava grávida, imediatamente o ACS fez as **orientações iniciais** sobre os cuidados com sua saúde durante a gestação, e deu a ela um **encaminhamento** para que iniciasse o seu pré-natal junto à **equipe de Saúde da Família**. Além disso, orientou que ela buscasse informações sobre o **Benefício Variável à Gestante**, já que é titular de direito do PBF.

No dia da consulta, Ana foi à **Unidade de Saúde da Família (USF)** em que foi cadastrada, que fica bem próxima da sua casa. Chegando à USF, foi **acolhida** pelos técnicos de enfermagem da Sala da Mulher, que explicaram como seria o atendimento durante a gravidez, fizeram aferição do seu peso, altura, pressão arterial e verificaram seu cartão de vacinação. Também a convidaram a participar dos **grupos educativos** sobre cuidados durante a gestação (planejamento familiar, alimentação saudável, aleitamento materno

e cuidados gerais), que acontecem na **Casa da Gestante**, agendando em seu **cartão de identificação do usuário** os dias em que eles ocorreriam, para que ela pudesse lembrar. Após este acolhimento, Ana aguardou a **consulta** com o médico. Para sua surpresa, antes que o médico a atendesse, foi a enfermeira da equipe que conversou com ela sobre suas condições e hábitos de vida (como: práticas alimentares e de atividades física, tabagismo, situação econômica e social, data da última menstruação, etc.), expectativas com relação à gravidez e acompanhamento pré-natal. A enfermeira calculou a idade gestacional de Ana, seu Índice de Massa Corporal e programou o ganho de peso para a gestação. As informações coletadas sobre peso e altura e consumo alimentar foram registradas nos protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), para posterior inclusão no sistema informatizado. Assim que esta conversa acabou, já era sua vez, e o médico pôde finalmente atendê-la. Foi diagnosticado que Ana estava com 7 semanas de gestação, e que estava tudo bem com seu bebê. Enquanto examinava Ana, o médico foi preenchendo o **prontuário** da paciente com todos os dados que ia constatando. Ao fim, marcou o retorno da paciente para 30 dias, e prescreveu **suplemento de ácido fólico** para ela, de forma a prevenir má formação de fechamento de tubo neural no bebê.

Após estes atendimentos, Ana começou a seguir à risca as orientações de todos os profissionais: ia à Casa da Gestante para participar dos grupos educativos, retornava à USF para consulta de pré-natal com a enfermeira e com o médico todo mês. Enquanto isso, o ACS continuou a visitá-la em sua casa, para averiguar o andamento da gestação. Uma certa vez, em uma das reuniões na Casa da Gestante, participaram da atividade uma **nutricionista**, uma **psicóloga** e um **assistente social**, que faziam parte da equipe do **Núcleo de Apoio à Saúde da Família** (NASF). Eram profissionais que ela ainda não tinha tido a oportunidade de conhecer.

Estava tudo transcorrendo bem, mas quando Ana completou 25 semanas de gestação, queixou-se de um mal estar geral e repentinamente desmaiou enquanto trabalhava. Suas colegas de trabalho imediatamente ligaram para o **SAMU**. Quando a ambulância chegou, a **equipe** verificou seus sinais vitais e imediatamente a levou para o **Hospital** da Cidade, localizado em outro bairro, no **bairro Simplicidade**.

No hospital, Ana foi recebida pela **equipe de triagem**, que a classificou como **risco amarelo**, e quase que imediatamente ela foi atendida pela equipe de plantão da Ginecologia. Após os **exames de sangue, aferições de pressão, glicemia e ultrassonografia**, constatou-se que Ana havia desenvolvido diabetes gestacional, pois sua glicemia capilar indicava 460mg de glicose por dL de sangue. A equipe, que contava com a presença de **médicos, enfermeiros e nutricionista**, com base na **diretriz clínica** de atenção à saúde da gestante, estabeleceu coletivamente um **projeto terapêutico** para restabelecer sua saúde.

Depois do atendimento, Ana recebeu alta, com orientações dietéticas, kit para aferição da glicemia em casa segundo esquema definido pela equipe, e com um **encaminhamento** para a equipe responsável pela atenção de gestantes de alto risco: **Ginecologia de Alto Risco**. Além de obstetras, ginecologistas, enfermeiros e nutricionista, esta equipe também contava com a presença de endocrinologista.

Ana voltou para casa em uma **ambulância** e dormiu uma boa noite de sono, aliviada. Nos dias que se seguiram, continuou a participar das reuniões educativas na Casa da Gestante; retornou às consultas mensais do médico e da enfermeira da USF, só que dessa vez foi recomendada a **suplementação preventiva** para anemia ferropriva (sulfato ferroso + ácido fólico); continuou recebendo as visitas do ACS, que levou também os profissionais do NASF (nutricionista, psicólogo e assistente social); e teve a primeira consulta com a equipe da Ginecologia de Alto Risco. Lá, além de consultas individuais, foi encaminhada para o **grupo educativo para diabéticos**, que também ocorria mensalmente. Com este grupo educativo, Ana reforçou o que já havia aprendido no grupo de gestantes sobre alimentação saudável e amamentação.

Com tantos procedimentos e atendimentos, Ana começou a ficar apreensiva e confusa com seu estado de saúde e sobre o bom andamento da gestação. Comentou esta situação com a assistente social e com a psicóloga, que a tranquilizaram e orientaram sobre como ter mais informações sobre sua saúde e a de seu filho. Ela foi orientada a pedir mais explicações aos profissionais, a solicitar informações de seu **prontuário** e que tudo fosse registrado em cada atendimento.

De consulta em consulta e de grupo em grupo, Ana conseguiu entender como tudo funcionava e passou a cuidar de si mesma. Assim, conseguiu manter-se estável até o dia do parto, que foi normal.

O parto ocorreu na **maternidade de alto risco**, embora Ana já tivesse escolhido uma **parteira** de sua comunidade para auxiliá-la no dia de a criança nascer. Houve algumas complicações esperadas, e o bebê nasceu com baixo peso (2,2Kg). Permaneceu na **UTI neonatal** por 3 dias devido ao sofrimento fetal. Mas logo teve alta, com 1Kg a mais!

Enquanto aguardava a recuperação de seu bebê no hospital, Ana recebeu a visita da equipe do **Banco de Leite Humano**, que lembrou a importância do aleitamento materno e a orientou a doar o leite materno excedente. Ao sair do hospital, Ana tinha nas mãos o **encaminhamento** para que o crescimento e desenvolvimento de seu filho fosse acompanhado pela equipe da USF.

João, hoje aos 4 meses de idade, vende saúde e sorriso largo para quem quiser, e é amamentado exclusivamente no seio da mãe. Ana continuou com sua rotina de consultas e no grupo educativo de diabetes, para certificar-se de que realmente era apenas diabetes gestacional. Parou de tomar os suplementos há pouco tempo, e conseguiu perder de forma saudável – conforme orientado pelo **nutricionista** - 80% do peso que adquiriu na gestação. Além disso, em decorrência das orientações dadas pela equipe da USF, Ana já está recebendo o **Benefício Variável à Nutriz** do PBF há 4 meses.

Depois de toda essa história de apreensões e sucesso, Ana também decidiu lutar em defesa de um SUS mais acessível, com mais qualidade e mais eficiente. Assim, passou a participar das reuniões ordinárias do **Conselho Gestor de Saúde** de seu bairro, cujas deliberações – em conjunto com outras dos outros conselhos gestores - eram discutidas em plenária pelos conselheiros do **Conselho Municipal de Saúde**. Além disso, passou a se informar mais sobre a saúde de sua comunidade.

Atividade 09. Para exercitar...

Essa história fictícia possui em seu texto os elementos constitutivos, os atributos e os fundamentos de uma RAS, aplicados na situação específica da Rede Cegonha.. Veja os termos abaixo e relembre suas respectivas funções/papéis apresentados ao longo do texto da aula. Em seguida, preencha a matriz abaixo, segundo modelo proposto por Mendes (veja referência nº 24 do módulo I). A matriz é um instrumento que orienta e possibilita uma melhor visualização de uma rede de atenção temática em um dado município ou estado. Preencha essa matriz com os elementos da história da Ana. Boa tarefa!

- a. Bairro Felicidade
- b. Bairro Simplicidade
- c. Município
- d. Domicílio
- e. Unidade de Saúde da Família (ACS, ESF e NASF)
- f. Casa da Gestante
- g. Pronto Socorro
- h. Ginecologia de Alto Risco
- i. Maternidade de Alto Risco/UTI neonatal

Nível de atenção	Ponto de atenção		Território sanitário
Terciário			
Secundário			
Primário			

*** Os comentários referentes aos itens da questão 09 estão no final da apostila.

Unidade II

AS REDES DE ATENÇÃO SEGUNDO A ÓTICA DO PROFISSIONAL

1. Introdução

Agora nesta aula desenvolveremos o olhar e a atuação do profissional de saúde dentro de uma equipe interdisciplinar, que por sua vez integra uma rede de atenção. Desta vez, você não será conduzido(a) ao longo da RAS. Você estará sempre no mesmo lugar, e sua interação ocorrerá com os usuários, outros profissionais, os sistemas de apoio, logísticos e de governança.

Vamos dar continuidade aos desdobramentos da Rede Cegonha?

Na verdade, a nossa gestante Ana já deu à luz uma criança que agora está saudável e precisa de acompanhamento para crescer e se desenvolver adequadamente. Atualmente, no Brasil, a Rede Cegonha congrega a atenção à saúde de crianças de 0 a 24 meses.

Então agora é necessário que você se coloque no papel de um profissional envolvido com a atenção pediátrica, como: enfermeiro, auxiliar de enfermagem, nutricionista, médico, agente comunitário de saúde. Só assim você conseguirá visualizar as outras dimensões da RAS da Ana. Vamos escolher o nutricionista. Pode ser? Então vamos lá!

2. A Vigilância Alimentar e Nutricional e a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável na Rede Cegonha

No âmbito da Rede Cegonha, a atuação de todo profissional de saúde deve englobar ações de cuidado (prevenção, promoção, assistência) e também ações de vigilância, de modo que seja possível a obtenção de uma noção exata de como se comporta a saúde da população adscrita ao longo do tempo. Considerando o nutricionista, é possível afirmar que ele poderá atuar de diversas maneiras para garantir a atenção nutricional, atuando na promoção e estímulo da alimentação saudável e adequada tanto da mãe quanto do bebê.

Especificamente em relação ao bebê, este profissional deverá incentivar o aleitamento materno até os 2 anos de idade (ou intervir de modo conveniente quando não houver possibilidade de amamentação), e a adequada introdução da **alimentação complementar saudável** em tempo hábil e oportuno, assim como sugerir a suplementação profilática contra anemia ferropriva e hipovitaminose A. Estas são ações essenciais, pois contribuem grandemente para a saúde da criança.

Por esta razão, o Ministério da Saúde tem adotado estratégias de educação permanente para qualificar cada vez mais nutricionistas e demais profissionais de saúde para o tema alimentação saudável para crianças menores de 2 anos. Entre essas estratégias, pode-se citar a recém lançada Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.

Esta iniciativa surgiu da fusão de outras duas estratégias em vigor no país há bastante tempo: a **Rede Amamenta Brasil** e a **Estratégia Nacional da Alimentação Complementar Saudável (ENPACS)**. A Rede Amamenta Brasil⁵ objetiva a proteção, promoção e o apoio à prática do aleitamento materno para contribuir no aumento dos índices de aleitamento materno nacionais. Já a ENPACS⁶ é um instrumento desenvolvido para fortalecer as ações de apoio e promoção à alimentação das crianças entre 6 e 24 meses no âmbito da APS, posicionando-a como uma atividade de rotina nos serviços de saúde a ser realizada por qualquer profissional de saúde, desde que bem capacitado. A fusão (coordenação) dessas estratégias foi fundamental, já que a ENPACS dá continuidade à proposta da Rede Amamenta Brasil, evitando que a atenção à saúde do binômio mãe-criança sofra uma ruptura precoce.

A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil visa qualificar os profissionais da APS por meio de oficinas de formação de tutores os quais serão responsáveis por apoiar o planejamento, acompanhamento e/ou fortalecimento de ações de promoção, proteção e apoio do aleitamento materno e a alimentação complementar saudável nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), de forma contínua, com base nos princípios da educação crítico-reflexiva. Eles serão responsáveis por formar outros tutores e por realizar oficinas de trabalho nas UBS inseridas na Rede Cegonha. A nova estratégia reforça o compromisso do Ministério da Saúde em valorizar a formação dos trabalhadores da APS para promoção da alimentação saudável para crianças menores de dois anos no SUS, fortalecendo o aumento da prevalência do aleitamento materno e a melhora dos indicadores de alimentação e nutrição em crianças nessa idade.

Além da atenção nutricional, o nutricionista e demais profissionais de saúde também deverão contribuir para a **vigilância alimentar e nutricional** da população sob sua responsabilidade, identificando padrões de mudanças alimentares e nutricionais ao longo do tempo que deverão servir de base para o planejamento das ações mais adequadas. A principal e mais recomendada ferramenta hoje disponível para este fim é o **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)**. O **SISVAN** foi instituído na década de 1990, mas somente após a publicação da primeira versão da PNAN em 1999 é que teve maior visibilidade. Assim, foi anunciado oficialmente aos estados e municípios em 2007 pelo Ministério da Saúde.

Previsto como diretriz da PNAN, o SISVAN⁷ é um instrumento para obtenção de dados de monitoramento do estado nutricional e do consumo alimentar de usuários que utilizam as UBS. Por meio desses dados estratégicos, é possível aos gestores e profissionais de saúde planejar, acompanhar e avaliar melhor as ações e programas/políticas empreendidas neste campo.

Cabe ressaltar que tanto a atenção nutricional como a vigilância alimentar e nutricional são ações compartilhadas por diferentes profissionais de saúde, respeitando-se as competências privativas do nutricionista. Por esta razão, as ações de educação permanente em saúde preconizadas na Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, e a coleta de dados antropométricos e de consumo alimentar presentes nos formulários do SISVAN dirigem-se a todos os profissionais de saúde que tenham interesse no tema.

3. O olhar de um profissional: o nutricionista

Vamos agora conversar sobre Bia, nutricionista que exerce sua função no NASF há 3 anos, com uma carga de trabalho semanal equivalente a 40 horas. Oferece apoio a 15 equipes de Saúde da Família, entre elas a equipe responsável pelo território onde Ana mora. Antes de trabalhar no NASF, Bia trabalhou em uma Unidade Ambulatorial especializada em outro município por 4 anos.

Bia é tutora da Rede Amamenta e da ENPACS, e realiza oficinas para formar novos tutores junto aos profissionais das equipes que apoia. Ela está planejando participar de um curso *on line* que será oferecido pelo Ministério da Saúde para também ser tutora da nova Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.

Entre suas atividades, Bia realiza discussões de casos junto às equipes para construir os projetos terapêuticos singulares para os usuários e também projetos de saúde para os territórios onde atua. Em uma dessas discussões de caso, a equipe levou o caso de Ana. Foi decidido que Bia faria uma visita domiciliar para Ana e sua família como parte do acompanhamento pré-natal, pois a gestação da Ana foi considerada de risco devido ao diabetes gestacional. Bia também encontrou Ana na Casa da Gestante em um grupo educativo, e pôde conversar com ela sobre sua alimentação.

Durante a gestação de Ana, Bia realizou junto com o ACS e outros profissionais do NASF mais 2 visitas domiciliares. Nesse período, Bia planejou junto às equipes ESF momentos de educação permanente sobre a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) e Programa de Suplementação de Ferro, com o objetivo de aprimorar essas ações nas UBS. Por demanda de algumas equipes - as quais verificaram através dos dados de VAN que muitas mulheres não conseguiam voltar ao peso normal após o parto - Bia começou a realizar reuniões com puérperas para tratar da perda de peso após o parto, aproveitando também para promover o aleitamento materno e a alimentação complementar saudável. A identificação das puérperas a serem convidadas para os grupos foi realizada em parceria com as equipes, por meio da análise dos dados da VAN, das datas prováveis do parto e acompanhando o caminho das gestantes na rede atenção para não perder o vínculo com elas após o nascimento dos bebês.

Ana, nossa gestante que agora é mãe do João, é participante ativa do grupo de sua UBS. Isso porque o ACS e a enfermeira, juntamente com Bia, visitaram-na assim que voltou do hospital após o parto para dar continuidade ao seu cuidado próprio e iniciar os cuidados de seu filho.

Tudo estava correndo muitíssimo bem até os 4 meses de idade do João, quando Ana teve que voltar a trabalhar no salão de beleza. O ACS que manteve as visitas domiciliares logo identificou a situação de risco, e encaminhou a mãe ao grupo de orientação sobre introdução da alimentação complementar da USF.

Este grupo era conduzido por uma enfermeira experiente, que já havia participado da formação de tutores da ENPACS, junto com outros profissionais, feita pela nutricionista Bia. A regra era clara: aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida, com posterior introdução lenta e gradual de alimentação complementar. Mas como esta orientação poderia ser seguida se Ana já estava voltando a trabalhar e sabia que não daria conta de amamentar exclusivamente seu filho que está com 4 meses?

Ana foi orientada a introduzir a alimentação complementar segundo orientação dos “Dez Passos da Alimentação Saudável para Crianças Menores de Dois Anos”, e a equipe do Banco de Leite a lembrou de como fazer a ordenha manual e a estimulou a doar o leite materno excedente. Também foi feita a recomendação de suplementos do PNSF para a criança até os 24 meses de idade e do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A até os 59 meses.

Hoje João tem 5 anos e 7 meses, e está mais saudável do que nunca. E sua mãe não fica para trás! Isso porque Ana conseguiu obter do SUS uma atenção integral, que respondeu à sua necessidade de saúde.

Claro que isso também veio depois de muita luta. Lembra que Ana tinha começado a participar do Conselho Gestor de Saúde do seu bairro? Ela foi eleita conselheira municipal de saúde, representando o segmento de usuários do SUS.

Atividade 10. Para exercitar...

Essa história fictícia possui em seu texto outros elementos constitutivos, outros atributos e outros fundamentos da Rede Cegonha, segundo ótica da Bia, a nutricionista. Reveja no texto da aula os termos abaixo.

A matriz abaixo foi adaptada da proposta de Mendes (veja a referência nº 24 do módulo I). Esta matriz auxilia na orientação e melhor visualização dos sistemas de apoio e sistemas logísticos em nível local. Assim, com base na classificação apresentada na matriz abaixo, e enumere os itens abaixo.

- a. Unidade Básica de Saúde: ()
- b. Hospital da Cidade: ()
- c. Farmácia: Programa de Suplementação de Ferro e de Vitamina A: ()
- d. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: ()
- e. Casa da Gestante: ()
- f. Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família: ()
- g. Pronto socorro obstétrico: ()
- h. Exames sanguíneos: ()
- i. Prontuário clínico: ()
- j. Sistema de Informação da Atenção Básica: ()
- k. SAMU: ()
- l. Prontuário clínico: ()
- m. Maternidade: ()

Matriz de Sistemas de Apoio			
Nível de Atenção	Ponto de Atenção	Sistema de Apoio	Sistema Logístico
Primário	1	4	5
Secundário	2		
Terciário	3		

*** Os comentários referentes aos itens da questão 10 estão no final da apostila.

Unidade III

DESAFIOS PARA IMPLANTAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL

Histórias como a de Ana e Bia, com um final feliz apesar das intercorrências, ilustram o anseio mais legítimo de todo cidadão(ã) e defensor(a) do SUS: que a prática reflita a teoria em sua totalidade.

Desde sua aprovação e constituição legal em 1988, o SUS tem enfrentado desafios em seu processo de consolidação, qualificação e expansão. É um contexto perfeitamente previsível, dadas as circunstâncias de disputas políticas e econômicas existentes.

Já se conseguiu, em grande medida, avançar nas discussões teóricas e na construção de um SUS mais universal, equânime e de qualidade. Mas ainda há muitos obstáculos a serem superados, e com a reestruturação do SUS segundo a lógica de redes integradas não é diferente. Como nos lembra a enfermeira Eliana Caminha⁸, *“a gente não pode mudar tudo, mas devemos fazer tudo para mudar”!* Não deve haver espaço para o desânimo.

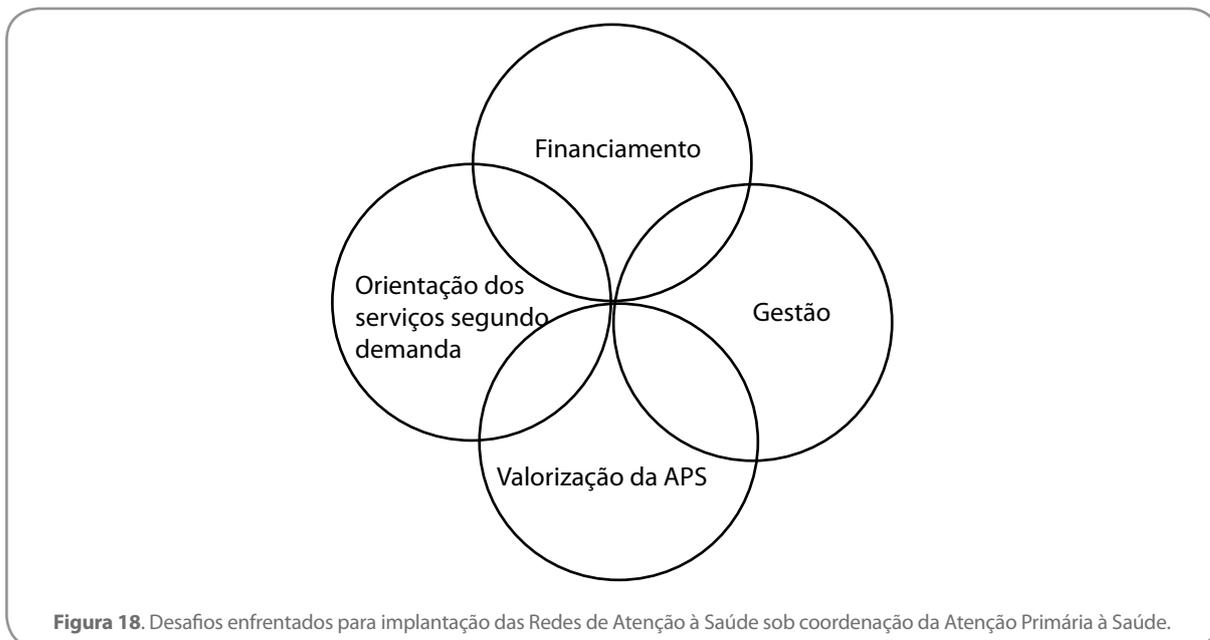
Antes de tudo, para enfrentar e superar um desafio de maneira efetiva é preciso conhecê-lo, para então adotar medidas que sejam pertinentes. Por isso, nesta aula estão apresentados alguns dos principais desafios para implantação das RAS no SUS.

1. Os desafios para implantação das Redes de Atenção à Saúde

Apesar de existirem muitos exemplos de RAS em implantação (releia as páginas 8 e 23), esses arranjos organizacionais ainda precisam transpor diversos desafios para que possam atingir plenamente os objetivos e pressupostos contidos nos **dispositivos legais** que as regulamentam. Não é tarefa fácil e imediata, e requer conjugação de muitos esforços. É necessária articulação de conhecimentos e vontades dos vários setores envolvidos na saúde, incluindo o governo em suas diversas esferas e instâncias, além das categorias profissionais da saúde e da sociedade civil organizada em instâncias participativas de deliberação. Desta forma, o olhar de cada um poderá ser incorporado no processo de superação dos desafios.

Mendonça⁹ problematiza as questões que se colocam para que os municípios brasileiros possam efetivamente implantar as RAS sob coordenação da APS. Para ela, os maiores desafios são divididos em quatro categorias: financiamento, gestão, orientação dos serviços da APS baseada na população e a valorização social e política da APS.

A não superação desses obstáculos implica a não implantação adequada das Redes e, portanto, a manutenção da lógica hegemônica de se estruturar o sistema de saúde e dos modos de se produzir saúde. Por isso, é necessário garantir condições estruturais mínimas que permitam a concretização e manutenção das redes ao longo do tempo.



Quando se trata de **financiamento** da APS, ele deve ocorrer com a participação dos três entes federativos – União, Estados e Municípios/Distrito Federal, de forma tripartite, com a supervisão ativa de atores que ocupam espaços e instâncias de controle social, mormente os conselhos de saúde. Ocorre que muitas pesquisas demonstram que, tanto no Brasil quanto em vários outros países, o financiamento da APS é incipiente e figura como um grande fator limitador a ser superado, tanto em termos quantitativos como qualitativos. Ou seja, constata-se que o montante orçamentário destinado à APS é insuficiente e sua alocação é gerencialmente ineficaz¹⁰.

Dados da Organização Panamericana de Saúde (OPAS)¹⁰ de 2011 indicam que, quantitativamente, os investimentos públicos na APS brasileira têm aumentado progressivamente nos últimos anos, atingindo em 2009 um valor *per capita* 80% maior do que era investido em 2002. E, ainda assim, esse aumento pode ser considerado insuficiente para suprir as demandas de saúde, já que não veio acompanhado de melhorias da capacidade alocativa e da vontade política por parte dos gestores. Assim, maiores investimentos na APS acompanhados da capacitação dos gestores em termos econômicos poderão contribuir em grande medida para expansão e qualificação das ações e serviços de saúde.

No tocante da **gestão**, Mendonça⁹ coloca que a dificuldade reside em efetivamente posicionar a APS – principalmente por meio da ESF - como centro coordenador e integrador dos pontos de atenção das RAS. Mais do que evidências científicas robustas, são necessárias decisões políticas e mecanismos de gestão que efetivamente garantam essa posição.

Assim, no Brasil, em nível local, a gestão deve priorizar a reorganização do sistema de saúde segundo os ditames da APS, prioritariamente por meio da ESF, mesmo que para isso tenham que ser realizadas ações prévias de qualificação, com vistas à profissionalização gerencial. Esse processo deve incluir tanto gestores municipais, quanto regionais/distritais e das unidades de saúde, de modo a propiciar a implantação dos mecanismos gerenciais necessários para o pleno funcionamento da APS e das RAS.

O outro desafio é a **orientação dos serviços básicos de saúde segundo a demanda**. Pode parecer estranho, mas muitas vezes os serviços oferecidos não coincidem com as necessidades e expectativas da população assistida. Este fato gera um descompasso marcante, que traz consigo o dispêndio desnecessário e ineficiente de recursos, associado à não resolução dos problemas e demandas de saúde da população. Ou pior, os sistemas são insistentemente reestruturados de forma a combater uma situação epidemiológica (por exemplo: aguda) que não mais condiz com a realidade brasileira, onde crescentemente têm predominado as condições crônicas.

Para dar vazão às crescentes demandas relacionadas às condições crônicas, a APS constitui-se um grande potencial e, por este motivo, deve ser fortalecida e expandida em termos de orçamento, gestão e de processo de trabalho das equipes.

Box 7. Considerações sobre o processo de trabalho das equipes da APS

As práticas de saúde das equipes da APS devem ser reestruturadas para efetivamente conseguirem dar respostas às novas necessidades sanitárias da população. Não se trata mais de investir somente em ações de cura das condições agudas, mas valorizar e construir também ações de cuidado compartilhado e longitudinal das condições crônicas (CC). Isso porque as CCs são caracterizadas por uma grande complexidade causal, e demandam cuidados que englobam conhecimentos acerca dos condicionantes e determinantes da saúde e de várias áreas do saber, como as Ciências Sociais. Assim, o trabalho em equipe, devido ao seu caráter multiprofissional, com pretensões à ação interdisciplinar, pode responder adequadamente ao contexto epidemiológico vigente.

Um ponto a ser considerado é a escassez de profissionais formados – principalmente o médico – para atender a esse perfil e capacidade técnica exigidos pela Estratégia Saúde da Família. Esforços têm sido empreendidos para superar essa defasagem, porém sem sucesso considerável⁹. Entre as medidas adotadas, podem-se citar:

- ampliação das residências médicas em Saúde da Família e Comunidade;
- abertura de campo de estágio para graduandos da saúde em UBS e equipes de Saúde da Família;
- Pró-Saúde (Para saber mais, acesse: <http://www.prosaude.org>);
- PET Saúde (Para saber mais, acesse: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=35306);
- Aprovação da Política Nacional de Educação Permanente (Para saber mais, acesse: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume9.pdf>).

Além dessas iniciativas, novas alianças e parcerias também devem ser feitas fora do setor saúde, buscando sobrepor vontades e olhares para garantir a integralidade da atenção à saúde. Dividir com outros setores a responsabilidade territorial e populacional é uma novidade da nova versão da PNAB, que sugere ações intersetoriais com a Educação, o Desenvolvimento Social, o Desenvolvimento Agrário, a Cultura e a Justiça.

Por fim, tem-se o desafio da **valorização social e política da APS**. Este obstáculo tem como cenário a dessensibilização, desinteresse e/ou frustração em torno da temática da saúde. Apesar disto, acredita-se que o fortalecimento e ampliação da participação ativa da população nas decisões e processos de controle social podem contribuir grandemente para consolidação do SUS, e realinhamento de seus objetivos econômicos e sanitários. Para tanto, ainda fazem-se necessários ajustes de legitimidade e conteúdo teórico nas instâncias municipais de controle social de saúde.

CONCLUINDO...

Criadas durante a década de 1920, na Inglaterra, as redes de atenção à saúde (RAS) passaram a ser ponto de intensa discussão na agenda dos programas de saúde brasileiros a partir de 2006, com a aprovação do Pacto pela Saúde. De lá até os dias atuais, adotou-se oficialmente o conceito de que RAS são diferentes formas de organização do sistema, mas sempre integradas e apoiadas por diferentes sistemas de apoio e logísticos que fazem parte do Sistema Único de Saúde. Têm na atenção primária um ponto de apoio, um elemento estruturante responsável por interligar os seus diferentes níveis e pontos de atenção, objetivando a integralidade da atenção aos usuários dos serviços de saúde.

Para efetiva implementação das RAS, fazem-se necessários esforços de todos os atores envolvidos - tanto governo, quanto sociedade civil -, já que os desafios enfrentados são muitos e concentrados em quatro áreas específicas: financiamento, gestão, orientação dos serviços com base nas necessidades sanitárias da população e a valorização social e política da APS.

No âmbito da gestão, diversas ações governamentais, como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, têm surgido como iniciativas em nível federal para implementação bem sucedida das redes de atenção à saúde por meio da ampliação e qualificação da APS.

No âmbito da atenção, é essencial o apoio das equipes da APS, as quais devem estar organizadas da melhor forma possível para propiciar uma atenção integral, de modo multi e interdisciplinar. Entretanto, para que isso ocorra, é necessário que as equipes e profissionais da APS incorporem em sua rotina de trabalho as ferramentas de micro gestão, como Linhas de Cuidado, Projetos Terapêuticos e Diretrizes Clínicas, entre tantos outros.

Algumas Redes, como a Rede Cegonha e a Rede de Urgência e Emergência, estão em franca implementação no país e vêm contribuindo para melhoria da atenção à saúde da população atendida. Ao longo do curso, foram dados maiores detalhes sobre essas Redes, numa tentativa de visualizá-las segundo olhar do usuário e também segundo o olhar do profissional de saúde. Logo, foi possível olhar uma rede de atenção de maneira ampla e com uma visão prática do tema.

E aí, o que você achou do curso? Esperamos que ele tenha contribuído positivamente para sua formação profissional! Que os conhecimentos adquiridos sirvam de apoio para suas ações cotidianas na sua área de atuação. Foi um prazer, e até o próximo curso.

Atenciosamente,

Equipe RedeNutri.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1459**. Institui a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, dezembro de 2011.
2. MAIA, M.B. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. **Cadernos de Saúde Pública**, 2011; 27(5): 1041-1044. Resenhas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2010. 189p.
3. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Projeto Mães de Minas: a vida merece esse cuidado**. Belo Horizonte, 2010. Disponível em: < <http://www.maesdeminas.com.br/publicacoes/maes-de-minas/files/assets/downloads/maes-de-minas.pdf>>. Acesso em fevereiro de 2012.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: Nutrição Infantil – Aleitamento materno e Alimentação Complementar**. Cadernos de Atenção Básica, número 23. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2009.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.799**. Institui a Rede Amamenta Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menos de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.246**. Institui e divulga orientações básicas para a implementação das Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, no âmbito das ações básicas de saúde do SUS. Brasília, outubro de 2004.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. **10ª Conferência Nacional de Saúde**. SUS: seus problemas e desafios. Relatório da 3ª mesa oficial. Conferência Nacional *on line*. Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br/cns/REL10/mesas/MesaOf03.htm> > . Acesso em março de 2012.
9. MENDONÇA, CS. **Sistema Único de Saúde: um sistema de saúde orientado pela Atenção Primária**. Organização Panamericana da Saúde. In: Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do Laboratório de Inovação em quatro capitais brasileiras. NavegadorSUS: série técnica Redes Integradas de Atenção à Saúde. Brasília, 2011. p. 24-36.
10. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Atenção à Saúde coordenada pela APS: construindo as Redes de Atenção no SUS – contribuições para o debate**. NavegadorSUS: série técnica Redes Integradas de Atenção à saúde. Brasília, 2011. 113p.

ATIVIDADE FINAL

Esta atividade tem por finalidade avaliar o seu grau de entendimento sobre conteúdo abordado no curso. Esteja à vontade para voltar ao conteúdo das aulas e lembrar o que foi discutido. O seu desempenho refletirá, em alguma medida, o quanto você apreendeu do curso. Preparado(a)? Bom estudo!

1. Considerando os conceitos de Redes de Atenção à Saúde (RAS) apresentados ao longo do curso, assinale a opção verdadeira.
 - a. Não existe ainda um consenso sobre a definição de RAS. Por este motivo, é possível encontrar várias conceituações de diferentes autores, porém, todas elas têm em comum algumas características, como: independência, autonomia, confiança, cooperação, relações extremamente estáveis.
 - b. As RAS devem ter como foco a população, por meio de um serviço contínuo de assistência que vise prioritariamente à reabilitação da saúde.
 - c. As RAS têm como objetivo promover a integração de ações e serviços de saúde, de modo a propiciar uma atenção contínua, integral, de qualidade, responsável, humanizada, com vistas à consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.
 - d. As RAS são estruturas poliárquicas. Possuem arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de seus profissionais de saúde, buscam garantir a integralidade do cuidado”.

2. Tendo como base o conteúdo do módulo I do curso, correlacione os aspectos enumerados abaixo com os seus respectivos conceitos.
 - (1) Fundamentos
 - (2) Atributos
 - (3) Elementos constitutivos
 - (4) Microgestão
 - (5) Matriz conceitual
 - a. É por meio deles que se operacionaliza uma RAS. Podem-se citar: população, estrutura operacional e o modelo de atenção.
 - b. São conceitos inerentes às RAS, a saber: relação horizontal entre os pontos de atenção; atenção primária como centro comunicador e estruturador; ações e serviços baseados na demanda populacional; ação contínua e integral; cuidado multiprofissional e compartilhamento dos objetivos desejados com resultados alcançados.
 - c. São ferramentas por meio das quais é possível assegurar padrões clínicos ótimos. São elas: diretrizes clínicas, linhas de cuidado, gestão da condição de saúde, gestão de caso, auditoria clínica e lista de espera.
 - d. São os alicerces que formam e sustentam o conceito de RAS. Ao total são 10 alicerces.
 - e. São qualidades inerentes às RAS, a serem considerados no processo de planejamento.

3. Complete as frases abaixo com o termo mais apropriado:

- a. Os atributos essenciais da atenção primária à saúde são aqueles necessários para que ela seja consolidada e efetivada segundo os objetivos do SUS. Entre estes atributos, pode-se citar: _____ (LONGITUDINALIDADE, FOCALIZAÇÃO NA FAMÍLIA, ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA).
- b. A atenção primária nos municípios brasileiros não se desenvolveu de maneira uniforme e homogênea. O que se observa na prática é a coexistência de várias 'APS' Brasil afora, sendo possível encontrar em um mesmo município vários tipos de 'APS' implantadas. Existe a APS dita tradicional, que pode ser exemplificada por _____ (AMBULATÓRIOS DE ESPECIALIDADES, CENTROS DE SAÚDE, EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA).
- c. Na atenção primária, é necessário que os profissionais de saúde estejam aptos a adotarem, individualmente e com sua equipe, práticas inovadoras de atenção à saúde que sejam fundamentadas nas diretrizes da nova Política Nacional da Atenção Básica. Assim, o processo de trabalho deve considerar o trabalho em equipe multi e interdisciplinar, acolhimento, vínculo, integralidade, resolubilidade e _____ (EFICIÊNCIA, EFETIVIDADE, RESPONSABILIZAÇÃO).
- d. Linhas de Cuidado são estruturas funcionais de atenção à saúde que integram as redes de atenção, podendo perpassar mais de uma rede temática. São compostas por um conjunto de fluxos _____ e _____ que facilitam o encontro do usuário com os profissionais e ações mais aptas a atenderem às suas necessidades. (INTERLIGADOS, INDEPENDENTES, CONTÍNUOS).

4. Julgue os itens abaixo em verdadeiro (V) ou falso (F), considerando as redes de atenção à saúde em implantação no país.

- a. () A Rede Cegonha visa implementar uma rede de cuidados que garantirá às mulheres o direito de dar à luz e cuidar de seu bebê de forma humanizada e integral.
- b. () A Rede de Atenção à Urgência e Emergência visa articular e integrar o acesso universal e humanizado dos usuários em situação de emergência e urgência aos serviços de saúde de forma ágil e adequada.
- c. () A Rede de Atenção Psicossocial, em vigor desde 2011, pretende assegurar a integração dos serviços especializados, para uma adequada atenção à saúde mental dos usuários que necessitam deste serviço. Pode ser atendida qualquer pessoa com transtorno mental, emocional, e, excepcionalmente, com dependência química.
- d. () A implantação dessas redes em nível local tem sido ampliada de forma rápida e com grande êxito, representada principalmente pelos exemplos dos estados de Minas Gerais (Programa Viva Vida) e Espírito Santo (Projeto Integrar).

5. São muitos os obstáculos enfrentados para se consolidar a atenção primária à saúde como elemento estruturador e ordenador das Redes de Atenção à Saúde no país. Considerando a afirmação acima, classifique os itens que se seguem de acordo com a origem dos desafios.

- (G) Gestão
- (C) Controle social
- (F) Financiamento
- (D) Demanda do usuário

- a. () Poucos recursos financeiros associados à alocação ineficiente.
- b. () A definição de serviços a serem prestados é feita de acordo com a oferta, e não segundo as reais necessidades de saúde dos usuários.
- c. () Não posicionamento da atenção primária como elemento central e estruturador das redes de atenção
- d. () Dessensibilização, desinteresse e frustração em torno da temática da saúde.

6. Entre os itens abaixo, identifique aqueles que são considerados atributos (A), fundamentos (F) e elementos operacionais (O) das RAS.

- a. () centro comunicador, pontos de atenção.
- b. () acesso, disponibilidade de recursos, integração vertical e horizontal.
- c. () integração interfederativa, gestão baseada em resultados.
- d. () economia de escala, qualidade, suficiência.
- e. () sistemas de apoio, logístico e de governança.
- f. () financiamento tripartite, território definido, serviços especializados.
- g. () população, estrutura operacional, modelo de atenção.
- h. () substituição, área de abrangência e nível de atenção.

7. Assinale a alternativa FALSA:

- a. () Projeto terapêutico é o conjunto de atos assistenciais pensado para solucionar determinado problema de saúde do usuário, com base em uma avaliação de risco clínico, social, econômico, ambiental e afetivo. Assim, cabe às equipes estruturar conjuntamente seus modos de oferecer atenção à saúde da população adscrita, por meio da definição e elaboração interdisciplinar do projeto terapêutico.
- b. () Diretrizes Clínicas são recomendações baseadas em evidências, que orientam as decisões dos profissionais de saúde em um caso clínico, envolvendo ações de prevenção, promoção e assistência. São conhecidas como protocolos ou linhas-guia. É por meio delas que as linhas de cuidado são estabelecidas.
- c. () Linhas de cuidado são consideradas uma forma de articular recursos e práticas de saúde entre as unidades de atenção de uma região, com acolhimento e condução dos usuários pelas possíveis vias de diagnóstico e tratamento dentro da rede de saúde.

- d. () Linhas de cuidado, juntamente com Projetos Terapêuticos e Diretrizes Clínicas, são estratégias de organização da ação e serviços que compõem as RAS e concretizam as ferramentas de microgestão e qualificação da atenção à saúde.
8. Em uma RAS ideal, há um fluxo lógico de atenção ao usuário, que obedece a uma sequência de etapas consecutivas, as quais garantirão um cuidado integral e oportuno. Considerando os fatos que podem ser considerados ideais para o atendimento a um usuário, enumere os itens a seguir segundo uma sequência lógica de acontecimento.
- a. () A continuidade do cuidado da saúde do usuário deve acontecer mediante ações interdisciplinares das equipes multiprofissionais que compõem a atenção primária. Logo, quando os cuidados de um paciente em nível secundário ou terciário chegam ao fim, ele deve ser contrarreferenciado para a equipe básica responsável pela área de seu domicílio.
- b. () Uma das primeiras etapas para que o usuário possa efetivamente usufruir dos serviços de saúde é o seu cadastro, por meio do Cartão do SUS. Em alguns municípios este cartão já é eletrônico, e em outros é de papel. Depois desta etapa, será aberto um prontuário clínico – eletrônico ou manuscrito – para que sejam feitos os devidos registros dos procedimentos realizados.
- c. () Considerando o aspecto técnico e tecnológico, a Estratégia Saúde da Família tem uma limitação, já que não dispõe de recursos suficientes para dar vazão a todas as demandas de saúde da comunidade adscrita. Para os casos que se fizerem necessários, deve ser feita referência para os serviços mais especializados, de modo a garantir a continuidade e integralidade do cuidado à saúde do usuário.
- d. () O usuário de saúde pode ter acesso aos serviços de duas formas: ou ele busca a unidade de saúde - seja ela de nível primário, secundário ou terciário -, ou ele é abordado em seu domicílio ou outro local da comunidade que ele frequente por meio dos agentes comunitários de saúde. Essas duas formas são conhecidas, respectivamente, como demanda espontânea e busca ativa.
- e. () O acesso aos níveis mais complexos de atenção à saúde (secundário e terciário) nem sempre se dá de forma fácil e direta. É possível que exista uma Central de Regulação, cuja função é organizar a demanda pelos serviços especializados, estratificando os casos de acordo com o grau de risco. Serão priorizados aqueles com grau mais elevado de risco (urgentes), enquanto aqueles com um menor grau de risco obedecerão à ordem da lista de espera.
- f. () O governo brasileiro preconiza que a atenção primária no país seja organizada segundo ditames da Estratégia Saúde da Família, segundo a qual os agentes e profissionais de saúde devem ir até o domicílio das famílias adscritas para oferecer ações de prevenção, promoção, assistência e reabilitação.

9. Sobre a importância de reestruturação da atenção à saúde segundo a lógica de redes de atenção, assinale verdadeiro(V) ou falso (F):
- a. () A implementação das RAS tem como objetivo a construção de um sistema integrado de saúde que se articule em todos os níveis de atenção à saúde, e de forma interfederativa mais harmônica possível.
 - b. () Há uma vasta gama de evidências de que as RAS podem melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários e a satisfação dos usuários, ao mesmo tempo em que reduzem os custos dos sistemas saúde.
 - c. () Para a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS, é necessária a superação de alguns aspectos. Entre estes aspectos, podem-se citar: organização por componentes isolados, foco no indivíduo, reativo, níveis hierarquizados de atenção, pagamento por capitação, orientação para as condições agudas, gestão das necessidades, ênfase em ações curativas. Um sistema organizado segundo a lógica de redes de atenção é capaz de superar esses obstáculos.

*** Os comentários referentes às questões acima estão no final da apostila.

E aí, como foi? Caso tenha acertado 7 ou mais questões, PARABÉNS, você está sabendo bem o que são as redes de atenção. Caso tenha acertado menos de 7 questões, não se preocupe. Faça uma nova leitura do texto, reflita novamente sobre o conteúdo, e refaça as atividades. Desta forma, você certamente melhorará seu entendimento sobre as redes de atenção.

GLOSSÁRIO

Acolhimento e Vínculo : Conceitos abordados na unidade II do módulo II, na página 39.

Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência : A classificação de risco é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes, como: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento.

Adscrição da clientela: É a delimitação da clientela a ser assistida por uma determinada equipe de saúde da família, a qual deve ser residente na microárea sanitária sob responsabilidade desta mesma equipe. Exemplo: a equipe A está responsável por todo o território do Bairro Saúde. Assim, a população residente neste bairro é a clientela adscrita à equipe A.

Alimentação Complementar Saudável : A partir dos 6 meses de idade a criança deve receber outros alimentos além do leite materno, de modo a complementá-lo, pois já não é mais suficiente para o crescimento e desenvolvimento do bebê. Uma alimentação complementar, para ser saudável, além de suprir as necessidades nutricionais da criança, deve se aproximar progressivamente aos hábitos alimentares da família; levar em consideração a questão do acesso e da qualidade dos alimentos; obedecer aos pressupostos de acessibilidade física e financeira; sabor; variedade; cor; harmonia e segurança sanitária (Referência nº 4 do módulo 3)

Atenção Primária à Saúde: Para fins educativos deste curso, os termos Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica à Saúde (ABS) são sinônimos, e será utilizado ao longo do texto apenas o primeiro termo. Sua conceituação é discutida na unidade I do módulo II, na página 38.

Atributos: São qualidades e características inerentes àquilo a que se refere. No caso, são as qualidades e características da APS.

Atributos da APS: Para lembrar os atributos da APS, releia a seção 01 desta aula, na página 35.

Benefício Variável à Gestante (BVG) e Benefício Variável à Nutriz (BVN): O Programa Bolsa Família (PBF), criado pela Lei nº 10.836/2004, constitui uma política intersetorial voltada ao enfrentamento da pobreza e à emancipação das famílias em situação de vulnerabilidade

socioeconômica. Entre as modalidades de benefício, está prevista a concessão do benefício básico e de benefícios variáveis, com limite máximo de valor a ser pago de acordo com a composição familiar. Em novembro de 2011, foram instituídos dois novos benefícios variáveis: o benefício variável à gestante (BVG) e o benefício variável à nutriz (BVN). Possuem caráter temporário, e são direcionados às unidades familiares que se encontram em situação de pobreza ou extrema pobreza, e que tenham em sua composição uma gestante, de 14 a 44 anos, ou criança de 0 a 6 meses de idade.

COAP: É o Contrato Organizativo da Ação Pública, como um instrumento da gestão compartilhada, tem a função de definir entre os entes federativos as suas responsabilidades no SUS, permitindo, a partir de uma região de saúde, uma organização dotada de unicidade conceitual, com diretrizes, metas e indicadores, todos claramente explicitados e que devem ser cumpridos dentro de prazos estabelecidos. Tudo isso pactuado com clareza e dentro das práticas federativas que devem ser adotadas num Estado Federativo.

Colegiado Gestor Regional (CGR): Segundo o anexo da Portaria nº 4.279/20101, o CGR desempenha papel importante, como um espaço permanente de pactuação e cogestão solidária e cooperativa onde é exercida a governança, a negociação e a construção de consensos, que viabilizem aos gestores interpretar a realidade regional e buscarem a conduta apropriada para a resolução dos problemas comuns de uma região. O CGR é integrado pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de determinada região e por representantes dos gestores estaduais. As decisões ocorrem sempre por consenso, pressupondo o envolvimento e compromisso do conjunto de gestores com as prioridades pactuadas. A constituição pelos gestores municipais e estaduais do CGR indica a valorização da cooperação intergestores como verdadeira e destacada macro-função da gestão de saúde.

Condições agudas: Para Mendes (referência nº 12 - módulo I), são doenças que têm início repentino, normalmente autolimitadas e com curta duração. Apresentam uma causa simples, sendo facilmente diagnosticadas e tratadas com medicamentos ou cirurgias. Exemplos: gripe ou apendicite.

Condições crônicas: Segundo a OMS (referência nº 25 - módulo I), são doenças com início e evolução lentos, mas que persistem e precisam de certo nível de cuidados permanentes. Incluem doenças transmissíveis persistentes (HIV, hepatites), não-transmissíveis (diabetes, cardiopatias, obesidade, câncer), incapacidades estruturais (amputações, cegueira) e distúrbios mentais de longo prazo (depressão, esquizofrenia). Contudo, tais condições podem apresentar eventos agudos, ou agudização do quadro, requerendo assistência conforme uma condição aguda.

Contrarreferência: É o procedimento por meio do qual um caso clínico solucionado ou estável é reencaminhado ao profissional ou equipe que dará continuidade ao cuidado ou tratamento em nível primário. (Exemplo: o gastroenterologista, após avaliação e conduta, reencaminhará o paciente para o médico de família ou nutricionista da UBS para a devida atenção ao longo do tempo).

Custo-efetividade: Neste texto é adotado com o mesmo conceito de efetividade, disponibilizado na aula 01, na página 07.

Densidade tecnológica: Refere-se à sofisticação da tecnologia empregada nos serviços e equipamentos utilizados. Quanto maior a densidade tecnológica, mais sofisticada e mais atual ela é (tecnologia de ponta), e está diretamente relacionada a um alto custo unitário. Por outro lado, quanto menor a densidade tecnológica, menos sofisticada é a tecnologia (tecnologia simples), e apresenta um baixo custo unitário. É importante ressaltar que a densidade tecnológica não se relaciona de maneira direta com a complexidade do serviço. Exemplo: a atenção primária se utiliza de equipamentos de baixa densidade tecnológica (glicosímetro), porém com procedimentos de alta complexidade (orientação de paciente diabético em situação de extrema vulnerabilidade social).

Dispositivos legais: São eles: (1) portaria GM nº4.279/2010; (2) portaria GM nº 2.488/2011; (3) portaria GM nº 1.600/2011; (4) portaria 3.088/2011; (5) portaria GM nº 1.459/2011.

Eficácia: diz respeito à relação entre resultados obtidos e resultados pretendidos (referência nº 4 – módulo I).

Eficiência: refere-se à melhor alocação dos recursos para obtenção dos resultados pretendidos (referência nº 4 – módulo I).

Efetividade: tem a ver com alcançar os resultados com o melhor custo-benefício possível (referência nº 4 – módulo I).

Financiamento por procedimentos: Ocorre conforme a quantidade de procedimentos técnicos realizados, sem que estes estejam relacionados diretamente às reais demandas de saúde da população. Por exemplo: se um profissional atender 2 pacientes, ele receberá pelo total de procedimentos efetivamente realizados.

Financiamento por capitação: A capitação é um sistema de remuneração onde o médico ou instituição de saúde recebem um pagamento fixo por usuário inscrito na sua lista, independentemente da quantidade de serviços a prestar. Trata-se de uma unidade predominantemente centrada na demanda, sendo o financiamento das organizações de saúde estabelecido em função da dimensão da população previamente definida ou que o

prestador escolheu. É a unidade de pagamento que melhor se adapta a uma estrutura de oferta de cuidados verticalmente integrada (referência nº 31 – módulo I).

Integração vertical: Este conceito foi definido e discutido na aula 01 do módulo I. Para relembrá-lo, releia a página 13.

Interdisciplinar: Segundo Zannon (referência nº 15 – módulo II), a interdisciplinaridade consiste em ações conjuntas, integradas e inter-relacionadas, de profissionais de diferentes procedências quanto à área básica do conhecimento. Para Meirelles e Erdmann (referência nº 16 – módulo II), a interdisciplinaridade nada mais é que um diálogo contínuo com outras formas de conhecimento, de maneira compartilhada e interativa, que facilita os enfrentamentos profissionais e a assistência humanizada.

Microárea: o território de atuação do agente comunitário de saúde. Exemplo: quadras de um bairro (referência nº 12 – módulo I).

Micro gestão: Os espaços de gestão dos sistemas de saúde são divididos em macro, meso e micro gestão. A macro gestão diz respeito à esfera política; a meso gestão refere-se à esfera institucional; e a micro gestão, por sua vez, engloba a dimensão clínica dos serviços e ações de saúde. Assim, a gestão em saúde engloba aspectos políticos, administrativos e técnicos (referência nº 26 – módulo I).

Multiprofissional: Equipe multiprofissional é aquela que possui em sua composição vários profissionais de diferentes áreas do saber, que podem atuar de maneira integrada ou não. Por exemplo: uma equipe que é composta por uma enfermeira, um médico e um nutricionista é uma equipe multiprofissional.

Pacto pela Saúde: É um conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de gestão do SUS (União, estados e municípios), com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Sua implementação se dá por meio da adesão dos entes federados mediante assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, o qual é renovado anualmente.

Plano Diretor de Regionalização e Investimento (PDRI): É um plano local de ordenamento do processo de regionalização da atenção à saúde que visa reduzir desigualdades territoriais e propiciar maior acesso à população em todos os níveis de atenção à saúde.

PMAQ-AB: Você sabia que também será oferecido na RedeNutri um curso sobre o PMAQAB? Pois é isso mesmo! O curso fará um recorte das ações de alimentação e nutrição na gestão por resultados e na avaliação por desempenho na atenção primária.

Política Nacional de Educação Permanente : Aprovada pela Portaria MS/GM nº 1.996/2007, tem como objetivo fornecer a adequada base normativa para a organização dos processos de gestão da educação permanente na saúde, nas diferentes esferas de gestão, em consonância com as diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde.

Pontos de atenção : São nós das RAS que ofertam determinado tipo de serviços, especializados ou não. Eles se diferenciam por suas respectivas densidades tecnológicas, sendo os pontos de atenção terciária mais densos tecnologicamente do que os pontos de atenção secundários. Na perspectiva das RAS, não há hierarquia ou subordinação entre eles, já que são todos igualmente importantes para se atingirem os objetivos comuns da RAS (referência nº 12 – módulo I). É importante ressaltar: (1) que um ponto de atenção não necessariamente é igual a uma unidade de saúde. Por exemplo: um hospital pode ser um ponto de atenção terciário (UTI) ou secundário (ambulatório especializado); e (2) as unidades ou serviços da APS não são considerados pontos de atenção, e sim centros de comunicação.

Projeto terapêutico: É o conjunto de atos assistenciais pensado para desenvolver determinado problema de saúde do usuário, com base em uma avaliação de risco clínico, social, econômico, ambiental e afetivo.

RT = Redes temáticas : São exatamente as redes de atenção à saúde que estão sendo abordadas ao longo do texto. A diferença é que quando se fala em Redes de Atenção à Saúde, fala-se de maneira genérica. Quando se fala em rede temática, são aquelas voltadas para usuários ou situações específicas. Por exemplo: a Rede de Atenção Psicossocial é uma rede temática, pois o tema central a ser trabalhado é a saúde mental e de usuários específicos.

Referência: É o procedimento por meio do qual um profissional encaminha um caso clínico para outro profissional mais especializado naquele assunto (Exemplo: um nutricionista do NASF deve encaminhar um paciente com diarreia persistente para o médico de sua equipe), ou para outro nível de atenção tecnologicamente mais denso (Exemplo: caso o médico do NASF não resolva o caso da diarreia persistente, será feito encaminhamento para um gastroenterologista).

Relações interfederativas: São relações que devem ocorrer entre os diferentes entes federativos (União, estado, município e Distrito Federal), da forma mais harmônica possível.

Sistema Nacional de Auditoria (SNA): É o Sistema que exerce atividades de auditoria e fiscalização especializada no âmbito do SUS, contribuindo para qualificação da gestão e melhoria na atenção e acesso aos serviços prestados.

Subpopulações: São indivíduos pertencentes a uma mesma população, porém são separados em grupos de acordo com características comuns (sexo, idade, gênero, patologias de interesse, classe sócio-econômica). Por exemplo: a população total do bairro X pode ser

subdividida em subpopulação de idosos, subpopulação de mulheres ou subpopulação de obesos, etc.

Território da APS: é a área de abrangência da atenção primária. Exemplo: bairros do município.

Território microrregional: a área abrangida pela atenção secundária (média complexidade). Exemplo: setores ou regiões de um município.

Território macrorregional: refere-se à área de abrangência da atenção terciária (alta complexidade). Exemplo: vários municípios.

Transversalidade: A governança é um sistema transversal porque abarca em sua atuação todos os elementos constitutivos das RAS, assim como todas as redes temáticas de atenção à saúde.

Tripla carga de doenças: a situação epidemiológica brasileira tem sido caracterizada, recentemente, por uma tripla carga de doenças, porque envolve, ao mesmo tempo: (1) uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; (2) o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de risco, como tabagismo, sobrepeso, obesidade, sedentarismo, estresse e alimentação inadequada; (3) e o forte crescimento de problemas de saúde devido a causas externas e situações de violência, como acidentes e homicídios (referência nº 3 – módulo I).

SITES UTILIZADOS NO CURSO

MÓDULO 1

1. Portaria GM nº 4.279/2012: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
2. Programa Viva Vida: <http://www.maesdeminas.com.br/publicacoes/maes-de-minas/files/assets/downloads/maes-de-minas.pdf>
3. Programa Mãe Curitibana: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/programas/mae-curitibana>
4. COAP: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/coap_231211.pdf
5. Pacto pela Saúde: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1021
6. PNAN: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/pnan2011.pdf>
7. PNAB: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
8. Eugênio Vilaça Mendes: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/2010/11/23/eugenio-vilaca-mendes/>
9. SUS – Formando a Rede de serviços de Saúde: http://www.youtube.com/watch?v=kGJ9_-1kvYM
10. Plano Diretor de Regionalização e Investimento (PDRI): http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=28602.
11. Sistema Nacional de Auditoria (SNA): <http://sna.saude.gov.br/portal.cfm>
12. Rede de Atenção à Urgência e Emergência: <http://www.youtube.com/watch?v=kHwSOM1g6U0>
13. Rede Cegonha: <http://www.youtube.com/watch?v=IYkL-igG1A4>
14. Redes de Atenção à Saúde: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1468

MÓDULO 2

1. PNAB: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
2. Rede de Pesquisa em Atenção Primária no Brasil: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/>
3. Curso PMAQ na RedeNutri: http://ecos-redenutri.bvs.br/tiki-index.php?page=cursos_logado
4. Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde: www.saude.gov.br/dab
5. Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB): <http://dab.saude.gov.br/sistemas/provab>.
6. Programa de Requalificação da UBS: <http://dab.saude.gov.br/sistemas/qualificaUbs/index.php#>
7. Portal VIMEO: <http://vimeo.com/32862441>
8. Política Nacional de Educação Permanente: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume9.pdf>

9. Sistema local de saúde hipotético: http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=quais+s%C3%A3o+ pontos+de+aten%C3%A7%C3%A3o+secund%C3%A1rios&source=web&cd=5&ved=0CEcQFjAE&url=http%3A%2F%2Fwww.cosemsrn.org.br%2Fpdf%2Fpalestras%2Ftecendo_redes_de_atencao_a_saude2.ppt&ei=6fw7T6SgIcfqtge78NHnHg&usq=AFQjCNGSLrcxIQiYGdweN6n_LVNm8PsEug&sig2=G7JTL0ZMRKFsAVIWFKN6bw

10. Diretrizes clínicas: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=33581&janela=1

MÓDULO 3

1. Rede Cegonha: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

2. Benefício Variável à Gestante (BVG) e Benefício Variável à Nutriz (BVN): <http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/bolsa-familia/beneficios/beneficiario/beneficio-valor>

3. Classificação de Risco nos Serviços de Urgência: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf

4. Rede Amamenta Brasil: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=30133

5. ENPACS: <http://nutricao.saude.gov.br/sistemas/Enpacs/>

6. SISVAN: <http://nutricao.saude.gov.br/sisvan.php/>

RESPOSTAS DAS ATIVIDADES

MÓDULO 1

Unidade I - Exercício 01

Item 1. Afirmação falsa. De acordo com a portaria GM nº4.279 de 30 de dezembro de 2010, o apoio deve ser oferecido nos aspectos técnico, logístico e de gestão, com vistas à consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.

Item 2. Afirmação verdadeira. Todas as características das RAS são: (1) formar relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção; (2) ter a atenção primária com centro comunicador; (3) definição, planejamento e execução de ações com base nas necessidades da população assistida; (4) ofertar atenção contínua e integral; (5) cuidado multiprofissional e (6) alinhar objetivos e resultados a serem alcançados, considerando aspectos sanitários e econômicos.

Item 3. Afirmação verdadeira. Os fundamentos das RAS são: acesso, suficiência, qualidade, economia de escala, disponibilidade de recursos, integração vertical e horizontal, processo de substituição, região de abrangência e níveis de atenção.

Item 4. Afirmação falsa. Os itens integração vertical e horizontal são fundamentos, e não atributos das RAS.

Unidade I - Exercício 02

Item 1. Afirmação verdadeira.

Item 2. Afirmação falsa. É da atenção primária à saúde o papel de coordenar e integrar toda a rede de atenção.

Item 3. Afirmação falsa. Devem ser consideradas **todas** as ferramentas de micro gestão: diretrizes clínicas, linhas de cuidado, gestão da condição de saúde, gestão de caso, auditoria clínica e lista de espera.

Unidade II - Exercício 03

A ordem correta é: 3 - 4 - 6 - 2 - 5 - 1.

Unidade III Exercício 04

A ordem correta é: A - C - F - E - G - B - D - A - D - G - B - F.

MÓDULO 2

Unidade I - Exercício 05

Item 1. Afirmação verdadeira.

Item 2. Afirmação falsa. O governo tem investido em várias iniciativas, como o PMAQ-AB, o PROVAB e o Programa de Requalificação das UBS.

Item 3. Afirmação falsa. A APS deve ser bem planejada e estruturada para que atue de maneira adequada e oportuna como centro integrador e comunicador em uma RAS. Dessa forma, uma APS qualificada será capaz de tornar uma RAS efetiva.

Item 4. Afirmação falsa. O processo que envolve o encaminhamento de um usuário para uma equipe ou profissional mais especializado, a depender de sua necessidade de saúde, é chamado de referência. Quando essa atenção especializada à saúde do usuário chega ao fim, ou não se faz mais necessária, o usuário deve ser reencaminhado à equipe primária que será responsável por dar continuidade ao cuidado desse usuário ao longo do tempo. Este processo inverso é chamado de contrarreferência.

Unidade II- Exercício 06

A ordem correta é: D – A – E – B – F – C.

Unidade III - Exercício 07

A ordem correta é: Domicílio – Unidade Básica de Saúde – Casa da Gestante, Bebê e Puérpera – Centro de Parto Normal – Maternidade – Maternidade de Alto Risco.

Unidade III - Exercício 08

Item 1. Afirmação falsa. Uma linha de cuidado pode perpassar várias RAS. Por exemplo: a linha de cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio pode perpassar a Rede de Atenção à Urgência e Emergência, assim como também pode perpassar a futura Rede de Atenção às Doenças Crônicas.

Item 2. Afirmação falsa. As LC devem ser organizadas segundo as necessidades de saúde da população que está sob responsabilidade sanitária de uma dada equipe de saúde.

Item 3. Afirmação verdadeira.

Item 4. Afirmação falsa. As equipes dos níveis secundário e terciário são responsáveis pela atenção especializada pontual, que pressupõe maior densidade tecnológica. O vínculo e o cuidado longitudinal são aspectos que estão sob responsabilidade das equipes da atenção primária.

MÓDULO 3

Unidade I - Exercício 09

Nível de atenção	Ponto de atenção		Território sanitário
Terciário	Ginecologia de Alto risco	Maternidade de Alto risco / UTI neonatal	Município
Secundário	Pronto socorro		Bairro Felicidade
			Bairro Simplicidade
Primário	Unidade de Saúde da Família (ACS, ESF, NASF)	Casa da Gestante	Domicílio

Unidade II - Exercício 10

- a. Unidade Básica de Saúde: (1)
- b. Hospital da Fé: (3)
- c. Farmácia: Programa de Suplementação de Ferro e de Vitamina A: (4)
- d. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: (4)
- e. Casa da Gestante: (1)
- f. Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família: (4)
- g. Pronto socorro obstétrico: (3)
- h. Exames sanguíneos: (4)
- i. Prontuário clínico: (5)
- j. Sistema de Informação da Atenção Básica: (4)
- k. SAMU: (5)
- l. Prontuário clínico: (5)
- m. Maternidade: (2)

Atividade avaliativa final

Questão 1

Item a. Afirmação falsa. Existem vários conceitos de redes de atenção, adotados por diversos autores e organismos internacionais. Contudo, essas definições possuem características em comum, entre as quais se podem citar: a interdependência, autonomia, confiança, cooperação e relações relativamente estáveis.

Item b. Afirmação falsa. A RAS deve ter como foco a população, e proporcionar um serviço contínuo de cuidado que vise prioritariamente à prevenção e promoção da saúde.

Item c. Afirmação verdadeira.

Item d. Afirmação falsa. Os mecanismos de integração das RAS estão presentes no sistema de apoio e no sistema logístico.

Questão 2

A ordem correta é: 3 – 5 – 4 – 1 – 2.

Questão 3

Item a. Longitudinalidade. É o único atributo essencial; os outros são atributos derivados

Item b. Centros de saúde. Ambulatório de especialidades pertence à atenção secundária, e a equipe de saúde da família pertence à APS renovada.

Item c. Responsabilização. Eficiência e efetividade são conceitos rotineiramente mencionados quando se fala de resultados alcançados, e não para caracterizar processos de trabalho.

Item d. Interligados e contínuos. Os fluxos presentes nas linhas de cuidados também são interdependentes.

Questão 4

Item a. Afirmação falsa. A Rede Cegonha pretende assegurar às mulheres em idade reprodutiva o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada na gestação, parto e puerpério.

Item b. Afirmação verdadeira.

Item c. Afirmação falsa. O foco prioritário da Rede de Atenção Psicossocial está voltado para a reabilitação de usuários de drogas, como crack e álcool.

Item d. Afirmação falsa. A implementação das redes de atenção no país é recente, e tem sido lenta e gradual. Já há alguns casos isolados de sucesso, como Minas Gerais e Espírito Santo. Com o tempo, certamente haverá mais casos de sucesso como estes.

Questão 5

A ordem correta é: F – D – G – C.

Questão 6

A ordem correta é: O – F – A – F – O – A – O – F.

Questão 7

Item b. Afirmação falsa. As diretrizes clínicas servem de subsídio para a tomada de decisão do projeto terapêutico mais acertado. Este, por sua vez, é o que permitirá o estabelecimento do fluxo de atenção ao usuário dentro da linha de cuidado.

Questão 8

A ordem correta é: 6 – 2 – 4 – 1 – 5 – 3.

Questão 9

Item a. Afirmação verdadeira.

Item b. Afirmação verdadeira.

Item c. Afirmação falsa. Os aspectos que um sistema de saúde organizado em redes de atenção pretende suplantar são: organização por componentes isolados, foco no indivíduo, reativo, níveis hierarquizados de atenção, pagamento por procedimento, orientação para as condições agudas, gestão da oferta, ênfase em ações curativas.