

PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

OFICINA “REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS”

Guia do Facilitador



GOIÁS, Setembro 2015

PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

CONASS

Presidente: João Gabbardo dos Reis

Secretário Executivo: Jurandi Frutuoso Silva

Cooperação Técnica Interinstitucional

Governador do Estado: Marconi Ferreira Perillo Júnior

Secretário de Estado da Saúde: Leonardo Vilela

Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde: Evanilde F. C. Gomides

Gerente de Atenção à Saúde: Marisa Aparecida de Souza e Silva

Escola Estadual de Saúde Pública Cândido Santiago

Conselho Nacional de Secretários de Saúde - João Gabbardo dos Reis

Organizadores

CONASS – Alzira Maria D'Ávila Nery Guimarães

Maria José de Oliveira Evangelista

Maria Zélia Soares Lins

Leane de Carvalho Machado

Lore Lamb

Nereu Henrique Mansano

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Viviane Rocha de Luiz

Grupo Gestor

CONASS: Maria José de Oliveira Evangelista e Maria Zélia Soares Lins

SES: Evanilde Fernandes Costa Gomides e Marisa aparecida de Sousa e Silva

Grupo Condutor Estadual

Carlos Edson Pereira Ribeiro e Cristiane Pimenta Oliveira

Ana Cristina Gonçalves de Oliveira e Mary Alexandra da Costa
Agda Oscalino de Almeida Gonçalves e Silas Vaz Carvalho Barros
Marisa Aparecida de Sousa e Silva e Lucimar Rosa da Silva Santana
Érika Veríssimo M. Cerqueira e Sheila do Couto Pina
Milca de Freitas Q. Prado e Suely Marques Rosa
Rosilene Martins da Silva e Oriana Nicare Gomes Rego
Ledice Lamounier e Maria Bernadete Souza Napoli
Carla Guimarães Alves e Lucélia Borges de Abreu Ferreira
Stela Braga de Lima Tavares e Magda Lúcia Regis S. Barros

Coordenadores / Facilitadores do CONASS

Ademilde Machado Andrade
Alzira Maria D'Ávila Nery Guimarães
Ana Maria Cavalcanti
Ana Angélica Ribeiro de Meneses e Rocha
Antônio Derci Silveira Filho
Carla Pintas Marques
Carmem Cemires Cavalcante Costa
Eliane Regina da Veiga Chomatas
Jane Monteiro Neves
Leane de Carvalho Machado
Lore Lamb
Maria Angela Leite Chaves
Maria José de Oliveira Evangelista
Marta Oliveira Barreto
Maria Zélia Soares Lins
Nereu Henrique Mansano
Rita de Cássia Bertão Cataneli
Sandra Denise de Moura Sperotto
Sílvia Maristela Pasa Takeda
Severino Azevedo de Oliveira Junior
Sônia Maria Souza
Tereza Cristina Lins Amaral
Viviane Rocha de Luiz

APRESENTAÇÃO

Os gestores estaduais estabeleceram entre suas prioridades “*apoiar iniciativas de indução da organização da Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito dos estados, através da estruturação e custeio da rede e das ações, disponibilizando ferramentas e apoiando estratégias de programação e organização do processo de trabalho das equipes e da integração entre os diversos pontos e níveis de atenção*”¹.

A APS organizada e exercendo o seu papel resolutivo e coordenador do cuidado dos usuários no território de sua responsabilidade é fundamental para a conformação de Redes de Atenção à Saúde (RAS). Para que a APS exerça de fato o seu papel estratégico, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) propõe a sua planificação, aqui entendido como um processo de planejamento da atenção à saúde que considera todas as suas etapas.

O processo de planificação da atenção primária à saúde nos estados ocorre por meio da realização de onze oficinas presenciais, com o desenvolvimento de atividades de dispersão - ao final de cada uma delas e com orientações, necessárias ao bom andamento e êxito do processo, tais como: implantação de uma unidade laboratório, para início dos macro e microprocessos da APS, utilizando o Modelo de Atenção às Condições Crônicas – MACC e a instituição de “tutores”, para acompanhar as atividades de dispersão, além de replicar os macro e microprocessos às demais Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS). Ao final do processo, a planificação promoverá a qualificação dos processos de trabalho dos profissionais da atenção primária à saúde e as atividades de dispersão constituir-se-ão em um plano de intervenção da APS no âmbito locorregional e estadual.

A proposta metodológica está organizada em duas partes: no primeiro momento, a equipe do CONASS capacitará as equipes gestoras estaduais para a realização das oficinas no estado, no âmbito das regiões de saúde; no segundo momento, a equipe estadual, a seu critério, reproduzirá as oficinas para as equipes regionais e municipais.

Neste guia da oficina, apresentamos a primeira oficina sobre RAS, nominada de “Oficina Mãe”, que tem o objetivo de compreender a importância do sistema de saúde se organizar por meio da RAS e de identificar potenciais facilitadores que reproduzirão as oficinas. Saliente-se que este é um processo que deverá necessariamente ser adaptado a realidade de cada estado.

1

Ver relatório do Seminário para Construção de Consensos/2015,

1 INTRODUÇÃO

Saúde é um direito humano importante para o desenvolvimento de um país. É pré-requisito para a boa governabilidade, para a estabilidade social e sustentabilidade. Saúde é considerada por muitos governos como um bem público, além de estar no centro da agenda do desenvolvimento².

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

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

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

O Instituto de Medicina (2001), uma instituição independente dos Estados Unidos, que produz análises sobre saúde e o sistema de saúde para orientar os decisores políticos, em um documento intitulado “Cruzando o abismo da qualidade: Um novo sistema de saúde para o século XXI”³ escreveu a seguinte frase sobre a necessidade de mudar o modelo de atenção: *O sistema de atenção à saúde atual não funciona. Fazer mais do mesmo não é a saída. É preciso mudar o sistema.*

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

Isso exige uma mudança profunda nos sistemas de atenção à saúde, mudanças do ponto de vista de organização dos serviços e do modelo de atenção. Nesse contexto, o CONASS desde 2006 vem promovendo com as equipes gestoras estaduais a discussão sobre o modelo de atenção vigente e o seu impacto nos indicadores de saúde. Assim como da necessidade de se melhorar a organização da atenção à saúde com base na

² PAHO/WHO. Reunião sobre Sistemas Integrados de Saúde. Santiago, Chile, 2007.

³ Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington. The National Academy Press, 2001.

realidade epidemiológica e demográfica, nas necessidades de saúde da população e não com base na oferta de serviços disponíveis.

Espera-se com essa oficina contribuir para a reflexão das equipes gestoras estaduais e municipais sobre a organização do sistema de saúde e incorporarem na sua prática os fundamentos de construção de redes de atenção à saúde. Para que desta forma o sistema de saúde brasileiro avance para um modelo de atenção que dê conta de atender as condições crônicas e agudas e os eventos agudos, “com a atenção contínua a uma determinada população, no tempo certo, no lugar certo, com o custo e qualidade certa” e com base nas necessidades de saúde da população⁴. Que a definição das ações e a prestação desses serviços sejam feitos com base em evidências, proporcionando ao povo brasileiro um sistema de saúde melhor e mais justo.

A equipe de Coordenação da Oficina de Redes de Atenção à Saúde

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

2 COMPETÊNCIA A SER DESENVOLVIDA

A necessidade de mudanças significativas no processo de trabalho em saúde pressupõe a elaboração de um novo perfil profissional, fundamentado no desenvolvimento e na avaliação de competências. Nesse sentido, esta Oficina traz como grande desafio contribuir para o desenvolvimento da seguinte competência:



Capacidade de analisar o funcionamento do sistema de saúde em redes de atenção.

3 OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Para o alcance da competência proposta, seguiremos algumas etapas do processo de aprendizagem, representadas pelos seguintes objetivos:

3.1 Objetivo geral:

Compreender a importância da implantação e operacionalização das RAS.

3.2 Objetivos Específicos:

- Compreender a significação da situação de saúde e a sua importância na organização do sistema de saúde;

⁴ Mendes. E.V. As Redes de Atenção à Saúde. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2009.

- Compreender as características e como se organizam os Sistemas de Atenção à Saúde;
- Compreender os fundamentos que dão base à construção das RAS;
- Compreender os modelos de atenção à saúde.
- Compreender a gestão da clínica.
- Compreender a estrutura operacional das RAS e a construção social da APS;
- Identificar a matriz de desenho e elaborar o processo de modelagem de uma RAS.

4 METODOLOGIA

- A oficina sobre RAS no SUS é estruturada de forma a trabalhar com uma série de estratégias para estimular a participação ativa de todos no processo de construção coletiva do conhecimento. É utilizada uma série de exercícios em grupos, seguidos de compartilhamento com os participantes e exposições para sistematização das informações trabalhadas. É realizado também um exercício de desenho e modelagem de uma rede temática, a fim de trabalhar alguns objetivos do campo atitudinal e no desenvolvimento de habilidades. Material bibliográfico adicional também é disponibilizado e sua leitura estimulada para complementação dos objetivos propostos para a oficina.

5 DESENVOLVIMENTO DA OFICINA

A Oficina está organizada em três momentos, que envolvem atividades presenciais e de dispersão, conforme descrito no quadro a seguir:

Momentos	Tema central	Carga horária
Primeiro	Situação de Saúde e os Sistemas de Atenção à saúde As Redes de Atenção à Saúde	16 h
Dispersão	Modelagem da Rede	12 h
Segundo	Apresentação do trabalho de dispersão	2 h

6 PROGRAMAÇÃO

A programação da oficina está organizada em turnos com carga horária de 4 horas/aula, durante os quais serão realizadas atividades conforme os objetivos de aprendizagem já apresentados. O tempo estimado para cada atividade é apenas uma proposta. Poderá ser readequado de acordo com o ritmo de trabalho do grupo.

1º DIA: 15/09/15	
HORÁRIO	ATIVIDADES PROGRAMADAS
08:00 – 08:30	Atividade 1 - Acolhida dos participantes e entrega do material
08:30 – 09:00	Atividade 2 - Exposição dialogada: A Planificação da Atenção Primária à Saúde
09:00 – 09:30	Atividade 3 – Exposição dialogada: A Oficina de Redes de Atenção à Saúde
09:30 – 10:45	Atividade 4 – Apresentação dos participantes e Trabalho em grupo com plenária interna - Texto 1 e 2: Situação de Saúde no Brasil e na Região de Saúde do Estado
10:45 – 11:00	Café com prosa
11:00 – 11:30	Atividade 5 – Trabalho em grupo com plenária interna – Texto 3: Os Sistemas de Atenção à Saúde
11:30 – 12:00	Atividade 6: Aula Interativa 1: Os Sistemas de Atenção à Saúde
12:00 – 13:30	Intervalo para almoço
13:30 – 13:45	Atividade 9 - Dinâmica de aquecimento nos grupos
13:45 – 14:45	Atividade 7 – Trabalho em grupo com plenária interna – Texto 4: Os Modelos de Atenção à Saúde
14:45 – 15:15	Atividade 8: Aula Interativa 2: Os Modelos de Atenção à Saúde
15:15 – 15:30	Café com prosa
15:30 – 16:00	Atividade 10: Trabalho em grupo com plenária interna – Texto 5: Gestão da Clínica

16:00 – 17:00	Atividade 11 - Trabalho em grupo com plenária interna - Texto 6: Os Fundamentos da Construção de Redes de Atenção à Saúde
17h	Encerramento das atividades do dia
2º DIA: 16/09/15	
HORÁRIO	ATIVIDADES PROGRAMADAS
08:00 – 08:30	Atividade 12 - Acolhida dos participantes nos grupos
08:30 – 09:15	Atividade 13 - Trabalho em grupo com plenária interna - Texto 7: A Estrutura Operacional das Redes de Atenção à Saúde
09:15 – 10:00	Atividade 14 - Aula Interativa 3 - A Estrutura Operacional das Redes de Atenção à Saúde
10:00 – 10:15	Café com prosa nos grupos
10:15 – 12:00	Atividade 15 – Trabalho em grupo/exercício 1 e 2: Matriz e Modelagem da Rede de atenção materno-infantil da região e as competências dos pontos de atenção
12:00 – 13:30	Intervalo para almoço
13:30 – 13:45	Atividade 16 – Dinâmica de aquecimento nos grupos
13:45 – 15:15	Atividade 17 - Trabalho em grupo/exercício 3: Planilha de Programação da Rede Materno-Infantil na região de saúde do Estado
15:15 – 15:30	Café com prosa
15:30 – 16:00	Atividade 18 – Exposição dialogada: Consolidação dos conteúdos discutidos para a construção das RAS
16:00 – 16:30	Atividade 19 – Orientação da atividade de dispersão
16:30 – 17:00	Atividade 20 - Avaliação da Oficina
17:00	Atividade 21 - Encerramento da oficina

7 AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM

A proposta avaliativa tem como princípio a compreensão da avaliação como um processo contínuo e cumulativo que visa fortalecer o aprendizado dos trabalhadores em formação. O desempenho do participante será aferido quanto ao atendimento dos objetivos da Oficina e à frequência/assiduidade às atividades. Serão utilizadas as seguintes estratégias de avaliação:

a) Apresentação Oral

Será avaliada a apresentação da atividade de dispersão da Oficina. Na apresentação oral serão avaliadas a habilidade e a capacidade dos participantes de transmitir, de modo claro e eficaz, o trabalho elaborado previamente.

b) Trabalho Escrito em Grupo

Será avaliado também o trabalho escrito produzido a partir do desenvolvimento da atividade de dispersão da Oficina. Para avaliação da atividade será utilizada uma matriz em escala, disponibilizada aos tutores.

8 ROTEIRO DE ATIVIDADES

1º DIA - MANHÃ

ATIVIDADE 1 – ACOLHIDA DOS PARTICIPANTES



30 minutos

DESCRIÇÃO:

1. A equipe de coordenação conduzirá uma dinâmica para acolher todos os participantes no início da Planificação da Atenção Primária à Saúde.
2. Participe ativamente e, ao final, expresse sua percepção sobre o momento vivenciado com os colegas.

ATIVIDADE 2 – EXPOSIÇÃO DIALOGADA: A PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



30 minutos

DESCRIÇÃO:

1. A equipe de coordenação apresentará brevemente um sumário da Planificação da Atenção Primária à Saúde, incluindo os objetivos, o marco teórico, a metodologia proposta, o conjunto de oficinas e os grupos de condução e facilitação.

2. Não hesite em esclarecer suas dúvidas. Aproveite e registre a seguir os pontos que considerar mais relevantes na apresentação.

ATIVIDADE 3 – EXPOSIÇÃO DIALOGADA: A OFICINA DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE



30 minutos

DESCRIÇÃO:

1. A equipe de coordenação apresentará a Oficina I – As Redes de Atenção à Saúde, sua relação com as demais, a competência proposta, as etapas de aprendizagem, as formas de avaliação e, principalmente, a influência das temáticas discutidas no seu cotidiano de trabalho. Não hesite em esclarecer suas dúvidas. Aproveite e registre a seguir os pontos que considerar mais relevantes na apresentação.

ATIVIDADE 4 – TRABALHO EM GRUPO COM PLENÁRIA INTERNA – TEXTO 1 E 2: A SITUAÇÃO DE SAÚDE NO BRASIL E NA REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO



1 horas e 15 minutos

DESCRIÇÃO:

Passo 1 – Esta atividade tem como objetivo desenvolver a compreensão da situação epidemiológica e demográfica do país, estado e região, e o que determina a situação de saúde. Esta é a base sobre a qual se constroem os Sistemas de Atenção à Saúde.

Passo 2 - Cada grupo contará com o apoio de facilitadores nesta atividade, que farão a mediação do trabalho em grupo. Antes de dar início, cada grupo deve eleger um coordenador e um relator para a atividade, lembrando que todos terão a oportunidade de exercer essas funções, em algum momento. Veja a seguir o papel desses atores no grupo:



RESGATANDO O PAPEL DO COORDENADOR E DO RELATOR DO GRUPO

O coordenador é responsável por monitorar o tempo indicado pelos facilitadores para as discussões do grupo e coordenar as atividades para a conclusão do trabalho proposto. Já o relator é responsável por sintetizar as ideias e discussões do grupo e apresentá-las em plenária, seja esta interna ou externa.

Registre aqui as pessoas que exercerão as funções de coordenador(a): _____ e de relator(a): _____ nessa primeira atividade.

Passo 3 - A atividade proposta requer a leitura de textos e discussão a partir de questões norteadoras. Como a leitura será coletiva, seguem algumas orientações gerais no Box a seguir.



- Recomenda-se a leitura paragrafada, ou seja, cada participante faz a leitura de um parágrafo, dando oportunidade a todos de participarem.
- A leitura é facultada a todos os participantes que desejarem contribuir.
- É importante que a leitura seja realizada em voz alta para que todos acompanhem.
- Cada participante deve destacar os termos desconhecidos ou parcialmente compreendidos, colocando-os para o grupo imediatamente após aparecerem no texto para que sejam esclarecidos.
- A responsabilidade em esclarecer os termos é compartilhada entre os membros do grupo e seus facilitadores.
- O relator deve registrar no papel madeira os termos identificados pelo grupo.
- O registro do processo de trabalho do grupo deverá ser feito pelo relator em papel afixado na parede para que todos possam visualizar a produção coletiva.

Passo 4 - Compreendida as orientações, procedam à leitura do texto 1 utilizando as perguntas abaixo para nortear a discussão.

a. Quais são os conceitos relevantes apresentados no texto?

b. Como esses conceitos se aplicam à realidade do seu estado?

c. O sistema de saúde está organizado para atender as demandas e necessidades decorrentes da situação epidemiológica e demográfica vigente?



TEXTO 1 – A SITUAÇÃO DE SAÚDE NO BRASIL ⁵

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

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

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

⁵Este texto foi transcrito, com pequenas adequações, para atender ao propósito desta oficina, dos livros **As Redes de atenção à saúde**, de autoria de Eugênio Vilaça Mendes, publicado em 2009 e 2012. A referência completa deste livro encontra-se na lista de Referências Bibliográficas.

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

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

As condições crônicas vão além das doenças crônicas (diabetes, hipertensão, câncer etc.) para abarcar, ademais, condições transmissíveis persistentes (Tuberculose, AIDS, Hanseníase, Hepatites Virais, Tracoma etc.), distúrbios mentais de longa duração, deficiências físicas ou estruturais contínuas e condições como gestação, parto e puerpério.

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

Em todo o mundo, as taxas de fecundidade diminuem, as populações envelhecem e as expectativas de vida aumentam. Isso leva ao incremento das condições crônicas pelo aumento dos riscos de exposição aos problemas crônicos. O que muda em relação aos países é a velocidade com que esse processo é desenvolvido. Há de se ressaltar que há correlação direta entre os processos de transição demográfica e epidemiológica.

A princípio, o declínio da mortalidade concentra-se seletivamente entre as doenças infecciosas e beneficia os grupos mais jovens que passam a conviver com fatores de risco associados às doenças crônicas e, à medida que cresce a população idosa, incrementando a expectativa de vida, as doenças crônicas tornam-se mais prevalentes.

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

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

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

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

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

No Brasil, a transição demográfica é muito acelerada. O efeito combinado de redução dos níveis de fecundidade e de mortalidade, em especial a mortalidade infantil, resulta numa transformação da pirâmide etária da população. O formato triangular, com base alargada, em 2005, irá ceder lugar, em 2030, a uma pirâmide com parte superior mais larga, típica de sociedades envelhecidas, como visualizado na figura 1.

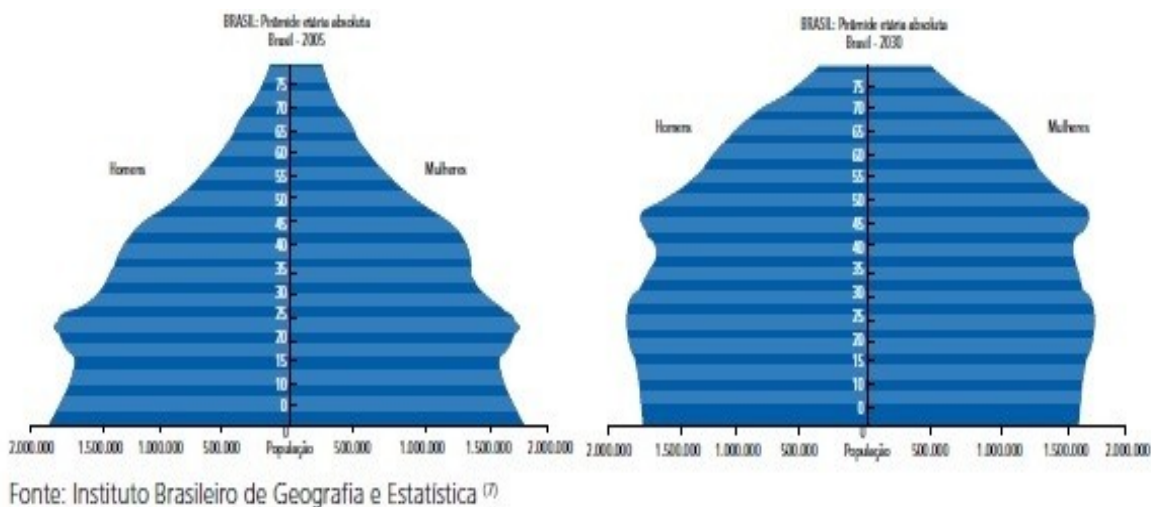
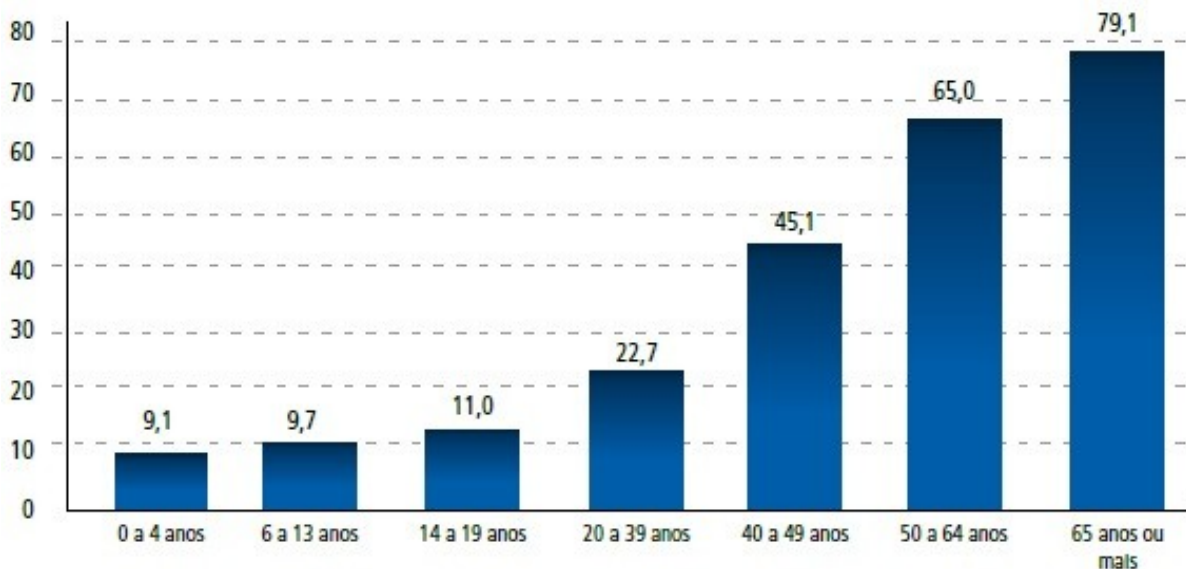


Figura 1- Pirâmides etárias da população brasileira nos anos 2005 e 2030

Uma população em processo rápido de envelhecimento significa um crescente incremento relativo das condições crônicas, em especial das doenças crônicas, porque elas afetam mais os segmentos de maior idade. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios/PNAD de 2008 demonstrou que na medida em que a idade avança aumentam as doenças crônicas, de tal modo que 79,1% dos brasileiros de 65 ou mais anos relatam ser portadores de um grupo de doze doenças crônicas. Ademais, 31,3% da população geral, 60 milhões de pessoas, têm essas doenças crônicas e 5,9% dessa população total tem três ou mais dessas doenças crônicas. É o que se mostra na figura 2.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Figura 2- Proporção de pessoas que referiram ser portadoras de pelo menos um dos doze tipos de doenças crônicas selecionadas, por grupos de idade no Brasil, 2008

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

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

A transição epidemiológica singular do país, observada pelo lado da mortalidade (figura 3), indica que, em 1930, as doenças infecciosas respondiam por 46% das mortes e que decresceu para aproximadamente 5% em 2000; ao mesmo tempo, as doenças cardiovasculares que representavam em torno de 12% das mortes em 1930, responderam, em 2009, por quase 30% de todos os óbitos.

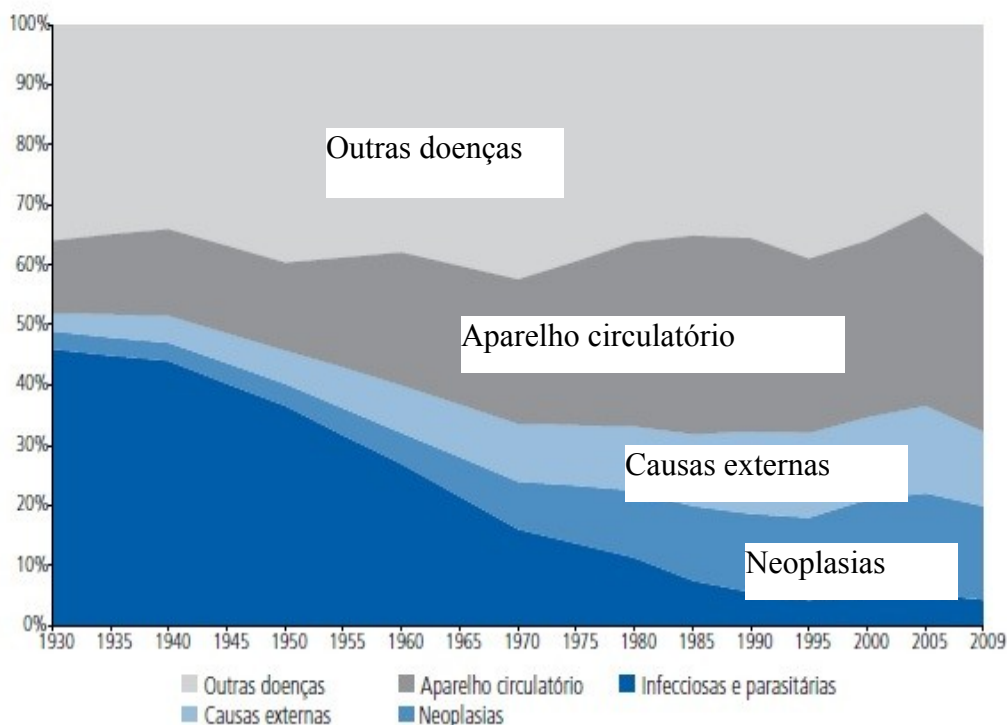


Figura 3- Evolução da mortalidade proporcional segundo causas no Brasil, de 1930 a 2009

Do ponto de vista da morbidade, tomada na sua vertente da morbidade hospitalar, vê-se na tabela 1 que, das vinte principais causas de internação no SUS, no ano de 2010, a grande maioria foram por condições crônicas, considerando-se as causas maternas e perinatais como condições crônicas.

Tabela 1– Principais Causas de Internação no SUS do Brasil, 2010

ORDE M	PROCEDIMENTO	Nº ABSOLUTO	%
1	Parto normal	1.186.691	10,5
2	Tratamento de pneumonias ou <i>influenza</i> (gripe)	796.082	7,0
3	Parto cesariano	619.687	5,5
4	Tratamento de doenças infecciosas e intestinais	488.799	4,3
5	Tratamento das doenças crônicas das vias aéreas inferiores	330.421	2,9
6	Tratamento de insuficiência cardíaca	271.614	2,4
7	Curetagem pós-abortamento / puerperal	198.973	1,8
8	Diagnóstico e/ou atendimento de urgência em clínica médica	184.314	1,6
9	Tratamento de acidente vascular cerebral (AVC) (isquêmico ou hemorrágico agudo)	174.982	1,5
10	Tratamento de intercorrências clínicas na gravidez	170.254	1,5

11	Tratamento em psiquiatria (por dia)	168.895	1,5
12	Tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico	146.582	1,3
13	Tratamento da pielonefrite	146.483	1,3
14	Colecistectomia	133.871	1,2
15	Tratamento de diabetes melito	129.681	1,1
16	Hernioplastia inguinal / crural (unilateral)	129.305	1,1
17	Tratamento de outras doenças bacterianas	128.507	1,1
18	Tratamento com cirurgias múltiplas	125.575	1,1
19	Tratamento de outras doenças do aparelho urinário	121.454	1,1
20	Tratamento de crise hipertensiva	118.112	1,0

Fonte: MS/SAS/Sistema de Informações Hospitalares

Outra forma de analisar a situação epidemiológica é pela carga de doenças. A análise da carga de doenças no Brasil, medida pelos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (AVAI's), exposta na tabela 2, mostra que o somatório das doenças crônicas e das condições maternas e perinatais (que constituem condições crônicas), representam 75% da carga global das doenças no país. Enquanto isso, as condições agudas, expressas nas doenças infecciosas, parasitárias e desnutrição e causas externas, representam 25% da carga de doença. Mas deve-se observar ainda que, uma parte significativa das doenças infecciosas, aquelas de longo curso, deve ser considerada como condições crônicas, o que aumenta, além de dois terços, a presença relativa das condições crônicas na carga de doenças.

Tabela 2– Carga de Doença em Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade (AVAI's), Brasil, 1998

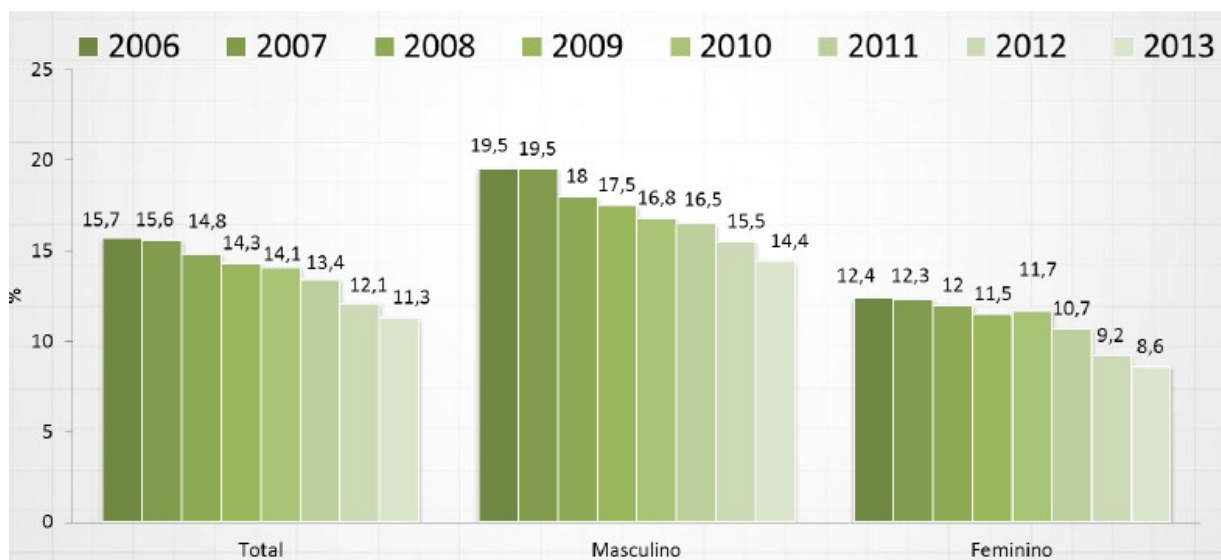
GRUPOS DE DOENÇAS	TAXA POR MIL HABITANTES	%
Infecciosas, parasitárias e desnutrição	34	14,7
Causas externas	19	10,2
Condições maternas e perinatais	21	8,8
Doenças crônicas	124	66,3
Total	232	100,0

Fonte: Schramm *et al.* (2004)

A prevalência dos fatores de risco no Brasil aponta no sentido de uma produção social de condições crônicas, já que eles respondem pela grande maioria das mortes por doenças crônicas e por fração significativa da carga de doença devida a essas condições de saúde. Observe-se a seguir, resultado da pesquisa de Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico – Vigitel (2013), do Ministério da Saúde, realizada nas capitais brasileiras e Distrito federal, que os fatores de risco estão muito presentes na população das capitais brasileiras e do Distrito Federal.

TABAGISMO

O tabagismo é um importante fator de risco para o desenvolvimento de uma série de doenças crônicas, tais como câncer, doenças pulmonares e doenças cardiovasculares, de modo que o uso do tabaco continua sendo líder global entre as causas de mortes evitáveis. Evidências associam a exposição passiva ao tabaco ao mesmo grupo de doenças. No conjunto das 27 cidades (26 capitais e o Distrito federal), a frequência de adultos fumantes foi de 11,3%, sendo maior no sexo masculino (14,4%) do que no feminino (8,6%) no ano de 2013 (Figura 4).



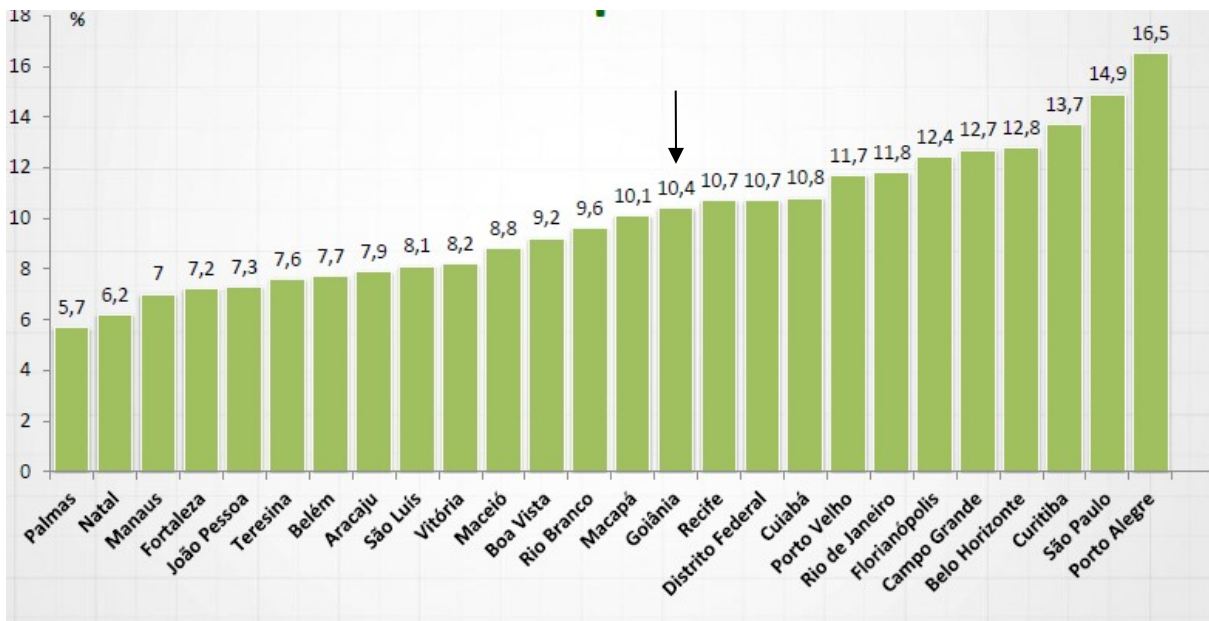
Font

e: Vigil: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

Figura 4- Prevalência de adultos fumantes por sexo no Brasil, do ano de 2006 a 2013. Vigil, 2013

Pode-se observar ainda a redução significativa da prevalência do tabagismo entre homens e mulheres no período de 2006 a 2013 com $p < 0,01$, provavelmente devido a política de antifumo iniciada no Brasil através da lei Federal nº 9.294/1996.

A frequência de adultos fumantes variou entre 5,2% em Salvador, seguido de Palmas (5,7%) chegando até 16,5% em Porto Alegre (Figura 5).

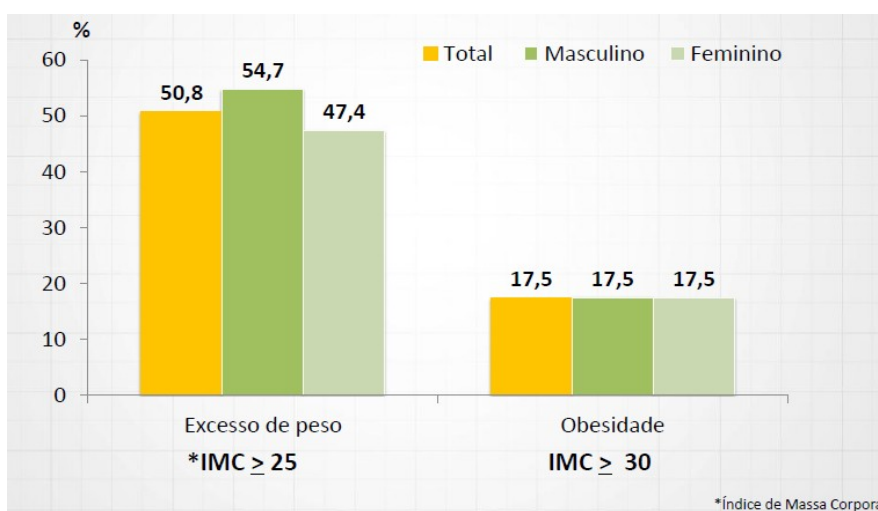


Fonte: Vigitel: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Figura 5- Percentual de adultos fumantes nas capitais e distrito federal do Brasil. Vigitel, 2013

EXCESSO DE PESO E OBESIDADE

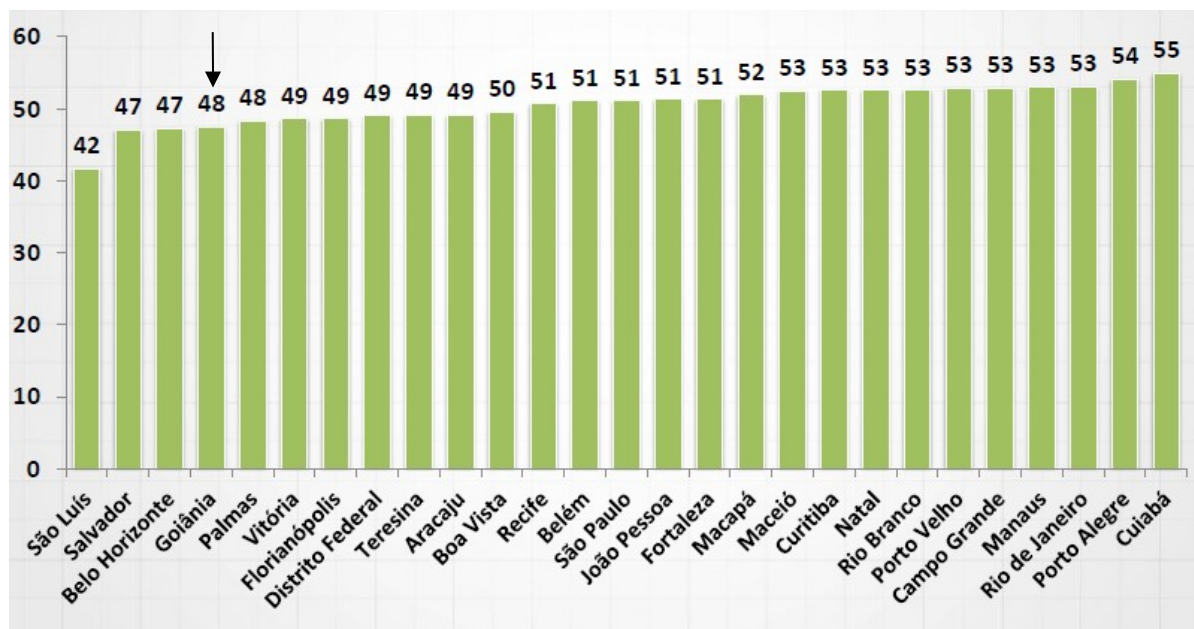
Em estudos epidemiológicos, o diagnóstico do estado nutricional de adultos é feito a partir do Índice de Massa Corporal (IMC), obtido pela divisão do peso, medido em quilogramas, pela altura ao quadrado, medida em metros (kg/m^2). O excesso de peso é diagnosticado quando o IMC alcança valor igual ou superior a $25 \text{ kg}/\text{m}^2$, enquanto que a obesidade é diagnosticada com valores de IMC superiores a $30 \text{ kg}/\text{m}^2$. Esses critérios são utilizados pelo Vigitel para analisar as informações sobre peso e altura fornecidas pelos entrevistados.

A figura 6 evidencia que os adultos (≥ 18 anos) apresentam excesso de peso (50,8%), sendo que a prevalência é maior entre os homens (54,7%). Em relação à obesidade verifica-se que tanto os homens como as mulheres encontram-se no mesmo patamar de 17,5%.



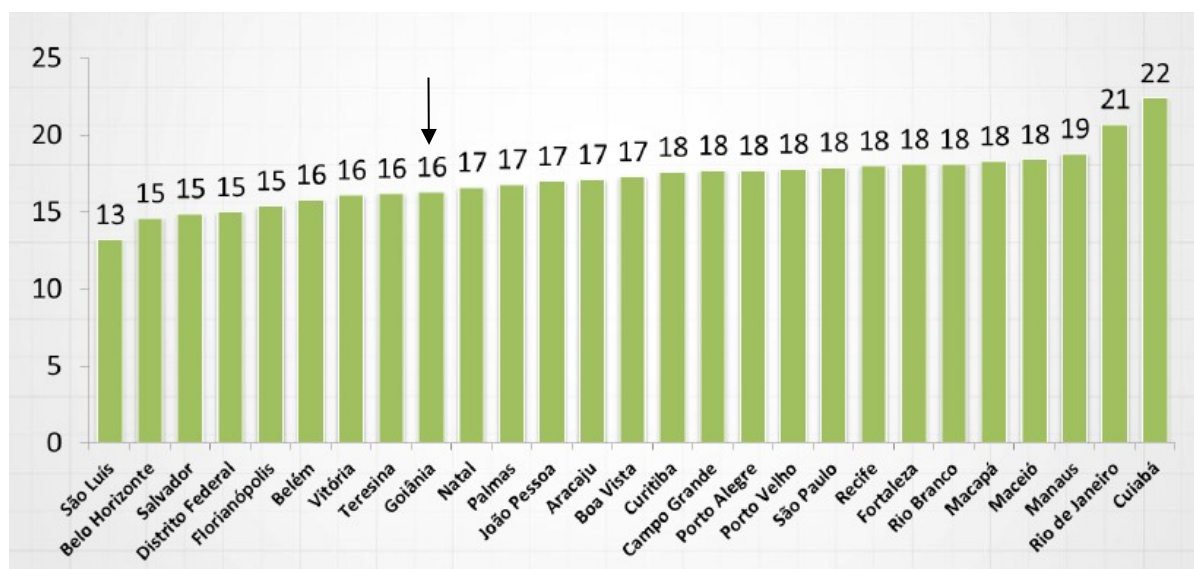
Fonte: Vigitel: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para DNCT por Inquérito Telefônico. Figura 6- Excesso de peso e obesidade dos sexos masculino, feminino no Brasil. Vigitel, 2013

A frequência de adultos com excesso de peso variou entre 42,0% em São Luís a 55% em Cuiabá. A mesma situação se repete quando analisamos a frequência da obesidade apontando mais uma vez São Luís com o menor percentual (13,0%) e Cuiabá (22,0%) com o maior (figura 7 e 8, respectivamente).



Fonte: Vigitel: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

Figura 7- Percentual de adultos (≥ 18 anos) com excesso de peso ($IMC \geq 25kg/m^2$), segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal. Vigitel, 2013

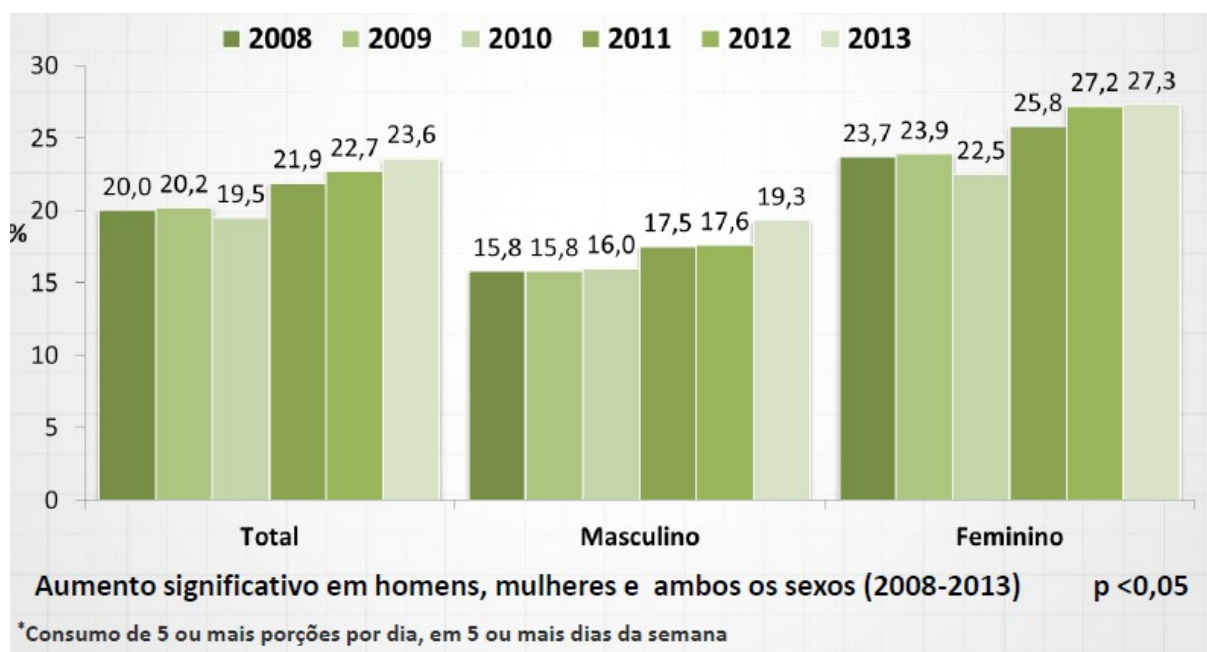


Fonte: Vigitel: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

Figura 8- Percentual de adultos (≥ 18 anos) com obesidade ($IMC \geq 30kg/m^2$), segundo as capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal. Vigitel, 2013

CONSUMO ALIMENTAR

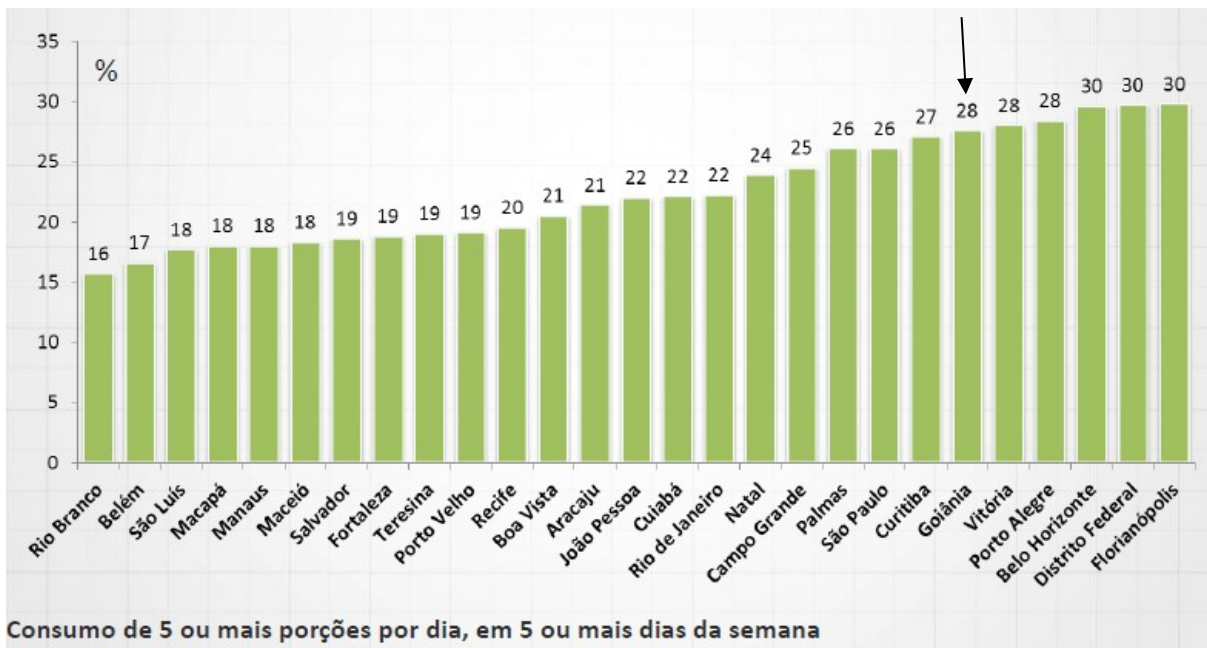
A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a ingestão diária de pelo menos 400 gramas de frutas e hortaliças, o que equivale, aproximadamente, ao consumo diário de cinco porções desses alimentos. O Vigitel utilizou esse indicador como um dos marcadores de padrão saudável, avaliando a frequência do consumo de frutas e hortaliças. Considerou-se regular quando tanto o consumo de frutas e hortaliças era consumido em cinco ou mais dias da semana. Na figura 9 verifica-se que o consumo recomendado de frutas e hortaliças pelos adultos cresceu de 20% no ano 2008 para 23,6% em 2013.



Fonte: Vigitel: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

Figura 9- Frequência do consumo recomendado de frutas e hortaliças por sexo do ano de 2008 a 2013, Brasil. Vigitel, 2013

O consumo recomendado de frutas e hortaliças pelos adultos nas capitais brasileiras (figura 10) apontou a capital de Rio Branco com o menor consumo (16%) e Florianópolis com o maior (30%).



Fonte: Vigilatel: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

Figura 10- Percentual de consumo recomendado de frutas e hortaliças nas capitais e distrito federal do Brasil. Vigilatel, 2013

CONSUMO DE BEBIDA ALCÓOLICA

O Consumo de bebidas alcoólicas foi considerado abusivo quando a ingestão constituiu-se de quatro ou mais doses, para mulheres, ou cinco ou mais doses, para homens, em uma mesma ocasião dentro dos últimos 30 dias. Considerou-se como dose de bebida alcoólica: uma dose de bebida destilada, uma lata de cerveja ou uma taca de vinho.

No conjunto da população adulta das 27 cidades estudadas, a frequência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas variou entre 10,6% em Manaus e 21,9% em Aracaju. As maiores frequências, entre homens, foram observadas nas cidades de Aracaju (35,0%), São Luís (33,0%) e Cuiabá (31,0%) e, entre mulheres, em Belo Horizonte (15,0%), Salvador (14,0%) e Campo Grande (13,0%). As menores frequências do consumo abusivo de bebidas alcoólicas no sexo masculino ocorreram em Manaus (17,0%), Rio Branco (19,0%) e Porto Alegre (20,0%) e, no sexo feminino, em Curitiba (4,0%), Manaus (5,0%) e Rio Branco (6,0%) (Tabela 3 e Figuras 11 e 12, respectivamente).

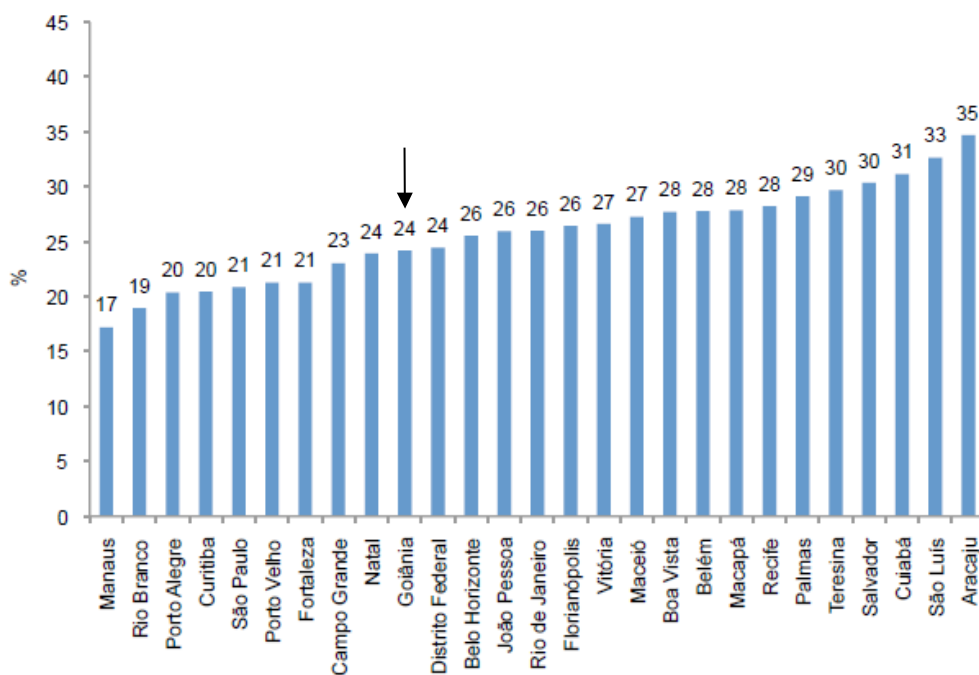
Tabela 3- Percentual de adultos (≥ 18 anos) que, nos últimos 30 dias, consumiram quatro ou mais doses (mulher) ou cinco ou mais doses (homem) de bebida alcoólica em uma mesma ocasião, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. Vigitel, 2013

Capitais / DF	Sexo					
	Total		Masculino		Feminino	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Aracaju	21,9	19,0 - 24,9	34,7	29,4 - 39,9	11,5	9,0 - 14,1
Belém	17,1	14,8 - 19,4	27,8	23,7 - 31,9	8,0	5,9 - 10,1
Belo Horizonte	19,6	17,4 - 21,8	25,5	21,8 - 29,3	14,5	12,0 - 17,1
Boa Vista	17,2	14,3 - 20,0	27,7	22,6 - 32,8	7,2	5,2 - 9,2
Campo Grande	17,6	15,0 - 20,1	23,0	18,6 - 27,4	12,6	9,9 - 15,3
Cuiabá	21,1	18,4 - 23,8	31,1	26,4 - 35,8	11,9	9,4 - 14,4
Curitiba	11,7	9,7 - 13,8	20,5	16,6 - 24,3	4,1	2,7 - 5,5
Florianópolis	18,3	15,9 - 20,7	26,4	22,2 - 30,7	10,9	8,5 - 13,4
Fortaleza	13,7	11,7 - 15,7	21,3	17,6 - 24,9	7,3	5,4 - 9,2
→ Goiânia	16,6	14,4 - 18,7	24,2	20,4 - 28,0	9,9	7,6 - 12,1
João Pessoa	15,2	12,4 - 18,1	26,0	20,6 - 31,3	6,4	4,5 - 8,3
Macapá	18,0	15,2 - 20,7	27,8	22,8 - 32,9	8,7	6,4 - 11,0
Macelô	16,2	13,7 - 18,7	27,3	22,6 - 32,0	7,1	5,0 - 9,3
Manaus	10,6	8,6 - 12,7	17,2	13,4 - 21,0	4,6	2,9 - 6,3
Natal	14,7	12,5 - 16,8	23,9	19,9 - 27,9	6,9	4,9 - 8,8
Palmas	19,6	16,9 - 22,4	29,1	24,0 - 34,2	10,7	8,3 - 13,0
Porto Alegre	14,0	11,8 - 16,1	20,4	16,5 - 24,2	8,7	6,5 - 10,9
Porto Velho	16,1	13,8 - 18,4	21,2	17,6 - 24,9	10,6	7,9 - 13,4
Recife	18,3	15,9 - 20,7	28,2	23,9 - 32,6	10,3	8,0 - 12,7
Rio Branco	12,3	10,2 - 14,5	18,9	15,0 - 22,9	6,3	4,3 - 8,3
Rio de Janeiro	17,8	15,6 - 20,0	26,0	22,0 - 30,0	11,0	8,8 - 13,1
Salvador	21,4	19,1 - 23,6	30,4	26,4 - 34,3	13,9	11,6 - 16,3
São Luís	21,3	18,6 - 24,0	32,6	27,8 - 37,5	11,9	9,4 - 14,5
São Paulo	14,6	12,6 - 16,5	20,8	17,5 - 24,2	9,2	7,1 - 11,3
Teresina	20,0	17,3 - 22,7	29,7	24,8 - 34,5	12,0	9,3 - 14,6
Vitória	18,3	16,0 - 20,6	26,6	22,6 - 30,6	11,3	8,8 - 13,7
Distrito Federal	16,4	14,2 - 18,5	24,5	20,6 - 28,4	9,3	7,3 - 11,3

* Percentual ponderado para ajustar a distribuição sociodemográfica da amostra Vigitel à distribuição da população adulta de cada cidade projetada para o ano de 2013 (ver Aspectos Metodológicos).

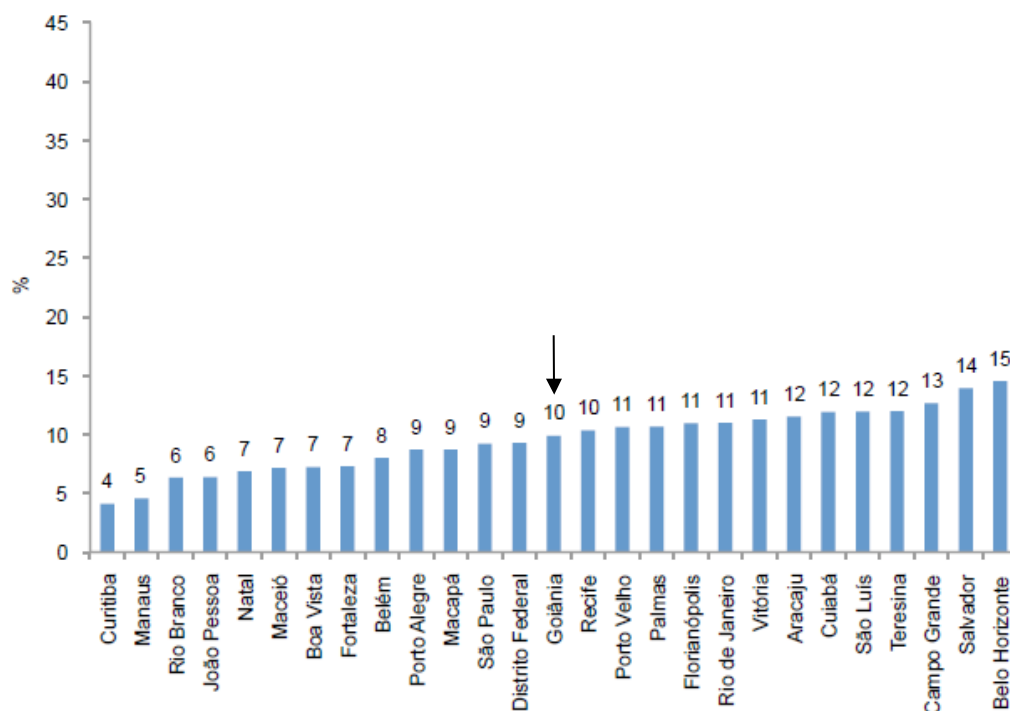
Vigitel: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

IC95%: intervalo de Confiança de 95%.



Fonte: Vigitel: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

Figura 11- Percentual de homens (≥ 18 anos) que, nos últimos 30 dias, consumiram cinco ou mais doses de bebida alcoólica em uma mesma ocasião segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. Vigitel, 2013



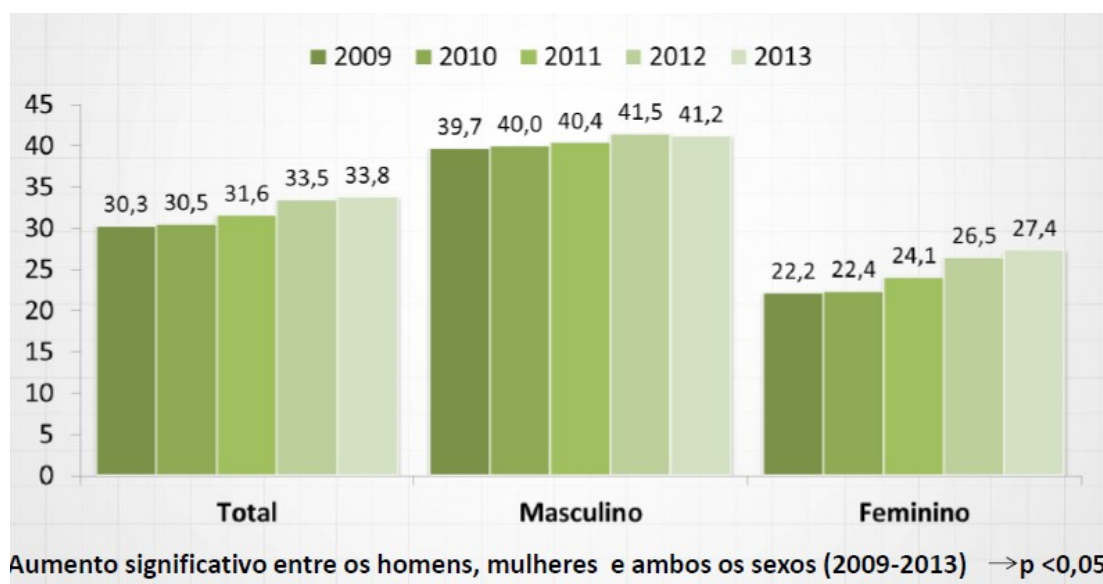
Fonte: Vigitel: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

Figura 12- Percentual de mulheres (≥ 18 anos) que, nos últimos 30 dias, consumiram quatro ou mais doses de bebida alcoólica em uma mesma ocasião segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. Vigitel, 2013

ATIVIDADE FÍSICA

O nível de atividade física dos adultos pode ser avaliado em quatro domínios: no tempo livre (lazer), no trabalho, no deslocamento e no âmbito das atividades domésticas. Foram consideradas no indicador atividades físicas no tempo livre, percentual de adultos que praticam atividades físicas no tempo livre equivalente a pelo menos 150 minutos de atividade de intensidade moderada por semana.

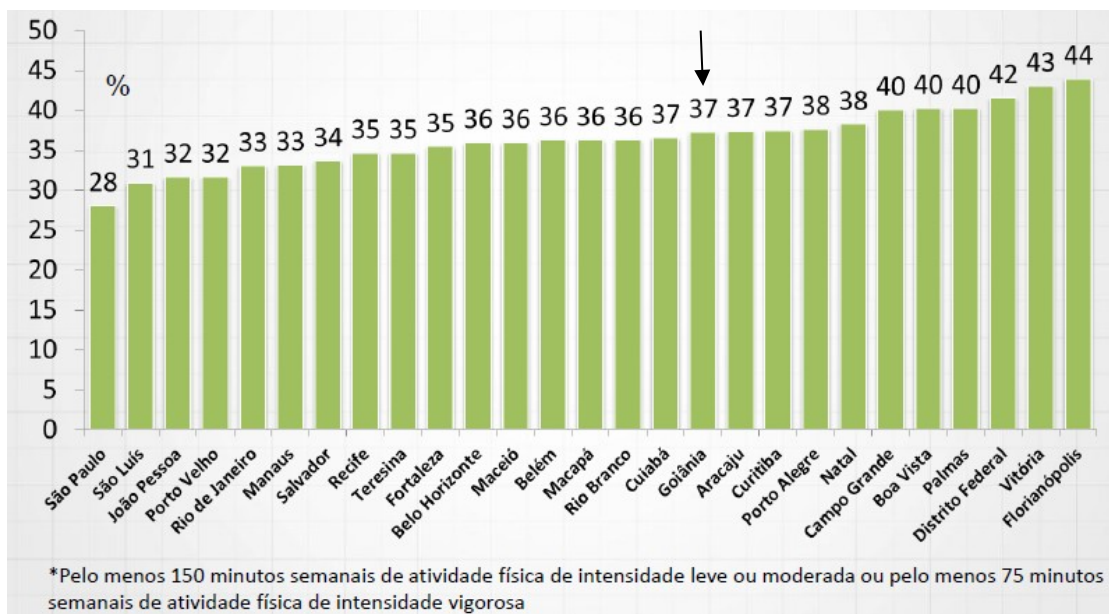
A frequência de adultos que praticam atividades físicas no tempo livre equivalente a pelo menos 150 minutos de atividade de intensidade moderada por semana apontou um aumento de 30,3% em 2009 para 33,8% em 2013. Em relação aos adultos homens ampliou de 39,7% em 2009 para 41,2% em 2013; as mulheres de 22,2% em 2009 para 27,4% em 2013 (Figura 13).



Fonte: Vigitel: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

Figura 13- Frequência de atividade física no tempo livre (lazer) por sexo nas capitais brasileiras de 2009 a 2013. Vigitel, 2013

Em relação aos adultos que praticam o nível recomendado de atividade física no tempo livre nas capitais do Brasil mostrou uma menor frequência em São Paulo (28,0%), São Luís (31,0%) e João Pessoa (32,0%) e as maiores em Florianópolis (44,0%), Vitória (43,0%) e 42,0% no Distrito Federal (Figura 14).



Fonte: Vigitel: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

Figura 14- Adultos que praticam o nível recomendado* de atividade física no tempo livre nas capitais brasileiras. Vigitel, 2013

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

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

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

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

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

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei Federal nº 9.294/1996**. Presidência da República. Casa civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Brasília, 1996

_____. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico/Vigitel** 2013. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

FRENK, J. *et al.* La transición epidemiológica en América Latina. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana** (OSP), v. 111, n. 6, p. 485-96, dic. 1991.

FRENK, J. Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico. **Commission on Social Determinants of Health**, Nairobi, 29 de junho de 2006.

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

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

_____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2012.

OMRAN, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **The Milbank Memorial Fund Quarterly**, v. 49, n. 4, part 1, 1971.

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

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil, acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde**, 2008. Rio de Janeiro: Fiocruz/MS/IBGE; 2010.

SANTOS-PRECIADO, J. I. *et al.* La transición epidemiológica de las y de los adolescentes en México. **Salud Pública Méx.**, 45, supl.1, 2003.

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

Von KORFF, M. *et al.* Collaborative management of chronic illness. **Annals of Internal Medicine**, v. 127, n. 12, 1997.



TEXTO 2: A SITUAÇÃO DE SAÚDE DO ESTADO / REGIÃO DE SAÚDE

CARACTERIZAÇÃO DA SES

A Secretaria de Estado da Saúde (SES) tem a missão de coordenar a formação da Política Estadual de Saúde, promover a sua implementação e permanente avaliação, de modo a garantir o desenvolvimento de ações e serviços que respeitem os princípios do SUS, com a participação de seus usuários e que contribuam para a melhoria da qualidade de vida da população no Estado de Goiás. Atualmente, a estrutura organizacional da SES está conforme descrito na figura 1.

Figura 1 – Organograma da Secretaria de Estado da Saúde



Em relação ao contexto institucional, a Secretaria de Estado da Saúde/Governo de Goiás é composta por 6 superintendências, dentre as quais a Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde, na qual se insere a Atenção Primária à Saúde (APS).

A Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde - SPAIS tem a missão institucional de: formular, implantar/implementar a Política de Atenção Integral à Saúde Estadual, nos três níveis de atenção, coordenando, monitorando e avaliando as ações de saúde, as redes de assistência e os programas de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, em articulação com as demais estruturas da SES e municípios, adequando as políticas nacionais às diversidades regionais.

Dentro da SPAIS, a gestão da APS está inserida na Gerência de Atenção à Saúde, que é a responsável pela formulação, implantação, implementação e acompanhamento das Políticas de Atenção à Saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde, na média e alta complexidade e dentro dos preceitos do HumanizaSUS; estas ações ocorrem em parceria com as Regionais de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde e Ministério da Saúde. A Coordenação de Atenção Primária de Saúde conta com 13 Técnicos.

CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO E DA REGIÃO DE SAÚDE

O Estado de Goiás, desde dezembro de 2014, conta com um Centro de Informações e Decisões Estratégicas em Saúde – O Conecta SUS Zilda Arns Neumann que tem como objetivos ter informações atualizadas; otimizar o planejamento de Saúde do Estado; tomar decisões estratégicas, consequentes e rápidas; fortalecer o SUS e proporcionar uma efetiva melhoria da qualidade de vida da população. Além do CONECTA SUS, Goiás conta também com uma equipe

que trabalha com o Mapa de Saúde do Estado de Goiás, com indicadores georreferenciados. Estas foram basicamente as fontes para elaboração do texto a seguir.

1) PERFIL SOCIO-ECONÔMICO E DEMOGRÁFICO

O Estado de Goiás está localizado no Planalto Central do Brasil, ocupando uma área de 341.289,5 Km², o que representa 3,99% da área do País. Faz divisa, ao norte, com o Estado do Tocantins, a oeste com os Estados do Mato Grosso e Mato Grosso do Sul e a leste com os Estados da Bahia e Minas Gerais. Sua população, segundo estimativa do IBGE em 2014, é de 6.522.272 habitantes.

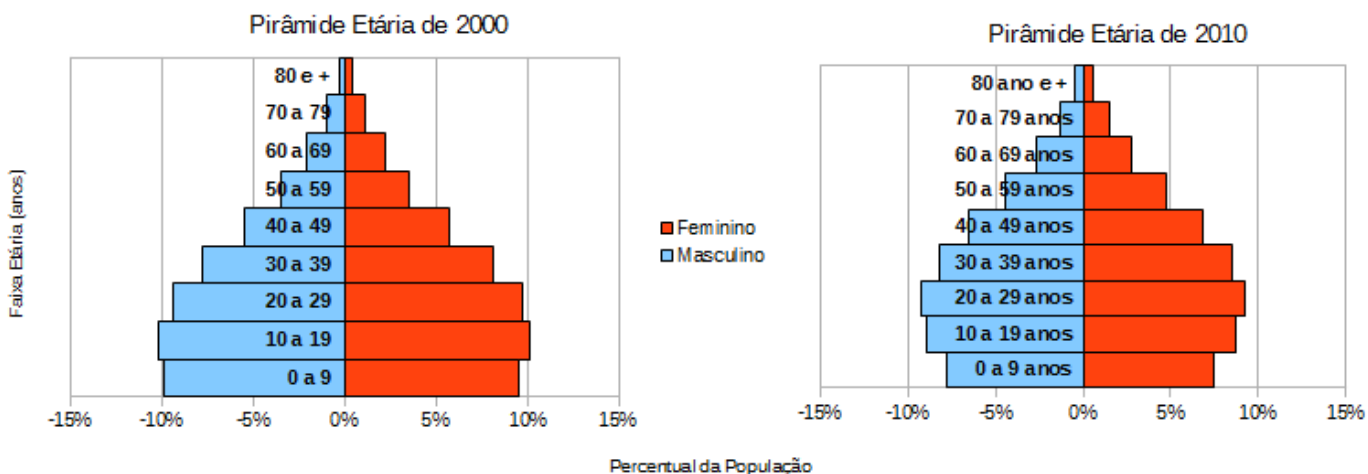
Comparando o Censo de 2010 com o de 2000 (Quadro 01), observa-se um incremento de 35,44% da população na faixa etária de mais de 40 anos, observando-se uma tendência de envelhecimento de sua população. Esta tendência de envelhecimento, nestes últimos dez anos, se deu principalmente pelo contínuo declínio dos níveis de fecundidade, pela melhoria das condições de vida, refletindo numa maior expectativa de vida. Por outro lado, houve redução de 6,89% da população de 0 a 19 anos. Em 2010, a população residente de 0 a 19 anos representava 32,93% da população, de 20 a 39 anos 35,28%, de 40 a 59 anos 22,47%, e a população acima de 60 anos era de 9,32%. A quantidade de idosos subiu 35,44% na última década, sendo que hoje, a quantidade é superior à população de crianças com idade de até 4 anos^[9]. Segundo a Organização Mundial de Saúde/OMS, uma população é considerada envelhecida quando apresenta mais de 6% de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Em 2010, a esperança de vida ao nascer no Brasil era de 73,8 anos (73 anos, 5 meses e 24 dias) e em 2009 foi de 73,9 anos um incremento de 0,31 anos (3 meses e 22 dias) e de 3,03 anos (3 anos e 10 dias) sobre o indicador de 2000.

Quadro 01 – População Residente por Faixa Etária e Sexo – Goiás/2000-2010

Faixa etária	2000		2010	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Menor de 1 ano	47.233	45.493	43.956	42.490
1 a 4 anos	198.948	190.971	178.818	172.600
5 a 9 anos	248.159	238.733	241.633	231.094
10 a 14 anos	252.690	244.518	269.952	261.006
15 a 19 anos	260.633	260.205	268.462	265.128
20 a 29 anos	470.482	483.641	556.508	554.233
30 a 39 anos	389.475	406.787	495.214	510.690
40 a 49 anos	275.175	283.252	392.849	409.876
50 a 59 anos	173.824	174.193	265.301	282.353
60 a 69 anos	107.169	109.844	157.509	166.758
70 a 79 anos	50.980	52.422	81.218	89.213
80 anos e mais	17.670	20.731	30.207	36.720
Total	2.492.438	2.510.790	2.981.627	3.022.161

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas

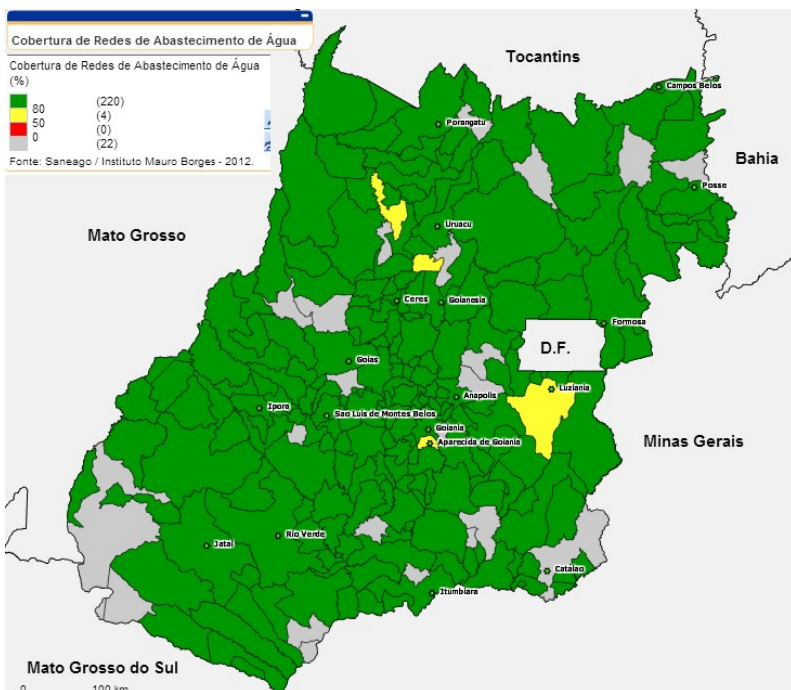
Figura 2 – Pirâmides Etárias Goiás, 2000 e 2010



Condições de Saneamento Básico:

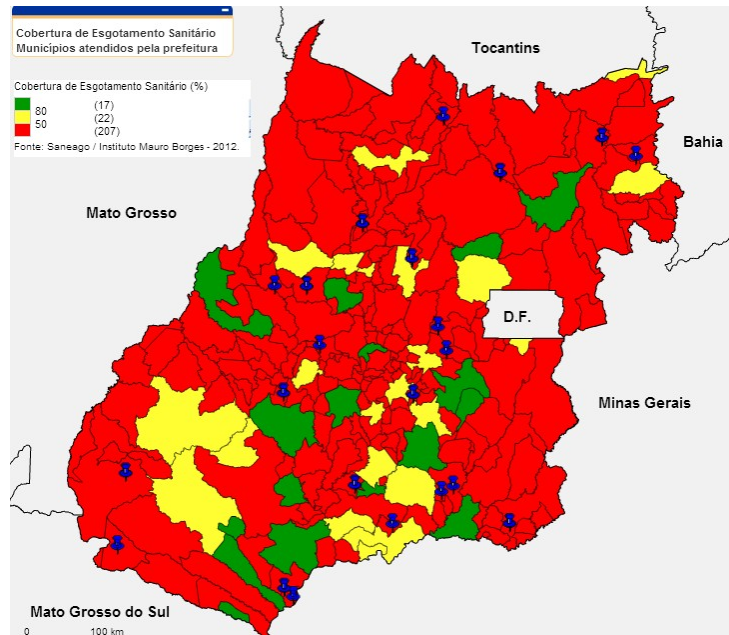
A cobertura de serviços de abastecimento de água mede o abastecimento adequado à população, por meio de rede geral de distribuição. Segundo o Instituto Mauro Borges, no Estado de Goiás, 220 municípios contam com rede de abastecimento de água servida pela Rede de Saneamento de Goiás - SANEAGO e apenas 22 municípios, que estão na cor cinza na figura 3 contam com rede de distribuição de água tratada pela própria prefeitura.

Figura 3. Cobertura de Redes de Abastecimento de Água, Goiás, 2012



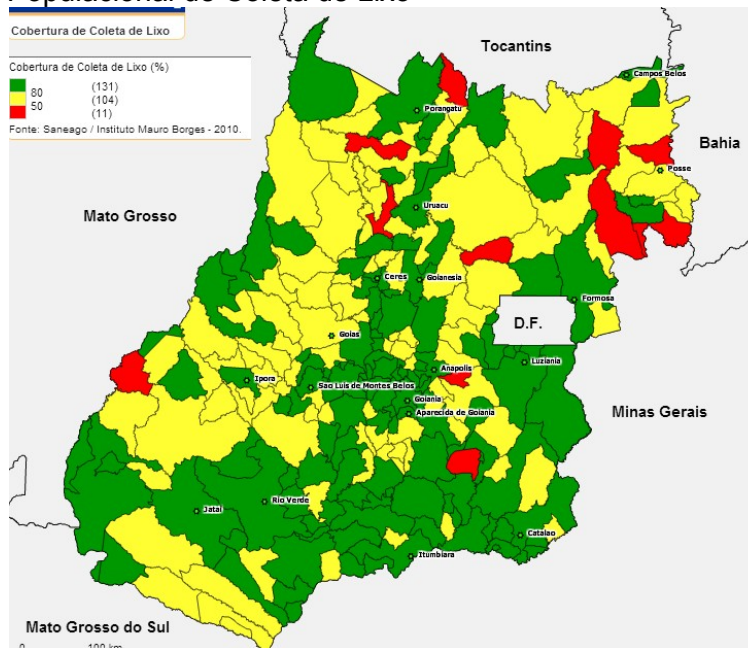
Quanto a rede de esgoto, apenas 17 municípios goianos contam com rede pública de esgotamento sanitário garantido pela SANEAGO e 22 municípios são atendidos pela própria prefeitura (figura 4).

Figura 4. Cobertura de Esgotamento Sanitário, Goiás, 2012.



O indicador de Cobertura de Coleta de Lixo mede a cobertura populacional de serviços regulares de coleta domiciliar de lixo. No Estado, verifica-se que em 131 municípios, 80% ou mais de sua população contam com coleta regular de lixo, em 104 municípios, de 79,99 % a 50% de sua população contam com o mesmo serviço e 11 municípios têm uma cobertura populacional menor de 50% (figura 5).

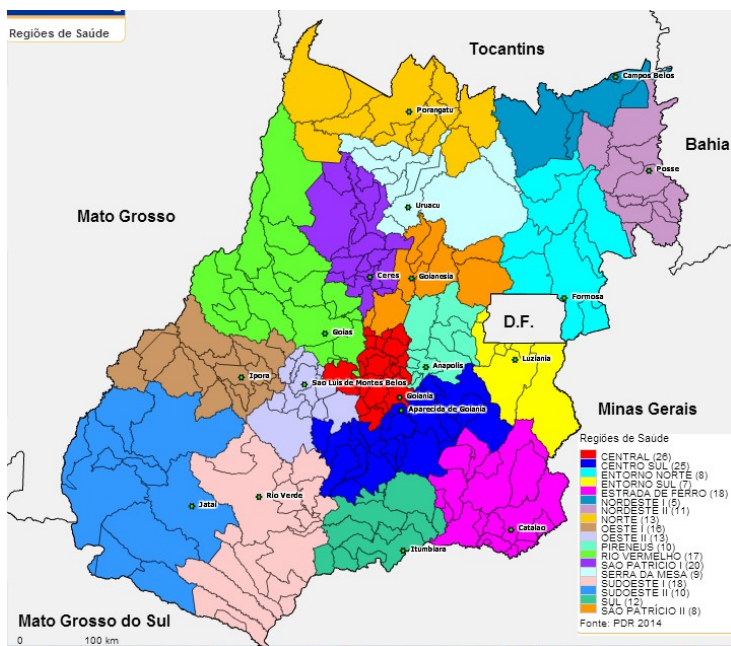
Figura 5. Cobertura Populacional de Coleta de Lixo



Em Goiás, a população está mais concentrada na região centro-sul do Estado, apresentando grandes variações, com 1 habitante/Km² em Nova Roma, localizado no Nordeste Goiano, a 2.197 hab/ Km² em Valparaíso de Goiás, na região do entorno do Distrito Federal.

Atualmente, o estado está dividido em cinco Macrorregiões: Nordeste, Centro Oeste, Centro Norte, Centro Sudeste e Sudoeste. Estas Macrorregiões estão subdivididas em 18 regiões de saúde, agrupando os 246 municípios goianos. No processo de descentralização e hierarquização da saúde, cada uma delas possui um município sede da Regional de Saúde, representando a Secretaria de Estado da Saúde, com ações administrativas e técnicas. (figura 6)

Figura 6. Divisão Estadual por Regiões de Saúde



Quadro 2. PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DO ESTADO DE GOIÁS 2015 – POP.

PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DO ESTADO DE GOIÁS 2015 – POP. 2014												
CENTRO OESTE / 2.210.127			CENTRO NORTE / 1.089.198			NORDESTE / 1.207.393			SUDOESTE / 635.709		CENTRO SUDESTE / 1.379.845	
CENTRAL	OESTE I	116.841	NORTE	140.321	ENTORNO NORTE	248.821	SUDOESTE I	420.427	CENTRO SUL	849.421		
ABADIA DE GOIÁS	7.733	AMORINÓPOLIS	3.528	BONÓPOLIS	3.916	ÁGUA FRIA DE GOIÁS	5.451	ACREÚNA	21.549	APARECIDA DE GOIÂNIA	511.323	
ANICUNS	21.338	ARAGARÇAS	19.428	CAMPINAÇU	3.744	ALTO PARAÍSO	7.328	AP. DO RIO DOCE	2.505	ARAGOIÂNIA	9.278	
ARAÇU	3.800	ARENÓPOLIS	3.122	ESTRELA DO NORTE	3.389	CABECEIRAS	7.773	CACHOEIRA ALTA	11.517	BELA VISTA DE GOIÁS	27.112	
AVELINÓPOLIS	2.501	BALIZA	4.321	FORMOSO	4.780	FLORES DE GOIÁS	13.988	CACU	14.603	BONFINÓPOLIS	8.508	
BRAZABRANTES	3.485	BOM JARDIM DE GOIÁS	8.790	MINAÇU	31.206	FORMOSA	110.388	CASTELÂNDIA	3.659	CALDAZINHA	3.582	
CAMPESTRE DE GOIÁS	3.560	DIORAMA	2.595	MONTIVÍDIU DO NORTE	4.356	PLANALINA	86.751	ITAJÁ	5.005	CEZARINA	8.119	
CATURAI	4.944	FAZENDA NOVA	6.239	MUNDO NOVO	6.046	SÃO JOÃO D'ALIANÇA	11.771	ITARUMÁ	6.777	CRISTIANÓPOLIS	3.020	
DAMOLÂNDIA	2.886	IPORÁ	32.169	MUTUNÓPOLIS	3.922	VILA BOA	5.371	LAGOA SANTA	1.406	CROMÍNIA	3.622	
GOIÂNIA	1.412.364	ISRAELÂNDIA	2.930	NOVO PLANALTO	4.252		8	248.821	MAURILÂNDIA	12.737	EDEALINA	3.816
GOIANIRA	38.607	IVOLÂNDIA	2.628	PORANGATU	44.534				MONTIVÍDIU	11.858	EDEIA	11.952
GUAPÓ	14.419	JAUPACI	3.034	SANTA TEREZA DE GOIÁS	3.868	ENTORNO SUL	812.707	PARANAIGUARA	9.678	HIDROLÂNDIA	19.392	
INHUMAS	51.144	MOIPORÁ	1.724	SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA	22.750	ÁGUAS LINDAS DE GOIÁS	182.526	PORTEIRÃO	3.624	INDIARA	14.729	
ITAGUARI	4.688	MONTE CLAROS DE GO	8.217	TROMBAS	3.558	CIDADE OCIDENTAL	62.903	QUIRINÓPOLIS	46.788	JANDAIA	6.281	
ITAUÇU	8.925	NOVO BRASIL	3.392	13	140.321	CRISTALINA	52.235	RIO VERDE	202.221	LEOPOLDO DE BULHÕES	8.150	
JESUÍPOLIS	2.428	PALESTINA DE GOIÁS	3.490	SERRA DA MESA	125.947	LUZÂNIA	191.139	SÃO SIMÃO	18.804	MAIRIPOTABA	2.433	
NAZÁRIO	8.532	PIRANHAS	11.238	ALTO HORIZONTE	5.307	NOVO GAMA	104.899	STA HELENA DE GOIÁS	38.188	ORIZONA	15.140	
NERÓPOLIS	26.857	16	116.841	AMARALINA	3.658	STO ANT. DESCOBERTO	69.000	STO. ANT. DA BARRA	4.679	PIRACANJUBA	24.768	
NOVA VENEZA	8.957			CAMPINORTE	11.940	VALPARAISO DE GOIÁS	150.005	TURVELÂNDIA	4.829	PONTALINA	17.811	
OURO VERDE DE GOIÁS	4.039	OESTE II	112.423	COLINAS DO SUL	3.563	7	812.707	18	420.427	PROFESSOR JAMIL	3.390	
PETROLINA DE GOIÁS	10.546	ADELÂNDIA	2.554	HIDROLINA	3.966					S. MIGUEL DO P. QUATRO	3.961	
SANTA BARBARA DE GOIÁS	6.189	AURILÂNDIA	3.553	MARA ROSA	10.511	NORDESTE I	45.686	SUDOESTE II	215.282	SENADOR CANEDO	97.719	
SANTA ROSA DE GOIÁS	2.772	BURITI DE GOIÁS	2.600	NIQUELÂNDIA	44.895	CAMPOS BELOS	19.412	APORE	4.043	SILVÂNIA	20.106	
SANTO ANTONIO DE GOIÁS	5.391	CACHOEIRA DE GOIÁS	1.430	NOVA IGUAÇU DE GOIÁS	2.935	CAVALCANTE	9.747	CAIAPÔNIA	17.962	VARÃO	3.813	
SÃO FRANCISCO DE GOIÁS	6.328	CÓRREGO DO OURO	2.590	URUAÇU	39.172	DIVINÓPOLIS DE GOIÁS	5.032	CHAPADAO DO CEU	8.318	MANÓPOLIS	13.343	
TAQUARAL DE GOIÁS	3.627	FIRMINÓPOLIS	12.492	9	125.947	MONTE ALEGRE DE GOIÁS	8.243	DOVERLÂNDIA	7.890	VICENTINÓPOLIS	8.053	
TRINDADE	115.470	PALMEIRAS DE GOIÁS	25.920	PIRENEUS	488.380	TERESINA DE GOIÁS	3.252	JATAÍ	94.890	25	849.421	
26	1.781.530	PALMINÓPOLIS	3.659	ABADIANIA	17.701	5	45.686	MINEIROS	59.275	ESTRADA DE FERRO	286.433	
		PARAUNA	11.187	ALEXÂNIA	25.805			PEROLÂNDIA	3.090	ANHANGUERA	1.093	
		S. JOÃO DAPARAUNA	1.623	ANÁPOLIS	361.991	NORDESTE II	100.179	PORTELÂNDIA	4.000	CALDAS NOVAS	79.705	
RIO VERMELHO	199.333	SÃO LUÍS DE MONTES BELOS	32.164	CAMPO LIMPO	6.957	ALVORADADO NORTE	8.499	SERRANÓPOLIS	8.055	CAMPO ALEGRE DE GO	6.765	
AMERICANO DO BRASIL	5.866	7.774	7.774	COCALZINHO DE GOIÁS	18.871	BURITINÓPOLIS	3.396	STA. RITADO ARAGUANA	7.759	CATALÃO	96.836	
ARAGUAPAZ	7.795	4.877	4.877	CORUMBÁ DE GOIÁS	10.895	DAMIANÓPOLIS	3.383	10	215.282	CORUMBÁIBA	8.945	
ARUANÁ	8.542	112.423	112.423	GAMELEIRA DE GOIÁS	3.605	GUARANI DE GOIÁS	4.235			CUMARI	3.001	
BRITÂNIA	5.748			GOIANÁPOLIS	11.013	IACIARA	13.292			DAVINÓPOLIS	2.123	
FAINA	7.034			PIRENÓPOLIS	24.279	MAMBAÍ	7.772			GOIANDIRA	5.520	
GOIÁS	24.615			TEREZÓPOLIS DE GOIÁS	7.262	NOVA ROMA	3.487			IPAMERI	26.178	
GUARAITÁ	2.300			10	488.380	POSSE	34.192			MARZAGÃO	2.184	
HEITORAI	3.718			SÃO PATRÍCIO I	167.159	SÃO DOMINGOS	12.163			NOVA AURORA	2.168	
ITABERAÍ	38.983			CAMPOS VERDES	4.115	SIMOLÂNDIA	6.804			OUIDOR	6.038	
ITAPIRAPUÁ	7.017			CARMO DO RIO VERDE	9.571	SÍTIO D'ABADIA	2.956			PALMELO	2.412	
ITAPURANGA	26.687			11	21.792	100.179				PIRES DO RIO	30.469	
JUSSARA	19.402			CRIXÁS	16.592					RIO QUENTE	3.828	
MATRINHÃ	4.505			GUARINOS	2.177					SANTA CRUZ DE GOIÁS	3.119	
MOSSÂMEDES	4.878			IPIRANGA DE GOIÁS	2.935					TRÊS RANCHOS	2.896	
MOZARLÂNDIA	14.558			ITAPACI	20.557					URUTAI	3.153	
NOVA CRIXÁS	12.571			MORRO AGUDO DE GOIÁS	2.378					18	286.433	
SANTA FÉ DE GOIÁS	5.134			NOVA AMÉRICA	2.350					SUL	243.991	
17	199.333			NOVA GLÓRIA	8.604					ÁGUA LIMPA	2.007	
				PILAR DE GOIÁS	2.658					ALOÂNDAIA	2.084	
				RIALMA	10.935					BOM JESUS DE GOIÁS	22.872	
				RIANÓPOLIS	4.768					BURITI ALEGRE	9.431	
				RUBIATABA	19.747					CACHOEIRA DOURADA	8.399	
				SANTA ISABEL	3.825					GOIATUBA	33.902	
				SÃO LUÍZ DO NORTE	4.932					GOUVELÂNDIA	5.417	
				SÃO PATRÍCIO	2.058					INACIOLÂNDIA	6.023	
				STA TEREZINHA DE GOIÁS	10.008					ITUMBIARA	99.526	
				UIRAPURU	2.980					JOVIANIA	7.398	
				URUANA	14.187					MORRINHOS	44.204	
				20	167.159					PANAMA	2.728	
				SÃO PATRÍCIO II	167.391					12	243.991	
				BARRO ALTO	9.820							
				GOIANÉSIA	64.861							
				ITAGUARU	5.504							
				JARAGUÁ	45.048							
				MIMOSO DE GOIÁS	2.723							
				PADRE BERNARDO	30.599							
				STARITÁ DO N. DESTINO	3.316							
				VILAPROPÍCIO	5.520							
				8	167.391							

REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS

POPULAÇÃO ESTIMADA 2014: 6.522.272 FONTE: IBGE

GERÊNCIA DE REGIONALIZAÇÃO E CONFORMAÇÃO DE REDES - SPAIS/SES - DEZEMBRO 2014.

LEGENDA:

Macrorregião
Região
Município Polo

2) ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Morbidade- Causas de Internação

Os dados de morbidade e mortalidade nos mostra quais as doenças e agravos que mais acometem nossa população e quais levam ao óbito. As maiores causas de internações hospitalares de residentes em Goiás (Quadro 03) estão descritas a seguir.

A gravidez, parto e puerpério traz, em 2014, um total de 16,73% e de 17,08% em 2015 das internações (1ª maior causa) considerando que a quase totalidade dos partos são hospitalares. No que se refere a internações por intercorrências obstétricas, acredita-se que podem ser em decorrência do início tardio do pré-natal; baixo grau de escolaridade e as condições sócio-econômicas; baixa qualidade e resolutividade na Atenção; deficiência no diagnóstico precoce; deficiência na busca ativa de gestantes faltosas; falta de comprometimento de alguns profissionais; deficiência do sistema de referência e contrarreferência; alta rotatividade dos profissionais nos municípios.

As Doenças do Aparelho Respiratório responderam, em 2014, por 12,12% (2ª maior causa) e em 2015, por 11,67% (3ª maior causa até o momento) do total de internações de residentes do Estado de Goiás. As lesões por envenenamento e algumas outras consequências por causas externas tiveram aumento expressivo nesses últimos anos chegando em 2014 a 12,08% (3ª maior causa) de internações e em 2015, 12,47% (2ª maior causa até o momento). Esse indicador é representado principalmente pelas causas externas, decorrente dos homicídios e de acidentes de trânsito. Doenças do Aparelho Circulatório correspondem ao total de 9,80% e as doenças do aparelho digestivo responderam por 9,77% das internações em 2014. Em 2015, correspondem, respectivamente, a 9,73% e 9,15%, mantendo a 4ª e 5ª posição. Tal situação está fortemente relacionada a determinantes sócio-culturais relacionados à alimentação de baixa qualidade, à falta de atividade física, ao baixo desenvolvimento de ações de promoção à saúde, dentre outros.

Nos quadros 04 e 05, seguem as internações por residência nas Regiões de Saúde.

Quadro 03 - Internação Hospitalar por residência, Goiás 2014, Jan/abr 2015.

Diagnostico CID 10- Capitulo	2014		Jan/abr 2015	
	N.	%	N.	%
Gravidez, parto e puerpério	69.204	16,73	20.304	17,08
Doenças do aparelho respiratório	50.143	12,12	14.822	12,47
Lesões even e alg out conseq causas externas	49.981	12,08	13.873	11,67
Doenças do aparelho circulatório	40.550	9,80	11.572	9,73
Doenças do aparelho digestivo	40.389	9,77	10.881	9,15
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	32.383	7,83	10.023	8,43
Doenças do aparelho geniturinário	31.182	7,54	8.467	7,12
Neoplasias (tumores)	20.562	4,97	5.988	5,04
Transtornos mentais e comportamentais	12.725	3,08	3.668	3,09
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	11.276	2,73	3.219	2,71
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	10.307	2,49	2.772	2,33
Contatos com serviços de saude	9.162	2,22	2.720	2,29
Algumas afec originadas no per. perinatal	6.997	1,69	2.364	1,99
Sint. sinais e achad anorm ex clin e laborat	6.443	1,56	1.817	1,53

Doenças do sistema nervoso	6.136	1,48	1.746	1,47
Doenças da pele e do tec subcutâneo	6.122	1,48	1.656	1,39
Doenças do olho e anexos	3.584	0,87	1.107	0,93
Doenças do sg org hemat. e transt imunitários	3.311	0,80	920	0,77
Malf cong deformd e anomalias cromossômicas	2.407	0,58	687	0,58
Doenças do ouvido e da apófise mastoide	530	0,13	177	0,15
Causas externas de morbimortalidade	196	0,05	94	0,08
Total	413.590	100,00	118.877	100,00

Quadro 04 - Internações Hosp. por Residência e por CID-10, Reg. de Saúde, 2014

Capítulo CID-10	Centro Oeste				Centro Norte				Nordeste				Sudoeste		Centro Sudeste			
	Central	Rio Verm	Oeste I	Oeste II	Norte	S. Mesa	Pireneus	S.Patricio I	S.Patricio II	Ent Norte	Ent Sul	Nord I	Nord II	Sud I	Sud II	C. Sul	Est Ferro	Sul
XV. Gravidez parto e puerpério	17.858	1.573	704	615	1.017	928	5.896	1.142	1.624	3.419	10.309	136	874	4.046	1.789	8.797	1.889	1.873
X. Doenças do aparelho respiratório	12.571	2.588	785	921	1.309	758	3.800	2.181	1.691	1.025	2.574	177	742	3.106	1.413	6.951	2.035	1.955
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	14.065	1.433	646	784	858	880	4.051	1.596	932	1.184	3.689	144	400	2.681	1.351	8.061	2.116	1.534
IX. Doenças do aparelho circulatório	12.144	1.319	625	833	751	604	3.375	1.428	1.251	752	2.211	123	529	1.765	1.019	5.824	1.807	1.651
XI. Doenças do aparelho digestivo	10.755	1.510	706	936	985	826	2.741	1.289	1.044	749	2.745	164	555	2.444	1.542	5.394	1.915	1.579
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	8.997	1.362	490	870	674	908	1.743	1.761	1.092	528	1.365	201	788	1.560	1.083	4.066	1.406	937
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	7.201	1.522	624	706	968	540	1.979	1.566	996	784	1.845	118	517	1.939	1.224	4.059	1.592	1.280
II. Neoplasias (tumores)	6.843	731	424	370	274	258	1.696	389	284	446	1.544	61	150	1.040	659	2.330	832	671
V. Transtornos mentais e comportamentais	3.988	193	71	102	94	162	2.807	221	291	147	619	48	79	315	373	1.812	145	354
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2.507	743	259	343	285	275	600	620	493	158	476	30	407	515	381	1.613	623	437
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	3.473	247	192	156	186	189	703	493	181	185	595	19	92	515	367	1.239	410	322
XXI. Contatos com serviços de saúde	918	938	56	333	397	198	1.353	544	166	479	661	18	69	411	177	1.414	256	185
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	1.980	148	61	42	95	46	686	87	96	190	1.138	17	35	247	145	849	149	447
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1.250	95	111	53	50	87	601	309	316	244	468	17	131	452	211	949	434	241
VI. Doenças do sistema nervoso	1.974	107	100	103	104	163	370	132	142	171	558	26	115	260	207	644	297	241
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1.548	166	105	54	110	105	369	143	133	208	1.032	15	83	397	133	639	270	195
VII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1.126	74	44	53	44	28	815	135	46	26	176	15	14	96	58	379	83	79
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	747	196	54	55	115	68	248	124	177	75	244	9	32	199	61	423	181	120
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	827	48	38	34	48	30	158	50	45	74	306	5	18	94	58	236	62	66
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	192	11	7	8	15	3	28	9	19	22	52	-	1	37	15	48	9	17
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	33	6	4	-	11	3	9	2	14	31	19	-	1	5	3	15	15	17
Total	110.997	15.010	6.106	7.371	8.390	7.059	34.028	14.221	11.033	10.897	32.626	1.343	5.632	22.124	12.269	55.742	16.526	14.201

Quadro 05 - Intern. Hosp. por Residência / CID-10, Reg. de Saúde, jan. a mai. 2015

Capítulo CID-10	Centro Oeste				Centro Norte				Nordeste				Sudoeste		Centro Sudeste			
	Central	Rio Verm	Oeste I	Oeste II	Norte	S. Mesa	Pireneus	Patricio I	Patricio II	Ent Norte	Ent Sul	Nord I	Nord II	Sud I	Sud II	C. Sul	Est Ferro	Sul
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas exter	7.213	583	186	258	442	352	2.503	406	566	1.402	4.406	52	161	1.367	880	3.561	619	785
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	6.027	657	265	343	387	369	1.639	537	428	476	1.550	47	106	962	555	3.009	755	661
X. Doenças do aparelho respiratório	5.764	1.052	226	340	539	278	1.430	804	560	364	1.396	23	54	1.326	541	2.507	693	610
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	5.042	508	219	325	284	286	1.161	535	418	269	777	40	79	702	418	2.166	629	693
XI. Doenças do aparelho digestivo	4.367	633	183	401	348	279	973	440	322	300	1.214	41	93	756	586	1.890	546	523
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5.050	740	171	348	275	253	775	1.011	514	157	467	33	33	569	391	1.809	341	371
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	2.892	625	183	237	288	221	768	567	352	282	774	19	44	721	513	1.442	447	376
II. Neoplasias (tumores)	3.002	289	146	178	82	99	576	139	95	160	651	23	47	398	252	831	321	297
IX. Doenças do aparelho circulatório	1.600	81	25	27	31	74	1.108	88	125	35	119	6	13	168	142	705	47	201
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	1.525	128	66	76	83	64	349	182	83	87	265	17	22	169	131	555	135	123
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	783	493	47	107	122	67	180	220	183	47	162	8	30	159	132	453	149	134
XXI. Contatos com serviços de saúde	536	369	37	175	211	69	347	156	57	127	305	3	1	158	84	668	105	52
XV. Gravidez parto e puerpério	919	68	27	27	24	34	240	47	32	73	492	6	19	109	59	418	75	244
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	537	67	30	43	34	30	204	121	131	74	142	7	16	165	105	374	111	115
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	686	56	21	24	43	30	130	76	50	79	364	2	6	154	51	283	121	63
V. Transtornos mentais e comportamentais	724	55	19	61	50	49	175	43	55	49	214	7	16	95	79	260	92	92
VI. Doenças do sistema nervoso	478	30	22	17	17	12	393	48	12	12	80	7	8	28	23	151	31	36
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	329	88	8	21	30	25	100	58	72	25	75	2	6	65	27	129	55	35
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	354	17	10	7	13	17	62	12	19	37	142	5	14	32	21	92	22	21
VII. Doenças do olho e anexos	66	9	5	4	4	4	11	6	5	12	28	-	2	21	8	19	7	8
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	28	7	1	22	2	4	2	-	3	5	3	-	1	5	-	12	3	10
Total	47.922	6.555	1.897	3.041	3.309	2.616	13.126	5.496	4.082	4.072	13.626	349	770	8.129	4.998	21.334	5.304	5.450

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/MS/SUS)

Mortalidade – Causas de óbitos

De modo geral, observa-se que a Taxa Bruta de Mortalidade no Estado de Goiás é maior que a média da região Centro Oeste e menor que a média do país, apresentando frequência crescente a cada ano.

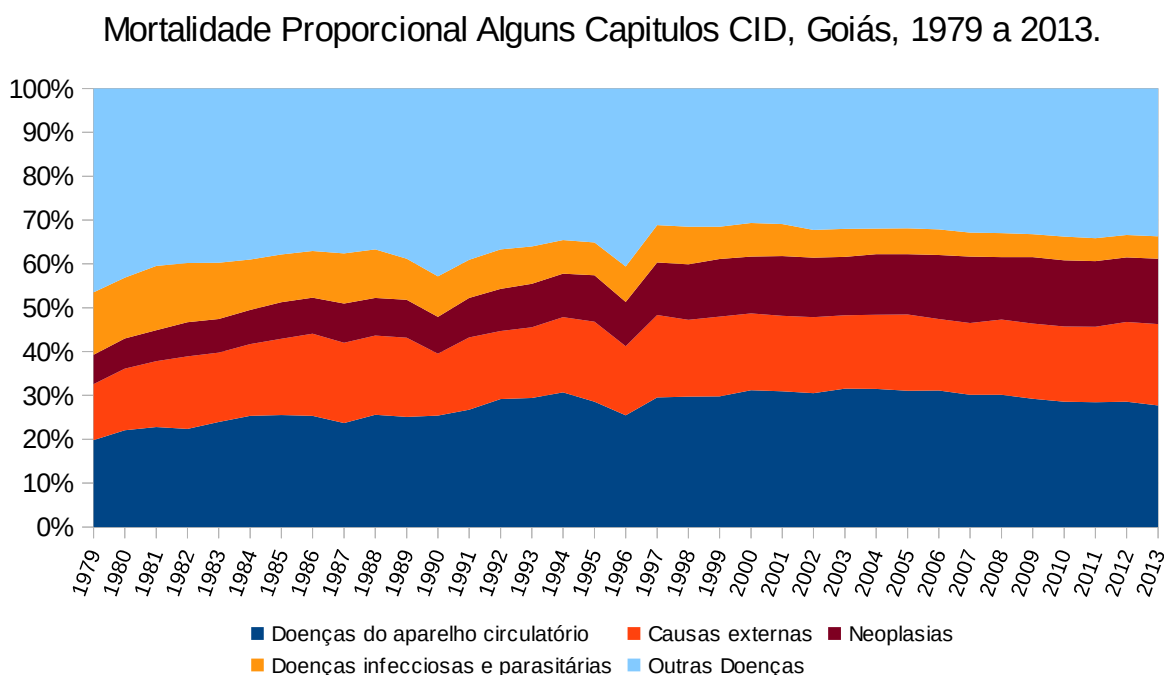
Quadro 06 - Taxa bruta de mortalidade de 2008 à 2012

Taxa Bruta de Mortalidade					
	2008	2009	2010	2011	2012
Goiás	5,15757	5,14587	5,43923	5,61677	5,84891
Região Centro-Oeste	4,93117	4,95356	5,19018	5,26088	5,39679
Brasil	5,68003	5,76082	5,96022	6,08432	6,08922

Fonte: Ministério da Saúde – SIM

Goiás, a exemplo do Brasil, vem passando por processos de urbanização, acarretando mudanças sociais, econômicas e de saúde da população. As modificações na área de saúde podem ser descritas pelo processo de transição epidemiológica, na qual o perfil de saúde da população foi modificado de doenças transmissíveis para não transmissíveis (Figura 7), No quadro 07 estão descritas os óbitos de 2004 a 2013 por capítulo do CID-10.

Figura 7 – Mortalidade Proporcional, Goiás .



Quadro 07-Serie Histórica Óbitos por Residencia / CID-10, Goiás, 2004 a 2013.

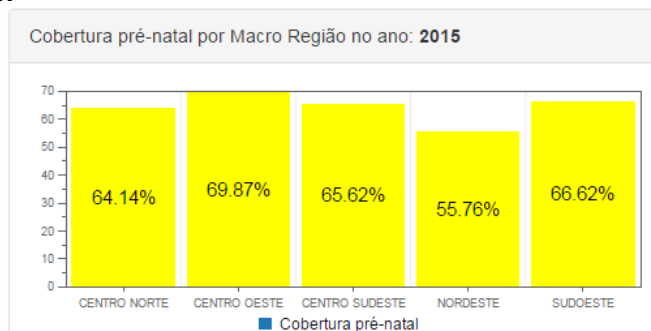
Capítulo CID-10	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1491	1472	1477	1442	1554	1501	1661	1690	1791	1803
II. Neoplasias (tumores)	3531	3418	3685	3981	4024	4370	4628	4824	5148	5266
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	114	120	96	149	130	152	165	166	170	155
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1232	1177	1259	1372	1498	1547	1742	1729	1858	1836
V. Transtornos mentais e comportamentais	263	259	290	312	326	267	342	399	414	417
VI. Doenças do sistema nervoso	417	392	471	498	532	566	667	719	802	841
VII. Doenças do olho e anexos	-	-	-	-	1	1	1	-	3	-
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	4	2	4	4	3	3	2	2	4	2
IX. Doenças do aparelho circulatório	8042	7731	7880	7935	8531	8391	8752	9181	9998	9812
X. Doenças do aparelho respiratório	2865	2805	2882	3055	3438	3455	3775	4053	4189	4357
XI. Doenças do aparelho digestivo	1499	1520	1457	1583	1714	1722	1785	1872	1954	2060
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	31	43	52	38	50	51	66	54	57	77
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	73	85	112	98	104	111	120	148	137	145
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	381	403	390	488	474	607	632	712	830	816
XV. Gravidez parto e puerpério	52	34	42	29	39	41	46	36	53	50
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	831	792	765	706	679	685	694	785	824	788
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	395	314	321	316	342	327	318	335	396	396
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	2014	1923	1900	1853	1842	1778	1981	1907	1001	858
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	4310	4344	4128	4294	4865	4921	5279	5542	6371	6575
XXI. Contatos com serviços de saúde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XXII. Códigos para propósitos especiais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	27545	26834	27211	28153	30146	30496	32656	34154	36000	36254

Fonte: MS/SVS/CGIAE - SIM

SAÚDE DA MULHER E CRIANÇA

A avaliação dos indicadores a seguir foi realizada segundo a pactuação do Estado. Assim, em verde se encontra o padrão que se deseja alcançar. As figuras a seguir evidenciam a necessidade de uma intervenção na Atenção Primária do Estado para a melhoria destes indicadores.

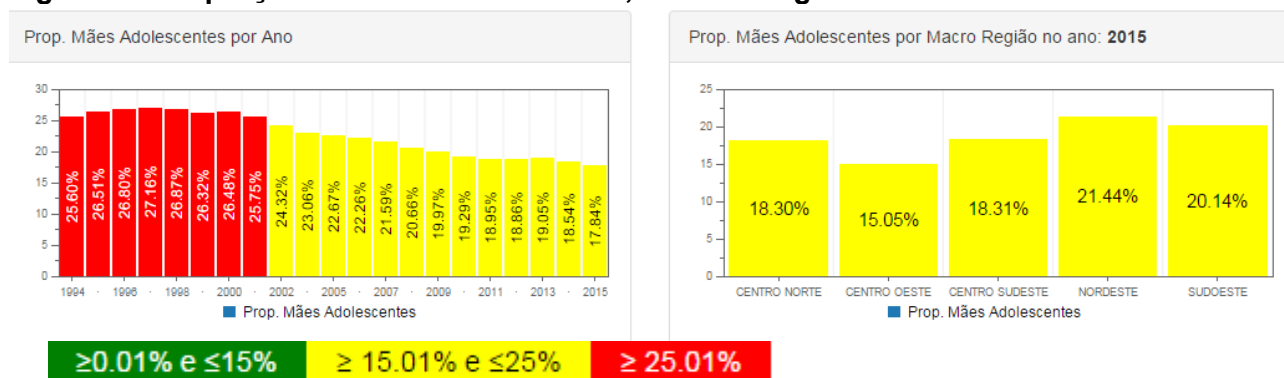
Figura 8 – Cobertura pré natal, Goiás e Regiões.



Fonte: SINASC/DATASUS

Obs: Os dados dos anos de 2014 e 2015 são preliminares, última atualização 29/05/2015.

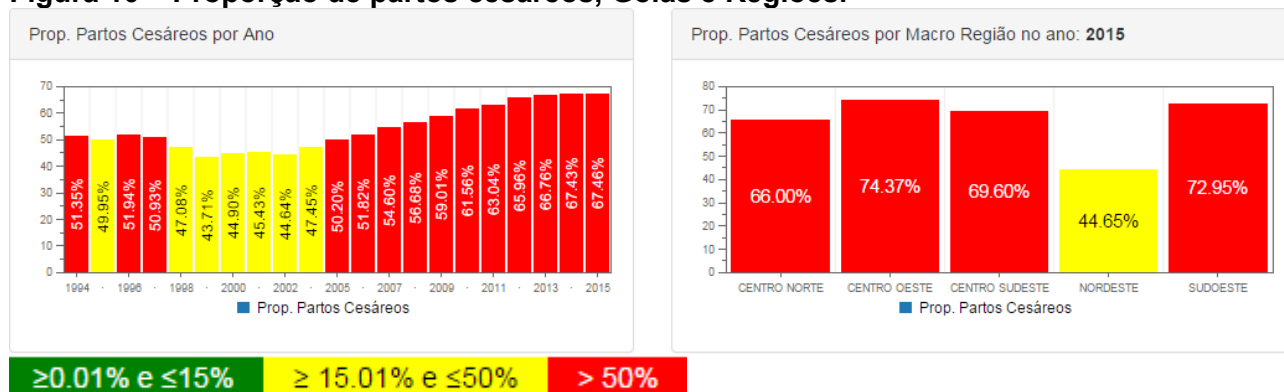
Figura 9 – Proporção de Mães Adolescentes, Goiás e Regiões.



Fonte: SINASC/DATASUS

Obs: Os dados dos anos de 2014 e 2015 são preliminares, última atualização 29/05/2015.

Figura 10 – Proporção de partos cesáreos, Goiás e Regiões.

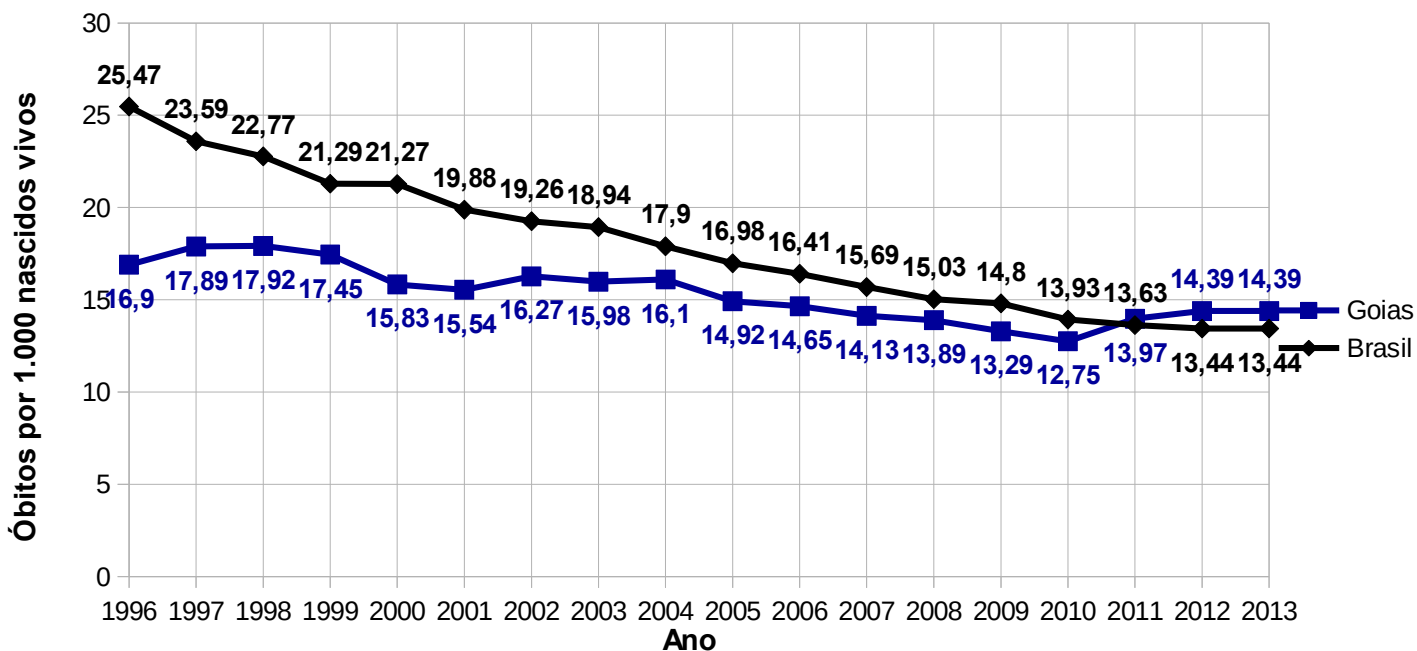


Fonte: SINASC/DATASUS

Obs: Os dados dos anos de 2014 e 2015 são preliminares, última atualização 29/05/2015.

Mortalidade Infantil em Goiás - A redução da mortalidade infantil é ainda um desafio, no Brasil e em Goiás, para gestores, profissionais de saúde e para a sociedade. Houve uma grande queda no indicador desde os anos 90, principalmente no Nordeste brasileiro, decorrente da redução da mortalidade pós-neonatal (28 dias a 1 ano de vida), mas há uma estagnação da mortalidade neonatal (0 a 27 dias de vida).

Figura 11 - Série histórica da Taxa de Mortalidade Infantil, Goiás Brasil, 1996 a 2013



Fonte: Mapa da Saúde www.saude.go.gov.br

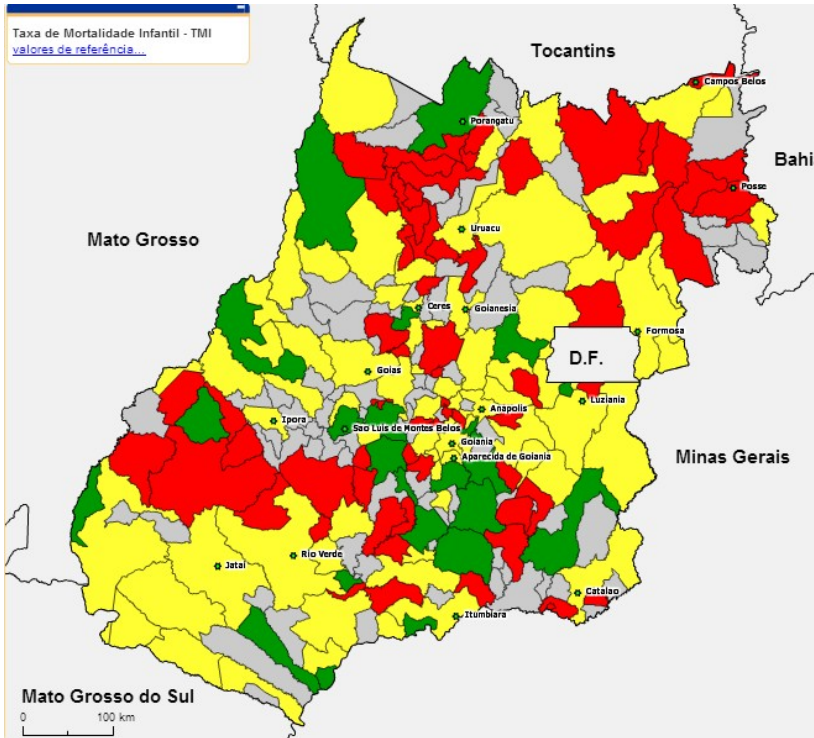
Em Goiás, a mortalidade infantil manteve-se abaixo da média nacional até 2010, superando a média em um pequeno percentual a partir de então. A maioria das mortes infantis poderiam ser evitadas com um acesso em tempo oportuno a serviços de saúde resolutivos e qualificados em todos os níveis de atenção. O componente da Mortalidade Infantil mais difícil de ser reduzido é o componente neonatal precoce (vai do nascimento até a 1ª semana de vida) e está relacionado também às causas maternas, e sua redução se dará principalmente com: atenção integral ao pré-natal; atenção humanizada e qualificada ao parto e ao nascimento; promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno; assistência qualificada ao recém-nascido que depende de alta tecnologia (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal); e eficiente sistema de referência e de transporte seguro do recém-nascido. Outras ações relevantes: implementação da triagem neonatal (teste do pezinho, do olhinho e da orelhinha); qualificação do acompanhamento do desenvolvimento integral na primeira infância, utilização adequada da Caderneta de Saúde da Criança desde a maternidade; o cuidado às doenças prevalentes na infância e a vigilância e atenção à saúde das crianças em situações de risco e de vulnerabilidades, com prevenção de acidentes e violências. A figura 11 retrata a distribuição da Taxa de Mortalidade Infantil.

A Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde/SES formula as Políticas Públicas de Saúde, qualifica, estimula, e assessora os municípios na implantação das ações materno infantis. Todos os municípios goianos aderiram à Rede Cegonha, que se organiza a partir dos componentes: 1- pré-natal, 2- parto e nascimento, 3- puerpério e atenção integral à saúde da criança e 4- sistema logístico: transporte sanitário e regulação.

Quadro 08 - Implantação da Rede Cegonha no Estado de Goiás

Macrorregião	Região	Ano
Centro-Oeste	Central, Rio Vermelho, Oeste I e Oeste II;	2012
Centro Norte	Pireneus, São Patrício, Serra da Mesa e Norte	2013
Nordeste	Entorno Norte, Entorno Sul, Nordeste I e Nordeste II	2014
Sudoeste	Sudoeste I e Sudoeste II.	2014
Centro Sudeste	Centro Sul, Estrada de Ferro e Sul	2015

Figura 12 – Distribuição da Taxa de Mortalidade Infantil, Goiás, 2013.

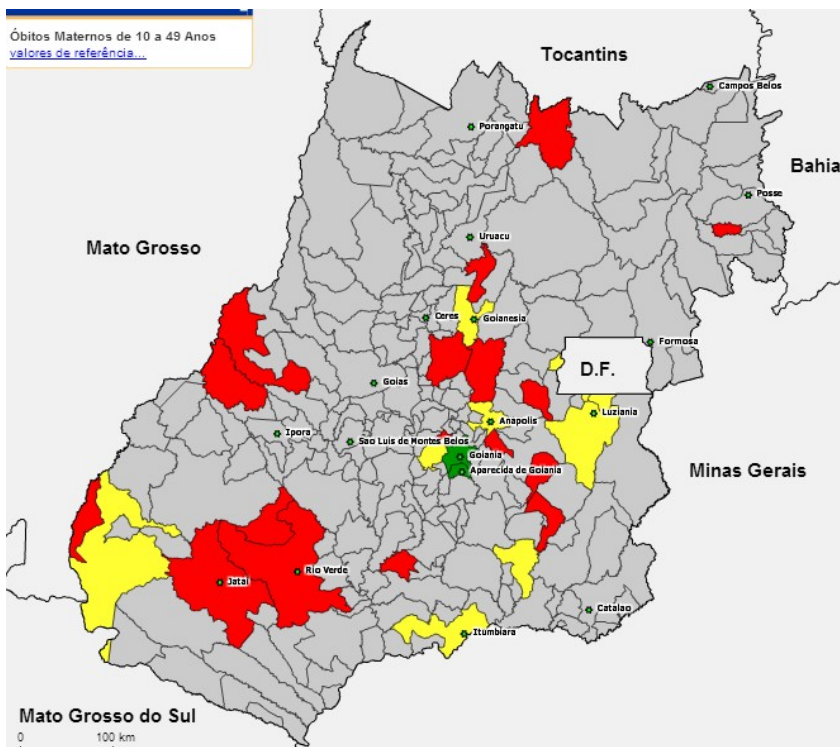


Taxa de Mortalidade Infantil - TMI (por 1.000 nascidos vivos)

■	20	(64)
■	10	(75)
■	0	(25)
■	0	(82)

Fonte : SIM / SINASC / DATASUS, 2013.

Figura 10 – Distribuição da Razão de Mortalidade Materna, Goiás, 2013.



Óbitos Maternos de 10 a 49 Anos (por 100.000 nascidos vivos)

■	120	(17)
■	61	(10)
■	0	(2)
■	0	(217)

Fonte : SIM / SINASC / DATASUS, 2013.

Quadro 09- Número absoluto de nascidos vivos (série histórica)

Região de Saúde (CIR)	2008	2009	2010	2011	2012	2013
52001 Central	23871	24118	24274	25298	26291	27008
52002 Centro Sul	11610	11737	11759	12200	12802	12864
52003 Entorno Norte	3671	3567	3440	3728	3829	3884
52004 Entorno Sul	11795	11776	11570	12400	12684	12715
52005 Estrada de Ferro	3493	3420	3474	3582	3625	3719
52006 Nordeste I	715	743	755	698	717	756
52007 Nordeste II	1564	1480	1451	1339	1333	1428
52008 Norte	1930	1930	1800	1810	1860	1805
52009 Oeste I	1353	1274	1331	1374	1366	1286
52010 Oeste II	1101	1199	1187	1153	1154	1251
52011 Pirineus	6693	6732	6751	6453	7196	7398
52012 Rio Vermelho	2466	2389	2329	2438	2496	2528
52013 São Patrício I	2130	2010	1979	1851	1999	1973
52014 Serra da Mesa	1718	1623	1586	1730	1612	1513
52015 Sudoeste I	5406	5327	5763	5589	5956	6075
52016 Sudoeste II	2862	2924	2932	3032	3058	3334
52017 Sul	3027	3092	3014	2934	3107	3192
52018 São Patrício II	2042	2130	2072	2127	2180	2082
52000 Ignorado - GO	15	14	9	6	9	11
Total	87462	87485	87476	89742	93274	94822

Quadro 10- Número absoluto de óbitos infantis (série histórica)

Região de Saúde (CIR)	2008	2009	2010	2011	2012	2013
52001 Central	318	333	312	324	347	359
52002 Centro Sul	168	153	159	180	198	198
52003 Entorno Norte	43	51	55	57	62	63
52004 Entorno Sul	153	148	134	159	163	154
52005 Estrada de Ferro	55	41	42	56	55	54
52006 Nordeste I	17	15	12	5	10	19
52007 Nordeste II	29	23	18	17	24	24
52008 Norte	27	25	13	28	34	24
52009 Oeste I	21	15	16	20	12	16
52010 Oeste II	12	11	17	17	18	11
52011 Pirineus	84	77	93	86	104	95
52012 Rio Vermelho	33	31	28	43	40	36
52013 São Patrício I	34	26	22	29	27	25
52014 Serra da Mesa	23	27	11	24	30	22
52015 Sudoeste I	97	76	67	91	93	80
52016 Sudoeste II	34	43	46	45	48	50
52017 Sul	39	44	45	38	53	51
52018 São Patrício II	25	20	25	34	24	32
52000 Ignorado - GO	3	4	-	1	1	1
Total	1215	1163	1115	1254	1343	1314

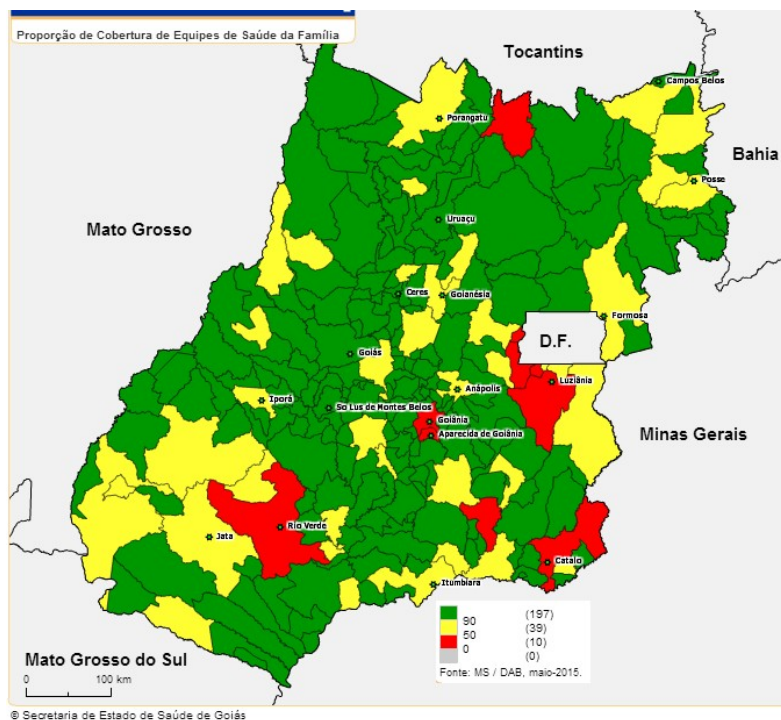
3) CAPACIDADE INSTALADA DO ESTADO/REGIÃO

Goiás conta, atualmente, com 1.306 equipes de Saúde da Família, o que representa uma cobertura de 66,24% da Estratégia Saúde da Família, sendo que destas, 934 têm equipe Saúde Bucal (DAB/MS-maio/2015), instaladas em 1485 UBS e Unidades Mistas (CNES/DATASUS-

Junho/2015). A figura a seguir mostra a distribuição por município da Cobertura Populacional da Estratégia Saúde da Família em maio de 2015.

Para apoiar matricialmente estas equipes, estão implantados 187 Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF (SCNES, junho/2015), que tem por objetivo ampliar o escopo e a qualidade das ações da atenção primária, por meio do compartilhamento de saberes e ampliação da capacidade de resolutividade clínica das equipes.

Figura 11 - Cobertura Populacional da Estratégia Saúde da Família, maio de 2015



O Estado apresenta uma rede hospitalar de 431 hospitais, destes, 177 são públicos, 331 são caracterizadas como Hospitais Gerais, dos quais, 168 são públicos e 17 filantrópicos, 91 Hospitais Especializados, sendo 08 públicos e 10 filantrópicos e 10 Hospitais Dia.

Possui ainda, uma capacidade instalada de 17.444 leitos gerais, sendo que 11.172 estão disponíveis ao SUS. Os leitos complementares totalizam 1.654 e 835 são SUS, desmembrado em UTI Adulto com 850 leitos e 391 SUS, 154 pediátricos e 93 SUS, 254 neonatal e 105 SUS, conta ainda com 52 leitos de unidade de cuidados intermediários e 34 SUS, 13 pediátricos e 11 SUS, 66 neonatais convencionais e todos SUS, 13 de método canguru SUS.

Considerando a portaria Nº 1.101/2002 que estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde, definindo leitos hospitalares totais de 2,5 a 3 leitos para cada 1.000 habitantes e leitos de UTI, calcula-se, em média, a necessidade de 4% a 10% do total de leitos hospitalares. O Estado possui uma média de 2,74 leitos gerais existentes por mil habitantes e 1,71 do SUS. Se levarmos em consideração o parâmetro mínimo de 4%, o Estado conta com 698 leitos de UTI existentes e 447 leitos de UTI / SUS, apresentando, portanto, um deficit de 56 leitos no SUS.

A portaria Nº 930/2012 define as diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidades Neonatal no âmbito do SUS. Para cada 1000 (mil) nascidos vivos, poderão ser contratados 2 (dois) leitos de UTIN, 2 (dois) leitos de UCINCo e 1 (um) leito de UCINCa. O número de nascidos vivos no ano de 2013 foi de 94.811, dados do SINASC/DATASUS, assim,

tem-se a necessidade de 190 leitos de UTIN e UCINco e 95 leitos de UCINca, atualmente, com deficit de 85 UTIN, 124 UCINco e 95 UCINca.

Passo 5 – Ao final da atividade, o relator deverá sistematizar as discussões em torno das questões norteadoras e apresentar ao grupo em plenária interna.

ATIVIDADE 5 – TRABALHO EM GRUPO COM PLENÁRIA INTERNA – TEXTO 3: OS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE



30 minutos

DESCRIÇÃO:

Passo 1 - Esta atividade traz um texto que aborda o conceito de sistema de atenção à saúde, apresenta as diferenças entre os sistemas fragmentados e as RAS e o papel da APS na operacionalização dessas redes. O objetivo é trabalhar a compreensão dos modelos de atenção à saúde e a construção social da APS.

Passo 2 - Para não perder o hábito, o grupo deve eleger novamente um coordenador e um relator para a atividade. É muito importante contar com a colaboração de todos no exercício dessas funções. Registre aqui as pessoas eleitas:

Coordenador: _____ e Relator: _____

Passo 3 - Compreendida as orientações, procedam à leitura e discussão do texto 3. Lembrem-se das orientações gerais para leitura coletiva apresentadas na atividade anterior.

Passo 4 - Discutam, durante a leitura, as seguintes questões norteadoras:

a. A que se propõe um sistema de atenção à saúde?

b. Sobre os principais pontos abordados no texto, como eles se aplicam à realidade do estado, da região e do município?

c. Sobre o sistema de saúde do seu Estado, quais as características que o sistema apresenta referente ao sistema integrado e o sistema fragmentado?

Passo 5 - Ao final da atividade, o relator deverá sistematizar as discussões em torno das questões norteadoras e apresentar ao grupo em plenária interna.



TEXTO 3 - OS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE⁶

Os Sistemas de Atenção à Saúde são definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população (WHO, 2000). Os Sistemas de Atenção à Saúde (SAS) são respostas sociais, organizadas deliberadamente, para responder às necessidades, demandas e representações das populações, em determinada sociedade e em certo tempo. Podem apresentar-se, na prática social, por meio de diferentes formas organizacionais. Na experiência internacional contemporânea, a tipologia mais encontrada é de sistemas fragmentados e RAS.

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde, fortemente hegemônicos, são aqueles que se (des) organizam por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e sem comunicação uns com os outros e que, por consequência, são incapazes de prestar atenção contínua à população. Em geral, não há uma população adscrita de responsabilização. Neles, APS não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e esses dois níveis também não se comunicam com a atenção terciária à saúde.

Diferentemente, os sistemas integrados de atenção à saúde, as RAS, são aqueles organizados por meio de uma rede integrada, poliárquica de pontos de atenção à saúde que prestam assistência contínua e integral a uma população definida, com comunicação fluida entre os diferentes níveis de atenção à saúde.

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

Nos sistemas fragmentados de atenção à saúde, prevalece a visão de uma estrutura hierárquica, definida por níveis de “complexidades” crescentes, e com relações de ordem e graus de importância entre os diferentes níveis, o que caracteriza uma hierarquia. Essa concepção de sistema hierarquizado vige no SUS, se organiza segundo suas normativas em atenção básica, atenção de média e de alta complexidade. Tal visão apresenta sérios problemas, uma vez que se fundamenta em um conceito de complexidade equivocado, ao

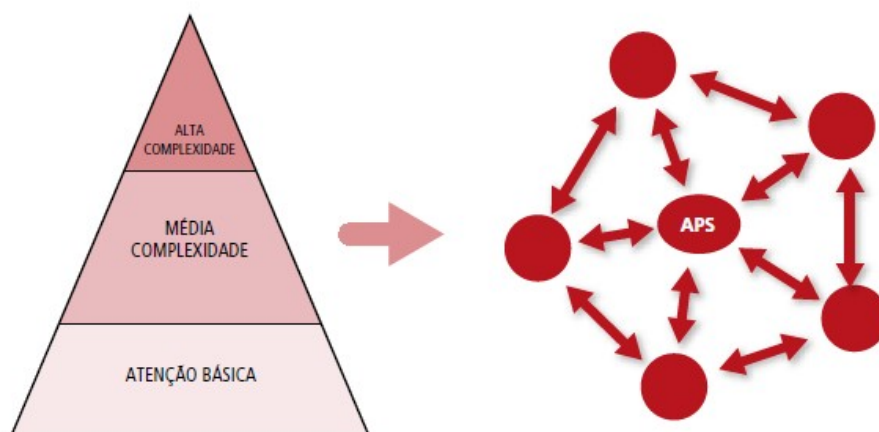
⁶ Este texto foi transcrito, com algumas adequações, para atender ao propósito desta oficina, das seguintes referências: Vilaça, EM. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2011. CONASS. **Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015. 127 p.

estabelecer que a APS é menos complexa do que a atenção nos níveis secundário e terciário. Tal visão distorcida de complexidade leva, consciente ou inconscientemente, a uma banalização da APS e a uma sobrevalorização, seja material, seja simbólica, das práticas que exigem maior densidade tecnológica, que são exercitadas nos níveis secundário e terciário da atenção à saúde.

Nas RAS, essa concepção de hierarquia é substituída pela de poliorquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde.

Dessa forma, nas RAS, não existe hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a conformação de uma rede horizontal desses pontos de distintas densidades tecnológicas, sem ordem e sem grau de importância entre eles. Todos são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das RAS. Apenas se diferenciam pelas diferentes densidades tecnológicas que os caracterizam.

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



Fonte: (MENDES, 2011)

Figura 1- Representação gráfica de um Sistema Hierárquico e de uma Rede de Atenção à Saúde Poliarquica

A Figura 1 evidencia que o que se propõe é uma mudança radical na organização dos SAS, que não pode se limitar a uma inversão destes sistemas, como é proposto frequentemente, considerando que não se trata, apenas, de inverter a forma piramidal hierárquica, mas de subvertê-la, substituindo-a por outra forma organizacional, de qualidade inteiramente distinta, a rede poliarquica de atenção à saúde. Em geral, os sistemas fragmentados de atenção à saúde focam-se na atenção às condições agudas; ao contrário, as RAS voltam-se para as condições crônicas, mas atendendo, concomitantemente, às condições agudas.

Há outras diferenças entre esses dois sistemas-tipo. Análise mais detalhada dessas diferenças entre os sistemas fragmentados e as redes de atenção à saúde é apresentada no Quadro 1.

Quadro 1- As Características diferenciais dos Sistemas Fragmentados e das Redes de Atenção à Saúde

CARACTERÍSTICA	SISTEMA FRAGMENTADO	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
Forma de organização	Hierarquia	Poliarquia

Coordenação da atenção	Inexistente	Feita pela atenção primária
Comunicação entre os componentes	Inexistente	Feita por sistemas logísticos eficazes
Foco	Nas condições agudas por meio de unidades de pronto atendimento	Nas condições agudas e crônicas por meio de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde
Objetivos	Objetivos parciais de diferentes serviços e resultados não medidos	Objetivos de melhoria da saúde de uma população com resultados clínicos e econômicos medidos
População	Voltado para indivíduos isolados	População adscrita dividida por subpopulações de risco e sob responsabilidade da rede
Sujeito	Paciente que recebe prescrições dos profissionais de saúde	Agente corresponsável pela própria saúde
A forma da ação do sistema	Reativa, acionada pela demanda dos pacientes	Proativa, baseada em planos de cuidados de cada usuário realizado conjuntamente pelos profissionais e pelos usuários
Ênfase das intervenções	Curativas e reabilitadoras sobre doenças ou condições estabelecidas	Promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, ou reabilitadoras sobre determinantes sociais da saúde, sobre fatores de risco e sobre as doenças ou condições estabelecidas
Modelo de atenção	Fragmentado por ponto de atenção à saúde, sem estratificação de riscos e voltado para as doenças ou condições estabelecidas	Integrado, com estratificação dos riscos, e voltado para os determinantes sociais da saúde, os fatores de riscos e as doenças ou condições estabelecidas
Modelo de Gestão	Gestão por estruturas isoladas (gerência hospitalar, gerência da APS, gerência dos ambulatórios especializados etc.)	Governança sistêmica que integre a APS, os pontos de atenção à saúde, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos da rede)
Planejamento	Planejamento da oferta, definido pelos interesses dos prestadores e baseados em séries históricas	Planejamento da demanda definido pelas necessidades de saúde da população adscrita
Ênfase do cuidado	Nos profissionais de saúde, especialmente nos médicos	Na relação entre equipes multiprofissionais e os usuários e suas famílias e com ênfase no autocuidado orientado
Conhecimento e ação clínicas	Concentradas nos profissionais, especialmente médicos	Partilhado por equipes multiprofissionais e usuários
Tecnologia de informação	Fragmentada, pouco acessível e com baixa capilaridade nos componentes das redes	Integrada a partir de cartão de identidade dos usuários e dos prontuários eletrônicos e articulada em todos os componentes da rede

Organização territorial	Territórios político-administrativos definidos por lógica política	Territórios sanitários definidos pelos fluxos sanitários da população em busca de atenção
Sistema de financiamento	Financiamento por procedimentos em pontos de atenção à saúde isolados	Financiamento por valor global ou por capitação da rede
Participação social	Participação social passiva e a comunidade vista como cuidadora.	Participação social ativa por meio de conselhos de saúde com presença na governança da rede

As lógicas subjacentes aos dois sistemas são definidas pelas singularidades da atenção às condições agudas e crônicas. Dadas essas características singulares das condições agudas e crônicas, seus manejos, pelos sistemas de saúde, são inteiramente diversos. Um dos problemas centrais da crise dos modelos de atenção à saúde contemporânea consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas, ou seja, por meio de tecnologias destinadas a responder aos momentos agudos dos agravos – na maioria das vezes, momentos de agudização das condições crônicas, autopercebidas pelas pessoas –, por meio da atenção à demanda espontânea, principalmente, em unidades ambulatoriais de pronto atendimento ou de internações hospitalares de urgência ou emergência, desconhecendo, frequentemente, a necessidade imperiosa de atenção contínua nos momentos silenciosos dos agravos quando as condições crônicas insidiosamente evoluem.

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

A Portaria 4279/2010, editada pelo Ministério da Saúde, define as RAS como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010). Mendes, (2011) refere que são organizações poliárquicas de um conjunto 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 APS, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa e com responsabilidade sanitária e econômica pela população adscrita e gerando valor para essa população.

Dessa definição emergem os conteúdos básicos das RAS: a responsabilidade sanitária e econômica inequívoca por sua população; organizada sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde; um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; operam sob coordenação da APS; e prestam atenção oportuna, em tempo e lugares certos e com a qualidade certa.

REFERÊNCIAS

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador, Casa da Qualidade, Tomo II, 20001b.

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

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

_____. **O Cuidado das Condições Crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família.** Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2012, 512 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010

STALFIELD, B. **Atenção Primária :equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The world health report 2000:** health systems, improving performance. Geneva: WHO, 2000.

ATIVIDADE 6 – AULA INTERATIVA: OS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE



30 minutos

INTERVALO PARA O ALMOÇO

ATIVIDADE 7 – DINÂMICA DE AQUECIMENTO NOS GRUPOS



15 minutos

DESCRIÇÃO:

1. O facilitador conduzirá uma dinâmica para iniciar as atividades da tarde.
2. Participe ativamente e, ao final, expresse sua percepção sobre o momento vivenciado com os colegas.

ATIVIDADE 8 – TRABALHO EM GRUPO COM PLENÁRIA INTERNA – TEXTO 4: OS MODELOS DE ATENÇÃO A SAÚDE



01:00

Passo 1 - Esta atividade traz um texto que aborda os modelos de atenção, destacando os modelos para condições crônicas e condições agudas. O objetivo é trabalhar a compreensão e as diferenças dos modelos de atenção à saúde.

Passo 2 - Para não perder o hábito, o grupo deve eleger novamente um coordenador e um relator para a atividade. É muito importante contar com a colaboração de todos no exercício dessas funções. Registre aqui as pessoas eleitas:

Coordenador: _____ e Relator: _____

Passo 3 - Compreendida as orientações, a seguir o texto 4 para leitura e discussão. Lembrem-se das orientações gerais para leitura coletiva apresentadas na atividade anterior.

Passo 4. Utilizem as questões norteadoras à discussão:

a. Conceituar Modelos de Atenção à Saúde

b. Identificar os Modelos de Atenção para as condições agudas e crônicas

c. Entender as diferenças entre os modelos para as condições agudas e crônicas.

TEXTO 4 - OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE⁷

O terceiro elemento constitutivo das redes de atenção à saúde é o modelo de atenção à saúde. Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde - RAS, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalecente da saúde, da situação demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. Os modelos de atenção à saúde são diferenciados por modelos de atenção às condições agudas e às condições crônicas. (MENDES, 2011).

O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES AGUDAS

⁷ Este texto foi transcrito, com pequenas adequações, para atender ao propósito desta oficina, dos livros: **As redes de atenção à saúde e do livro O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**, de autoria de Eugênio Vilaça Mendes, publicado em 2009 e 2012. A referência completa deste livro encontra-se na lista de referências bibliográficas.

O modelo de atenção às condições agudas presta-se à organização das respostas às condições agudas e, também, aos eventos agudos, decorrentes de agudizações das condições crônicas. O objetivo desse modelo é ser resolutivo (o que na maioria das vezes significa “cura”), utilizando-se de instrumentos ou ferramentas tecnológicas que possibilitem identificar, no menor tempo possível, baseado em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência e/ou emergência e definir o ponto de atenção adequado para aquela situação, considerando-se, como variável crítica, o tempo de atenção requerido pelo risco classificado, ou seja, o tempo-resposta do sistema.

O enfrentamento da organização do sistema de saúde, para responder às necessidades colocadas pelas condições agudas e pelos eventos agudos das condições crônicas, implica, na perspectiva das RAS, a construção de uma linguagem que permeie todo o sistema, estabelecendo o melhor local para a resposta a uma determinada situação. As experiências mundiais vêm mostrando que essa linguagem estrutura-se em diretrizes clínicas codificadas num sistema de classificação de risco, como base de uma rede de atenção às Urgências e Emergências (CORDEIRO JÚNIOR, 2008).

Existem vários modelos de triagem em urgências e emergências avançados e um deles é o Sistema Manchester de Classificação de Risco que opera com algoritmos e determinantes, associados a tempos de espera simbolizados por cor e utilizado em vários países da Europa e no Brasil, mais especificadamente pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (MARQUES et al, 2010).

O Sistema de Manchester foi criado pelo Grupo de Triagem de Manchester, em 1994, com o objetivo de definir consenso entre médicos e enfermeiros na classificação de risco para os serviços de Urgências e Emergências. Tem nomenclatura e definições comuns, sólida metodologia operacional, programas de formação e guia de auditoria. Tem como características principais: uma escala em cinco níveis; utilização em vários países; baseado em categorias de sintomas; em discriminantes - chave; em algoritmos clínicos e um tempo de execução inferior a três minutos (CORDEIRO JÚNIOR, 2008).

Considerando-se os tempos comuns, foi feito acordo e atribuído um número, uma cor e um nome, além do tempo aceitável para a primeira avaliação médica. Após reuniões no Reino Unido com enfermeiros e médicos dos serviços de urgência e emergência, obteve-se consenso com a escala de classificação de observado na figura 1 (MACKWAY-JONES, 2005).

Cor	Tempo – alvo em minutos
Vermelho	0
Laranja	10
Amarelo	60
Verde	120
Azul	240

Fonte: Mackway-Jones et al. (2005)

Figura 1- A classificação de riscos do Sistema de Triagem de Manchester

Esse sistema de classificação de riscos apresenta alguns elementos de validade: garante critérios uniformes ao longo do tempo e com diferentes equipes de saúde; acaba com a triagem sem fundamentação científica; pode ser feito por médicos e enfermeiros; garante a segurança das pessoas usuárias e dos profissionais de saúde; é rápido e ele pode ser auditado (CORDEIRO JUNIOR, 2008).

O objetivo da classificação dos riscos é definir não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica, facilitando a gestão da clínica e a gestão do serviço. O método requer que o profissional defina o motivo pelo qual a pessoa usuária procura o serviço de urgência, a queixa principal. Segue-se a escolha, entre as condições apresentadas em fluxogramas, daquela mais pertinente a queixa. Depois, procura-se um conjunto de sinais e sintomas em cada nível de prioridade clínica, os discriminadores, compatível com a gravidade apresentada.

A metodologia de classificação de riscos envolve passos (CORDEIRO JUNIOR E MAFRA, 2008):

→ Identificação do problema: obtenção de dados da pessoa, acompanhante ou profissional do pré-hospitalar, escolha do fluxograma (são 50 fluxogramas: agravos clínicos, trauma, ferimentos, crianças e comportamento anormal).

→ Obtenção e análise das informações: procura e analisa discriminador através de perguntas estruturadas e define a prioridade.

→ Avaliação das alternativas e escolha de uma delas para implementação: o fluxograma fornece ordenação do processo de raciocínio para a tomada de decisões. Existem discriminadores gerais (ex.: dor aguda) e específicos (ex.: dor pleurítica) e todos possuem sua definição em um dicionário.

→ Tomada de decisões: uma boa avaliação clínica requer raciocínio, intuição, conhecimento e aptidão profissional.

→ Implementação da alternativa selecionada: seleção de uma das cinco categorias por meio dos discriminantes gerais ou específicos compatível com o quadro da pessoa em atendimento.

→ Monitoramento do processo e avaliação dos resultados: devem ser feitos entre profissionais e entre serviços para assegurar confiabilidade e reprodutibilidade, fundamentais nos dados para pesquisas e planejamentos.

→ Auditoria: essencial para a avaliação de qualquer metodologia normatizada para que se avalie a reprodutibilidade entre profissionais e serviços.

Ainda que o modelo de atenção às condições agudas seja diferente do modelo das condições crônicas, deve ser aplicada a mesma estrutura operacional das RAS, ou seja: a Atenção Primária à Saúde (APS), os pontos de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança. A diferença está no papel da APS que nas redes das condições crônicas funciona como centro de comunicação e na rede das urgências e emergências ela é um dos pontos de atenção à saúde, sem cumprir a função de coordenação dos fluxos e contra fluxos dessas redes.

Sem dúvida, se ganha na estruturação da atenção às urgências e emergências na perspectiva de RAS. A integração pode determinar um fluxo pactuado por esses serviços. O protocolo de classificação é potente ferramenta de comunicação, co-responsabilização e regulação, para acompanhar em tempo real os fluxos e regular o transporte entre os serviços. Os critérios da organização são:

→ Utilização de protocolo único de classificação de risco;

→ Fluxos de encaminhamento, após a classificação dos riscos, pactuados internamente pela instituição e responsabilizados nominalmente pelos trabalhadores, com descrição e aceitação dos papéis propostos;

→ Discussão do fluxo de encaminhamento de responsabilização coletiva, assinada por todos que fazem parte dos serviços dessa rede;

→ Pactuação dos fluxos de encaminhamento pós-classificação de risco entre os serviços, compartilhada por uma estrutura reguladora também responsável pelo transporte da pessoa usuária, se necessário, até o destino pactuado;

→ Compartilhamento das regras com as estruturas de logística (regulação, SAMU, prontuário eletrônico) que se co-responsabilizam pelos resultados;

→ Informatização dos processos (CORDEIRO JÚNIOR e MAFRA, 2008).

A atenção no lugar certo e com a qualidade certa permite organizar os hospitais terciários de urgência e emergência. Para isso é necessário retirar deles, o grande número de pessoas portadoras de urgências menores, classificadas como azuis e verdes. Isso é condição necessária para superar os graves problemas que ocorrem nos hospitais superlotados, com pessoas em macas nos corredores, em filas enormes e que estão permanentemente na mídia nacional. Por outro lado, para que as pessoas com essas situações (urgências verdes e azuis) possam ser atendidas na APS, esse nível de atenção necessita ser mudado pela implantação do modelo de atenção às condições crônicas para que possa atender às urgências menores e, no médio e longo prazo, diminuir a demanda às unidades de urgência e emergência maiores.

Ademais, a implantação do modelo de atenção às condições crônicas, principalmente no seu componente de gestão da clínica, com estratificação de riscos, permite organizar a atenção às condições crônicas, liberando tempo das equipes da APS para atender, além das ações programadas, as ações não programadas das urgências menores que se apresentam, nessas unidades, sob a forma de demanda espontânea.

OS MODELOS DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS (MACC)

Uma visita à literatura internacional e nacional permitiu a construção de uma proposta de um Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MENDES, 2011) que tem como base três outros modelos: o Modelo de Atenção Crônica (WAGNER, 1998), o Modelo da Pirâmide de Risco (DEPARTMENT OF HEALTH, 2004; STRONG L, 2005; PORTER M, KELLOGG M, 2008) e o Modelo de Determinação Social da Saúde (DAHLGREN G, WHITEHEAD M, 2007). Todos esses modelos têm o objetivo de serem resolutivos (o que, na maioria, das vezes significa controle/estabilização).

O Modelo de Atenção Crônica, (CCM), (*Chronic Care Model*) foi desenvolvido pela equipe do MacColl Institute for Healthcare Innovation, nos Estados Unidos. O modelo foi aperfeiçoado pela Fundação *Robert Wood Johnson* e submetido a *experts*. Posteriormente, foi testado pelo *Improving Chronic Illness Care*. Em 2003 atualizou com nova revisão da literatura internacional e as experiências de implantação. Posteriormente, cinco novos temas foram incorporados ao CCM: a segurança das pessoas usuárias, a competência cultural, a coordenação da atenção, os recursos da comunidade e a gestão de caso.

Um de seus principais criadores adverte: “*o modelo de atenção crônica não é uma panaceia, mas uma solução multidimensional para um problema complexo*” (WAGNER, 2001). O modelo funciona por constituir uma solução complexa e sistêmica para um problema complexo como o da atenção às condições crônicas. Ao contrário que o senso comum aponta, não há solução simples para problemas complexos; problemas complexos exigem soluções complexas e sistêmicas.

O modelo original de Wagner (1998) compõe-se de seis elementos (figura 2), subdivididos em dois campos: o sistema de atenção à saúde e a comunidade. No sistema de atenção à saúde as mudanças devem ser feitas na organização da atenção à saúde, no sistema de prestação de serviços, no suporte às decisões, nos sistemas de informação clínica e no autocuidado apoiado. Na comunidade, as mudanças estão centradas na articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade. Esses seis elementos apresentam inter-relações que permitem desenvolver pessoas usuárias informadas e ativas e equipe de saúde preparada e proativa para produzir melhores resultados sanitários e funcionais para a população.



Fonte: Wagner (1998)

(*) Autorização de uso de imagem concedida ao autor pelo American College of Physicians. Tradução para o português de responsabilidade do autor.

Figura 2- O Modelo de Atenção Crônica (CCM)

A melhoria da saúde das pessoas portadoras de condições crônicas requer transformar um sistema de atenção à saúde reativa, fragmentada e episódica, em outro sistema que seja proativo, integrado, contínuo e focada na promoção e na manutenção da saúde. Significa introduzir novas formas de atenção que vão além da consulta presencial *face-a-face*, como a atenção compartilhada a grupo, atenção contínua, atenção por pares e atenção à distância.

As decisões clínicas devem ser tomadas com base em diretrizes clínicas construídas a partir de evidências científicas. As diretrizes clínicas devem estar integradas com sistemas de lembretes, alertas e *feedbacks* ofertados em tempo real. O envolvimento de especialistas é fundamental como suporte às equipes da APS, para o cuidado das pessoas portadoras de condições crônicas de maiores riscos ou complexidades.

A atenção efetiva às condições crônicas é impossível sem um sistema de informação que assegure o pronto acesso a dados chave de uma população e de suas subpopulações e de cada pessoa individualmente. Um sistema de informação deve facilitar a atenção à saúde às pessoas usuárias provendo alertas, lembretes e *feedbacks* oportunos para os serviços necessários e resumizando dados que facilitem a elaboração dos planos de cuidado e deve identificar grupos de riscos que necessitem de abordagens diferenciadas, bem como permitir o monitoramento do desempenho do sistema em busca de uma melhor qualidade dos serviços ofertados.

O efetivo autocuidado é muito mais que dizer às pessoas usuárias o que devem fazer. É reconhecer o papel central das pessoas usuárias na atenção à saúde e desenvolver um sentido de auto-responsabilidade sanitária. Inclui o uso regular de programas de apoio, com base em evidências científicas, que proveem informações, suporte emocional e estratégias de convivência com as condições crônicas. O autocuidado assenta-se na utilização de um enfoque de cooperação entre a equipe de saúde e as pessoas usuárias para, conjuntamente, definir os problemas, estabelecer as prioridades, propor as metas, elaborar os planos de cuidado e monitorar os resultados. É a gestão colaborativa do cuidado, em que os profissionais de saúde deixam de ser prescritores para se transformarem em parceiros das pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde.

O MODELO DA PIRÂMIDE DE RISCOS (MPR)

Um segundo modelo que está presente na construção do MACC é o modelo da pirâmide de riscos (MPR), conhecido, também, como modelo da Kaiser Permanente (KP), uma operadora de planos de saúde dos Estados Unidos que o desenvolveu e implantou na sua rotina assistencial (BENGOA, R, 2008). No Reino Unido, o MPR tem sido extensivamente adotado, com bons resultados, num experimento denominado de *Kaiser Beacon*, conduzido pela Agência de Modernização do Serviço Nacional de Saúde (HAM C, 2006).

O MPR se assenta, fortemente, na estratificação dos riscos da população o que, por sua vez, define as estratégias de intervenção em autocuidado e em cuidado profissional. Dessa forma, o cuidado profissional, em função dos riscos, define a tecnologia de gestão da clínica a ser utilizada, se gestão da condição de saúde ou se gestão de caso. O MPR está representado na Figura 3

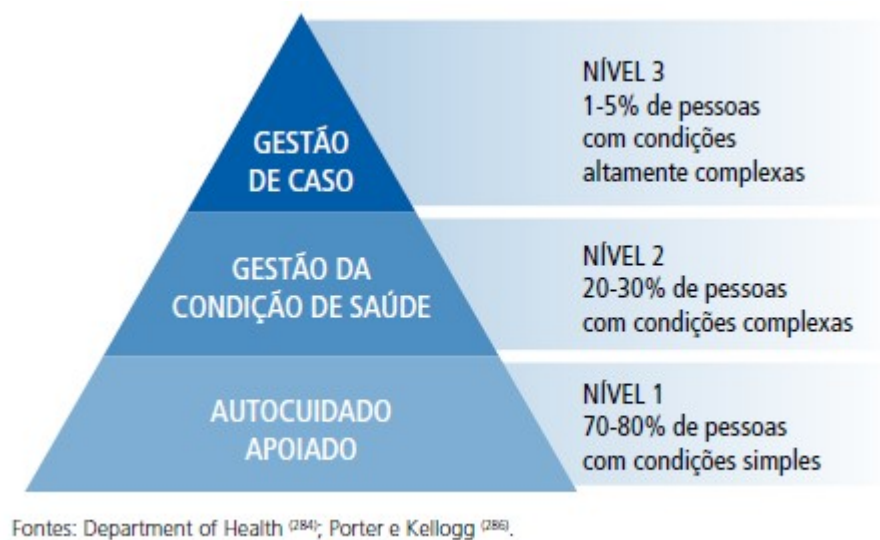


Figura 3- O modelo da pirâmide de risco

A Figura 3 mostra que uma população portadora de uma condição crônica pode ser estratificada por níveis de complexidade: 70% a 80% estão no nível 1 e são pessoas que apresentam condição simples; 20% a 30% estão no nível 2 e são pessoas que apresentam condição complexa; e, finalmente, 1% a 5% estão no nível 3 e são pessoas que apresentam condição altamente complexa.

O MODELO DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE

Os determinantes sociais da saúde são conceituados como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham ou como as características sociais dentro das quais a vida transcorre; ou seja, como a causa das causas (COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, 2007). A importância dos determinantes sociais da saúde decorre do fato de que eles repercutem diretamente na saúde (OMS, 2008).

Há, na literatura, diferentes propostas de modelos de determinação social da saúde, mas a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde escolheu o modelo de *Dahlgren e Whitehead* (DAHLGREN G, WHITEHEAD M, 2007) para ser utilizado no Brasil, por sua simplicidade, sua fácil compreensão para vários tipos de público e pela clara visualização gráfica dos diversos determinantes sociais da saúde, como se vê na figura 4.



Fonte: Dahlgren & Whitehead (2007)

Figura 4: O modelo da determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead

O modelo de *Dahlgren e Whitehead* inclui os determinantes sociais da saúde dispostos em diferentes camadas concêntricas, segundo seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima aos determinantes individuais até uma camada distal onde se situam os macros determinantes. O modelo enfatiza as interações: estilos de vida individuais, redes sociais e comunitárias e condições de vida e de trabalho, as quais, por sua vez, relacionam-se com o ambiente mais amplo de natureza econômica, cultural e econômica.

Os indivíduos estão no centro desse modelo, a camada 1 dos determinantes individuais, com suas características de idade, sexo e herança genética que, evidentemente, exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde.

Na camada 2, imediatamente acima da 1, aparecem os estilos de vida individuais e os comportamentais, denominados de determinantes proximais (como a dieta inadequada, o sobrepeso ou a obesidade, a inatividade física, o tabagismo, o uso excessivo de álcool e outras drogas, o estresse, as práticas sexuais não protegidas e outros). Essa camada está situada entre os fatores individuais e os determinantes sociais da saúde de camadas superiores, já que os comportamentos e os estilos de vida dependem, não somente do livre arbítrio das pessoas, mas também do acesso a informações, influência da propaganda, pressão de pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer, entre outros.

A camada 3, as redes sociais, expressa o nível de coesão social ou de capital social que é de fundamental importância para a saúde da sociedade. Constituem-se por um conjunto finito de atores sociais e pelas relações que se estabelecem entre eles. O capital social são acumulações de recursos, tangíveis e intangíveis. Implica possibilidades de fluxos de acumulação e desacumulação. Recentemente consideram o capital social como relações informais e de confiança e de cooperação entre famílias, vizinhos e grupos. (SAPAG JC, KAWACHI I, 2007).

Na camada 4, estão representados às condições de vida e de trabalho, a disponibilidade de alimentos e o acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde, educação, saneamento e habitação, indicando que as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde.

Finalmente, na camada 5, estão situados os macrodeterminantes que possuem grande influência sobre as demais camadas subjacentes e relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, incluindo também determinantes supranacionais como o processo de globalização.

O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS (MACC)

As evidências recolhidas na literatura internacional sobre os modelos de atenção à saúde e a singularidade do SUS fez com que se desenvolvesse um modelo de atenção às condições crônicas que pudesse ser aplicado ao sistema público de saúde brasileiro (MENDES, 2011).

O MACC (figura 5) deve ser lido em três colunas: na coluna da esquerda, sob influência do MPR, está a população total estratificada em subpopulações por estratos de riscos. Na coluna da direita, sob influência do modelo de determinação social saúde de *Dahlgren e Whitehead* está os diferentes níveis de determinação social da saúde: os determinantes intermediários, proximais e individuais. É claro que se tratando de um modelo de atenção à saúde, não caberia, aqui, incluir os macrodeterminantes distais da saúde. Na coluna do meio estão, sob influência do CCM, os cinco níveis das intervenções de saúde sobre os determinantes e suas populações: intervenções promocionais, preventivas e de gestão da clínica.

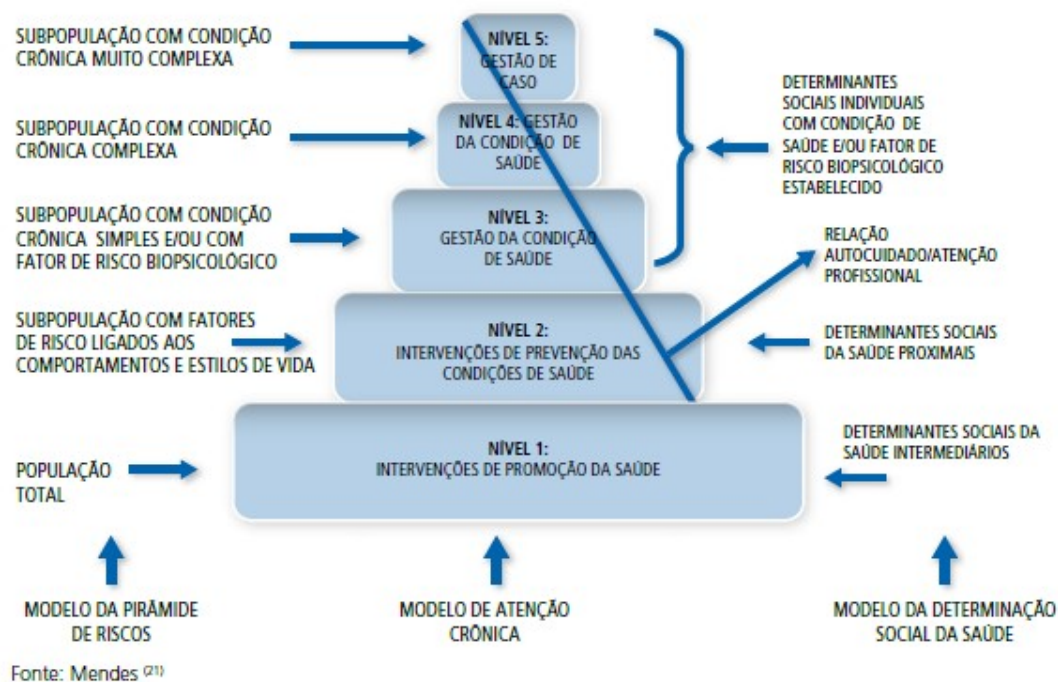


Figura 5: O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)

O lado esquerdo da figura 5 corresponde a diferentes subpopulações de uma população total sob responsabilidade de uma equipe de saúde da família (ESF), em torno de 3.500 pessoas. Essa população e suas subpopulações são cadastradas na ESF e registradas segundo as subpopulações de diferentes níveis do modelo: no nível 1, a população total e, em relação à qual se intervirá sobre os determinantes sociais da saúde intermediários. O nível 2, as subpopulações com diferentes fatores de riscos ligados aos comportamentos e aos estilos de vida (determinantes sociais da saúde proximais) como pessoas tabagistas, com sobrepeso ou obesidade, sedentárias, usuárias excessivas de álcool, com alimentação inadequada, sob estresse exagerado e outros. No nível 3 estão as subpopulações de pessoas com riscos individuais e/ou com condição crônica estabelecida, mas de baixo e médio riscos. O nível 4, as subpopulações de pessoas com condição crônica estabelecida de alto e muito alto riscos; e o nível 5, as subpopulações de condições de saúde muito complexas. O conhecimento de sua população pela ESF e sua divisão em subpopulações por diferentes riscos constitui o alicerce da gestão da saúde com base na população.

O conhecimento da população da ESF envolve um processo complexo, estruturado em vários momentos: o processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos sócio-sanitários; a vinculação das famílias à equipe; a identificação das subpopulações com fatores de riscos proximais e biopsicológicos; a identificação das subpopulações com condições de saúde estabelecidas por estratos de riscos; e a identificação das subpopulações com condições de saúde muito complexas.

O lado direito da figura 5 corresponde ao foco das diferentes intervenções de saúde em função dos determinantes sociais da saúde.

No nível 1, o foco das intervenções são os determinantes sociais da saúde intermediários que se manifestam no âmbito local de atuação da ESF, especialmente aqueles ligados às

condições de vida e de trabalho: educação, emprego, renda, habitação, saneamento, disponibilidade de alimentos, infraestrutura urbana, serviços sociais etc. Assim, as intervenções são de promoção da saúde, em relação à população total e com foco nos determinantes sociais intermediários. O modo de intervenção é por meio de projetos intersetoriais que articulem no espaço micro, ações de serviços de saúde com ações de melhoria habitacional, de geração de emprego e renda, de ampliação do acesso ao saneamento básico, de melhoria educacional, melhoria na infraestrutura urbana etc. Os projetos intersetoriais geram sinergias entre as diferentes políticas públicas produzindo resultados positivos na saúde da população (PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA, 2007; ROJAS E, 2009; HARRIS A, HASTINGS N, 2006).

No nível 2, as intervenções são de prevenção das condições de saúde e com foco nos determinantes proximais da saúde ligados aos comportamentos e aos estilos de vida. Utiliza-se a expressão prevenção das condições de saúde e não prevenção das doenças, porque se podem prevenir condições de saúde, como gravidez nas mulheres e incapacidade funcional das pessoas idosas, que não são doenças. Esses determinantes são considerados fatores de risco modificáveis e são potenciados pelos determinantes sociais intermediários e distais. Os mais importantes são o tabagismo, a alimentação inadequada, a inatividade física, o excesso de peso e o uso excessivo de álcool (BRASIL, 2007).

Os níveis 3, 4 e 5 do MACC vão operar com fatores de risco biopsicológico (idade, gênero, hereditariedade, hipertensão arterial, dislipidemias, depressão, pré-diabetes e outros) e/ou com uma condição de saúde e implicam a estratificação dos riscos. As intervenções são predominantemente clínicas, operadas por tecnologias de gestão da clínica, a partir da gestão baseada na população. Ademais, vai-se operar com subpopulações da população total que apresentam uma condição crônica simples, de baixo ou médio risco, em geral prevalente na grande maioria dos portadores da condição de saúde, por meio da tecnologia de gestão da condição de saúde. A estratificação dos riscos é feita nas linhas-guia respectivas (por exemplo, hipertensão de baixo, médio, alto e muito alto risco ou gestante de risco habitual e gestante de alto risco).

Ainda que os níveis 3 e 4 sejam enfrentados pela mesma tecnologia de gestão da condição de saúde, a lógica da divisão em dois níveis explica-se pela linha transversal que cruza o MACC, representada na figura 5, e que expressa uma divisão na natureza da atenção à saúde prestada às pessoas usuárias. Isso decorre de evidências que demonstram que 70 a 80% dos portadores de condições crônicas de baixo ou médio risco são atendidos, principalmente, por tecnologias de autocuidado apoiado, com baixa concentração de cuidados profissionais. Assim, no nível 3, opera-se principalmente por meio das intervenções de autocuidado apoiado, ofertadas por uma equipe da ESF, com ênfase na atenção multiprofissional; já no nível 4, opera-se equilibradamente entre o autocuidado apoiado e o cuidado profissional e, nesse nível é que se necessita de uma atenção cooperativa dos generalistas da ESF e dos especialistas.

Por fim, o nível 5 destina-se à atenção às condições crônicas muito complexas e que estão, também, relacionadas nas linhas-guia das respectivas condições de saúde. Essas condições muito complexas são aquelas previstas na lei da concentração dos gastos e da severidade das condições de saúde que define que uma parte pequena de uma população, em função da gravidade de suas condições de saúde, determina os maiores dispêndios dos sistemas de atenção à saúde (BERK ML, MONHEINT AC, 1992) e são as

pessoas que mais sofrem. Por isso, as necessidades dessas pessoas convocam uma tecnologia específica de gestão da clínica, a gestão de caso. Há, aqui, uma alta concentração de cuidado profissional. Um gestor de caso (um enfermeiro, um assistente social ou uma pequena equipe de saúde) deve coordenar a atenção recebida pela pessoa em todos os pontos de atenção à saúde e nos sistemas de apoio, ao longo do tempo.

REFERENCIAS

- Bengoa, R. Curar y cuidar. In: Bengoa, R, Nuño, RS. **Curar y cuidar: innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar**. Barcelona: Elsevier España; 2008.
- Berk ML, Monheint AC. **The concentration of health expenditures: an update**. Health Affairs. 1992; 11: 145-149.
- Brasil. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
- Commission on Social Determinants of Health. **A conceptual framework for action on social determinants of health**. Geneva: WHO, Discussion paper, Draft; 2007.
- CORDEIRO JÚNIOR, W. **A gestão de risco na urgência**. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2008
- Cordeiro JR W, Mafra, AA. **Mudanças na gestão de urgências a partir da classificação de risco**. In: Governo do Estado de Minas Gerais. Coordenação de urgência e emergência: SAMU Minas Gerais, 2008; p. 50-70 [acessado em 2013 jun 30]. Disponível em: http://www.ufsj.edu.br/portal2_repositorio/File/fauf/concursos_2010/SAMU_centrosul/apostilado_samu_mg_-_verso_19-11-08_2.pdf
- Dahlgren G, Whitehead M. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Stockolm: Arbetsrapport/Institutet for Framtidsstudier; 2007.
- Department of Health. **Supporting people with long term conditions: an NHS and social care model to support local innovation and integration**. Leeds: COI/Department of Health; 2005.
- Ham C. **Developing integrated care in the UK: adapting lessons from Kaiser**. Birmingham:Health Services Management Centre; 2006.
- A, Hastings N. **Working the system: creating a state of wellbeing**. Edinburgh: Scottish Council Foundation; 2006.
- MACKWAY-JONES, K.; MARS, J.; WINDLE, J. **Emergency: Manchester Triage Group**. 2 ed. [S.I.] paperback (2005).
- MARQUES AJS, Cordeiro Junior W, Santos Junior R, Colares YF, Alves L. Rede de urgência e emergência. In: Marques AJS, Mendes EV, Lima HOL (Organizadores). **O choque de gestão em Minas Gerais: resultados na saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2010.
- MENDES E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
- Organização Mundial da Saúde. Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud. **Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de La salud**. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
- Porter M, Kellogg M. **Kaiser Permanente: an integrated health care experience**. Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada [periódicos na Internet]. 2008 [acesso em 18 maio de 2009]; Vol.1: ISS. 1, Article 5. Disponível em: <http://pub.bsolut.net/risai/vol1/iss1/5/>

Public Health Agency of Canada. **Crossing sectors: experiences in intersectoral action, public policy and health**. Ottawa: Minister of Health; 2007.

Rojas E. **Construir ciudades: mejoramiento de barrios y calidad de vida urbana**. Washington: Fondo de Cultura Economica/Inter-American Development Bank; 2009.

Sapag JC, Kawachi I. **Capital social y promoción de la salud en America Latina**. Rev. Saúde Pública. 2007; 41: 139-149.

Strong L. **A strategy for long term conditions in Mid Sussex**. Sussex: NHS; 2005.

Von Korff M, Gruman J, Schaefer J, Curry SJ, Wagner EH. Collaborative management of chronic illness. Ann Intern Med. 1997; 127:1097-1102.

Wagner, EH. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness. Effect Clin Pract. 1998.

Wagner EH, Glasgow RE, Davis C, Bonomi AE, Provost L, McCulloch D, et al. **Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach**. Jt. Comm. J. Qual. Improv. 2001.

ATIVIDADE 9 – AULA INTERATIVA: OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE



30 minutos

ATIVIDADE 10– TRABALHO EM GRUPO COM PLENÁRIA INTERNA – TEXTO 5: A GESTÃO DA CLINICA



30 minutos

DESCRIÇÃO:

Passo 1 - Esta atividade traz um texto que aborda sobre gestão da clínica, comentando sobre sua origem e tipos, conceito com uma abordagem sobre as diretrizes clínicas, seus objetivos e tipos principais.

O objetivo é trabalhar a compreensão da gestão da clínica como importante instrumento a ser utilizado na Atenção Primária à Saúde.

Passo 2 –Da mesma forma, o grupo deve eleger um coordenador e um relator para a atividade. Mais uma vez reforçamos a importância de contar com a colaboração de todos no exercício dessas funções. Registre aqui as pessoas eleitas:

Coordenador: _____ e Relator: _____

Passo 3 - Compreendida as orientações, a seguir o texto 5, para leitura e discussão. Lembrem-se das orientações gerais para leitura coletiva, apresentadas anteriormente.

Passo 4 – Utilizem as questões norteadoras, para auxiliar na discussão:

a. O que você entende por gestão da clínica?

b. Quais são os tipos de gestão da clínica?

c. O que você entende por diretrizes clínicas e quais os tipos principais?

TEXTO 5 - GESTÃO DA CLÍNICA⁸

UMA NOVA GESTÃO NA ESF: A GESTÃO DA CLÍNICA

A aplicação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) na Estratégia Saúde da Família (ESF) convoca mudanças profundas na gestão dos cuidados primários à saúde.

A gestão da saúde, bem como a gestão das organizações em geral, está voltada para modelos de gestão estratégica com forte base na gestão dos recursos humanos, materiais e financeiros.

Sem abandonar os princípios da gestão estratégica e da gestão de meios, há que se avançar no sentido de uma valorização relativa da gestão dos fins, a gestão da clínica.

As origens e o conceito de gestão da clínica

A expressão gestão da clínica não é muito encontrada na literatura internacional, mas, no Brasil, foi adotada por Mendes (2001) para expressar um sistema de tecnologias de microgestão dos sistemas de atenção à saúde, aplicável ao SUS.

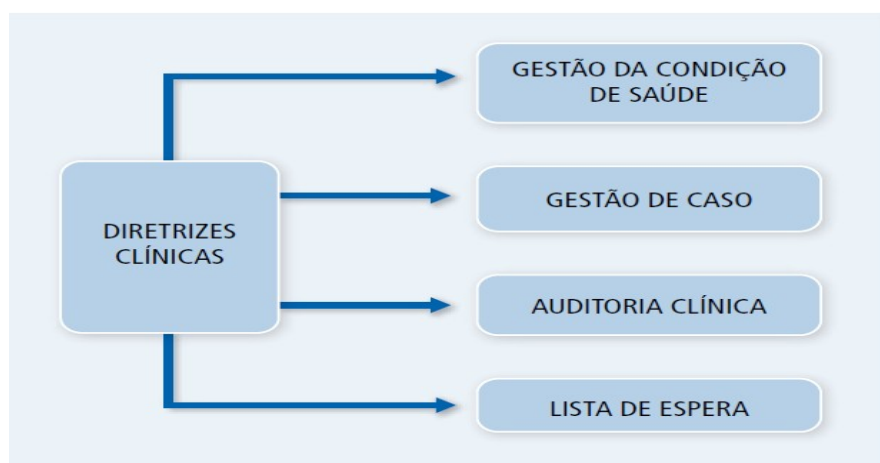
A gestão da clínica tem suas origens em dois movimentos principais: um mais antigo, desenvolvido no sistema de atenção à saúde dos Estados Unidos, a atenção gerenciada (*managed care*); outro, mais recente, a governança clínica (*clinical governance*) que se estabeleceu no Serviço Nacional de Saúde (NHS) do Reino Unido (MENDES, 2011).

⁸ Este texto foi transcrito, com algumas adequações, para atender ao propósito desta oficina, da seguinte referência: Vilaça, EM. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2011.

A proposta da gestão da clínica inspirou-se na atenção gerenciada trazendo dela, e adaptando à realidade do sistema público brasileiro, um de seus elementos constitutivos, o conjunto de tecnologias de microgestão dos sistemas de atenção à saúde que comprovaram, empiricamente, ser eficazes (ROBISON, 1998). Além disso, buscou incorporar, na sua proposta de auditoria clínica, as tecnologias de revisão da utilização, também muito eficazes no controle da variabilidade dos procedimentos médicos (RESTUCCIA, 1995).

A gestão da clínica incorpora da governança clínica, especialmente, a centralidade que dá à educação permanente dos profissionais de saúde, a gestão dos riscos da atenção e uma visão contemporânea de auditoria clínica, intimamente vinculada a uma cultura de qualidade dos serviços de saúde. Pode ser conceituada como um conjunto de tecnologias de microgestão da clínica, construído com base em evidências científicas e destinado a prover uma atenção à saúde de qualidade: centrada nas pessoas; efetiva, estruturada com base em evidências científicas; segura, que não cause danos às pessoas usuárias e aos profissionais de saúde; eficiente, provida com os custos ótimos; oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades injustas; e ofertada de forma humanizada (MENDES, 2011).

A gestão da clínica constitui-se das tecnologias sanitárias que partem das tecnologias-mãe, as diretrizes clínicas, para, a partir delas, desenvolver as tecnologias de gestão da condição de saúde, de gestão de caso, de auditoria clínica e de listas de espera, conforme se vê na Figura 1.



Fonte: Mendes ⁽²¹⁾

Figura 1- As tecnologias de gestão da clínica
Os tipos de tecnologias da gestão da clínica

As tecnologias da gestão da clínica encontram, na ESF, um campo privilegiado de aplicação. A exceção fica para a lista de espera que não se aplica à ESF, sendo utilizada para o equilíbrio entre oferta e demanda na atenção especializada. As diretrizes clínicas constituem a base de uma ESF efetiva e de qualidade. A partir dela, estruturam-se as duas tecnologias fundamentais para o MACC, a gestão da condição de saúde e a gestão de caso, em conformidade com o Modelo da Pirâmide de Risco (MPR).

No MACC, os níveis 3 e 4 correspondem a gestão da condição de saúde, são os cuidados de condições crônicas simples e/ou fatores de risco biopsicológicos ou de condições crônicas complexas, por meio da utilização da tecnologia de gestão da condição de saúde

e o nível 5, relativo à condição crônica muito complexa, é o cuidado provido pela tecnologia de gestão de caso.

Por essa razão, as tecnologias aqui apresentadas serão as diretrizes clínicas, a gestão da condição de saúde e a gestão de caso. Não obstante, há que se reconhecer que a tecnologia de auditoria clínica deve ser utilizada na ESF, especialmente vinculada a programas de melhoria da qualidade.

As diretrizes clínicas

As diretrizes clínicas são recomendações preparadas, de forma sistemática, com o propósito de influenciar decisões dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias a respeito da atenção apropriada, em circunstâncias clínicas específicas (INSTITUTE OF MEDICINE, 1990). Para alcançar seus objetivos, as diretrizes clínicas devem combinar medicina baseada em evidência, avaliação tecnológica em saúde, avaliação econômica dos serviços de saúde e garantia de qualidade (EDDY, 1990).

O processo de desenvolvimento das diretrizes clínicas deve ser encarado, não como um processo linear, mas como um ciclo de atividades interdependentes que envolvem a elaboração, implantação, avaliação e a revisão das diretrizes clínicas, educação permanente, acreditação dos serviços de saúde, avaliação tecnológica em saúde e a auditoria clínica (HARBOUR, 2008).

Apesar de sofrerem questionamentos frequentes – como os que as comparam a livros de receitas gastronômicas –, as diretrizes clínicas são imprescindíveis para a gestão da clínica e devem ser vistas, não como trilhos, mas como trilhas para uma atenção à saúde efetiva e de qualidade.

Os objetivos das diretrizes clínicas são: melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde e a comunicação entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias; padronizar as condutas clínicas, reduzindo a complexidade da atenção à saúde; melhorar a qualidade da atenção à saúde provendo serviços efetivos, eficientes e seguros, segundo as evidências científicas; diminuir as variações não desejadas na prestação de serviços de saúde; aumentar a satisfação das pessoas usuárias; definir parâmetros de programação de base populacional; servir de base para a definição das tecnologias de gestão da clínica; facilitar o desenho de processos de educação permanente; e identificar áreas de investigação e de desenvolvimento (MENDES, 2011; 21, CAMPBELL, 1998; 1029, THOMPSON, PICKERING, 2010). As diretrizes clínicas têm algumas características: apresentam um claro enfoque para as pessoas usuárias; são desenvolvidas por grupos multiprofissionais; estão orientadas para objetivos e resultados; devem ser validadas interna e externamente; incorporam evidências científicas; são monitoradas; e têm um tempo determinado para sofrerem revisão (THOMPSON, PICKERING, 2010).

Todo o processo de cuidado das condições crônicas na ESF deve ser sustentado por diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas. Assim, as diretrizes clínicas devem ser construídas com base na medicina baseada em evidência (MBE), entendida como o uso consciente, explícito e prudente da melhor evidência para tomar decisões a respeito da atenção à saúde (SACKETT, RICHARDSON, ROSEMBERG *et al*, 1997). A MBE

justifica-se por algumas razões principais: primeiro, porque as evidências estão sendo constantemente geradas e devem ser incorporadas à prática clínica; segundo, porque ainda que essas evidências sejam necessárias para a prática cotidiana da medicina há dificuldades em obtê-las; terceiro, porque o conhecimento médico evolui muito rapidamente e a performance clínica deteriora-se com o tempo; quarto, porque a entropia clínica não é superável pelos programas convencionais de educação continuada; e, por fim, porque a MBE permite aos clínicos manterem-se atualizados (SACKETT, RICHARDSON, ROSEMBERG *et al*, 1997).

Os tipos de diretrizes clínicas

Há dois tipos principais de diretrizes clínicas: as linhas-guia (*guidelines*) e os protocolos clínicos. Alguns autores mencionam um terceiro instrumento, as vias clínicas (*clinical pathways*) que são recomendações que se aplicam, geralmente, a pessoas internadas em hospitais ou hospitais/dia e que consideram as ações referentes a cada dia de internação e a critérios de alta (COCHRANE, 2001). As diretrizes clínicas mais utilizadas na ESF são as linhas-guia e os protocolos clínicos.

As linhas-guia são recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a uma determinada condição de saúde, realizadas de modo a normatizar todo o processo, ao longo de sua história natural, cobrindo, portanto, as intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas realizadas em todos os pontos de atenção de uma RAS. As linhas-guia normatizam todo o processo de atenção à saúde, em todos os pontos de atenção, obedecendo à ação coordenadora da APS. As linhas-guia aproximam-se de um conceito muito utilizado no SUS, as linhas de cuidado (FRANCO *et al*, 2004).

Dessa mesma forma, os protocolos clínicos também são recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a partes do processo de uma condição de saúde e em um ponto de atenção à saúde determinado. De tal modo, os protocolos clínicos são documentos específicos, mais voltados às ações de promoção, prevenção, cura/cuidado, reabilitação ou palição, em que os processos são definidos com maior precisão e menor variabilidade. Utilizando uma metáfora, pode-se dizer que as linhas-guia são o filme e os protocolos clínicos os fotogramas. Por exemplo, a normatização da atenção pré-natal, ao parto e ao puerpério, ao longo de todos os pontos de atenção à saúde, é feita através de uma linha-guia; o detalhamento do diagnóstico e do tratamento da toxoplasmose – uma parte de todo o processo – é feito por um protocolo clínico.

A elaboração das linhas-guia e dos protocolos clínicos é realizada através de um processo complexo, composto por vários momentos, que leva tempo e envolve várias etapas (COCHRANE, 2001; FELTON, 1998).

Os momentos de elaboração das diretrizes clínicas são: a escolha da condição de saúde, a definição da equipe de elaboração, a análise situacional da condição de saúde, a busca de evidências e de diretrizes clínicas relevantes, os conteúdos das diretrizes clínicas, a formalização das diretrizes clínicas, a avaliação das diretrizes clínicas, a validação das diretrizes clínicas, a publicação das diretrizes clínicas e a revisão das diretrizes clínicas.

Além da publicação das diretrizes clínicas, por escrito, deve-se também disponibilizá-las em meio eletrônico, na página da instituição. Isso é fundamental para que se possam realizar revisões em período de tempos menores que as publicações de papel. Idealmente devem ser acessadas facilmente por meio de prontuários familiares eletrônicos pelos profissionais de saúde.

Uma revisão sistemática sobre o tema mostrou que há vantagens em adaptar diretrizes clínicas já existentes porque, dessa forma, eliminam-se duplicações de esforços e retrabalhos, além de ser mais viável em situações de baixa capacidade institucional para gerar diretrizes clínicas originais (FEVERS *et al*, 2006).

A Gestão da condição da saúde – traduz-se pela mudança de um modelo de atenção à saúde focada no indivíduo por meios de procedimentos curativos e reabilitadores, para uma abordagem baseada numa população adscrita, que identifica pessoas em risco de adoecer ou adoecidas, com foco na promoção da saúde e/ou ação preventiva, ou a atenção adequada, com intervenção precoce com vistas a alcançar melhores resultados e menores custos. Sua premissa é a melhoria da qualidade da atenção à saúde em toda a RAS. Para tanto, engloba o conjunto de pontos de atenção à saúde, com o objetivo de alcançar bons resultados clínicos, a custos compatíveis, com base em evidência disponível na literatura científica (BRASIL, 2011).

A Gestão da condição da saúde pode ser definida como o processo de gerenciamento de um fator biopsicológico ou de uma determinada condição de saúde estabelecida, por meio de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e de cuidado, com o objetivo de alcançar bons resultados clínicos e de reduzir os riscos para os profissionais e para as pessoas usuárias (MENDES, 2011).

A gestão dos riscos coletivos e ambientais passa pela vigilância, prevenção e controle das doenças, agravos e fatores de risco, onde o foco é a identificação oportuna de problemas de saúde na população, a identificação das causas e fatores desencadeantes, a descrição do comportamento, a proposição de medidas para o controle ou eliminação e o desencadeamento das ações. Os problemas podem se manifestar através de doenças transmissíveis, doenças crônicas não transmissíveis, agravos a saúde como as violências, exposição a produtos danosos a saúde, alterações do meio ambiente, ou ambiente de trabalho, entre outros (BRASIL, 2011).

A gestão do caso é um processo que se desenvolve entre o profissional responsável pelo caso e o usuário do serviço de saúde para planejar, monitorar e avaliar ações e serviços, de acordo com as necessidades da pessoa, com o objetivo de propiciar uma atenção de qualidade e humanizada. Seus objetivos são: a) atender as necessidades e expectativas de usuários em situação especial; b) prover o serviço certo ao usuário no tempo certo; c) aumentar a qualidade do cuidado; e, d) diminuir a fragmentação da atenção. É, portanto, uma relação personalizada entre o profissional responsável pelo caso e o usuário de um serviço de saúde (BRASIL, 2011).

Existem muitas evidências sobre o impacto de diretrizes clínicas na APS, porque ajudam a organizar a informação científica, padronizam a atenção (PAYNE *et al*, 1995; RUOFF, 2002), reduzem a utilização dos serviços, melhoram a qualidade da atenção (RENDERS *et al*, 2004; 1062, EMSLIE, GRIMSHAW, 1993), reduzem os custos da atenção à saúde e o uso de serviços de diagnóstico (RENDERS *et al*, 2004) e melhoram os processos clínicos

(ROSSER, 1986; DE VOS MEIRING, WELLS 1990; MCDOWELL, NEWELL; ROSSER, *et al*, 1992), dentre outros estudos.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Diretrizes clínicas para a organização das redes de atenção à saúde**. Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite, (proposta de documento), 2010.
- Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N, Porteus M. **Integrated care pathways**. *British Medical Journal*. 1998; 316: 133-137.
- Cochrane D. **Evidence-based medicine in practice**. In: Cochrane D (Editor). *Managed care and modernization*. Buckingham: Open University Press; 2001
- Eddy D. Practice policies, what are they? *JAMA*. 1990; 263: 877-880.1064. De Vos Meiring P, Wells IP. The effect of radiology guidelines for general practitioners in Plymouth. *Clin. Radiol*. 1990; 42: 327-329.
- Eddy D. Practice policies, what are they? **JAMA**. 1990; 263: 877-880.
- Emslie C, Grimshaw J, Templeton A. Do clinical guidelines improve general practice management and referral of infertile couples? **British Medical Journal**. 1993; 306: 1728-1731.
- Felton T. Evidence-based medicine. In: Couch JB (Editor). *The health professional's guide to disease management: patient-centered care for the 21st century*. Gaithersburg: Aspen Publication; 1998
- Fervers B, Burgers JS, Haugh MC, Latreille J, Cabanne NM, Paquet L et al. Adaptation of clinical guidelines: literature review and proposition for a framework and procedure. *International Journal for Quality in Health Care*. 2006; 18: 167-176
- Franco TB, Magalhães Júnior HM. **Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado**. In: Merhy E, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS (Organizadores). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Ed. Hucitec, 2ª Ed; 2004.
- Harbour RT (Editor). **Sign 50: a guideline developer's handbook**. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2008
- McDowell I, Newell C, Rosser W. Comparison of three methods of recalling patients for influenza vaccination. **Can. Med. Assoc.** 1986; 135: 991-997
- Mendes EV. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, Tomo II; 2001.21. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
- North of England study of standards and performance in general practice. Medical audit II: effects on health of patients with common childhood conditions. **British Medical Journal**. 1992; 304:1484-1488.
- Payne TH, Galvin MS, Taplin SH, Savarino J, Austin B, Wagner EH. Practicing population-based care in an HMO: evaluation after 18 months. **HMO Practice**. 1995; 9: 101-106.
- Renders CM, Valk GD, and Griffin S, Wagner EH, Eijk JT, Assendelft WJ. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. In: *The Cochrane Library*. Chichester: **John Wiley & Sons**, Issue 2; 2004.
- Restuccia JD. The evolution of hospital utilization review methods in the United States. *International Journal for Quality in Health Care*. 1995; 7: 253-260. Institute of Medicine. *Clinical practice guidelines: directions for a new program*. Washington: The National Academies Press; 1990
- Robinson R, Steiner A. **Managed health care**. Buckingham: Open University Press; 1998.

Ruoff G. Effects of flow sheet implementation on physician performance in the management of asthmatic patients. **Fam. Med.** 2002; 34: 514-517.

Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. **Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM.** New York: Churchill Livingstone; 1997

Thompson J, Pickering S. **Vías de asistencia integrada: su contribución al gobierno clínico y la gestión eficiente.** In: Pickering S, Thompson J. Gobierno clínico y gestión eficiente: cómo cumplir la agenda de modernización. Barcelona: Churchill Livingstone Elsevier; 2010.

Zitter M. **A new paradigm in health care delivery: disease management.** In: Todd WE, Nash D (Editors). Disease management: a systems approach to improving patient outcomes. Chicago: American Hospital Publishing Co; 1996.

ATIVIDADE 11- TRABALHO EM GRUPO COM PLENÁRIA INTERNA – TEXTO 6: OS FUNDAMENTOS DA CONSTRUÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE



30 minutos

DESCRIÇÃO:

Passo 1 - Esta atividade refere-se a leitura do texto sobre os fundamentos das RAS. Aborda sobre economia de escala, qualidade e acesso, integração horizontal e vertical. O objetivo é trabalhar a compreensão e o entendimento sobre a importância do acesso e qualidade nos serviços de saúde a partir de conceitos da teoria econômica aplicada a saúde.

Passo 2 – Da mesma forma dos trabalhos anteriores, o grupo deve eleger um coordenador e um relator para a atividade. Mais uma vez destacamos a importância de contar com a colaboração de todos no exercício dessas funções. Registre aqui as pessoas eleitas:

Coordenador: _____ e Relator: _____

Passo 3 - Compreendida as orientações, a seguir o texto para leitura e discussão. Lembrem-se das orientações gerais para leitura coletiva apresentadas anteriormente.

Passo 4: Utilizem as questões norteadoras, para auxiliarem nas discussões.

a. Sobre os principais conceitos aprendidos, em relação à lógica da construção das RAS e de seus componentes, como eles se aplicam na organização do sistema de saúde no estado?

b. Na compreensão dos conceitos, trazer para a prática diária exemplos de: serviços devem ser concentrados e desconcentrados; economia de escala; qualidade em saúde; relações entre escala e qualidade nas redes de atenção à saúde e dos fatores que determinam o acesso aos serviços de saúde.



TEXTO 6 – OS FUNDAMENTOS DA CONSTRUÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE⁹

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

O modo de organizar as redes de atenção à saúde define a singularidade de seus processos descentralizadores frente a outros setores sociais. Os serviços de saúde estruturam-se numa rede de pontos de atenção à saúde, composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser distribuídos espacialmente, de forma ótima. A organização das RAS, para ser feita de forma efetiva, eficiente e com qualidade, tem de estruturar-se com base nos seguintes fundamentos: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção. Nesse texto nos deteremos em economia de escala, qualidade, acesso integração horizontal e vertical

ECONOMIA DE ESCALA, QUALIDADE E ACESSO

Economia de escala, qualidade e acesso aos diferentes pontos de atenção à saúde determinam, dialeticamente, a lógica fundamental da organização racional das RAS. Os serviços que devem ser ofertados de forma dispersa são aqueles que se beneficiam menos de economias de escala, para os quais há recursos suficientes e em relação aos quais a distância é fator fundamental para a acessibilidade; diferentemente, os serviços que devem ser concentrados são aqueles que se beneficiam de economias de escala, para os quais os recursos são mais escassos e em relação aos quais a distância tem menor impacto sobre o acesso (MENDES, 2001).

As economias de escala ocorrem quando os custos médios de longo prazo diminuem, à medida que aumenta o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades, sendo o longo prazo um período de tempo suficiente para que todos os insumos sejam variáveis.

⁹ Este texto foi transcrito, com pequenas adequações, para atender ao propósito desta oficina, do livro **As Redes de Atenção à Saúde**, de autoria de Eugênio Vilaça Mendes, publicado em 2011. A referência completa deste livro encontra-se na lista de Referências Bibliográficas

As economias de escala são mais prováveis de ocorrer quando os custos fixos são altos relativamente aos custos variáveis de produção, o que é comum nos serviços de saúde. A teoria econômica assume que as relações entre custos médio e tamanho de certos equipamentos de saúde tendem a assumir uma forma de U. Assim, aumentos de escala implicam fontes adicionais de custos, de tal forma que além de um determinado volume crítico, os custos médios de longo prazo começam a elevar-se, configurando uma situação de deseconomia de escala. Portanto, a busca de escala é uma condição imprescindível para um sistema de saúde eficiente.

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

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

Um dos objetivos fundamentais dos serviços de saúde é a qualidade. Os serviços de saúde têm qualidade quando são prestados em consonância com padrões ótimos pré-definidos; são submetidos a medidas de performance nos níveis de estrutura, processos e resultados; são ofertados para atender às necessidades das pessoas; implicam programas de controle de qualidade; são ofertados em tempo oportuno; são seguros para os profissionais de saúde e para os usuários; fazem-se de forma humanizada; satisfazem às expectativas dos usuários e são equitativos (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001; DLUGACZ *et al.*, 2004; RESTIFO; GREENWOOD, 2004).

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

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

Diante dessas evidências, as RAS devem configurar-se em desenhos institucionais que combinem elementos de concentração e de dispersão dos diferentes pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio. Contudo, esses fatores devem estar em equilíbrio com o critério do acesso aos serviços.

Para Donabedian (1973), o acesso, tomado como acessibilidade aos serviços de saúde, é a capacidade de um sistema de atenção à saúde responder às necessidades de saúde de

uma população. O autor distinguiu dois tipos de acessibilidade: o sócio--organizacional, que inclui características da oferta de serviços, e a geográfica que se relaciona ao espaço e que pode ser medida pela distância e tempo de locomoção, custos de transporte etc. Penchansky e Thomas (1981) definiram o acesso como o ajuste entre as pessoas usuárias e os sistemas de atenção à saúde e identificaram várias dimensões do acesso: a disponibilidade dos serviços; a acessibilidade geográfica; o grau de acolhimento; a capacidade de compra das pessoas usuárias; a aceitabilidade recíproca entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias.

Para Carr-Hill *et al.* (1997), o acesso aos serviços de saúde está em função de quatro variáveis: o custo de oportunidade da utilização dos serviços de saúde; a severidade percebida da condição que gera a necessidade de busca dos serviços; a efetividade esperada dos serviços de saúde; e a distância dos serviços de saúde. Outras condições sendo iguais, quanto maior o custo de oportunidade, menor a severidade da condição, menos clara a percepção da efetividade e maior a distância, menor será o acesso aos serviços de saúde. Uma revisão sobre o acesso aos serviços de saúde mostrou algumas evidências: a utilização da APS é sensível à distância, tanto para populações urbanas quanto rurais, sendo isso particularmente importante para serviços preventivos ou para o manejo de doenças em estágios não sintomáticos; há evidência de uma associação negativa, também para serviços de urgência e emergência; não há evidência de associação entre distância e utilização de serviços de radioterapia e de seguimento de câncer de mama; não há associação entre distância e a acessibilidade a serviços hospitalares agudos.

Assim, as RAS têm de incorporar, como um ponto central, o critério do acesso. Assim, o desenho das redes de atenção à saúde faz-se combinando, dialeticamente, de um lado, economia de escala e qualidade dos serviços e, de outro, o acesso aos serviços de saúde, conforme se vê na Figura 1 a seguir.

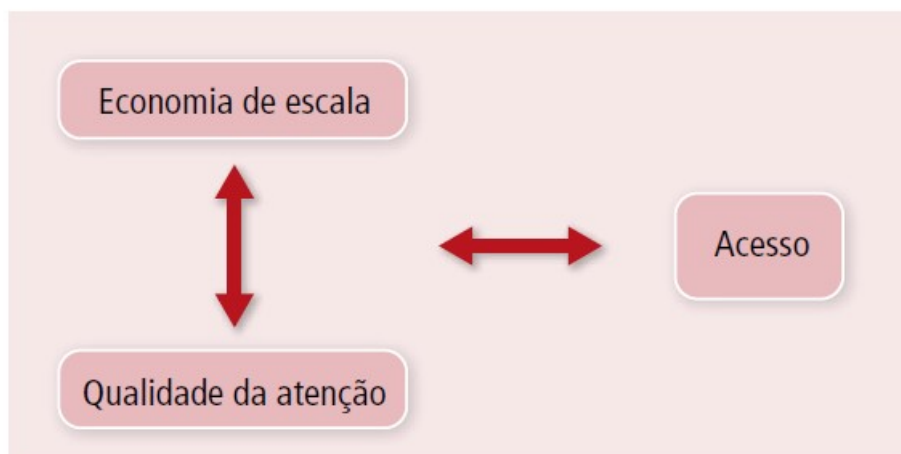


Figura 1: A lógica de desenho dos componentes das redes de atenção à saúde nos territórios sanitários

A situação ótima nas RAS é dada pela concomitância de economias de escala e serviços de saúde de qualidade acessíveis prontamente aos cidadãos. Quando se der em regiões de baixa densidade demográfica, o conflito entre escala e acesso, prevalecerá, sempre, o critério do acesso. Assim, do ponto de vista prático, em algumas regiões brasileiras, alguns territórios sanitários estarão definidos por populações subótimas;

assim, também, certos serviços operarão em deseconomias de escala porque não se pode sacrificar o direito do acesso aos serviços de saúde a critérios econômicos.

INTEGRAÇÃO HORIZONTAL E VERTICAL

Na construção da RAS devem ser observados os conceitos de integração horizontal e vertical. São conceitos que vêm da teoria econômica e que estão associados a concepções referentes às cadeias produtivas.

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

A integração vertical, ao contrário, se dá entre unidades produtivas diferentes para configurar uma cadeia produtiva com maior agregação de valor. É o caso de uma empresa que começa com a mineração de ferro, depois agrega a produção de gusa, depois a produção de aço etc. No desenvolvimento das RAS os dois conceitos se aplicam.

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

A integração vertical, nas RAS, se faz através de uma completa integração, como nas redes de propriedade única (por exemplo, a rede da Kaiser Permanente nos Estados Unidos) ou em redes de diversos proprietários (o mais comum no SUS, onde podem se articular serviços federais, estaduais, municipais e privados, lucrativos e não lucrativos), por meio de uma gestão única, baseada numa comunicação fluida entre as diferentes unidades produtivas dessa rede. Isso significa colocar sob a mesma gestão todos os pontos de atenção à saúde, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos de uma rede, desde a APS à atenção terciária à saúde, e comunicá-los através de sistemas logísticos potentes. Na integração vertical da saúde, manifesta-se uma singular forma de geração de valor na rede de atenção, o valor em saúde, o que se aproxima do conceito econômico de valor agregado das cadeias produtivas.

REFERÊNCIAS

- ALETRAS, V.; JONES, A.; SHELDON, T. A. **Economies of scale and scope**. In: FERGUSON, B.; SHELDON, T. A.; POSNETT, J. Concentration and choice in health care. London: Financial TimesHealthcare, 1997.
- ANDRADE, M.V. *et al.* – **Análise da eficiência hospitalar no estado de Minas Gerais**. Belo Horizonte, CEDEPLAR/UFMG, 2007.
- BANTA, H. D.; BOS, M. **The relation between quantity and quality with coronary artery bypasssurgery**. Health Policy, v. 18, n. 1, p. 1-10, 1991.

- BRASIL. Ministerio da Saude. **A regionalizacao da saude**: versao preliminar para discussao interna. Brasilia, 2004. (mimeo).
- BUNKER, J. P.; LUFT, H. S.; ENTHOVEN, A. **Should surgery be regionalised?** Surgical Clinics of North America, v. 62, n. 4, p. 657-668, 1982.
- CARR-HILL, R.; PLACE, M.; POSNETT, J. **Access and the utilization of healthcare services**. In:FERGUSON, B.; SHELDON, T. A.; POSNETT, J. Concentration and choice in health care. London:Financial Times Healthcare, 1997.
- DLUGACZ, Y. D.; RESTIFO, A.; GREENWOOD, A.**The quality handbook for health care organizations: a manager's guide to tools and programs**. San Francisco: John Wiley & Sons, 2004.
- DONABEDIAN, A. – **Aspects of medical care administration**. Boston, Harvard University Press, 1973.
- FERGUSON, B.; TREVOR, A. S.; POSNETT, J. Introduction. In: FERGUSON, B.; SHELDON, T. A.; POSNETT, J. **Concentration and choice in health care**. London: Financial TimesHealthcare, 1997.
- INSTITUTE OF MEDICINE. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century**.Washington, The National Academies Press, 2001.
- MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Casa da Qualidade. Salvador: Tomo II.2001.
- _____. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.
- _____.**As redes de atenção à saúde**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- NORONHA, J. C. de. *et al.* **Avaliação da relação entre volume de procedimentos e a qualidade do cuidado: o caso da cirurgia coronariana**. Cadernos de Saúde Pública, v. 19, n. 6, p. 1781-1789, nov./dez. 2003.
- PENCHANSKY, D. B. A. & THOMAS, J. W. – **The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction**. Med. Care, 19:127-140, 1981.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The world health report 2000**: health systems, improving performance. Geneva: WHO, 2000.

2º DIA - MANHÃ

ATIVIDADE 12 – ACOLHIDA DOS PARTICIPANTES NOS GRUPOS



30 minutos

DESCRIÇÃO:

1. O facilitador conduzirá uma dinâmica para acolher todos os participantes no início do segundo dia.
2. Participe ativamente e, ao final, expresse sua percepção sobre o momento vivenciado.

ATIVIDADE 13 – TRABALHO EM GRUPO COM PLENÁRIA INTERNA – TEXTO 7: A ESTRUTURA OPERACIONAL DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE



45 minutos

DESCRIÇÃO:

Passo 1 - Esta atividade teve como objetivo compreender a estrutura operacional de uma Rede de Atenção à Saúde, ressaltando que uma Rede só se conforma quando articula, integradamente, seus cinco componentes.

Passo 2 - Para dar início à atividade, o grupo deve eleger novamente um coordenador e um relator.

Registre aqui as pessoas eleitas:

Coordenador: _____ e Relator: _____

Passo 3 - Compreendida as orientações, a seguir o Texto 5 para leitura e discussão.

Passo 4 – Utilizem as seguintes questões, para auxiliá-los na discussão:

a. O que são pontos de atenção à saúde?

b. Quais são os papéis da Atenção Primária à Saúde nas RAS?

c. Quais os papéis essenciais da APS?

d. O que são sistemas de apoio? Quais são esses sistemas?

e. O que são sistemas logísticos? Quais são esses sistemas?

f) O que são sistemas de governança das Redes de Atenção à Saúde?

Passo 5 - Ao final da atividade, o relator deverá sistematizar as discussões em torno das questões norteadoras e apresentar ao grupo em plenária interna.



TEXTO 7 – A ESTRUTURA OPERACIONAL DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE¹⁰

A estrutura operacional das RAS se expressa materialmente em seus cinco componentes: 1. o centro de comunicação, a atenção primária à saúde; 2. os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; 3. Os sistemas de apoio (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico; sistema de assistência farmacêutica; sistemas de teleassistência e sistema de informação em saúde); 4. os sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); 5. o sistema de governança da rede de atenção à saúde. Os três primeiros correspondem aos nós das redes e o quarto, às ligações que comunicam os nós.

Em uma rede, conforme entende Castells (2000), o espaço dos fluxos está constituído por alguns lugares intercambiadores, que desempenham o papel coordenador para a perfeita interação de todos os elementos integrados na rede e que são os centros de comunicação e por outros lugares onde se localizam funções estrategicamente importantes, que constroem uma série de atividades em torno da função-chave da rede e que são os nós da rede.

As RAS estão compostas, além dos nós e do centro de comunicação, por sistemas logísticos, sistemas de apoio e sistemas de gestão. Nas redes de atenção à saúde, os distintos pontos de atenção à saúde constituem os nós da rede, mas o seu centro de comunicação está localizado na APS. Nesses casos, contudo, não há hierarquização entre os distintos nós, nem entre eles e o centro de comunicação, apenas uma diferenciação dada por suas funções de produção específicas e por suas densidades

¹⁰Este texto foi transcrito, com pequenas adequações, para atender ao propósito desta oficina, do livro **As redes de atenção à saúde**, de autoria de Eugênio Vilaça Mendes, publicado em 2009. A referência completa deste livro encontra-se na lista de Referências Bibliográficas.

tecnológicas respectivas, ou seja, não há hierarquia, mas poliarquia entre os pontos de atenção à saúde.

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

O centro de comunicação da RAS é o nó intercambiador no qual se coordenam os fluxos e os contrafluxos do sistema de serviços de saúde, constituído pelo ponto de APS (Unidade Básica de saúde/equipe da Estratégia da Saúde da Família — ESF).

A Conferência de Alma Ata, definiu a APS como:

“cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e as famílias, com a sua total participação e a um custo suportável pelas comunidades e para países, à medida que se desenvolvem num espírito de auto-determinação” (OMS/ UNICEF, 1979, p.14).

Operacionalmente, uma conceituação de APS implica o exercício de sete atributos e de três papéis. Só haverá uma APS de qualidade quando esses atributos estiverem sendo operacionalizados em sua totalidade. Os primeiros quatros atributos (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) são essenciais e os três últimos (focalização na família, orientação comunitária e orientação cultural), os atributos derivados.

O primeiro contacto implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura a APS. A longitudinalidade constitui a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de mútua e humanizada relação entre equipe de saúde, indivíduos e famílias.

A integralidade significa a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, nos campos da promoção, prevenção, cura, cuidado, da reabilitação e da palição, responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam a doença.

Coordenação conota a capacidade de garantir a continuidade da atenção, por meio da equipe de saúde, com o conhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e se articula com a função de centro de comunicação das RAS.

A orientação familiar impõe considerar a família como o sujeito da atenção à saúde, o que exige integração da equipe de saúde com essa unidade afetiva e social e o conhecimento integral e das formas singulares de abordagem familiar.

Orientação comunitária pressupõe o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto físico, econômico, social e cultural em que vivem as famílias, o que exige uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias e de seus membros, na perspectiva populacional e a sua integração em programas intersetoriais de

enfrentamento dos determinantes sociais proximais e intermediários. A competência cultural convoca uma relação horizontal entre a equipe de saúde e a população, que respeite as singularidades culturais e as preferências das pessoas e de suas famílias (STARFIELD, 2002).

A APS, como estratégia, só existirá se ela cumprir seus três papéis essenciais: resolutividade, coordenação e responsabilização. O papel resolutivo, inerente ao nível de cuidados primários, significa que eles devem ser resolutivos, capacitados, portanto, cognitiva e tecnologicamente, para atender a aproximadamente 90% da demanda da APS.

O papel de coordenação expressa o exercício, pela APS, de centro de comunicação das RAS, o que significa ter condições de ordenar os fluxos e os contra-fluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre diferentes componentes das redes.

A função de responsabilização implica o conhecimento e relacionamento muito próximo aos microterritórios sanitários, da população adscrita, o exercício da gestão de base populacional e a responsabilização econômica e sanitária em relação a essa população adscrita (MENDES, 2002).

Para construir socialmente a APS, o primeiro passo é estabelecer a estrutura da demanda por cuidados primários de saúde. A estrutura é complexa, por suas dimensões quantitativas e qualitativas e por sua diversidade, contudo, na prática social, opera-se com uma estrutura de demanda limitada que desconhece sua diversidade. Frequentemente trabalha-se com uma demanda espontânea que cobre condições agudas e as agudizações das condições crônicas; demandas administrativas, atenção preventiva; e visitas domiciliares.

A construção social da APS faz-se pelo desenvolvimento e pela implantação das estruturas e dos processos que permitem dar respostas satisfatórias às diferentes demandas, o que equivale a implementar soluções estruturais e processuais nos perfis das ofertas.

São necessárias intervenções na estrutura e macroprocessos e microprocessos básicos da APS; nos macroprocessos de atenção aos eventos agudos; nos macroprocessos de atenção às condições não agudizadas, às pessoas hiperutilizadoras e às enfermidades; nos macroprocessos de atenção preventiva; nos macroprocessos de demandas administrativas; nos macroprocessos de atenção domiciliar e nos macroprocessos de atenção para o autocuidado apoiado.

No processo de mudanças da APS faz-se imprescindível adensá-la tecnicamente para capacitá-la a responder socialmente, de forma efetiva, aos diferentes perfis de demandas por cuidados primários. As mudanças de estrutura envolvem uma nova concepção de estrutura física. A ampliação da equipe de saúde, a adequação dos recursos materiais e financeiros e a organização dos macro e microprocessos da APS. Envolve o mapeamento o seu redesenho, a elaboração dos Procedimentos Operacionais Padrões (POP); a implantação dos POP; e a auditoria periódica, interna e externa dos POP.

Na organização de eventos agudos faz-se importante implantar os processos de acolhimento e de classificação de risco. Ou seja, organizar, sob a égide da atenção centrada na pessoa, um acolhimento eficaz e humanizado.

Nos macroprocessos de atenção às condições não agudizadas, as pessoas hiperutilizadoras e às enfermidades, exige respostas sociais articuladas de forma inovadora e que expressem um conjunto variado de tecnologias de intervenção. É necessário a elaboração e monitoramento dos planos de cuidado; a gestão dos riscos da atenção com foco na segurança das pessoas usuárias; a educação permanente dos profissionais de saúde, a educação em saúde; gestão do caso, os grupos operativos; educação em saúde; mapa de recursos comunitários; e novos formatos da clínica: a

atenção contínua, compartilhada a grupo, atenção por pares, matriciamento entre generalistas e especialistas e atenção à distância.

Nos macroprocessos de atenção preventiva o foco é a prevenção dos fatores de risco proximais e dos fatores individuais biopsicológicos. Os cuidados envolvem um amplo leque de tecnologias, pois estão ligados a mudanças de comportamento das pessoas.

Os macroprocessos de demandas administrativas fazem-se por meio de atender aspectos não clínicos a exemplo de renovação de receitas, atestados de doença, de saúde dentre outros.

A atenção domiciliar liga-se a qualquer atendimento em domicílio realizado por profissionais que integram as equipes de saúde, não levando em conta a complexidade ou o objetivo do atendimento.

Os macroprocessos do autocuidado apoiado sustentam-se em alguns pilares: a informação, educação para o autocuidado, a elaboração e o monitoramento do plano de cuidado e o apoio matricial para o auto cuidado.

Assim, a qualificação e a resolutividade da APS não é um processo simples, é necessária uma profunda transformação na organização das unidades de atenção primária e do processo de trabalho das equipes de APS, sem a qual não ocorrerá efetivamente a implantação das RAS.

Um terceiro componente das RAS são os sistemas de apoio. Os sistemas de apoio são os lugares institucionais das redes onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde. O subsistema de apoio diagnóstico e terapêutico envolve, portanto, os exames de patologia clínica, os exames de imagem e os outros exames de apoio terapêutico. O subsistema de assistência farmacêutica envolve uma organização complexa exercitada “por um grupo de atividades relacionadas com os medicamentos, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade” (BRASIL, 1998). Engloba, portanto, intervenções relativas à programação, aquisição, armazenamento, distribuição e à dispensação de medicamentos, dos medicamentos, à atenção farmacêutica e à farmacoeconomia, bem como ações de uso racional como protocolos de medicamentos, dispensação e atendimento farmacêutico, conciliação de medicamentos, adesão aos tratamentos medicamentosos e farmacovigilância.

O sistema de teleassistência é uma modalidade de serviço dentro da telessaúde (saúde a distância) que permite a interação entre profissionais de saúde para a discussão - em tempo real ou não - de casos clínicos ou processos de trabalho e proporciona a educação interativa à distância. Os sistemas de informação em saúde englobam diferentes bancos de dados nacionais e regionais como SIM, SINASC, SIH, SIA, SIAB/SISAB entre outros.

Um quarto componente das RAS são os sistemas logísticos. Os sistemas logísticos são soluções tecnológicas, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, que garantem uma organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e usuários nas redes de atenção à saúde. Os principais sistemas logísticos das RAS são os sistemas de registros (cartões de identificação dos usuários e os prontuários clínicos), as centrais de regulação, e os sistemas de transportes sanitários.

O cartão de identificação dos usuários, na proposta do sistema público brasileiro, está representado pelo Cartão SUS. As centrais de regulação são sistemas tecnológicos de informação que se organizam em módulos para prover o acesso regulado da atenção à saúde por meio dos seguintes módulos: o módulo de internações de urgência e emergência, o módulo de internações eletivas, o módulo de agendamento de consultas e exames básicos e especializados, o módulo de agendamento de procedimentos

ambulatoriais de alta complexidade e o módulo do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde.

O prontuário familiar é o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde das famílias e dos pacientes e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade prestada ao indivíduo (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002).

Os sistemas de transportes sanitários envolvem o transporte de urgência e emergência, o transporte para procedimentos eletivos, o transporte das amostras para exames e o transporte dos resíduos sólidos das unidades sanitárias.

O quinto componente das RAS são os sistemas de governança das redes. A governança envolve a definição de uma institucionalidade de gestão e o uso de instrumentos gerenciais. A governança da rede é o arranjo organizativo interinstitucional que permite a governança de todos os componentes das redes de atenção à saúde, de forma a gerar um excedente cooperativo entre os atores sociais em situação e a obter resultados sanitários efetivos e eficientes nas regiões de saúde (macro e microrregiões). A governança da rede é, portanto, diferente da gerência dos pontos de atenção à saúde (gestão hospitalar, gestão dos ambulatórios especializados etc).

No SUS, a gestão da rede será realizada por meio de mecanismos interinstitucionais, expressos em Colegiados Regionais, em conformidade com os Planos Diretores Regionais (PDR). Esses colegiados exercitarão a governança regional das RAS por meio de um conjunto de instrumentos de gestão que devem compor o Plano Regional de Saúde: os observatórios de saúde ou salas de situação; o sistema gerencial da Secretaria de Estado de Saúde, a Programação Pactuada Integrada (PPI) da assistência / Programação Geral de ações e Serviços de Saúde (PGASS) e o Termo de Compromisso de Gestão / Contrato Organizativo da ação Pública da Saúde (COAP). O único instrumento gerencial que não pode ser exercitado pelos Colegiados Regionais são os contratos de serviços com prestadores que são realizados pelas Secretarias Estaduais e Municipais, representadas nos Colegiados Regionais, que, no entanto, deverão realizar o monitoramento e avaliação dos contratos.

Conforme o decreto 7.508/2011 da Presidência da República, o processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros. O planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde. No planejamento devem ser considerados os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, os quais deverão compor os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional. O Mapa da Saúde será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde. O planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde. Compete à Comissão Intergestores Bipartite - CIB de que trata o inciso II do art. 30 pactuar as etapas do processo e os prazos do planejamento municipal em consonância com os planejamentos estadual e nacional.

REFERÊNCIAS

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

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em 22 de junho de 2015.

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

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

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

_____. **O Cuidado das Condições Crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família**. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2012, 512 p.

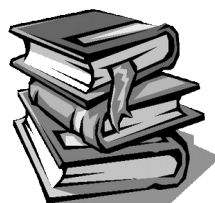
STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.



ATIVIDADE 14 – AULA INTERATIVA: A ESTRUTURA OPERACIONAL DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE



45 minutos



ATIVIDADE 15 – TRABALHO EM GRUPO/EXERCÍCIO 1 E 2: MATRIZ E MODELAGEM DA REDE DE ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL E COMPETÊNCIAS DOS PONTOS DE ATENÇÃO



1 hora e 45 minutos

DESCRIÇÃO:

Passo 1 - Esta atividade tem como objetivo compreender a competência dos níveis de atenção identificando os pontos de atenção e seus respectivos territórios.

Passo 2 - Para dar início à atividade, o grupo deve eleger novamente um coordenador e um relator. Registre aqui as pessoas eleitas:

Coordenador: _____ e Relator: _____

Passo 3 - Compreendida as orientações e com base nas diretrizes da atenção materno-infantil, utilizando a matriz proposta a seguir, identificar os pontos de atenção.

Passo 4 - Após ter identificado os pontos de atenção, o grupo deve discutir quais as competências de cada um desses pontos, conforme o quadro do exercício 2 a seguir. Por exemplo, uma das competências do ponto de atenção domicílio, durante a visita domiciliar é cadastras as pessoas da microárea.

EXERCÍCIO 1: ORGANIZANDO A REDE DE ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL NA REGIÃO E NO MUNICÍPIO

QUADRO 1- MATRIZ DE DESENHO DA REDE DE ATENÇÃO À GESTANTE E ATENÇÃO PERINATAL

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

--	--	--

*O desenho da Matriz da rede será realizado de acordo com a configuração adotado na região e no estado.

EXERCÍCIO 2 – COMPETÊNCIAS DE CADA PONTO DE ATENÇÃO DA REDE MATERNO-INFANTIL NA MODELAGEM DA REDE MATERNO INFANTIL

A partir dos protocolos clínicos, realizar a modelagem da rede de atenção materno-infantil. A modelagem estabelece, no âmbito de cada território os pontos de atenção necessários para prestar atendimento à gestante e à criança até 2 anos de idade.

Identificar as competências de cada ponto de atenção da rede materno-infantil.

A MODELAGEM DA REDE DE ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL		
TERRITÓRIO	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO
MUNICÍPIO MICROÁREA	Domicílio	Visita domiciliar: Atendimento domiciliar:
MUNICÍPIO ÁREA DE ABRANGÊNCIA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS)	UBS	Pré-natal e puerpério: Puericultura:

REGIÃO DE SAÚDE	Centro de Referência Regional	Pré-natal e puerpério de alto risco: Interconsulta para crianças de alto risco:
	Hospital/ Maternidade de Risco Habitual	Internamento – gestante de risco habitual Parto – gestantes de risco habitual: Internamento – crianças de baixo risco
MACRORREGIÃO	Hospital/ Maternidade de Alto Risco	Internamento – gestante de alto risco Parto – gestante alto risco: Internamento – crianças de alto risco
	Casa da Gestante	Atendimento às gestantes de alto risco:

ATIVIDADE 16 – DINAMICA DE AQUECIMENTOS DOS GRUPOS



15 minutos

DESCRIÇÃO:

1. O facilitador conduzirá uma dinâmica para acolher todos os participantes no início do segundo dia.
2. Participe ativamente e, ao final, expresse sua percepção sobre o momento vivenciado.

ATIVIDADE 17 – TRABALHO EM GRUPO/EXERCÍCIO 3: PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO DA REDE MATERNO-INFANTIL NA REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO



1 hora e 30 minutos

DESCRIÇÃO:

Passo 1 - A partir das diretrizes pactuadas, o grupo técnico realiza a modelagem da Rede de atenção materno-infantil. A modelagem estabelece no âmbito de cada território, seja região, município ou distrito sanitário, os pontos de atenção necessários para prestar atendimento e a competência de cada ponto. A modelagem deve contemplar, também, as planilhas de programação, que discriminam os resultados esperados, as principais atividades a serem operacionalizadas e os parâmetros para dimensionar a necessidade de atendimento nos pontos de atenção.

Passo 2 - Para a realização da atividade, atentar-se para as recomendações a seguir:

- Ler o texto de protocolos clínicos e a planilha de programação para a região e atentar para os resultados esperados e os parâmetros (na programação da rede de atenção à gestante e à criança).
- Utilizando os parâmetros, dimensionar as necessidades por ano (4.^a coluna da planilha).
- Ler o item sobre cálculo de necessidade de leitos de risco habitual e dimensionar a necessidade de leitos.
- Ler o item sobre cálculo de necessidade de leito de referência para gestação de alto risco e dimensionar as intercorrências, os leitos de unidade de tratamento intensivo (UTI) e os leitos de UTI neonatal (conforme a matriz).

Passo 3 - A seguir, as planilhas de programação:

PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO À GESTANTE

DE

RESULTADO ESPERADO	ATIVIDADE	PARÂMETRO	DIMENSIONAMENTO NECESSIDADE/ANO
<p>Captação precoce e cobertura de 100% das gestantes no pré-natal do município</p>	<p>Inscriver as gestantes no pré-natal das UBS do município</p>	<p>Em geral utiliza-se uma média de 2% da população geral que corresponde ao nº esperado de gestantes/ano * Quando se dispõe da taxa de fecundidade, pode-se calcular o número esperado de gestantes da seguinte forma: população total x taxa de fecundidade. **Considerando a recomendação da rede cegonha, pode ser utilizado o número de nascidos vivos do ano anterior + 10% ***100% das gestantes inscritas no pré-natal das UBS, preferencialmente, no 1º trimestre de gestação</p>	
	<p>Realizar consultas de pré-natal para as gestantes nas UBS</p>	<p>- 100% das gestantes com no mínimo 6 consultas de pré-natal e uma de puerpério nas UBS sendo:</p> <p>1 consulta no 1º trimestre de gestação</p> <p>2 consultas no 2º trimestre de gestação</p> <p>3 consultas no 3º trimestre de gestação</p> <p>1 consulta no puerpério</p> <p>100% das puérperas com no mínimo 1 consulta puerperal nas UBS, preferencialmente até a 1ª semana pós parto.</p>	
<p>Captação precoce e cobertura de 100% das gestantes no pré-natal do município</p>			

	Realizar exames laboratoriais para as gestantes.	<p>100% das gestantes com exames laboratoriais solicitados na inscrição do pré-natal: teste rápido de gravidez; grupo sanguíneo, fator Rh, hematócrito e hemoglobina, glicemia de jejum, VDRL, urina rotina, urocultura, teste anti-HIV (após aconselhamento e consentimento), HbsAg, sorologia p/ toxoplasmose IgM, proteinúria (dosagem com fita reagente).</p> <p>Na 30ª semana: glicemia de jejum, VDRL e urina de rotina.</p> <p>- Coombs indireto se necessário.</p> <p>- USG – ultrassonografia gestacional</p> <p>- Colpocitologia oncótica.</p>	
	Realizar consulta odontológica.	Garantir 1 consulta Odontológica / gestante	
	Realizar reuniões educativas	Realizar 4 reuniões educativas / gestantes	
Acompanhar 100% das gestantes de alto risco no centro de referência regional.	Realizar consultas adicionais de pré-natal para as gestantes de alto risco no centro referencia micro regional	<p>15% das gestantes são esperadas para alto risco</p> <p>100% das gestantes de alto risco com no mínimo 5 consultas de pré-natal no centro de referencia micro regional</p>	
Acompanhar 100% das gestantes de alto risco no centro de referência regional.	Realizar USG, cardiocardiografia e ECG para as gestantes de risco no centro de referencia micro regional	<p>100% das gestantes de alto risco com no mínimo 2 USG</p> <p>100% das gestantes de alto risco com 1 com ultrassom obstétrico com Doppler</p> <p>100% das gestantes de risco com 1 cardiocardiografia ante parto</p> <p>100% das gestantes de alto risco com ECG</p>	

	Realizar exames laboratoriais para gestantes de alto risco	100% das gestantes de alto risco com teste de tolerância à glicose, uréia, creatinina, ácido úrico, dosagem de proteínas na urina 24 horas e urocultura 30% das gestantes de alto risco farão contagem de plaquetas	
	Realizar acompanhamento psicossocial nas gestantes de alto risco	Garantir uma consulta psicossocial para as gestantes de risco	
Garantia do parto para 100% das gestantes de risco habitual na maternidade de referência da região (microrregional)	Realizar parto para as gestantes de risco habitual na maternidade de referência	85% das gestantes são de risco habitual Garantir 100% dos partos para as gestantes de risco habitual na maternidade de referência	
Garantia do parto para 100% das gestantes de alto risco na maternidade de referência macrorregional.	Realizar parto para as gestantes de alto risco na maternidade de referência macrorregional	15% das gestantes são de alto risco Garantir 100% dos partos para as gestantes de alto risco na maternidade de referência macrorregional	
Atendimento de 100% das gestantes de alto risco que necessitem de monitoramento na casa da gestante na macrorregião	Realizar monitoramento das gestantes de alto risco que necessitem de observação na casa da gestante macrorregional	15% das gestantes são de alto risco e destas, 5% poderão necessitar de atendimento na casa da gestante por um período médio de 15 dias.	

PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO PERINATAL

RESULTADO ESPERADO	ATIVIDADE	PARÂMETRO	DIMENSIONAMENTO DA NECESSIDADE/ANO
Cobertura de 100% dos recém-nascidos nas ações de puericultura nos municípios	Inserir os RN nas ações de puericultura no município	Nº total de gestantes - 10% (possíveis abortos) = total de RN no município/ano	
Cobertura de 100% das crianças < de 1 ano nas ações de puericultura no município	Realizar consultas de puericultura para crianças < de 1 ano no município	100% das crianças < de 1 ano com no mínimo 7 consultas de puericultura nas unidades de saúde do município, sendo: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mínimo de 03 consultas no 1º trimestre; (médico e enfermeiro) ▪ Mínimo de 02 consultas no 2º trimestre; (médico e enfermeiro) 	

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mínimo de 01 consulta no 3º trimestre; (médico) ▪ Mínimo de 01 consulta no 4º trimestre: (enfermeiro) 	
	Proceder à imunização conforme o preconizado no protocolo	No mínimo 95% das crianças até 18 meses da área adscrita imunizadas	
Estimular o Aleitamento Materno	Estimular Aleitamento Materno Exclusivo (AME) em 100% das crianças até 6 meses de vida	100% das crianças até 6 meses com AME	
Realizar visita domiciliar em 100% dos Recém Nascidos - RN	Realizar visita domiciliar para todos os RN da área adscrita até a 1ª semana de vida	100% dos RN visitados até a 1ª semana de vida pelo médico ou enfermeiro	
Garantir em 100% dos RN a realização do teste do pezinho.	Realizar o teste do pezinho do 3º ao 7º dia de vida.	100% dos RN com 1 teste do pezinho realizado do 3º ao 7º dia de vida	
Garantir em 100% dos RN a realização do teste da orelhinha.	Realizar o teste da orelhinha na maternidade, antes da alta hospitalar.	100% dos RN com 1 teste da orelhinha realizado	
Garantir em 100% dos RN a realização do teste do olhinho.	Realizar o teste da orelhinha na maternidade, antes da alta hospitalar.	100% dos RN com 1 teste do olhinho realizado	
Aplicação da Vit. A conforme protocolo do MS (em áreas endêmicas)	Aplicar Vit. A em todas as crianças de 6 meses a < 5 anos conforme protocolo do MS	100% das crianças de 6 meses a < 5 anos da área adscrita, recebendo doses de Vit. A	
Aplicação de sulfato ferroso como profilaxia da anemia	Aplicar sulfato ferroso, dose para profilaxia, nas crianças de 6 a 18 meses	100% das crianças de 6 meses a 18 meses da área adscrita, recebendo doses de sulfato ferroso	
Garantir em 100% das crianças < 1 ano a oferta de consulta odontológica.	Realizar 2 consultas odontológicas em 100% das crianças < 1 ano	100% das crianças < 1 ano com 2 consultas odontológicas, sendo a primeira a partir do primeiro dente e a segunda aos 12 meses	
Realização de atividades educativas	Realizar reuniões educativas às mães de crianças < de 1 ano	Realizar 2 reuniões educativas/ano	
Acompanhar 100%	Realizar	15% das crianças < de 1	

das crianças < de 1 ano de alto risco no centro de referência microrregional	consultas adicionais para as crianças < de 1 ano de alto risco no centro de referência microrregional	ano (esperado para alto risco) 100% das crianças < de 1 ano de alto risco, com no mínimo 5 consultas ou conforme protocolo do centro de referência específico para o caso	
100% das crianças com sífilis congênita tratadas e acompanhadas conforme protocolo do MS	Acompanhar as crianças com sífilis congênita do território	100% das crianças com sífilis congênita (do território) acompanhadas na UBS	
Redução da mortalidade infantil no município	Investigar as mortes infantis do município	100% das mortes infantis identificadas e investigadas pelas UBS	

MODELAGEM DA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL

DIMENSIONAMENTO DE PARTOS

Partos/ano = 85% do total de gestantes		Partos/mês		Partos/dia		Necessidade de sala de parto	
Vaginal	Cesárea	Vaginal	Cesárea	Vaginal	Cesárea	Vaginal	Cesárea

DIMENSIONAMENTO – LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO

Número de internamentos/dia	Tempo de permanência (dias)	Necessidade de leitos de alojamento conjunto
	2 dias	

MODELAGEM DA MATERNIDADE DE ALTO RISCO

DIMENSIONAMENTO DE PARTOS (GESTANTE DE ALTO RISCO)							
Partos/ano = N° de gestantes de alto risco		Partos/mês		Partos/dia		Necessidade de sala de parto	
Vaginal	Cesárea	Vaginal	Cesárea	Vaginal	Cesárea	Vaginal	Cesárea
DIMENSIONAMENTO – LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO							
Número de internamentos/dia		Tempo de permanência (dias)		Necessidade de leitos de alojamento conjunto			
		5 dias					
DIMENSIONAMENTO – LEITOS DE UTI ADULTO							
N° de puérperas que necessitam de UTI (10% das gestantes de alto risco)		Tempo de permanência (dias)		Necessidade de leitos de UTI			
		3 a 4 dias					
DIMENSIONAMENTO – LEITOS DE UTI NEONATAL							
Necessidade de leitos de UTI		Cálculo de leitos					
1 a 2 leitos/1000 NV		UCI			UTI		
		2/3 dos leitos			1/3 dos leitos		

1. *Parâmetro da Sociedade Brasileira de Pediatria: 1 a 2 leitos de UTI por 1.000 NV, sendo 1/3 de UTI Neonatal e 2/3 de UCI*

2. *O conjunto de leitos de cuidados intermediários, UCINCo (Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional) e UCINCa (Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru), conterà, no mínimo, 1/3 (um terço) de leitos UCINCa (§ 2º art. 7º da portaria GM n. 3.389).*

3. Lembrar que, em planejamento hospitalar, a taxa de ocupação de leitos deve ser calculada em torno de 80%, para se ter folga de leitos (20% para tempo de desinfecção, tempo de saída pós-alta etc.).

ATIVIDADE 18 – EXPOSIÇÃO DIALOGADA; CONSOLIDAÇÃO DOS CONTEUDOS DISCUTIDOS PARA A CONSTRUÇÃO DAS RAS



30 minutos

ATIVIDADE 19– ORIENTAÇÃO DA ATIVIDADE DE DISPERSÃO



30 minutos

1. PARTICIPANTES DOS MUNICÍPIOS

Com o intuito de compreender os fundamentos que dão base à construção das Redes de Atenção à Saúde, a Oficina I abordou algumas estratégias, no momento presencial, que propiciaram o exercício da modelagem da Rede de Atenção Materno-Infantil da Região de Saúde.

Considerando a necessidade de **cada município e suas Equipes de Saúde da Família (EqSF)** olhar para o seu território de atuação (área de abrangência), a proposta da dispersão do **município e das equipes** é a aplicação da programação materno-infantil nesse cenário. Para tanto, propõe-se alguns eixos:

Eixo 1 - Território de atuação

Fazer uma breve apresentação do território de atuação da EqSF **no município**, considerando as áreas e as microáreas que o compõem, o número de famílias/pessoas acompanhadas, a localização (zona rural ou urbana), a vinculação ou não a um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e os profissionais integrantes da equipe. Pode incluir outras informações que considerar pertinentes para situar o território.

Eixo 2 – Situação de saúde materno-infantil

Apresentar brevemente a situação demográfica e epidemiológica do território de atuação. A seguir, algumas informações que devem constar nesse eixo (utilizar o ano de 2013), mas a equipe pode incluir outros, caso considere pertinente na análise da situação de saúde materno-infantil.

- População da área;
- Nascidos vivos;
- Mortalidade materna (número absoluto);
- Mortalidade infantil (número absoluto).

Eixo 3 - Programação Materno-Infantil

Tendo como base os exercícios do Módulo I e partindo do território de atuação, o município e as equipes deve:

- a) Aplicar o exercício da matriz de desenho da Rede de Atenção Materno-Infantil
- b) Fazer a modelagem da Rede de Atenção Materno-Infantil, identificando os territórios com seus pontos de atenção e suas respectivas competências (por categoria profissional)
- c) Realizar a modelagem da Rede de Atenção Materno-Infantil, dimensionando as suas necessidades, de acordo com a planilha de programação (resultado esperado, atividade, parâmetro, situação atual - o que têm programado hoje e dimensionamento das necessidades por ano - situação ideal).
- d) Fazer a modelagem das maternidades de risco habitual e de alto risco, com seus respectivos dimensionamento de partos, leitos de alojamento conjunto, leitos de UTI adulto e leitos de UTI e UCI neonatal.

Eixo 4 – Reconhecimento dos pontos de atenção da Rede de Atenção Materno-Infantil

O grupo condutor local da Planificação organizará junto com o tutor responsável pelo território uma visita da equipe a todos os pontos de atenção identificados na Rede de Atenção Materno-Infantil.

A EqSF deve listar os pontos visitados e apresentar suas principais impressões, destacando elementos facilitadores e fragilidades identificados, tais como dificuldades de encaminhamento para consultas, exames, fluxo de encaminhamentos, contrarreferência, garantia ou não do atendimento da gestante no ponto de atenção etc.

Eixo 5 – Apresentação da proposta da Planificação da Atenção Primária à Saúde em espaços de controle social

A EqSF, com apoio do tutor, deve agendar uma data com o Conselho Local/Municipal de Saúde e/ou outros espaços de controle social para apresentar a proposta da Planificação da Atenção Primária à saúde. Após esse momento, a equipe deve relatar brevemente como foi essa experiência e quais os principais pontos de discussão.

2. PARTICIPANTES DOS ESTADOS

Cada participante do Estado ficará responsável pela análise de uma Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil. A dispersão envolverá os seguintes eixos:

Eixo 1 – Situação de saúde materno-infantil da Região de Saúde vinculada à Rede

Apresentar a situação demográfica e epidemiológica da Região de Saúde, com as principais morbimortalidades. A seguir, alguns dados que podem constar na apresentação (utilizar o ano de 2012), mas outros podem ser incluídos, caso se considere pertinente na análise da situação de saúde materno-infantil: População por faixa etária e sexo; Número de nascidos vivos; Principais causas de internação no SUS (número absoluto e percentual, em relação ao total); Principais mortalidades proporcionais por causa (incluir número de óbitos por causa mal definida); Coeficiente de mortalidade materna; Número absoluto de óbitos; Coeficiente de mortalidade infantil; Tipo de partos (número absoluto e percentual); Taxa de cesárea; e Coeficiente de natalidade.

Eixo 2 – Situação da Atenção Primária à Saúde da Região de Saúde vinculada à Rede

Apresentar a situação da Atenção Primária à Saúde (APS) da Região de Saúde vinculada à Rede sob análise, identificando seus principais dispositivos. A seguir, alguns dados que podem constar na apresentação (utilizar o ano de 2012), mas outros podem ser incluídos, caso se considere pertinente na análise da situação da APS: Cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família; Cobertura populacional de Agente Comunitário de Saúde

- Situação da Saúde Bucal; Situação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família; Situação do Programa Academia da Saúde; e Situação do Serviço de Atenção Domiciliar.

Eixo 3 - Programação da Rede de Atenção Materno-Infantil

Tendo como base os exercícios da Oficina I – Redes de Atenção à Saúde, e partindo do cenário de análise proposto, os participantes devem:

- a) Aplicar o exercício da matriz de desenho da Rede de Atenção Materno-Infantil.
- b) Fazer a modelagem da Rede de Atenção Materno-Infantil, identificando os territórios com seus pontos de atenção e suas respectivas competências (por categoria profissional).
- c) Realizar a modelagem da Rede de Atenção Materno-Infantil, dimensionando as suas necessidades, de acordo com a planilha de programação (resultado esperado, atividade, parâmetro, situação atual - o que têm programado hoje e dimensionamento das necessidades por ano - situação ideal).
- d) Fazer a modelagem da maternidade de risco habitual e a modelagem da maternidade de alto risco, com seus respectivos dimensionamento de partos, leitos de alojamento conjunto, leitos de UTI adulto e leitos de UTI e UCI neonatal.

Eixo 4 – Análise da conformação da Rede de Atenção Materno-Infantil

Com base no documento “Plano de Ação Regional” da Rede que está sendo analisada e nas análises feitas nos eixos anteriores, elencar as principais impressões sobre o material. Fazer, ainda, uma breve apresentação do cenário atual da Rede, no que diz respeito à conformação e funcionamento.

Eixo 5 – Proposta de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde da Região de Saúde vinculada à Rede

A partir da análise dos eixos 1 e 2, e diante do dimensionamento de necessidades da Rede de Atenção Materno-Infantil, elaborar uma proposta de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde da Região de Saúde vinculada à referida Rede, considerando as responsabilidades da instância na qual atuam (nível central ou regional).

3. APOIO DA TUTORIA

Os participantes podem contar com o apoio de tutores no período da dispersão, que possuem como responsabilidade a orientação da atividade de dispersão, permitindo a aplicação prática da teoria apreendida na Oficina.

4 APRESENTAÇÃO DA DISPERSÃO

Todos os participantes devem preparar uma apresentação do trabalho (no formato que desejarem) para o primeiro momento da Oficina II – Atenção Primária à Saúde e entregar o trabalho completo por escrito à equipe de coordenação.

ATIVIDADE 20 - AVALIAÇÃO DA OFICINA



É chegada a hora de avaliar a Oficina. É muito importante termos a percepção de cada participante sobre os dois dias de trabalho. Sua avaliação nos permite garantir a manutenção das boas estratégias e a readequação daquelas que não conseguiram atingir ou atingiram parcialmente os objetivos propostos. Obrigada por contribuir!

ATIVIDADE 21 – ENCERRAMENTO

ANEXO – MAPA CONCEITUAL DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

ANEXO 1 MAPA CONCEITUAL DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

