

PlanificaSUS

GUIA *WORKSHOP* 1

A integração da
Atenção Primária e da
Atenção Especializada nas
Redes de Atenção à Saúde



ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA



CONASS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE



PROADI-SUS
Programa de Apoio ao Desenvolvimento
Institucional do Sistema Único de Saúde

MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL

PlanificaSUS

WORKSHOP 1

A integração da Atenção Primária
e da Atenção Especializada
nas Redes de Atenção à Saúde



ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Saúde da Família
Esplanada dos Ministérios, bloco G
Ed. Sede MS – 7º andar
CEP: 70.058-900 – Brasília DF
Fone: (61) 3315-9031
Site: aps.saude.gov.br

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN

Instituto Israelita de Responsabilidade Social
Av. Brigadeiro Faria Lima, 1.188 – 3º andar
CEP: 01451-001 – São Paulo – SP
Fone: (11) 2151-4573
Site: www.einstein.br

EQUIPE DE TRABALHO

Coordenador e Revisor Final:

Marcio Anderson Cardozo Paresque

Elaboração Técnica:

Aline Teles de Andrade
Evelyn Lima de Souza
Francisco Gilmário Rebouças Júnior
Maíra Catharina Ramos
Monique Alves Padilha

Apoio Administrativo:

Adriane Reis Arcos
Jonny William de Souza Domingos

Revisão Técnica:

Erika Rodrigues de Almeida
Márcia Helena Leal
Marco Antônio Bragança de Matos
Marco Aurélio Santana da Silva
Rubia Pereira Barra
Priscila Rodrigues Rabelos Lopes
Maria José de Oliveira Evangelista

Publicação financiada pelo Projeto de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009), através da Portaria nº 3.362, de 8 de dezembro de 2017 - NOTA TÉCNICA: Nº 29/2018-CGGAB/DAB/SAS/MS.

Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein

PLANIFICASUS: Workshop 1 - A integração da Atenção Primária e da Atenção Especializada nas Redes de Atenção à Saúde. / Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019.
36 p.: il.

1. Atenção à Saúde 2. Redes de Atenção à Saúde 3. Sistema Único de Saúde I. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein – SBIBAE.

APRESENTAÇÃO

A Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE) foi fundada em 1955 e tem como missão oferecer excelência de qualidade no âmbito da saúde, da geração do conhecimento e da responsabilidade social, como forma de evidenciar a contribuição da comunidade judaica à sociedade brasileira. Apresenta como pilares o Hospital Israelita Albert Einstein, a Medicina Diagnóstica, o Ensino e Pesquisa, a Consultoria e a Responsabilidade Social.

A Diretoria de Responsabilidade Social desenvolve várias atividades relacionadas ao Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre elas, estão, por exemplo, projetos ligados ao Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), desenvolvido pelo Ministério da Saúde para colaborar com o fortalecimento do SUS.

O projeto A Organização da Atenção Ambulatorial Especializada em Rede com a Atenção Primária à Saúde (PlanificaSUS) via PROADI-SUS, executado pela SBIBAE, tem como objetivo geral implantar a metodologia de Planificação da Atenção à Saúde (PAS), proposta pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), em Regiões de Saúde das 27 Unidades Federativas (UF), fortalecendo o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) e a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no SUS. A SBIBAE é o executante do projeto, solicitado pelo CONASS e é acompanhado e monitorado pelo Departamento de Saúde da Família da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde.

A proposta da PAS tem como objetivo apoiar o corpo técnico-gerencial das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, na organização dos macroprocessos da APS e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). Permite desenvolver a competência das equipes para o planejamento e a organização da atenção à saúde, com foco nas necessidades dos usuários sob sua responsabilidade, baseando-se em diretrizes clínicas, de acordo com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). Nesse sentido, as atividades da planificação podem ser compreendidas como um momento de discussão e mudança no *modus operandi* das equipes e dos serviços, buscando a correta operacionalização de uma dada rede de atenção.

A fundamentação teórica de referência para o diálogo entre a construção social da APS e o cuidado das condições crônicas perpassa a edificação do MACC proposto por Eugenio Vilaça Mendes para o SUS, a partir dos modelos da Pirâmide de Riscos da Kaiser Permanente¹, de Cuidados Crônicos² e sobre os Determinantes Sociais da Saúde³. Estes modelos estão descritos nos livros publicados pelo CONASS e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), com foco na implantação das RAS, a saber: As Redes de Atenção à Saúde,⁴ O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde⁵ e A Construção Social da Atenção Primária à Saúde⁶.

O modelo operacional descrito por Mendes⁶ propõe a metáfora da construção de uma casa (Figura 1), citando vários momentos para organização dos macroprocessos da APS adaptados para a organização dos macroprocessos na AAE.

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

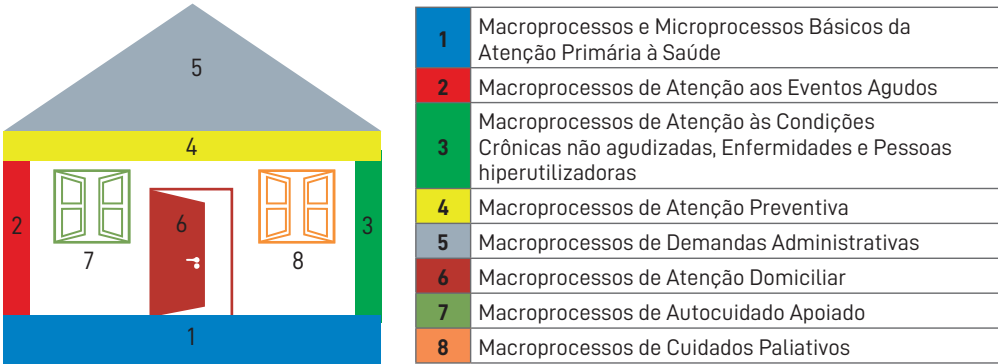


Figura 1. A construção social da Atenção Primária à Saúde.

Fonte: adaptado com a inclusão dos macroprocessos de cuidados paliativos de Mendes.^[6]

O PlanificaSUS será operacionalizado por meio de uma etapa preparatória e por seis etapas operacionais com ciclos de *workshops*, oficinas tutoriais, etapa controle e cursos curtos. O público-alvo serão os profissionais dos serviços de APS e AAE, e os profissionais dos demais serviços relacionados à linha de cuidado definida como prioritária, além de profissionais da gestão. A figura 2 apresenta o esquema operacional do PlanificaSUS.

Os *workshops* são os momentos de alinhamento teórico, que abordam os conceitos centrais do PlanificaSUS. São utilizados trabalhos em grupo, estudos dirigidos, estudos de caso, dramatizações, leitura de textos de apoio, debates, com apresentação e sistematização das discussões em plenária, além de aulas interativas. Os temas abordados nos *workshops* terão continuidade nas discussões das oficinas tutoriais.

Nas oficinas tutoriais, acontecem momentos técnicos operacionais de tutoria nos serviços da RAS. Não se trata de um processo de fiscalização ou de avaliação de desempenho, e nem mesmo de definição sobre o que os profissionais devem fazer. Pelo contrário, é um "fazer junto", sem substituir o profissional em suas funções e responsabilidades, ajudando-o na reflexão sobre a própria prática, na identificação de fragilidades e nas ações corretivas necessárias. O objetivo é o de fortalecer as competências de conhecimento, habilidade e atitude.

Além dos *workshops* e tutorias, será utilizada a estratégia de cursos curtos, que abordarão o conhecimento de temas específicos e/ou proverão treinamento de habilidades relativas a processos pertinentes para a organização dos macroprocessos. Os temas dos cursos serão: estratificação de risco, saúde mental, atenção farmacêutica e sistemas de informações. Será disponibilizado o material pela Equipe PlanificaSUS, sendo a execução de responsabilidade da Secretaria de Saúde do Estado de cada região. Os cursos deverão ser desenvolvidos a partir da integração entre as equipes da APS e AAE.

O projeto reúne um conjunto de ações educacionais, baseadas em metodologias ativas, voltadas para o desenvolvimento de competências de conhecimento, habilidade e atitude, necessárias para a organização e a qualificação dos processos assistenciais. Baseando-se

ETAPA 1 – A integração da APS e AAE em Rede		
Compreensão sobre os conceitos de RAS, APS, AAE e referenciais teóricos (MACC e Construção Social da APS)		
Apropriação sobre a situação da atenção primária à saúde nos municípios da região	Workshop 1	Oficina Tutorial 1
Apropriação e ajustamento da carteira de serviços do ambulatório de atenção especializada de referência		
Unidades laboratório com Grupos de Trabalhos definidos		
ETAPA 2 – Território e Gestão de Base Populacional		
Compreensão sobre os conceitos de território e gestão de base populacional		
Macroprocessos organizados na APS: territorialização, cadastro familiar, estratificação de risco familiar e identificação das subpopulações alvo	Workshop 2	Oficina Tutorial 2.1
Macroprocessos organizados na AAE: cadastro e vinculação das unidades básicas dos municípios com o ambulatório de atenção especializada		Oficina Tutorial 2.2
Microprocesso organizado: vacinação		
ETAPA 3 – O Acesso à RAS		
Compreensão sobre os conceitos de acesso, perfis de demanda e oferta e ferramentas para sua organização	Workshop 3	Oficina Tutorial 3
Macroprocessos organizados: acesso aos serviços da APS e AAE		
Microprocessos organizados: recepção da unidade e prontuário		
ETAPA 4 – Gestão do Cuidado		
Compreensão sobre os conceitos de condição de saúde, estratificação de risco e gestão da condição de saúde		Oficina Tutorial 4.1
Macroprocessos organizados: linhas de cuidado para as condições crônicas na APS e AAE e atenção aos eventos agudos	Workshop 4	Oficina Tutorial 4.2
Microprocessos organizados: esterilização, higiene e limpeza, gerenciamento de resíduos sólidos em serviços de saúde		Oficina Tutorial 4.3
ETAPA 5 – Integração e Comunicação na RAS		
Compreensão sobre a importância do conhecimento recíproco, vinculação e apoio entre as equipes da APS e AAE	Workshop 5	Oficina Tutorial 5
Macroprocessos organizados: compartilhamento do cuidado, supervisão clínica e educação permanente		
ETAPA 6 – Monitoramento e Avaliação		
Compreensão sobre o modelo de melhoria, dashboard e contratualização	Workshop 6	Oficina Tutorial 6
Macroprocessos organizados: dashboard de monitoramento de indicadores, rotina de gerenciamento e contratualização de metas com as equipes		
ETAPA CONTROLE		Oficina Tutorial Controle 1
		Oficina Tutorial Controle 2
SEMINÁRIO DE AVALIAÇÃO		

Figura 2. Esquema operacional do PlanificaSUS. APS: Atenção Primária à Saúde; AAE: Atenção Ambulatorial Especializada; RAS: Rede de Atenção à Saúde; MACC: Modelo de Atenção às Condições Crônicas.

no princípio da andragogia, são utilizadas práticas de problematização, que proporcionam ação reflexiva dos participantes. Propõe-se o desenvolvimento de ações concretas, a partir de um processo de planejamento estratégico e participativo. Além dos eixos de ensino e tutoria, o PlanificaSUS também possui os eixos de gestão e saúde populacional de dados, gestão de evidências e administrativo-financeiro.

Ao final do PlanificaSUS, a Região de Saúde deverá apresentar as unidades da APS e da AAE com seus macroprocessos organizados e integrados a partir do MACC, permitindo melhor gestão do cuidado oferecido aos usuários, à família e à comunidade, além da aptidão para que eles deem continuidade à expansão da metodologia para as demais regiões de seus Estados.

SUMÁRIO

■ APRESENTAÇÃO	3
■ PROGRAMAÇÃO	9
■ ROTEIRO DE ATIVIDADES	10
■ ATIVIDADE 1 – ACOLHIMENTO E ABERTURA DO WORKSHOP	10
■ ATIVIDADE 2 – VÍDEO DE APRESENTAÇÃO: "POR QUE TRABALHAR EM REDE?"	10
■ ATIVIDADE 3 – DISCUSSÃO EM PLENÁRIA: "POR QUE TRABALHAR EM REDE?"	10
■ ATIVIDADE 4 – ORIENTAÇÕES PARA O TRABALHO EM GRUPOS	12
■ ATIVIDADE 5 – TRABALHO EM GRUPO: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – CONCEITO, ATRIBUTOS E FUNÇÕES	12
■ TEXTO 1 – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	14
■ CASO 1: OS CAMINHOS DE ANDRÉIA PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	19
■ ATIVIDADE 6 – DINÂMICA DE AQUECIMENTO	22
■ ATIVIDADE 7 – TRABALHO EM GRUPO: "A FUNÇÃO DA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA"	22
■ TEXTO 2 – A INTEGRAÇÃO ENTRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA	23
■ CASO 2: A ARTICULAÇÃO ENTRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA E A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA PARA O CUIDADO DE ANDRÉIA	31
■ ATIVIDADE 8 – VÍDEO DE APRESENTAÇÃO: "QUAL O PROPÓSITO DA PLANIFICAÇÃO?"	34

■ REFERÊNCIAS	.35
■ RECOMENDAÇÕES DE LEITURAS	.36

PROGRAMAÇÃO

Horário	Atividades programadas
8h	Atividade 1 – Acolhimento e abertura do Workshop
8h20min	Atividade 2 – Vídeo de Apresentação: "Por que trabalhar em Rede"?
8h40min	Atividade 3 – Discussão em Plenária: "Por que trabalhar em Rede?"
9h40min	Atividade 4 – Orientações para o trabalho em grupos
9h50min	Intervalo
10h10min	Atividade 5 – Trabalho em Grupo: Atenção Primária à Saúde – Conceito, Atributos e Funções
12h	Intervalo para almoço
Horário	Atividades programadas
13h30min	Atividade 6 – Dinâmica de aquecimento
13h40min	Atividade 7 – Trabalho em Grupo: A função da Atenção Ambulatorial Especializada
15h20min	Intervalo
15h30min	Atividade 8 – Exposição Dialogada: "Qual o propósito da Planificação?"
16h20min	Avaliação
16h30min	Encerramento

Considerando que cada região tem uma dinâmica de organização, é importante ter a flexibilidade para combinar com os participantes as adequações de horários, de acordo com a realidade do lugar, ficando mais confortável para garantir um melhor aproveitamento.

ROTEIRO DE ATIVIDADES

MANHÃ

● ATIVIDADE 1 – ACOLHIMENTO E ABERTURA DO *WORKSHOP*

Seja bem-vindo ao *Workshop 1* do PlanificaSUS!

Hoje, temos como **objetivo geral** discutir a importância da organização do sistema de saúde em Redes de Atenção, por meio da integração entre Atenção Primária à Saúde e Atenção Ambulatorial Especializada. Além disso, vamos também:

- Identificar atributos e funções da Atenção Primária à Saúde.
- Identificar a função da Atenção Ambulatorial Especializada e como ela se organiza.
- Compreender como ocorre a integração entre Atenção Primária em Saúde e Atenção Ambulatorial Especializada.
- Compreender o conceito de Redes de Atenção à Saúde e as possibilidades de sua organização.
- Apresentar o PlanificaSUS como metodologia para organização da Rede de Atenção à Saúde.

Responsável pela atividade: facilitador 1.

Tempo da atividade: 20 minutos.

● ATIVIDADE 2 – VÍDEO DE APRESENTAÇÃO: “Por que trabalhar em Rede?”

Vamos agora assistir a um vídeo com o professor Eugenio Vilaça Mendes, que nos apresentará o conceito de Redes de Atenção à Saúde e a razão de trabalhar em rede nos serviços de saúde.

Acesse o vídeo “Por que trabalhar em Rede?” do Professor Eugênio Vilaça Medes pelo link <https://vimeo.com/345702079/254c196df6>

Você pode acessar, original, na íntegra (páginas 32-63.) o **Texto de Apoio 1 – “Redes de atenção à saúde,”** pelo link <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/conass-debate-n3.pdf>

Responsável pela atividade: facilitador 2.

Tempo da atividade: 20 minutos.

● ATIVIDADE 3 – DISCUSSÃO EM PLENÁRIA: “Por que trabalhar em rede?”

Vamos agora conversar sobre o conteúdo abordado no vídeo e refletir sobre nossa realidade no cotidiano de trabalho, pensando as potencialidades e os desafios para o trabalho em rede. Temos uma pergunta disparadora para ajudar na discussão. Participe, contribua e dialogue! Sua opinião é muito importante para o nosso processo de aprendizagem.

Responsável pela atividade: facilitador 3.

Tempo da atividade: 60 minutos

No Texto de Apoio 1, no item 5.2 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE, da página 34, no último parágrafo ler com a seguinte adaptação referente à Portaria de Consolidação 3/20176 do Ministério da Saúde.

"No Brasil, a concepção de redes de atenção à saúde vem sendo discutida há algum tempo, mas foi incorporada oficialmente ao SUS, por meio de dois instrumentos jurídicos. A Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, incorporada recentemente na Portaria de Consolidação 3/20176, que estabelece diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS e o Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n. 8.080/907. (BRASIL, 2017)"

Pergunta disparadora

1

Como você configura a Rede de Atenção à Saúde em seu contexto de trabalho?

● ATIVIDADE 4 – ORIENTAÇÕES PARA O TRABALHO EM GRUPOS

A partir desse momento, vamos **trabalhar em grupos**. Cada grupo deverá contar de 20 a 30 participantes. Neste *workshop*, a cada atividade em grupo. Vocês deverão eleger um **facilitador**, um **relator** e um **“guardião do tempo”**. A coordenação do grupo será de responsabilidade do **facilitador**, que deverá ser muito atento se todos estão participando.

Responsável pela atividade: facilitador 4.

Tempo da atividade: 10 minutos

● INTERVALO

● ATIVIDADE 5 – TRABALHO EM GRUPO: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – CONCEITO, ATRIBUTOS E FUNÇÕES

Nesse momento, é importante realizar a **discussão dos conceitos** do texto, estimulando a reflexão entre os profissionais sobre as realidades de seus serviços, levando à **articulação entre teoria e prática**, e verificando os desafios e as potencialidades encontrados. Esse momento servirá como mote para as próximas atividades.

Nosso processo de formação é pautado na **andragogia**, que trabalha a educação para adultos. Assim, é importante **valorizarmos o conhecimento que cada um tem** sobre a realidade abordada. Nos *workshops*, estarão presentes profissionais de saúde de diferentes formações e cargos, o que pode acarretar diferentes pontos de vista sobre o processo de trabalho nos serviços de saúde. **Ouvir as diferentes opiniões** é crucial, **buscando o ponto em comum entre as falas**, para que seja possível visualizar a importância da articulação da rede de saúde. Quando trabalhamos com **grupos**, é comum observarmos **posturas diferentes de participação**. Alguns falam mais, outros ficam mais calados. Por isso, é importante estimular a fala e a expressão da opinião, realizando o **convite de forma acolhedora** e reconhecendo que cada participante pode contribuir com a discussão.

Vamos ler o **Texto 1 - Atenção Primária à Saúde** e, depois, o **Caso** intitulado **Os caminhos de Andréia pela a Atenção Primária à Saúde**. Em seguida, faremos a discussão a partir das **perguntas disparadoras** presentes no final do texto. É importante estimular a reflexão sobre o conceito abordado e que se discuta a realidade de trabalho, identificando possíveis semelhanças e diferenças locais. Lembre-se de sempre estimular a participação de todos. Acesse o texto completo (páginas 22-55) pelo link:

<https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>.

Dica para leitura em grupo: quando dividimos uma plenária em grupos, o objetivo é fazer com que o maior número de pessoas participe das discussões. Lembrando que vocês deverão eleger um **facilitador**, um **relator** e um **“guardião do tempo”**. A coordenação do grupo será de responsabilidade do **facilitador**, que deverá ser muito atento se todos estão participando. É comum que a discussão fique entre poucos. Nessa hora, o facilitador deverá estimular a participação dos demais. Esse é um exercício no qual se deve saber falar e ouvir. O facilitador deverá atentar-se para a atividade ser realizada por completo. O relator é responsável por **sintetizar as ideias** e discussões do grupo, e apresentá-las

ao final da atividade. Já o guardião será responsável pelo **cuidado do tempo** de discussão, alertando seu grupo, e garantindo a leitura e a reflexão dos conteúdos expostos.

Para não ficar cansativo e todos estarmos no mesmo tempo, que tal o grupo realizar a **leitura coletiva**, na qual os participantes alternam parágrafos ou páginas? Neste material, trabalharemos com textos-síntese, para que as leituras possam ser rápidas. Sugerimos **até 20 minutos para cada leitura**.

Responsável pela atividade: facilitador em cada grupo.

Tempo da atividade: 110 minutos

TEXTO 1

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE¹

O CONCEITO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A conferência realizada em Alma-Ata definiu a Atenção Primária à Saúde (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 às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação¹.

Dessa definição emergiram, naquele momento, elementos essenciais da APS: a educação em saúde; o saneamento básico; o programa materno-infantil, incluindo a imunização e o planejamento familiar; a prevenção de endemias; o tratamento apropriado das doenças e danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais; a promoção de alimentação saudável e de micronutrientes; e a valorização das práticas complementares. Principalmente, apontava para a saúde como expressão de direito humano⁷.

A interpretação da APS como atenção primária seletiva entende-a como um programa específico destinado a populações e regiões pobres, a quem se oferece, exclusivamente, um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo, providas por pessoal de baixa qualificação profissional e sem a possibilidade de referência a níveis de atenção de maior densidade tecnológica⁸.

A interpretação da APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde conceitua-a como o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas mais frequentes de saúde, para o que a orienta, a fim de minimizar os custos econômicos e satisfazer as demandas da população mais necessitada – restritas, porém, às ações de atenção de primeiro nível⁹.

A interpretação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde compreende-a como forma singular de apropriar, recombina e reordenar todos os recursos do sistema, para satisfazer as necessidades, as demandas e as representações da população, o que implica na articulação da APS como parte e como coordenadora de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS), assumindo, desta forma, 'o banco do motorista' para dirigir o sistema de atenção à saúde¹⁰.

Na primeira interpretação, estamos diante da APS como um programa focalizado em pessoas e regiões pobres; na segunda, como o primeiro nível de atenção do sistema de

¹ Texto adaptado de MENDES, E. V. O papel da atenção primária à saúde (APS) na operacionalização das redes de atenção à saúde. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Para entender a gestão do SUS**. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde. Brasília, DF: CONASS, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>

atenção à saúde; e, na terceira, como estratégia de organização de todo o sistema de atenção à saúde e um direito humano fundamental.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) propõe a renovação da APS – sua quarta interpretação, com enfoque de saúde e de direitos humanos, de forma a alcançar melhorias na equidade em saúde, resgatando um pouco o que foi discutido em Alma-Ata e fortalecendo os atributos¹¹.

OS ATRIBUTOS E OS PAPÉIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Operacionalmente, uma conceituação de APS implica o exercício de sete atributos e de três papéis (Figura 1), e só haverá uma APS de qualidade quando estes sete atributos forem operacionalizados em sua totalidade. Os primeiros quatro (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) são os essenciais e os três últimos (focalização na família, orientação comunitária e competência cultural) os derivados.

O primeiro contato implica na acessibilidade e no uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema, para os quais se procura atenção à saúde. Operacionalizando esse conceito, o primeiro contato pode ser definido como porta de entrada dos serviços de saúde, quando a população e a equipe identificam aquele serviço como o primeiro recurso a ser buscado quando há uma necessidade ou problema de saúde.

A longitudinalidade constitui a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde junto aos usuários e seu uso consistente ao longo do tempo, em um ambiente de relação mútua de confiança e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias. Trata-se da capacidade de lidar com o crescimento e as transformações dos indivíduos, grupos e do próprio território, no decorrer de um período de anos¹³.

A integralidade significa a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adscrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado, da reabilitação e da palição, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. Para observarmos a integralidade nos serviços de saúde, devemos estar atentos às seguintes dimensões: a primazia das ações de promoção e prevenção à saúde; atenção nos três níveis de complexidade; articulação entre ações de promoção, proteção e prevenção; e abordagem integral aos indivíduos e às famílias. Para garantia da integralidade, faz-se necessária uma rede de serviços em diferentes níveis, funcionando de maneira integrada e articulada para o cuidado das demandas de saúde da população¹³.

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

Já os atributos derivados devem perpassar os essenciais, na perspectiva de garantir a base para o desenvolvimento de características diferenciais para o modelo de atenção à saúde pautada na APS. A focalização na família impõe considerá-la como o sujeito da atenção, o que exige interação da equipe de saúde com essa unidade social e o conhecimento

No texto 1, após o último parágrafo do item "O conceito de Atenção Primária à Saúde" ler acrescentando a seguinte informação:

No Brasil, o Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), anexo XXII da Portaria de Consolidação 2, de 28 de setembro de 2017, considera os termos 'Atenção Básica' e 'Atenção Primária à Saúde', nas atuais concepções, como equivalentes, de forma a associar a ambos os princípios e as diretrizes definidas na política¹².

Segundo a PNAB, a Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas, que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvido por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e dos serviços disponibilizados na rede, ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde. Prevê, ainda, a proibição de qualquer exclusão baseada em idade, sexo, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras. Aponta, ainda, que deverão ser adotadas estratégias que permitam minimizar desigualdades/iniquidades, de modo a evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.

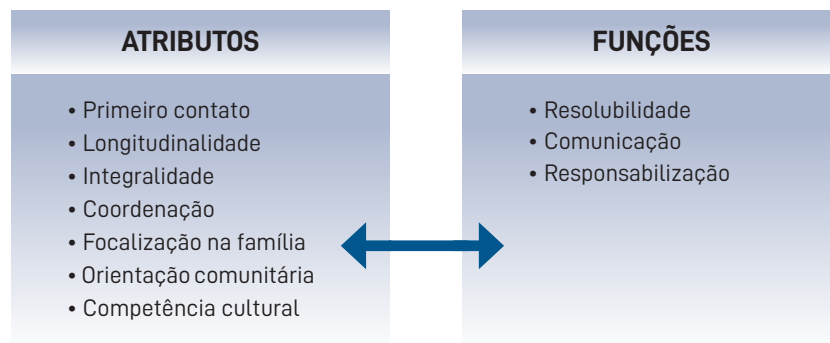


Figura 1. Atributos e funções da Atenção Primária à Saúde.

integral de seus problemas de saúde e das formas singulares de abordagem familiar. A orientação comunitária significa o reconhecimento das necessidades das famílias, em razão do contexto físico, econômico e social em que vivem, o que exige análise situacional de suas necessidades de saúde em uma perspectiva populacional e sua integração em programas intersetoriais de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde proximais e intermediários. A competência cultural convoca relação horizontal entre a equipe de saúde e a população, que respeite as singularidades culturais e as preferências das pessoas e de suas famílias¹³.

Da mesma forma, uma APS como estratégia só existirá se ela cumprir suas três funções essenciais: a resolubilidade, a coordenação e a responsabilização. O papel da resolubilidade, inerente ao nível de cuidados primários, significa que estes devem ser resolutivos e capacitados, cognitiva e tecnologicamente, para atender a 85% 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 os diferentes componentes das redes. A função de responsabilização implica no conhecimento e no relacionamento íntimo, nos microterritórios sanitários, da população adscrita, no exercício da gestão de base populacional e na responsabilização econômica e sanitária, em relação a essa população adscrita¹⁴.

OS MODELOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

No Brasil, não obstante o discurso oficial da APS como estratégia de organização do SUS, vigoram diferentes modelos de estruturação da APS. Mesmo sob o nome genérico de Estratégia Saúde da Família (ESF) convivem variados modelos de cuidados primários, especialmente quando se considera o trabalho médico. Há o modelo tradicional, em que médicos e enfermeiros generalistas, sem formação específica em saúde da família, atendem uma população, com ênfase em consultas médicas e de enfermagem. Há o modelo Semachko, oriundo da experiência russa bolchevique de organização de cuidados primários, providos por uma tríade de médicos especialistas: clínico, ginecologista-obstetra e pediatra. Há o

modelo de medicina de família e comunidade estrito senso, calcado nos modelos europeu e canadense, nos quais a centralidade do cuidado faz-se por meio de consultas médicas propiciadas por especialistas em medicina de família e comunidade. Existe ainda o modelo de ESF em que o cuidado primário está centrado em uma equipe multiprofissional, trabalhando de forma interdisciplinar e por meio de um conjunto ampliado de encontros clínicos, que envolvem consultas individuais e atividades em grupo. Há, por fim, modelos mistos, que articulam alguns desses diferentes modelos em uma única equipe de saúde da família.

Ainda que não se possa, rigorosamente, comparar a ESF com os modelos tradicionais de APS, porque são opções de políticas de cuidados primários totalmente distintas, ao contrário do que algumas vezes se propaga, os trabalhos revisados demonstram a superioridade da ESF em relação aos modelos tradicionais, especialmente no cumprimento dos atributos da APS. Interessante notar que não se encontrou trabalho avaliativo que indicasse a superioridade dos modelos tradicionais sobre o modelo da ESF⁵.

Por essa razão, o modelo de APS que se propõe construir socialmente na Planificação da Atenção à Saúde é o da ESF. Por tudo isso, o manejo dos fatores de riscos biopsicológicos individuais e das condições crônicas estabelecidas convoca, na APS, uma clínica que se estrutura com diferenciais significativos em relação à clínica hegemônica que foi historicamente construída para dar conta das condições agudas e das agudizações de condições crônicas.

A emergência das condições crônicas exigiu mudanças significativas na atenção à saúde, que redundaram em alguns movimentos fundamentais, que se manifestaram, de forma especialmente significativa, no campo dos cuidados primários à saúde.

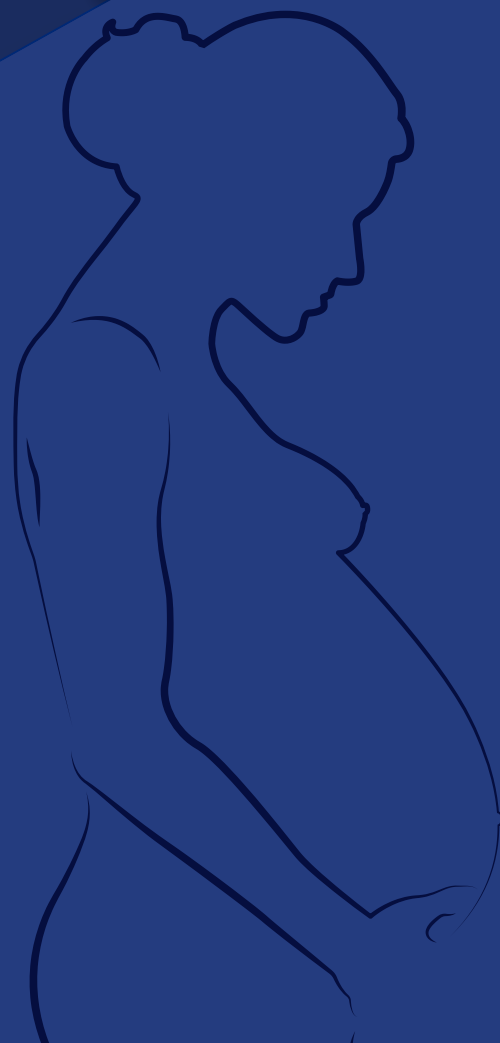
Esses movimentos, imprescindíveis à construção de uma resposta social adequada às condições crônicas, em seu conjunto, são muito profundos. De outra forma, a clínica para as condições crônicas traz elementos essenciais de diversos modelos de atenção à saúde. No modelo proposto por Mendes⁵ para o Sistema Único de Saúde (SUS), a partir dos modelos da Pirâmide de Risco da Kaiser Permanente^{15,16}, dos Cuidados Crônicos² e dos Determinantes Sociais da Saúde³, trabalha-se com cinco níveis de intervenção, a depender da condição ou não de saúde estabelecida e de sua gravidade: promoção da saúde; prevenção das condições de saúde; gestão da condição de saúde simples; gestão da condição de saúde complexa; e gestão de caso.

A clínica da APS, para dar conta dos fatores de risco biopsicológicos e das condições crônicas estabelecidas, poderia se aproximar de uma nova clínica que incorpora um conjunto de mudanças na atenção à saúde. Concomitantemente às transformações na atenção à saúde, haverá uma mudança substancial na gestão da APS, que abarca, além da gestão das pessoas e dos recursos materiais e financeiros, processos de microgestão localizados na intimidade das relações entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias – o campo da gestão da clínica. Aqui também pode-se falar em uma nova forma de microgestão da saúde, que não substitui a gestão dos meios, mas a completa: a gestão da clínica.

CASO

1

Andréia



Caso 1: Os caminhos de Andréia pela Atenção Primária à Saúde

Andréia é uma jovem gestante no primeiro trimestre de gestação. Ela mora com os pais porque seu namorado, Jubiratan, não conseguiu emprego. Jubiratan é descendente de indígenas e precisa ir à aldeia com certa frequência, devido aos cuidados com seus pais já idosos.

Há 15 dias o Agente Comunitário de Saúde (ACS) da equipe responsável soube pelo vizinho da Andréia que ela estava grávida e, ao fazer a visita, perguntou se ela já havia iniciado o pré-natal. Como Andréia trabalha o dia todo e nunca está em casa, ela não costumava ir à unidade de saúde. Quando passava mal, buscava o pronto atendimento do município em outro bairro.

Sabendo do fato, o ACS levou para a reunião de equipe na manhã seguinte o caso de Andréia, preocupado se não existiriam outras gestantes que também não tinham sido identificadas no território. Inquieta, a equipe questionou se toda a população adscrita estava de fato cadastrada.

ACS: Acho que nós deveríamos verificar se as gestantes da área foram cadastradas, se não há gestante nova que deixamos passar.

ENFERMEIRO: Bem lembrado. Precisaremos conversar com a equipe toda, para fazermos a territorialização e verificar os cadastros novos e antigos.

Diante das falas, a médica pontuou que o importante é que agora ela seria acompanhada e já agendou a consulta para ela e o parceiro na sexta-feira, conforme Andréia solicitara ao ACS.

Durante a consulta com a médica e o enfermeiro, foi perguntado quais eram os antecedentes individuais, obstétricos e sobre a gestação atual, além de seus hábitos alimentares, sua rotina diária, sua relação familiar e se ela bebia ou fumava. Andréia relatou que não tem se alimentado corretamente porque tem sentido muito enjoo, além de dores de cabeça constantes e dor ao urinar. Os profissionais realizaram os testes rápidos; fizeram aferição da pressão, do peso e da altura; verificaram seu cartão de vacina; e solicitaram exames de rotina do primeiro trimestre. Andréia também foi convidada para participar de grupos educativos sobre cuidados durante a gestação. Também foi agendado atendimento odontológico para ela, e a gestante recebeu orientações quanto aos sinais de alerta durante a gestação, tendo sido repassados o endereço e o contato telefônico da maternidade de referência, caso Andréia manifestasse sinais de agudização fora do horário de funcionamento da unidade.

Após receber os resultados de exames laboratoriais e ultrassonografia, confirmaram-se as hipóteses diagnósticas de infecção urinária, sífilis e diabetes. A equipe, com base na diretriz clínica de atenção à saúde da gestante, procedeu ao manejo recomendado das condições referidas, fez nova estratificação de risco, considerada agora como gestante de alto risco, e agendou o atendimento na Unidade básica de Saúde para seu companheiro, Jubiratan. Diante da situação, foi acionada a unidade de Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) para discussão do caso, no qual se concluiu que a conduta adequada seria o cuidado compartilhado.

Essa dica servirá para trazer informações a mais, caso necessário, ao longo das discussões. Se Andréia é uma jovem no primeiro trimestre de gestação, ela deverá seguir o protocolo de rastreio de *diabetes mellitus* gestacional no Brasil. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil.** Brasília, DF: OPAS, 2016. Para conhecer mais, o protocolo está presente no seguinte link (<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2018/rastreamento-e-diagnostico-diabetes-mellitus-gestacional-no-brasil.pdf>)

Perguntas disparadoras

Agora que já leram, discutiram o texto e conheceram o caso de Andréia, vamos à discussão, considerando as questões a seguir. Atenção ao tempo da atividade e lembrem que é importante a participação de todos.

1

Considerando o texto, quais são os atributos da Atenção Primária à Saúde?

2

Identifique os atributos da Atenção Primária à Saúde que foram respeitados neste caso.

3

Algum atributo não foi respeitado? Qual e por quê?

4

Vocês poderiam trazer alguma questão semelhante na unidade de vocês?

Registre aqui suas respostas

● INTERVALO PARA ALMOÇO

TARDE

● ATIVIDADE 6 – DINÂMICA DE AQUECIMENTO

Agora realizaremos um exercício de dinâmica de grupo para nos preparar para o momento da tarde. Segue uma sugestão: Encontros Temáticos.

Em um primeiro momento todos os participantes ficam de pé e começam a andar. Em seguida, o facilitador dará comandos alternados, como os orientados abaixo, até que, no fim, eles formem o grupo de discussão que estavam no período da manhã.

"Agora, em 1 minuto, vocês conversarão em dupla sobre **o tema que desejarem**". Passado o tempo: "Agora, em 2 minutos, com outra pessoa sobre o tema **como está sendo sua semana**". Passado o tempo: "Agora, em 2 minutos, em trio, com pessoas do subgrupo que você estava no período da manhã, o tema da conversa é sobre **o que acharam das atividades que já aconteceram**". Passado o tempo: "Agora, em 3 minutos, dois trios do mesmo subgrupo, do período da manhã, o tema da conversa é sobre **quais as expectativas para o período da tarde**". Ao fim dos 3 minutos o grupo se organiza da forma como estava pela manhã e da continuidade às atividades.

Responsável pela atividade: facilitador em cada grupo.

Tempo da atividade: 10 minutos

● ATIVIDADE 7 – TRABALHO EM GRUPO:

"A função da Atenção Ambulatorial Especializada"

Vamos agora ler o **Texto 2 - A integração entre a Atenção Primária à Saúde e a Atenção Ambulatorial Especializada** e o **Caso** intitulado **A articulação entre a Atenção Ambulatorial Especializada e Atenção Primária para o cuidado de Andréia**. Em seguida, faremos a discussão a partir das **perguntas disparadoras** presentes no final do texto. Lembre-se que é importante a participação de todos. Para saber mais sobre o assunto acesse o texto - A Atenção Ambulatorial Especializada na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (páginas 12-61) pelo link: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/CONASS-Debate-N-5.pdf>.

Novamente, vocês deverão eleger um **facilitador**, um **relator** e um **"guardião do tempo"**. Vale lembrar que a coordenação do grupo será de responsabilidade do **facilitador**, que deverá ser muito atento se todos estão participando. É comum que a discussão fique entre poucos. Nessa hora, o facilitador deverá estimular a participação dos demais. Esse é um exercício no qual se deve saber falar e ouvir. O facilitador deverá atentar-se para a atividade ser realizada por completo. O relator é responsável por **sintetizar as ideias** e discussões do grupo, e apresentá-las ao final da atividade. Já o guardião será responsável pelo **cuidado do tempo** de discussão, alertando seu grupo, e garantindo a leitura e a reflexão dos conteúdos expostos.

Para não ficar cansativo e todos estarmos no mesmo tempo, que tal o grupo realizar a **leitura coletiva**, na qual os participantes alternam parágrafos ou páginas? Neste material,

Nesse momento você deve realizar um exercício de dinâmica de grupo, para ativar os participantes para o momento da tarde. Aqui você encontra uma proposta de exercício, mas caso tenha alguma atividade ou perceba que alguém no grupo possa realizar um exercício que conheça, sinta-se a vontade (preferencialmente dinâmicas que estimulem a preparação corporal e cognitiva para o momento da tarde).

trabalharemos com textos-síntese, para que as leituras possam ser rápidas. Sugerimos **até 20 minutos para cada leitura**.

Responsável pela atividade: facilitador em cada grupo.

Tempo da atividade: 100 minutos

TEXTO 2

A INTEGRAÇÃO ENTRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

Marco Antônio Bragança de Matos

Rubia Pereira Barra

Priscila Rodrigues Rabelos Lopes

A nova forma de relação entre a Estratégia Saúde da Família (ESF) e a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) exige mudanças profundas na forma como se dá a organização das unidades de cuidados ambulatoriais especializados.

O modelo da atenção em Sistemas Locais de Saúde (SILOS), característico dos sistemas fragmentados, tem expressão na forma como se organiza, em geral, a AAE no Sistema Único de Saúde (SUS), conforme o modelo do Centro de Especialidades Médicas (CEM). Tal modelo diz respeito a uma forma singular de organizar a AAE, possibilitando que uma unidade que se denomine "centro de especialidade médica" que opere, ou não, segundo esse modelo.

É preciso atuar mudando radicalmente esse modelo, introduzindo-se outro, que se denomina modelo do ponto de atenção secundária ambulatorial (PASA) em Rede de Atenção à Saúde (RAS). Não se trata de uma mudança meramente semântica, mas de uma transformação de fundo na organização ambulatorial especializada.

O modelo hegemônico do CEM pode aparecer, na prática social, de diferentes formas: uma unidade com várias especialidades médicas que tem o nome de "Centro de Especialidades Médicas" ou de policlínica; um médico especialista trabalhando sozinho em um consultório com apoio de uma recepcionista; ou um médico que se desloca de uma cidade a outra, para prestar cuidados de sua especialidade.

O que determina, fundamentalmente, esses dois modelos é se a ESF e a AAE são parte de um sistema fragmentado e atuam como silos independentes, ou se estão inseridas em RAS e se comunicam organicamente, coordenadas pela ESF. Por consequência, as unidades de AAE nesses dois modelos se estruturam e cumprem funções completamente distintas.

A concepção estratégica da atenção especializada, como PASA em RAS, é muito inovadora e, por isso, confronta com as ideias de senso comum que sustentam o modelo hegemônico do CEM. Em função da profundidade dessas mudanças é preciso estar atento a uma estratégia de implantação, que permita contrapor-se à tendência inercial de apropriar-se conservadoramente dos PASA, reduzindo-os à forma tradicional de prestação de serviços ambulatoriais, segundo o modelo hegemônico do CEM. Essa tendência, além de sua dimensão técnica, manifesta-se, também, nas dimensões político-ideológica e econômica.

Há diferenças qualitativas significativas entre os modelos do CEM e da AAE. As principais diferenças entre esses dois modelos estão contidas no quadro 1.

Quadro 1. Características dos modelos de Atenção Ambulatorial Especializada (AAE).

Centro de Especialidades Médicas	Ponto de atenção secundária/ AAE de uma Rede de Atenção à Saúde
Gestão da oferta	Gestão de base populacional
Unidade isolada sem comunicação fluida com outros níveis de atenção	Ponto de atenção à saúde com comunicação em rede com os outros níveis de atenção
Sistema aberto	Sistema fechado
Autogoverno	Governo pela Atenção Primária à Saúde
Programação feita na própria unidade, sem estratificação de risco	Programação feita na Estratégia Saúde da Família com estratificação de risco
Acesso regulado pelos gestores da saúde, diretamente no complexo regulador	Acesso regulado diretamente pela equipe de Atenção Primária à Saúde
Atenção focada no cuidado do profissional médico especialista	Atenção focada no cuidado multiprofissional e interdisciplinar
Relação entre generalista e especialista: ou inexistente ou faz-se por referência e contrarreferência, sem conhecimento pessoal e sem trabalho conjunto	Relação entre generalista e especialista: relação pessoal com trabalho clínico conjunto
Decisões clínicas não articuladas em diretrizes clínicas, construídas com base em evidências	Decisões clínicas articuladas em protocolos clínicos, construídos em base em evidências
Prontuários clínicos individuais, não integrados em rede	Prontuários clínicos familiares eletrônicos, integrados em rede, especialmente com a Estratégia Saúde da Família
Não utilização de ferramentas de gestão da clínica	Utilização rotineira das ferramentas da gestão da clínica
Atenção sem plano de cuidado individual	Atenção com plano de cuidado individual elaborado conjuntamente por generalistas e especialistas
Função meramente assistencial	Função assistencial, supervisonal, educacional e de pesquisa
Pagamento por procedimento.	Pagamento por orçamento global ou capitação ajustada

Fonte: Mendes.⁵

O formato proposto de uma unidade de AAE é bem distinto de de uma unidade ambulatorial tradicional.

O ambulatório organizado segundo o modelo PASA possui abrangência regional, é fechado, com programação feita na APS, que presta assistência aos usuários de alto e muito alto risco, estratificados e compartilhados pelas equipes de Saúde da Família (eSF). O acesso é regulado diretamente por estas equipes. A atenção é interdisciplinar. O produto não é simplesmente uma consulta médica e/ou um exame complementar realizado, mas um plano de cuidado elaborado de forma interdisciplinar pela equipe da atenção especializada. As relações entre os especialistas e as equipes da APS vão além do sistema clássico de referência/contrarreferência, construindo processos de relacionamento interpessoais, em que os profissionais se conhecem, partilham planos de cuidado e trabalham clinicamente em conjunto em algumas circunstâncias. As equipes da AAE, além das funções assistenciais, têm em seu escopo de atuação o desenvolvimento de atividades educacionais, supervisionais e pesquisa.

A organização dos macroprocessos da Atenção Primária em Saúde (APS) concretiza sua atribuição de ordenadora das RAS, impondo uma forma de organização também dos processos na AAE, assim como dos fluxos assistenciais para a atenção hospitalar e os processos dos sistemas de apoio e logística.

A integração entre as equipes da APS e da AAE, por meio do compartilhamento do cuidado, torna os dois níveis ou serviços de saúde, progressivamente, um único microsistema clínico, garantindo a atenção contínua e integrada. Essa qualificação progressiva possibilita que a equipe da APS, apoiada pela equipe da AAE, assuma, com mais segurança, o cuidado também dos usuários de alto e muito alto risco com estabilidade clínica. A integração deve ser operacionalizada em vários momentos e com diferentes métodos.

A equipe da AAE deve se ocupar de pelo menos quatro novas funções em relação às equipes da APS: assistencial, educacional, supervisional e de pesquisa.

A **função assistencial** é desempenhada por uma equipe multiprofissional, que atua de maneira interdisciplinar, aprofundando o manejo clínico dos usuários.

As atividades assistenciais são organizadas principalmente no formato de atenção contínua, caracterizada por ciclos de atendimentos individuais sequenciais, para avaliação clínica por todos os profissionais e para prescrição das condutas e recomendações, sistematizados em um único plano de cuidados. Inclui atendimentos e exames diagnósticos complementares.

Algumas das ferramentas para operacionalizar a organização dos serviços são apresentadas a seguir:

- Cadastro: o ambulatório de especialidade deve ter o cadastro de todas as unidades e equipes da APS dos municípios de sua área de abrangência.
- Mapa de pessoal e encontros presenciais: a equipe especializada deve conhecer, por nome, os profissionais generalistas das eSF. Isso pode ser favorecido por encontros de planejamento comuns às duas equipes ou por visitas recíprocas aos serviços ou, ainda, por ações de educação permanente. Para isso, é fundamental o exposto anteriormente sobre a necessidade da regionalização, que fixa os profissionais de referência no território sanitário.
- Tecnologia da comunicação: a vinculação entre os profissionais tende a crescer com o tempo e a se diversificar por meio da utilização de tecnologias, como *e-mail*, *chats* de discussão, aplicativos de mensagens instantâneas e outras.

- **Compartilhamento do cuidado:** ação de compartilhar as ações de cuidado dos usuários com condições crônicas de difícil manejo e que requerem atenção especializada focal. Ocorre entre os pontos da RAS, podendo ser da APS para AAE, para Atenção Hospitalar, da AAE para APS, dentre outros. O compartilhamento do cuidado é substitutivo do encaminhamento, que remete à ideia de passar para frente, enquanto que compartilhar significa partilhar o cuidado do usuário, o que requer comprometimento de ambas as partes que compartilham.
- **Estratificação de risco:** as unidades da APS devem compartilhar a relação de usuários estratificados como alto e muito alto risco, como um pré-cadastro que oriente a organização da agenda do ambulatório de especialidade. Por sua vez, o ambulatório de especialidade deve informar as equipes da APS sobre o comparecimento dos usuários no atendimento, orientando a busca ativa quando necessária. A estratificação de risco é uma "língua comum" entre os dois níveis de atenção. Para aperfeiçoar o processo de estratificação, a equipe da AAE deve revisar a estratificação dos usuários compartilhados e, quando se fizer necessário, rediscutir o compartilhamento, em caso de não concordância.
- **Programação da atenção da população-alvo:** é a programação da atenção aos usuários de alto e muito alto risco. Após a população-alvo ser identificada pelas equipes da APS, devem ser incluídas as metas relativas a usuários acompanhados por plano de cuidado elaborado e monitorado conjuntamente. A elaboração da programação da AAE pode ser realizada pelas duas equipes técnico-gerenciais, propiciando a pactuação de metas complementares e a continuidade dos fluxos de atenção.
- **Gestão da agenda:** o agendamento dos usuários para o atendimento no ambulatório de especialidade deve ser realizado diretamente pela equipe da APS, sem necessidade de mecanismos ou profissionais reguladores intermediários. Para isso, é necessário um alinhamento prévio sobre os critérios para estratificação e compartilhamento, assim como a pactuação sobre as modalidades de agendamento.
- **Monitoramento da agenda:** o monitoramento do comparecimento ao atendimento na AAE deve ser diário, e as providências para a comunicação diretamente com as equipes que solicitaram o atendimento devem ser tomadas com agilidade. A programação e o envio da relação dos usuários potencialmente beneficiários, que permitem um conhecimento prévio da demanda para a AAE, facilitam e simplificam o mecanismo de agendamento.
- **Plano de cuidados:** é a forma ideal para a comunicação entre as equipes da APS e AAE, sobre o cuidado elaborado para os usuários atendidos. Além disso, permite a integração e a continuidade da atenção. Para tanto, é necessário que sejam pactuados o instrumento de plano de cuidado a ser utilizado, sua elaboração inicial e a atualização conjunta pela equipe, assim como as modalidades de envio do plano de cuidado elaborado e os mecanismos de monitoramento do plano de cuidado.

Assim, a equipe da APS, na maioria dos casos, realiza o atendimento inicial e a estratificação de risco, e deve elaborar o primeiro plano de cuidado a ser compartilhado para o ambulatório de especialidade na ocasião do atendimento agendado. A equipe especializada faz o atendimento multiprofissional especializado e atualiza o plano de cuidado a ser compartilhado para a equipe da APS no retorno do usuário. A partir daí, o plano de cuidado deve ser continuamente monitorado e atualizado.

A **função educacional** é direcionada para profissionais da APS e da AAE e usuários atendidos no ambulatório. O apoio educacional às equipes visa à qualificação do manejo

clínico pelos profissionais da APS. As modalidades são muito diversificadas, mas implicam no conhecimento recíproco, na proximidade e na vinculação entre as equipes. Podem ser presenciais ou à distância e requerem horário protegido na agenda dos profissionais, tanto da equipe especializada, como da APS. Os profissionais da AAE devem ter agenda protegida para permanente qualificação interna e externa. Para os usuários atendidos no ambulatório, devem ser desenvolvidas ações educativas durante o ciclo de atenção contínua, que fortaleçam o autocuidado.

Todos os profissionais da equipe devem ser contemplados, e não somente os médicos, já que o manejo clínico especializado significa uma avaliação clínica mais aprofundada dos aspectos orgânicos, mas também nutricional, psíquico, sociofamiliar e funcional, com condutas específicas de cada área. Assim, a educação permanente pode incluir atividades inter pares entre profissionais da mesma categoria ou conjuntas, as quais podem ser organizadas tanto nas unidades da APS, como no ambulatório especializado.

Podem fazer parte das atividades educacionais momentos para estudo das diretrizes clínicas, discussão de casos, segunda opinião, atendimento conjunto, monitoramento do plano de cuidados ou cursos rápidos para conhecimento de temas específicos ou treinamento de habilidades.

Dentre as modalidades de apoio educacional, destacam-se:

- Educação permanente: apoio para que os profissionais da APS desenvolvam competências de conhecimento, por exemplo, sobre o manejo dos usuários de alto e muito alto risco, de habilidade, como o rastreamento do pé diabético, retinopatia para detecção da neuropatia e retinopatia diabética, e de atitude, apoiando o desenvolvimento dos processos de cuidado, como o monitoramento do plano de cuidado. Um dos temas que deve ser imediatamente pautado nos encontros é a estratificação de risco do usuário com condição crônica. O formato pode ser de discussão de conteúdos teóricos de manejo clínico, discussão de casos, atendimento conjunto ou atendimento supervisionado. Devem ser valorizadas as iniciativas criativas das equipes, na medida em que cresce a vinculação entre os profissionais.
- Matriciamento: a equipe da AAE desempenha a função de matriciadora, deixando o acompanhamento longitudinal como atribuição da APS. Isso implica no deslocamento dos profissionais da AAE até as unidades da APS, ou dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde para a AAE, quando necessário, de acordo com o que for pactuado pelas equipes, para verificar, junto dos profissionais da APS, a organização dos processos de cuidado dos usuários, as formas de registro e os resultados dos indicadores. Na fase de instabilidade do usuário, é realizado um número maior de atendimentos, tanto no ambulatório como na UBS, mas, tão logo o usuário demonstre tendência à estabilização, evidenciada pelo controle da situação clínica e pela melhora dos indicadores clínicos, os atendimentos na AAE devem ser espaçados, e a equipe da APS dá continuidade ao cuidado dos usuários, podendo, a qualquer tempo, solicitar apoio da equipe ambulatorial. O apoio tem duas dimensões: suporte de retaguarda assistencial ou dimensão assistencial, que origina uma ação clínica direta com os usuários em um atendimento, por exemplo; e suporte pedagógico ou dimensão técnico-pedagógica, que gera ação e apoio educativo com e para a equipe, como um momento de discussão de casos mais complexos.

- Segunda opinião: uma função importante da equipe especializada é a segunda opinião, que pode se desenvolver em diferentes modalidades de apoio à APS, via telefone, *chats* de discussão, aplicativos de mensagens instantâneas, *e-mail* e outras formas.

A terceira **função supervisonal** envolve ações de apoio institucional às equipes da APS; o monitoramento cruzado APS-AAE e do usuário, em relação aos serviços da APS e AAE; o monitoramento de vinculação durante os atendimentos e por meio da pesquisa de satisfação do usuário. Fatores facilitadores para a integração APS-AAE são as atuações, como membro da equipe especializada, de um médico de família e comunidade e de um enfermeiro de saúde da família, com o papel de apoiar os profissionais da APS, por meio de monitoramento dos processos de cuidado e capacitação no manejo clínico, mobilizando o apoio dos profissionais especialistas quando necessário.

As ações de supervisão e educação permanente devem ser monitoradas, integrando o painel de indicadores de processos, e avaliadas, no aspecto de qualidade do manejo clínico e de impacto na estabilização clínica dos usuários.

A figura 1 expõe as funções do AAE.

Embora a função de **pesquisa clínica e operacional** não esteja representada, ela é de grande relevância, tendo um papel transversal junto às outras. Ela pode ser agregada ao ambulatório de atenção especializada, com o objetivo de gerar evidências sobre o manejo de usuários com condição crônica e seu impacto na estabilização clínica do usuário e nos indicadores finais de morbimortalidade.

Para que essas quatro funções sejam desempenhadas adequadamente, é preciso que os profissionais tenham ciência dessa atribuição no momento da contratação e que seja providenciado o necessário para sua concretização, como horário protegido na agenda do profissional para tal finalidade, meios de deslocamento, disponibilização de ferramentas tecnológicas, assim como planejamento e pactuação junto aos municípios.



Figura 1. Funções da Atenção Ambulatorial Especializada. APS: Atenção Primária à Saúde.

CASO

2

Andréia



Caso 2: A articulação entre a Atenção Primária e a Atenção Ambulatorial Especializada para o cuidado de Andréia

Andréia, após apresentar os exames laboratoriais, foi estratificada como gestante de alto risco, o que justificou a discussão e o compartilhamento do caso com a equipe da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). Após receber as devidas orientações, a equipe de Atenção Primária à Saúde (APS) realizou o agendamento de Andréia no ambulatório especializado em tempo hábil, para que fosse dado seguimento ao seu plano de cuidado, conforme o quadro clínico atual. Ela foi acolhida e lhe foram explicados o fluxo de atendimento e o propósito do cuidado compartilhado. Após esclarecimentos realizados e conferência de dados cadastrais em prontuário eletrônico, teve início o ciclo de atenção contínua, que é um circuito de atendimento realizado por diferentes profissionais, como enfermeiro, técnico em enfermagem, assistente social, psicólogo, médico ginecologista e obstetra, nutricionista e fisioterapeuta (equipe de pré-natal de alto risco), conforme a carteira de serviços pactuada na região. Em seguida, ela realizou novos exames e procedimentos necessários, recebeu um plano de cuidado elaborado pela equipe que lhe atendeu, bem como as orientações necessárias para o seguimento de seus cuidados. Tal plano contém as medidas e ações que visam estabilizar o quadro clínico de Andréia, propondo inclusive seu atendimento subsequente na APS.

Ao retornar para o acompanhamento na Unidade de Saúde Jardim das Flores, Andréia apresenta o plano que lhe foi entregue pela equipe da AAE, apesar de ele já estar no prontuário eletrônico integrado. Assim, a AAE e a APS passam a monitorar e a dialogar sobre a evolução do caso, viabilizando a continuidade do cuidado, conforme o planejado, e, no caso de intercorrências, a APS conta com o suporte da AAE para o manejo adequado. Ficou pactuado que as ações de suporte entre as equipes aconteceriam via telefone, *chats* de discussão, aplicativos de mensagens instantâneas, *e-mail* ou deslocamento dos profissionais da AAE até as unidades da APS, caso houvesse necessidade.

É importante você contextualizar que "a possibilidade de deslocamento dos profissionais entre os serviços é um dos formatos de apoio matricial". No caso de um Centro de Especialidades Regional, é necessário considerarmos que, na maioria das vezes, não será possível o deslocamento para o apoio as equipes de Estratégia Saúde da Família *in loco*. No caso, podem ser utilizadas ferramentas de tecnologia de comunicação como garantia de organização do serviço e cuidado integral ao usuário.

Perguntas disparadoras

Agora que já leram, discutiram o texto e conheceram o caso de Andréia, vamos à discussão, considerando as questões a seguir. Atenção ao tempo da atividade e lembrem que é importante a participação de todos.

1

Considerando o texto, quais são as funções Atenção Ambulatorial Especializada?

2

Quais funções da Atenção Ambulatorial Especializada o caso apresenta?

3

Como pode ser feita a integração da Atenção Primária à Saúde com a Atenção Ambulatorial Especializada a partir do que observamos no caso?

4

Quais são as oportunidades de melhoria possíveis em seu território de trabalho?

Registre aqui suas respostas

● INTERVALO

● ATIVIDADE 8 – VÍDEO DE APRESENTAÇÃO: “Qual o propósito da planificação?”

Será apresentada a proposta da Planificação da Atenção à Saúde enquanto instrumento de gestão e organização da Atenção Ambulatorial Especializada em rede com a Atenção Primária em Saúde, resgatando a síntese do referencial teórico trabalhado no *workshop* e a avaliação do processo.

Acesse o vídeo “Qual o propósito da planificação?” pelo link
<https://vimeo.com/344147285/785a8d5150>

Responsável pela atividade: facilitador 5.

Tempo da atividade: 50 minutos

PARA SABER MAIS!

Entenda melhor a metodologia de organização da Atenção Ambulatorial Especializada em rede com a Atenção Primária em Saúde no PlanificaSUS. Acesse também o referencial teórico no site do CONASS (www.conass.org.br). Qualquer dúvida consulte o Grupo Condutor Estadual da Planificação.

AVALIAÇÃO

Vamos avaliar o nosso *workshop* de hoje, sua opinião é muito importante para melhorarmos este processo. Conto com sua avaliação! Você pode acessá-la pelo link:

<https://redcap.einstein.br/surveys/?s=D9JNAEJH8N>

REFERÊNCIAS

1. Ham C. Developing integrated care in the UK: adapting lessons from Kaiser. Birmingham: Health Services Management Centre; 2006.
2. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract*. 1998;1(1):2-4.
3. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health [Internet]. Stockholm: Institute for future; 1991 [cited 2019 Jun 6]. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Goeran_Dahlgren/publication/5095964_Policies_and_strategies_to_promote_social_equity_in_health_Background_document_to_WHO_-_Strategy_paper_for_Europe/links/569540f808aeab58a9a4d946.pdf
4. Mendes EV. As redes de assistência à saúde [Internet]. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde/Conselho nacional de Secretários da Saúde; 2011 [cited 2019 Jun 6]. Available from: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes_de_atencao_mendes_2.pdf
5. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde. O imperativo da consolidação da estratégia de saúde da família [Internet]. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde/Conselho nacional de Secretários da Saúde; 2012 [cited 2019 Jun 6]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
6. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde [Internet]. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2015 [cited 2019 Jun 6]. Available from: <http://www.saude.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>
7. Organização Mundial da Saúde/UNICEF. Cuidados primários de saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, Rússia. Brasília: UNICEF, 1979.
8. Unger JP, Killingsworth JR. Selective primary health care: a critical view of methods and results. *Social Sciences and Medicine*, v. 22, p. 1001-13, 1986.
9. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2015. 127 p.
10. Saltman RS, Rico A, Boerma W. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. *European Observatory on Health Systems and Policies*. Maidenhead, Open University Press/McGraw Hill, 2006.
11. Organização Pan-Americana da Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2011.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
13. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, UNESCO/ Ministério da Saúde, 2002.
14. Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
15. 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.
16. Porter M, Kellogg M. Kaiser Permanente: an integrated health care experience. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada* [Internet] 2008;1(1):1-8. Disponível em: https://www.sefap.org/media/upload/arxius/formacion/aula_fap_2010/bibliografia/Kaiser_2009.pdf
17. Mendes EV, et al. Integrated care in the unified health system of Brazil: The laboratory for innovation in chronic conditions in Santo Antônio do Monte. *International Journal of Healthcare Management* 2019;12(2):116-22.

RECOMENDAÇÕES DE LEITURAS

Acesse aqui algumas das portarias citadas neste guia:

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n. 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2019 Jun 6]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2019 Jun 6]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

PROTOCOLO DE RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS GESTACIONAL NO BRASIL.

Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes. Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil [Internet]. Brasília, DF: OPAS, 2016 [cited 2019 Jun 6]. Available from: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/diabetes-gestacional-relatorio.pdf>

LIVROS

Conselho Nacional de Secretários DE Saúde (CONASS). CONASS Debate. Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada [Internet]. Brasília, DF: CONASS, 2016 [cited 2019 Jun 6]. Available from: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/CONASS-Debate-N-5.pdf>

Conselho Nacional de Secretários DE Saúde (CONASS). Para entender a gestão do SUS. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde [Internet]. Brasília, DF: CONASS, 2015 [cited 2019 Jun 6]. Available from: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>

Mendes EV. A construção social da Atenção Primária à Saúde [Internet]. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2015 [cited 2019 Jun 6]. Available from: <http://www.saude.go.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>

