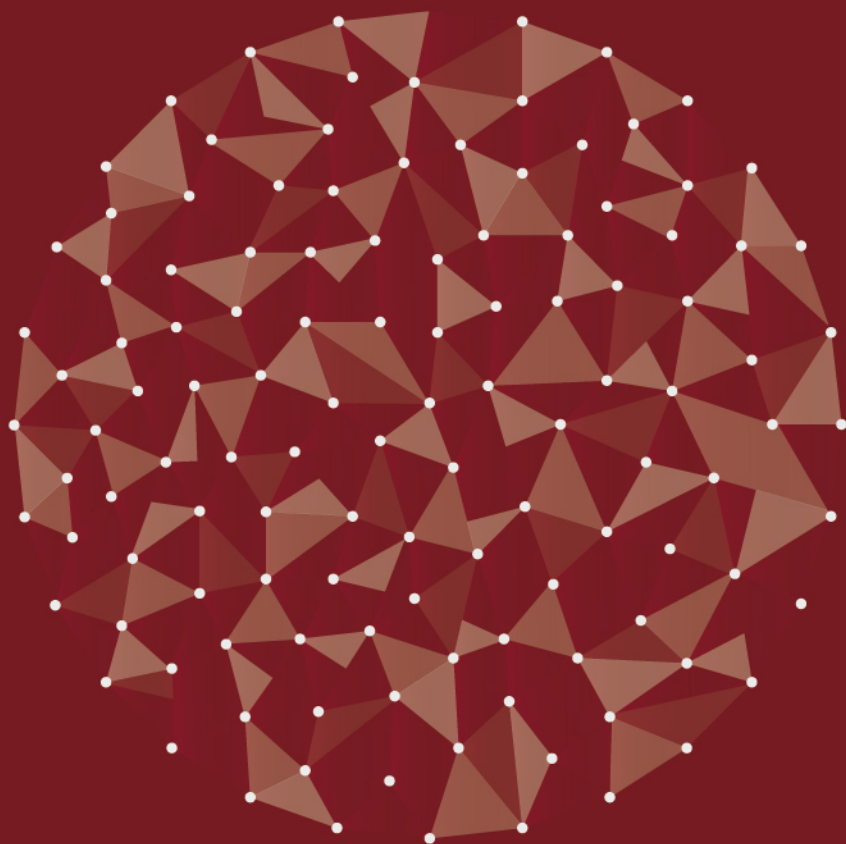


CONASS

para entender a gestão do SUS

2015

A ATENÇÃO PRIMÁRIA E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE



Brasília, 2015 | 1.^a edição

A ATENÇÃO PRIMÁRIA E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

© 2015 – 1ª Edição

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS

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

A coleção *Para Entender a Gestão do SUS – 2015* está disponível gratuitamente para *download* no site www.conass.org.br.

Tiragem: 8 mil exemplares.

ISBN 978-85-8071-024-3

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.

ISBN 978-85-8071-024-3

Sistema de Saúde I.

NLM WA 525

Secretários de Estado da Saúde 2015

AC	Francisco Armando Melo	PB	Roberta Abath
AL	Rozangela Wyszomirska	PE	José Iran Costa Júnior
AM	Wilson Duarte Alecrim	PI	Francisco Costa
AP	Pedro Rodrigues Gonçalves Leite	PR	Michele Caputo Neto
BA	Fábio Vilas Boas	RJ	Felipe Peixoto
CE	Carlile Lavor	RN	José Ricardo Lagreca
DF	João Batista de Sousa	RO	Williames Pimentel
ES	Ricardo de Oliveira	RR	Kalil Gibran Linhares Coelho
GO	Leonardo Vilela	RS	João Gabbardo dos Reis
MA	Marcos Pacheco	SC	João Paulo Kleinubing
MG	Fausto Pereira dos Santos	SE	José Macêdo Sobral
MS	Nelson Barbosa Tavares	SP	David Uip
MT	Marco Aurélio Bertulio	TO	Samuel Braga Bonilha
PA	Heloísa Maria Melo e Silva Guimarães		

Diretoria do CONASS 2014/2015

Presidente

Wilson Duarte Alecrim (AM)

Vice-Presidentes

Região Centro-Oeste

Halim Antonio Girade (GO)

Região Nordeste

Jorge Villas Boas (AL)

Região Norte

Hélio Franco de Macedo Júnior (PA)

Região Sudeste

Marcos Esner Musafir (RJ)

Região Sul

Michele Caputo Neto (PR)

Equipe Técnica do CONASS

Secretário Executivo

Jurandi Frutuoso

Assessoria de Relações Internacionais

Fernando Cupertino

Assessoria Jurídica

Alethele de Oliveira Santos

Assessoria de Comunicação Social

Adriane Cruz

Marcus Carvalho

Tatiana Rosa

Coordenação de Núcleos Técnicos

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Coordenação de Desenvolvimento Institucional

Ricardo F. Scotti

Assessoria Técnica

Alessandra Schneider

Beatriz Figueiredo Dobashi

Eliana Maria Ribeiro Dourado

Lídia Tonon

Lore Lamb

Lourdes Almeida

Maria José Evangelista

Maria Zélia Soares Lins

Nereu Henrique Mansano

René Santos

Tereza Cristina Amaral

Viviane Rocha De Luiz

Organização da Coleção

René Santos

Coordenação do Livro

Maria José Evangelista

Colaboradores

Eliana Dourado

Eugênio Vilaça Mendes

Maria José Evangelista

Revisão Técnica

René Santos

Revisão Ortográfica

Sem Fronteira Idiomas

Edição

Adriane Cruz

Tatiana Rosa

Projeto Gráfico e Diagramação

Marcus Carvalho

Como usar o QR Code

Para fazer a leitura dos códigos é preciso ter um *smartphone* ou *tablet* equipado com câmera, acesso à internet e um aplicativo leitor de *QR Code*. Acesse os conteúdos complementares de forma dinâmica e fique sempre atualizado!



Abra o aplicativo e aponte a câmera para o QR Code

Aguarde o aplicativo escanear o QR Code

O aplicativo irá processar o código

Você será direcionado ao conteúdo online.

Sumário

- 8** APRESENTAÇÃO
- 9** INTRODUÇÃO
- 12** CAPÍTULO 1 – TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA, OS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
- 22** CAPÍTULO 2 – O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) NA OPERACIONALIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE
- 56** CAPÍTULO 3 – PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DAS REDES TEMÁTICAS PACTUADAS NO SUS
- 116** CONSIDERAÇÕES
- 120** REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Apresentação

A proposta de implantação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), como forma de organização dos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), que se fez por meio de discussões dos gestores do SUS, foi institucionalizada por meio de publicações de Portarias e Decreto Presidencial que dispôs sobre a organização do SUS, de forma articulada e em regiões de saúde.

O objetivo precípua da RAS é prestar atenção integral, de qualidade e resolutiva, que atenda às reais necessidades da população, tendo em vista a atual situação epidemiológica e demográfica do País, que vem se dando de forma acelerada, com predominância das condições crônicas.

Esta publicação relata a importância de romper com o sistema fragmentado hegemônico no SUS e implantar a RAS. Aborda as cinco redes temáticas prioritárias pactuadas entre os gestores e a relevância da Atenção Primária à Saúde (APS) nesse processo, ao tempo em que faz registro sobre o desafio dessa implantação, haja vista o subfinanciamento do sistema.

E, principalmente, resgata a responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) em coordenar e articular a implantação da RAS nas regiões de saúde e participar efetivamente na qualificação da APS em conjunto com os municípios, razão pela qual esperamos que este livro contribua com os gestores e as equipes das SES, no sentido de facilitar a implantação e a operacionalização das redes temáticas, nas regiões de saúde de cada estado.

Wilson Duarte Alecrim
Presidente do CONASS

Introdução

No movimento de desenvolvimento e implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) teve, na tri- na federativa, papel protagônico.

Esse papel pode ser desdobrado em quatro momentos: concep- ção teórico-conceitual, difusão da proposta, institucionalização das RAS e implantação das RAS, o momento atual.

O primeiro momento, iniciado em 2004, foi da construção de uma proposta de RAS que, utilizando-se de experiências interna- cionais mais maduras, adequou-as à realidade de um sistema pú- blico universal, em um país federativo de dimensões continentais, de fortes desigualdades regionais e com sistema de cooperação en- tre União, estados e municípios.

O segundo momento, no campo ideológico, foi a difusão da proposta concebida, com o objetivo de criar ambiente favorável à compreensão do conceito da RAS e avançar em alguns aspec- tos de fundamentos teóricos e operacionais. O instrumento fun- damental foram as Oficinas de RAS, estruturadas pelo CONASS. Após aprovação da proposta pela Assembleia do CONASS, essas oficinas foram desenvolvidas em várias Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e, posteriormente, na Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS) do Ministério da Saúde e em algumas de suas coordenações, tais como: Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) e Hepati- tes Virais; Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (CGPNCT); e Coordenação Geral da Hanseníase e Doenças em Eliminação (CGHDE/DEVI). Por sua extensão e abran- gência, pode-se afirmar que a ação do CONASS criou, em atores sociais relevantes do SUS, entendimento e adesão à ideia de RAS que formulara.

O terceiro momento foi a busca de institucionalização das RAS como forma de organização dos serviços de saúde no SUS, realizada por meio de discussões do CONASS com o Ministério da Saúde e com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) para a construção de consenso sobre a proposta de RAS. Esse movimento culminou com a publicação da Portaria GM/MS n. 4.279 de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010a), que estabeleceu diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS.

Quando se comparam os conteúdos da proposta de RAS do CONASS, inseridos nas oficinas de redes de atenção com a concepção de organização de redes da Portaria GM/MS n. 4.279/2010, não se pode deixar de assinalar muitas consistências entre os conteúdos das oficinas e a Portaria. Em seguida, o Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011a), que dispõe sobre a organização do SUS, consagrou a ideia de RAS articuladas em regiões de saúde.

O quarto momento é o atual, de implantação das RAS, seguindo a estratégia adotada pelo Ministério da Saúde de implantar as Redes Temáticas nas regiões metropolitanas. Aqui, também, com a presença importante do CONASS apoiando os estados nesse processo.

A partir da Portaria GM/MS n. 4.279/2010, cinco redes temáticas prioritárias foram pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no período de junho de 2011 a fevereiro de 2013: Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência (RUE), Rede de Atenção Psicossocial para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas (Raps), Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (Viver Sem Limites) e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

O movimento de implantação das RAS prioritárias vem acontecendo em todo o País. Por isso, parece importante, agora, estruturar um quinto momento, o do monitoramento da RAS e, para isso, é necessário construir, em coerência com os dispositivos da Porta-

ria GM/MS n. 4.279/2010, instrumentos capazes de monitorar os processos de construção que estão se dando em vários estados e municípios brasileiros.

Considerando o exposto, questiona-se: por que Redes de Atenção à Saúde no SUS? O objetivo da RAS é prestar uma atenção integral, de qualidade, resolutiva, de forma regionalizada, com integração entre os diversos pontos de atenção (locais que prestam atenção singular) que, de fato, atenda às necessidades da população adscrita. Essa definição traz a ideia de construção de outra forma de assistir a população, considerando que os resultados esperados não são alcançados, não são suficientes ou estão em desacordo com alguns aspectos sociais, demográficos e epidemiológicos que ocorreram na sociedade brasileira.

1

TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA, OS SISTEMAS DE
ATENÇÃO À SAÚDE E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

1. TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA, OS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A transição epidemiológica que se fez no mundo desenvolvido e que vem se fazendo, de forma muito acelerada, nos países em desenvolvimento indica um crescimento relativo forte das condições crônicas, especialmente das doenças crônicas.

Entende-se por transição epidemiológica as mudanças ocorridas, temporalmente, na frequência, na magnitude e na 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).

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

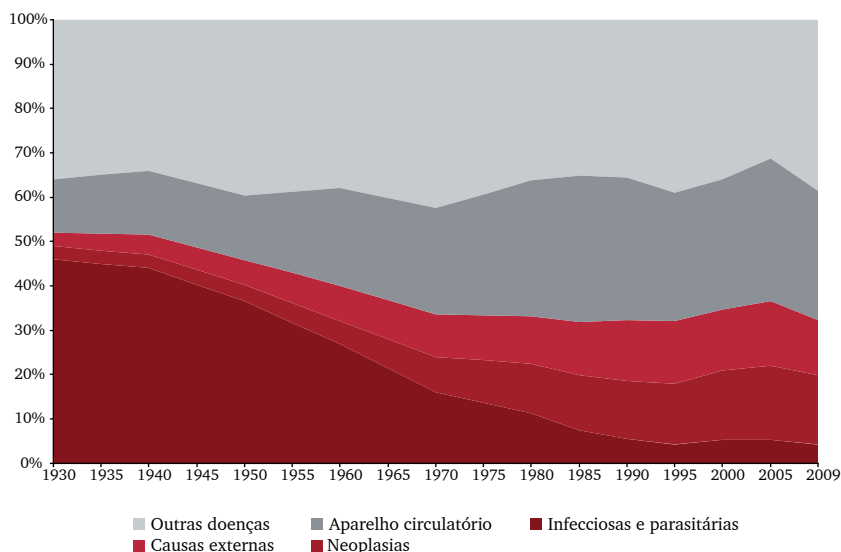
Por isso, em vez de falar transição epidemiológica nos países em desenvolvimento, é melhor dizer de acumulação epidemiológica ou modelo prolongado e polarizado (FRENK *et al.*, 1991) ou de dupla carga de doenças ou de duplo risco, caracterizada pela persistência de doenças infecciosas e desnutrição e pela escalada rápida das doenças crônicas.

Essa situação epidemiológica singular dos países em desenvolvimento – que se manifesta claramente no Brasil – define-se por alguns atributos fundamentais: a superposição de etapas, com a persistência concomitante das doenças infecciosas e carenciais e das doenças crônicas; as contratransições, movimentos de ressur-

gimento de doenças que se acreditavam superadas, e as doenças reemergentes, como a dengue e febre amarela; a transição prolongada e a falta de resolução da transição em sentido definitivo; a polarização epidemiológica, representada pela agudização das desigualdades sociais em matéria de saúde; e o surgimento das novas doenças ou enfermidades emergentes (MENDES, 1999).

No Brasil, a transição epidemiológica faz-se de forma singular e muito acelerada. A mortalidade proporcional, como se vê na Figura 1, indica que, em 1930, nas capitais do País, as doenças infecciosas respondiam por 46% das mortes e decresceu para um valor abaixo de 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. A Figura 1 demonstra que, rapidamente, a participação relativa das condições de saúde modificou-se, indo de um predomínio claro das doenças infecciosas e parasitárias na metade do século passado para o predomínio hegemônico e crescente das doenças crônicas a partir da segunda metade do século passado (SVS/MS, 2003).

Figura 1 Evolução da mortalidade proporcional, segundo causas, Brasil, municípios de capitais, 1930/2009



Fonte: SVS/MS, 2011 (adaptado de SILVA JUNIOR, J. B. In: ROUQUAYROL e ALMEIDA, 2003).

Obs.: Até 1970, os dados referem-se somente às capitais.

Na Figura 2, podemos observar a distribuição dos óbitos ocorridos em 2012, segundo capítulos da CID 10, em que se observa importante predomínio de mortes causadas por condições crônicas.

Praticamente a totalidade das mortes por doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças endócrinas e nutricionais e metabólicas (50% do total de óbitos) é ou está relacionada a condições crônicas.

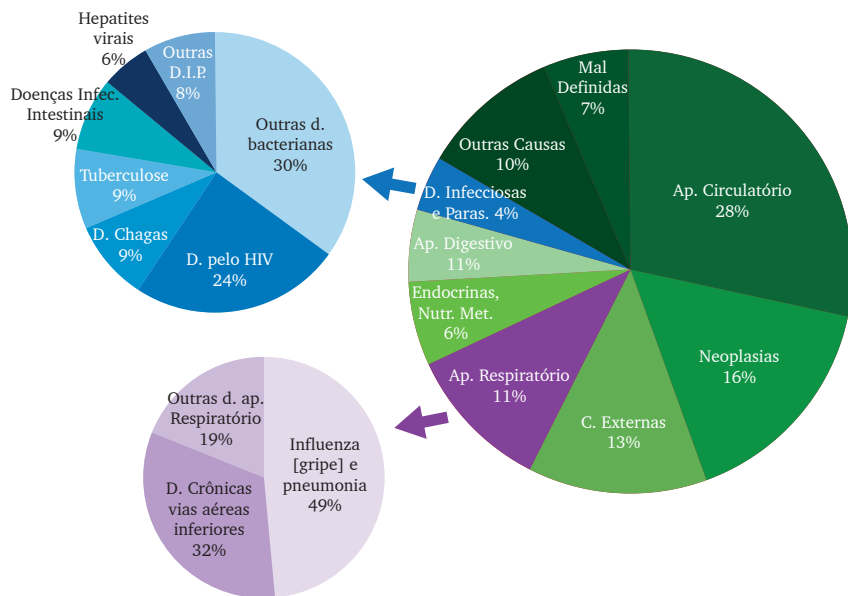
Entre as doenças infecciosas e parasitárias, ao somarmos as mortes causadas por HIV, Doença de Chagas, Tuberculose e Hepatites Virais, verifica-se que as condições crônicas correspondem a 48% do total – sem contar algumas outras causas incluídas na categoria “outras doenças infecciosas e parasitárias” (CONASS, 2014a).

Entre as doenças respiratórias, observa-se que 32% das mortes foram ocasionadas por doenças crônicas das vias aéreas inferiores (como a DPOC), cabendo considerar ainda que naqueles cuja causa básica foi pneumonia ou gripe há influência de outras doenças crônicas preexistentes. Também entre os óbitos por doenças do aparelho digestivo, 43% foram hepatopatias crônicas e quase 15% por doenças crônicas da vesícula, vias biliares e pâncreas (CONASS, 2014b).

Parcela significativa dos óbitos causados por doenças classificadas em outros capítulos (incluídos na figura entre as “outras causas”, como as perinatais, as doenças do sistema nervoso, do aparelho genito-urinário e transtornos mentais) também pode ser considerada como sendo, ou estar relacionada a, condição crônica (CONASS, 2014c).

Mesmo as mortes por causas externas estão em sua maioria relacionadas ao fenômeno da violência, que não deixa de ser uma condição crônica.

Figura 2 Distribuição dos óbitos, segundo capítulos da CID 10. Brasil, 2012 (nos detalhes, os óbitos por doenças infecciosas e parasitárias e do aparelho digestivo, segundo categoria).



Fonte: Núcleo de Epidemiologia do CONASS a partir de dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) do MS. Dados disponíveis em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: out. 2014.

Outra forma de analisar a situação epidemiológica é pela carga de doenças. A análise da carga de doenças no Brasil (SCHRAMM *et al.*, 2004), medida pelos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade, exposta na Tabela 1, indica duas situações: de um lado, a situação de tripla carga de doenças e, de outro, o predomínio relativo forte das doenças crônicas.

Tabela 1 Carga de doenças em anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (AVAI), Brasil, 1998

GRUPOS DE DOENÇAS	TAXA POR MIL HABITANTES	%
Infeciosas, 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).

Essa complexa situação epidemiológica foi definida como tripla carga de doenças porque envolve ao mesmo tempo: uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como tabagismo, sobrepeso, inatividade física, uso excessivo de álcool e outras drogas e alimentação inadequada; e o forte crescimento da violência e das causas externas (FRENK, 2006).

Por outro lado, os dados da Tabela 1 mostram que 66,3% da carga de doença são por doenças crônicas. Enquanto isso, as condições agudas, expressas nas doenças infecciosas, parasitárias e desnutrição e nas causas externas, representam 25% da carga de doença. Contudo, deve-se observar que as causas maternas e perinatais e parte significativa das doenças infecciosas, aquelas de longo curso, devem ser consideradas como condições crônicas e, com isso, a participação das condições crônicas na carga de doença, provavelmente, chegará a aproximadamente 80%.

Esse predomínio relativo das condições crônicas tende a aumentar em razão da produção social de condições crônicas a partir de prevalência significativa e em geral crescente dos determinantes sociais da saúde proximais ligados aos comportamentos e aos estilos de vida, como tabagismo, inatividade física, excesso de peso, uso excessivo de álcool e outras drogas e outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Dito isso, é preciso avaliar o sistema de saúde que temos para enfrentar as condições crônicas.

A análise de sistemas comparados, em perspectiva internacional, permite verificar que as respostas sociais às situações de saúde pelos sistemas de saúde podem se apresentar em um contínuo que vai desde a fragmentação até a integração. Por isso, pode-se mencionar **duas formas polares de organização dos sistemas de saúde: os sistemas fragmentados de saúde e os sistemas integrados de saúde ou as Redes de Atenção à Saúde.**

A partir das experiências internacionais e nacionais, pode-se afirmar que o problema principal do SUS reside na incoerência entre a situação de condição de saúde brasileira de tripla carga de doença, com o forte predomínio relativo das condições crônicas, e o sistema de atenção à saúde adotado, que é fragmentado, episódico, reativo e voltado prioritariamente para as condições e os eventos agudos.

O fracasso das respostas sociais às condições crônicas por um sistema fragmentado é, portanto, universal e deve ser enfrentado por mudanças profundas.

Há de se reconhecer que os sistemas de atenção à saúde são muito resistentes às mudanças, mas a situação é muita séria e clama por transformações urgentes (SINGH, 2008). O preço de não mudar será muito alto, seja econômica ou sanitariamente.

Conscientes dessa situação, os gestores do SUS decidiram implantar no País as Redes de Atenção à Saúde (RAS) – Portaria GM/MS n. 4.279/2010, na forma de redes temáticas, priorizando algumas linhas de cuidado, uma vez que a concepção de Redes de Atenção à Saúde acolhe e redefine os novos modelos de atenção à saúde que estão sendo experimentados e que têm se mostrado efetivos e eficientes no controle das condições crônicas.

De acordo com essa Portaria, as RAS são 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 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Para que a RAS cumpra seu papel, é imprescindível que a Atenção Primária à Saúde (APS) esteja organizada, coordenando o cuidado, responsável pelo fluxo do usuário na Rede de Atenção à Saúde.

Nesse sentido, objetivando fortalecer as Secretarias Estaduais de Saúde para o apoio técnico aos municípios, o CONASS propôs e desenvolveu um conjunto de oficinas para o fortalecimento da APS, organizando-a de forma territorializada, com a população cadastrada, capacitando todos os profissionais que atuam na APS, contribuindo para a qualificação e a resolutividade desse nível de atenção, para dessa forma garantir o papel de coordenação da RAS.

2

O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) NA
OPERACIONALIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

2. O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) NA OPERACIONALIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

2.1 A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE¹

2.1.1 Um pressuposto básico: as Redes de Atenção à Saúde²

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde das populações que se expressam, fundamentalmente, nas suas situações de saúde. Por consequência, deve haver uma sintonia muito fina entre essas necessidades de saúde e a forma como o sistema de atenção à saúde se organiza para respondê-las socialmente.

A crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde reflete o desencontro entre uma situação epidemiológica dominada por condições crônicas e um sistema de atenção à saúde voltado para responder às condições agudas e às agudizações de condições crônicas, de forma fragmentada, episódica e reativa. Isso não deu certo nos países desenvolvidos, isso não está dando certo no SUS.

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde, fortemente presentes aqui e alhures, são aqueles que se (des)organizam por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e incomunicados uns dos outros, e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população.

Em geral, não há uma população adscrita de responsabilização. Neles, a APS não se comunica fluidamente com a atenção secun-

1 Eugênio Vilaça Mendes é consultor do CONASS. Possui vários trabalhos publicados no Brasil e no exterior, tendo lançado recentemente pela Organização Pan-Americana da Saúde e pelo CONASS os livros: “As Redes de Atenção à Saúde” e “O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia de Saúde da Família”.

2 Toda a construção teórico-conceitual da APS neste documento está fundamentada na proposta de RAS.

dária à saúde e esses dois níveis também não se articulam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio, nem com os sistemas logísticos. Além disso, a atenção é fundamentalmente reativa e episódica e focada na doença.

Os resultados desses sistemas fragmentados na atenção às condições crônicas são dramáticos. Não obstante, são muito valorizados por políticos, gestores, profissionais de saúde e, especialmente, pela população. Há evidências de que esses sistemas fragmentados devem ser substituídos por sistemas integrados de atenção à saúde, as RAS.

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

As RAS apresentam três elementos constitutivos: a população, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde.

O primeiro elemento das RAS, e sua razão de ser, é uma população, colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica. É isso que marca a atenção à saúde com base na população, uma característica essencial das RAS.

A população de responsabilidade das RAS não é a população dos censos demográficos, mas a população cadastrada e vinculada a uma unidade de APS. Essa população vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos sociais e sanitários.

O conhecimento profundo da população usuária de um sistema de atenção à saúde é o elemento básico que torna possível romper

com a gestão baseada na oferta, característica dos sistemas fragmentados, e instituir a gestão com base nas necessidades de saúde da população ou gestão de base populacional, elemento essencial das RAS.

A gestão de base populacional é a habilidade de um sistema em estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, segundo os riscos, de implementar e monitorar as intervenções sanitárias relativas a essa população e de prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas necessidades e preferências (TUFTS MANAGED CARE INSTITUTE, 2000). Uma das bases teórico-conceituais deste documento assenta-se na gestão de base populacional, o que implica que toda a programação da APS faz-se com parâmetros de necessidades e não com parâmetros de oferta construídos a partir de séries históricas.

O segundo elemento constitutivo das RAS é a estrutura operacional, constituída pelos “nós” das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós.

A estrutura operacional das RAS compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de teleassistência e sistemas de informação em saúde); os sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança da RAS.

O terceiro elemento constitutivo das RAS são os modelos de atenção à saúde. Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definidos em razão da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em de-

terminada sociedade. Os modelos de atenção à saúde são de dois tipos: os modelos de atenção aos eventos agudos e os modelos de atenção às condições crônicas.

Este livro explora a construção social da APS com foco nas relações de vínculo entre ela e sua população adscrita, sob a ótica da gestão de base populacional.

2.1.2 O conceito de APS

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 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 autodeterminação”. Dessa definição emergiram, naquele momento, elementos essenciais da APS: a educação em saúde; o saneamento básico; o programa materno-infantil, incluindo imunização e 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, aponta para a saúde como expressão de direito humano. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF, 1979, p. 14)

Em 1979, a Assembleia Mundial da Saúde, da Organização Mundial da Saúde, instou todos os países-membros a definir e por em prática estratégias nacionais, regionais e globais, tendentes a alcançar a meta de “Saúde para Todos no ano 2000”. Entretanto, quando a Organização Mundial da Saúde propôs sua agenda para operacionalização das metas acordadas em Alma-Ata, os países industrializados já as haviam alcançado em grande parte, enquanto a maioria dos países em desenvolvimento ainda estava longe de atingi-las. Isso gerou problemas de conceituação e, por consequência, de implementação pelas diferentes interpretações

que foram decodificadas do conceito global em que há consenso (VUORI, 1984).

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 tecnológica (UNGER e KILLINGSWORTH, 1986).

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 a satisfazer às demandas da população, restritas, porém, às ações de atenção de primeiro nível.

A interpretação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde compreende-a como uma forma singular de apropriar, recombinar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, às demandas e às representações da população, o que implica a articulação da APS como parte e como coordenadora de uma RAS. Por isso, há quem sugira que a APS deve “ocupar o banco do motorista” para dirigir o sistema de atenção à saúde (SALTMAN *et al.*, 2006).

Na primeira interpretação, está-se diante da APS como um programa focalizado em pessoas e regiões pobres; na segunda, como o primeiro nível de atenção do sistema de atenção à saúde; e na terceira, como uma estratégia de organização de todo o sistema de atenção à saúde e como um direito humano fundamental.

A interpretação que se utiliza neste livro é a APS como Estratégia de Saúde da Família (ESF).

2.1.3 Os atributos e os papéis da APS

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

O primeiro contato implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura atenção à saúde.

A longitudinalidade constitui a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde 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.

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.

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.

A focalização na família impõe considerar a família como o sujeito da atenção, o que exige interação da equipe de saúde com essa unidade social e o conhecimento 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 das necessidades de saúde das famílias em uma perspectiva populacional e a sua integração em programas intersetoriais de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde 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).

Da mesma forma, uma APS como estratégia só existirá se ela cumprir seus três papéis essenciais: a resolutividade, a coordenação e a responsabilização.

O papel da resolutividade, inerente ao nível de cuidados primários, significa que eles devem ser resolutivos, capacitados, portanto, cognitiva e tecnologicamente, para atender a 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 contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes.

A função de responsabilização implica o conhecimento e o relacionamento íntimo, nos 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).

2.1.4 Que modelo de APS?

No Brasil, não obstante o discurso oficial da APS como estratégia de organização do SUS, vige diferentes modelos de estruturação da APS.

Mesmo sob o nome genérico de Estratégia de 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 a uma população com ên-

fase 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, gineco-obstetra e pediatra. Há o modelo de medicina de família e comunidade estrito senso, calcado nos modelos europeus e canadense, nos quais a centralidade do cuidado faz-se por meio de consultas médicas propiciadas por especialistas em medicina de família e comunidade. E existe, ainda, o modelo de Estratégia de Saúde da Família, ainda não hegemônico, 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 propala, os trabalhos revisados demonstram, inequivocamente, a superioridade da ESF em relação aos modelos tradicionais, especialmente no cumprimento dos atributos da APS. Interessante notar que não se encontrou nenhum trabalho avaliativo que indicasse a superioridade dos modelos tradicionais sobre o PSF (MENDES, 2012).

Vários trabalhos de pesquisa realizados no Brasil, utilizando a metodologia do *PCATool* (Instrumento de avaliação da atenção primária) que mede a coerência entre os atributos da APS e sua prática operacional, permitiram verificar que, em todos eles e em diferentes regiões de nosso País, o modelo da ESF ainda que muitas vezes contaminado por outros modelos foi sempre superior aos modelos alternativos, especialmente o modelo tradicional e *Semachko*. Foi assim, no município de Porto Alegre (HARZHEIM, 2004); em Petrópolis (MACINKO *et al.*, 2004); em São Paulo (ELIAS *et al.*, 2006); em 41 municípios das regiões Nordeste e Sul (FACCHINI *et*

al., 2006); em 62 municípios do estado de São Paulo (IBAÑEZ *et al.*, 2008); em nove municípios dos estados de Goiás e Mato Grosso (VAN STRALEN *et al.*, 2008); e em Curitiba (CHOMATAS, 2011). Portanto, há evidências amplas e robustas da superioridade da ESF sobre outros modelos alternativos de APS em nosso País.

Por essa razão, o modelo de APS que se propõe construir socialmente neste livro é o da ESF.

2.1.5 O modelo teórico-conceitual da construção social da APS

O primeiro passo na construção social da APS é estabelecer a estrutura da demanda por cuidados primários. Sabe-se que a demanda na APS é complexa, por suas dimensões quantitativa e qualitativa e por sua diversidade, mas, em geral, não há uma visão mais profunda e sistematizada sobre os problemas que chegam às unidades de cuidados primários.

As pessoas buscam a atenção na APS por diversos motivos: uma solicitação burocrática, um anseio, um desconforto psicológico, o medo de uma doença, uma informação técnica, a necessidade de discutir situações ligadas a questões não biomédicas, além de sinais, sintomas de doenças estabelecidas (LANDSBERG *et al.*, 2012).

A demanda na APS é quantitativamente muito alta – em determinada população estima-se que 21,7%, em um mês, demandará uma unidade de cuidados primários (GREEN *et al.*, 2001) – e envolve amplo espectro de problemas, motivos de consultas ou condições de saúde. Pesquisa realizada na APS de Florianópolis mostrou que foram estabelecidos, em média, 1.625 motivos de consultas e 1.475 problemas, distribuídos em 17 capítulos (GUSO, 2009). Contudo, essa ampla demanda está concentrada em poucos problemas. Nessa mesma pesquisa realizada em Florianópolis foi evidenciado que 28 problemas respondem por 50,4% da demanda total na APS (GUSO, 2009).

Por isso, é necessário empreender uma discussão mais sólida sobre as diferentes formas de expressão da demanda na APS para

que se possam estruturar respostas sociais diferenciadas a elas. Aqui, vão se analisar algumas características singulares dessa demanda com base em pesquisas nacionais e internacionais (MENDES, 2014).

Os tipos de atendimentos na APS distribuem-se em uma relação próxima entre a demanda não programada e a demanda programada: pesquisa feita em Florianópolis mostrou que, aproximadamente, 40% das consultas na APS são por demandas não programadas ou demandas espontâneas e 60% são por atendimentos programados (GUSSO, 2009).

Os atendimentos na APS concentram-se nas condições crônicas: quando se analisa o tipo de atendimento por condição de saúde, verifica-se que do total de 28 problemas de saúde mais frequentes, 21 (82%) são condições crônicas e sete são condições agudas (18%). Isso mostra que a demanda na APS é fortemente concentrada em condições crônicas.

A demanda na APS envolve uma quantidade significativa de problemas gerais e inespecíficos: a demanda na APS traz um conjunto grande de problemas gerais e inespecíficos que indicam que os problemas de saúde na APS apresentam-se de forma ainda indiferenciada e que muitos sintomas não chegam a ser atribuídos a um diagnóstico específico. Pesquisa feita em Betim constatou que 29,8% dos motivos de consultas são relativos a problemas gerais ou inespecíficos (LANDSBERG *et al.*, 2012).

A demanda na APS é concentrada em enfermidades: há uma diferença entre doença e enfermidade. Doença é uma condição do organismo e de parte dele que promove distúrbios em suas funções. Enfermidade é uma condição de sentir-se mal ou de sofrer difusamente, referindo-se, portanto, às percepções subjetivas das pessoas diante de uma situação de sentir-se doente. Essas condições são muito prevalentes no cotidiano da clínica. Estima-se que metade das pessoas atendidas nas unidades de cuidados primários apresenta enfermidades, mas não doenças (GAWANDE, 2002).

A demanda na APS é concentrada em um grupo de pessoas hiperutilizadoras: uma pesquisa sobre pessoas hiperutilizadoras da APS, feita em duas unidades do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, mostrou os seguintes resultados: 44% das pessoas eram hiperutilizadoras (mais de seis consultas por ano); 44% delas obtiveram 78,7% do total de consultas, enquanto 56% de não hiperutilizadores obtiveram 21,3% do total de consultas (FERNANDES *et al.*, 2009).

A demanda administrativa é muito significativa na APS: a demanda administrativa é aquela que tem caráter não clínico, como atestados médicos, renovação de receitas e análise de resultados de exames. Pesquisa feita em Betim, Minas Gerais, evidenciou que 20% do total de consultas na APS ocorreram em razão de demandas administrativas (LANDSBERG *et al.*, 2012).

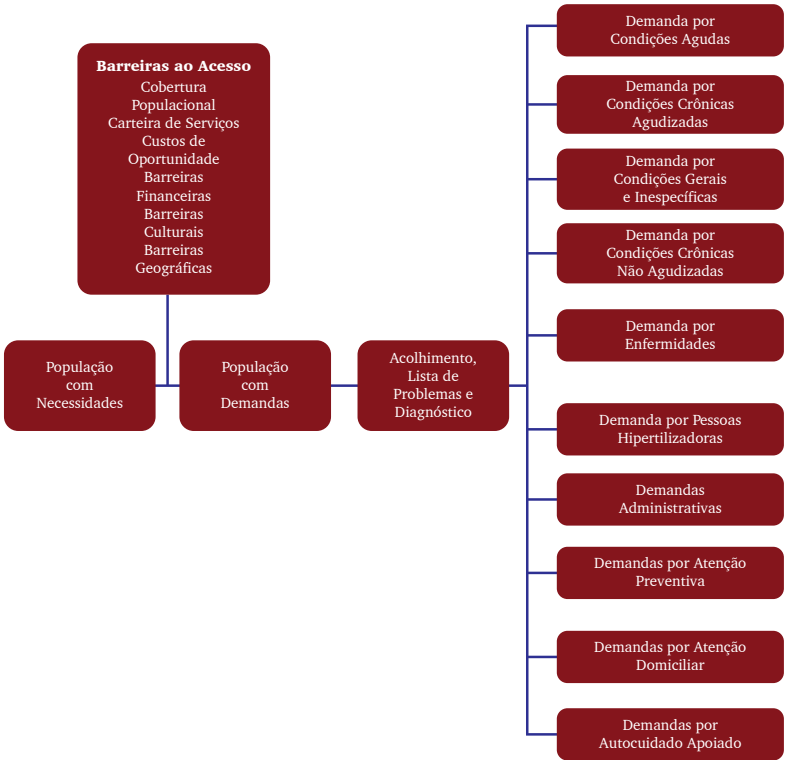
A demanda por cuidados preventivos é muito significativa na APS: os cuidados preventivos da APS envolvem um amplo leque de tecnologias como rastreamento de doenças, vacinação, prevenção de fatores de riscos proximais, prevenção de fatores de risco biopsicológicos individuais, estratégias comportamentais e de motivação aplicadas em intervenções de modificação de estilos e hábitos de vida, orientação nutricional, orientação à atividade física, controle do tabaco, do álcool e de outras drogas e outras. Pesquisa feita em Florianópolis indicou que prevenção e manutenção da saúde respondeu por 5,7% do total de atendimentos na APS (GUSSO, 2009).

A demanda por atenção domiciliar é muito significativa na APS: na APS, há um componente significativo de cuidados domiciliares. Há estudos que demonstram que a demanda relacionada a cuidados preventivos domina as preocupações das pessoas usuárias na APS. Um estudo feito na Holanda, analisando mais de 500 mil consultas com médicos de família, verificou que o primeiro motivo para se procurar o sistema de atenção à saúde foi avaliação médica e o primeiro diagnóstico registrado pelos médicos foi de prevenção. Outro estudo, realizado na Austrália, chegou a resultados semelhantes (MENDES, 2012).

A demanda por autocuidado apoiado é muito significativa na APS: o manejo correto das condições crônicas na APS tem, como um de seus pilares, o autocuidado apoiado que objetiva preparar e empoderar as pessoas usuárias para que autogerenciem sua saúde e os cuidados prestados. Não se encontraram dados que quantifiquem a carga de autocuidado apoiado na APS, o que pode ser explicado pela utilização mais recente dessas tecnologias.

Os diferentes tipos de demanda identificados na APS podem ser agrupados em nove grupos, conforme as singularidades que suscitam na estruturação das respostas sociais a elas pela APS. É o que se mostra na Figura 3.

Figura 3 As demandas na APS na estruturação das respostas sociais



Fonte: Mendes, 2014.

As necessidades de saúde da população vinculada à APS, superadas as barreiras de acesso (baixa cobertura populacional, carteira de serviços restrita, custos de oportunidade altos, barreiras financeiras, barreiras culturais, barreiras geográficas e barreiras organizacionais), transformam-se em demandas efetivas que levam, na APS, ao acolhimento e à elaboração de listas de problemas e/ou de diagnósticos.

Essa lista de problemas ou diagnóstico estrutura diferentes perfis de demandas que podem ser agrupados em: demanda por condições agudas; demanda por condições crônicas agudizadas; demanda por condições gerais e inespecíficas; demanda por condições crônicas não agudizadas; demanda por enfermidades; demanda por pessoas hiperutilizadoras; demandas administrativas; demanda por atenção preventiva; demanda por atenção domiciliar; e demanda por auto-cuidado apoiado.

Como se nota, a estrutura da demanda na APS é ampla e diversificada. Contudo, na prática social, opera-se com uma estrutura de demanda limitada que desconhece essa diversidade. Em geral, trabalha-se com uma estrutura restrita de demanda: demanda espontânea que cobre as condições agudas e as agudizações das condições crônicas; demanda programada que se limita às condições crônicas não agudizadas; demandas administrativas; demandas por atenção preventiva; e demandas por visitas domiciliares.

2.1.6 O ajuste entre a estrutura da demanda e da oferta na APS

A construção social da APS implica uma coerência entre a estrutura da demanda e da oferta. Assim, parte-se do estabelecimento da estrutura da demanda e busca-se adequar as respostas sociais a cada tipo de demanda específica por meio de uma estrutura de oferta singular. Ou seja, há de se harmonizar a estrutura de demanda com a estrutura de oferta.

Como a estrutura de demanda prevalente é limitada, isso se reflete na estrutura de oferta que, por consequência, é, também,

muito restrita. O que se observa na prática da APS no SUS é uma estrutura de oferta que não é capaz de responder socialmente às complexas demandas de cuidados primários mostradas na Figura 3. Ou seja, a estrutura de oferta que se tem não dá conta de responder a todas as demandas da APS.

Em geral, fruto da redução do perfil da demanda, há uma estrutura de oferta que se compõe de consultas médicas, consultas de enfermagem, trabalhos em grupo (frequentemente palestras), vacinação, rastreamento de câncer de colo de útero, visitas domiciliares, dispensação de medicamentos, solicitação, coleta e/ou realização de exames complementares e fornecimento de atestados médicos. Essa estrutura de oferta só é capaz de responder integralmente às demandas por condições agudas e condições crônicas agudizadas e de responder parcialmente às demandas por atenção preventiva, por demandas administrativas e por atenção domiciliar, mas não tem capacidade de responder às demandas por condições crônicas não agudizadas, por problemas gerais e inespecíficos, por enfermidades, por atenção a pessoas hiperutilizadoras e por autocuidado apoiado. É o que se vê no Quadro 1.

Quadro 1 O desequilíbrio entre as estruturas da oferta e da demanda na APS

ESTRUTURA DA DEMANDA	ESTRUTURA DA OFERTA
Por condições agudas	Consultas médicas
Por condições crônicas agudizadas	Consultas de enfermagem
Por condições gerais e inespecíficas	Trabalhos em grupo
Por condições crônicas não agudizadas	Vacinação
Por enfermidades	Rastreamento de câncer de colo de útero
Por pessoas hiperutilizadoras	Visitas domiciliares
Demandas administrativas	Dispensação de medicamentos
Por atenção preventiva	Solicitação, coleta ou realização de exames
Por atenção domiciliar	Fornecimento de atestados médicos
Por autocuidado apoiado	

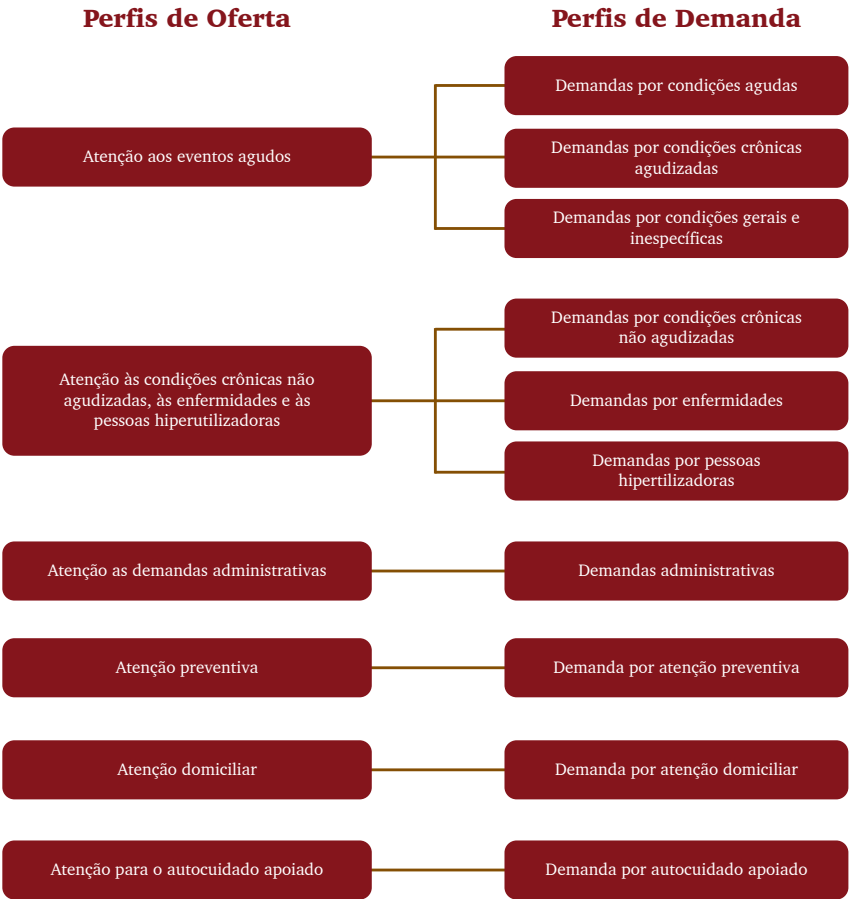
Fonte: Mendes, 2014.

Manifesta-se, em consequência, um descompasso entre uma estrutura de demanda ampla e uma estrutura de oferta restrita, gerando uma crise na APS.

Para solucionar essa crise há de se atuar em dois pontos: agrupar as demandas que exigem perfis de oferta semelhantes e ampliar o perfil de oferta em razão dos grupos de demandas. Isso significa promover um adensamento tecnológico da APS com mudanças na estrutura e em processos básicos de organização dos cuidados primários e redesenhando e/ou introduzindo novos processos que possam responder, integralmente, aos diferentes perfis de demanda.

O agrupamento das demandas faz-se em razão da similaridade das respostas sociais que convocam por parte da APS. Assim, as diferentes demandas na APS podem ser agrupadas em seis perfis de oferta, conforme se observa na Figura 4: atenção aos eventos agudos que agrupa a demanda por condições agudas, por condições crônicas agudizadas e por condições gerais e inespecíficas; atenção às condições crônicas não agudizadas, às enfermidades e às pessoas hiperutilizadoras que agrupa a demanda por condições crônicas não agudizadas (estabilizadas ou não), a demanda por enfermidades e a demanda por pessoas hiperutilizadoras; a atenção às demandas administrativas; a atenção preventiva; a atenção domiciliar; e a atenção à demanda por autocuidado apoiado.

Figura 4 Os perfis de demanda e oferta na APS em razão das respostas sociais



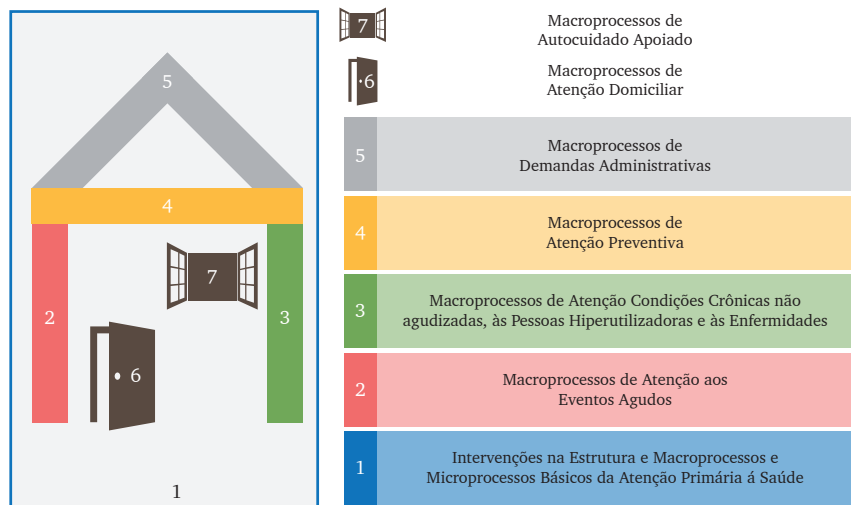
Fonte: Mendes, 2014.

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 seis perfis de oferta.

Para exemplificar o que a construção social da APS propõe utilizaremos a metáfora da construção de uma casa, conforme se vê

na Figura 5. Primeiro, há de se construir um alicerce que garantirá a solidez da APS. Isso significará implantar mudanças estruturais e de macro e microprocessos da APS. A partir desse alicerce vão se edificando as paredes, o teto, o telhado, a porta e a janela, que abordaremos ao longo do texto.

Figura 5 A construção social da APS para implementar soluções estruturais



Fonte: Mendes, 2014.

2.1.7 Bases conceituais para a construção social da APS

Para a construção social da APS são utilizados o modelo de Donabedian e a gestão por processos.

O MODELO DE DONABEDIAN

Donabedian (2003) desenvolveu um modelo para dar sustentação à avaliação da qualidade em saúde calcado na tríade estrutura, processos e resultados. Esse modelo, mostrado na Figura 6, é muito próximo ao modelo da teoria geral de sistemas de *input-processo-output*.

Donabedian desenvolveu suas reflexões a partir do cuidado médico ou de saúde prestado individualmente e dentro das perspectivas da garantia de qualidade, isto é, a partir do monitoramento do desempenho clínico visando melhorar a qualidade.

Figura 6: Modelo de Donabedian



Fonte: Donabedian (2003).

A estrutura é constituída por recursos físicos, humanos, materiais e financeiros, considerados em suas dimensões qualitativa e quantitativa. São os atributos materiais e organizacionais, relativamente estáveis, bem como os recursos humanos e financeiros disponíveis nas unidades prestadoras de serviços.

O processo resulta da combinação dos recursos estruturais para desenvolver ações de atenção à saúde que envolvem a relação entre profissionais de saúde e pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde. Referem-se ao que os profissionais de saúde são capazes de fazer pelas pessoas usuárias e as atitudes, as habilidades e a capacidade técnica com que desempenham.

Os processos desenvolvidos por profissionais de saúde e ofertados às pessoas usuárias poderão produzir resultados sanitários avaliados quantitativa e qualitativamente e resultados econômicos. Em geral, referem-se à medição de níveis de saúde e à satisfação com os cuidados recebidos pelas pessoas usuárias, bem como aos resultados de avaliações econômicas.

A gestão por processos

Há muito se percebeu que o modelo de gestão fundamentado na divisão funcional da organização do trabalho centrado na especialização esgotou-se. Esse modelo foi substituído pela gestão por processos como forma de dar respostas às necessidades das orga-

nizações para que possam promover a melhoria no planejamento e na execução de processos cotidianos, levando-as a aprender continuamente a gerir seus processos. A gestão por processos é uma mudança paradigmática e deve ser incorporada pela cultura da organização (LIMA *et al.*, 2013).

O pressuposto dessa nova forma de gestão é que se eliminam barreiras dentro da empresa, possibilitando a visualização da organização como um todo e uma maior inter-relação entre os diferentes agentes da cadeia de valor.

Há diferentes definições de processos. Hall (1982) define processo como uma série de atividades e tarefas lógicas inter-relacionadas, organizadas com a finalidade de produzir resultados específicos para a realização de uma meta, caracterizando-se por entradas mensuráveis, valor agregado e saídas mensuráveis.

Hammer e Champy (1994) definem processo como um grupo de atividades realizadas em uma sequência lógica, com o objetivo de produzir bem ou serviço que tem valor para um grupo específico de clientes. Para outros, são quaisquer atividades que tomam *inputs*, adicionam valor a eles e fornecem um *output* a um cliente específico. Em síntese, é um conjunto de atividades preestabelecidas que, executadas em sequência determinada, vai conduzir a um resultado esperado que assegure o atendimento das necessidades e das expectativas das partes interessadas.

A modernização gerencial contemporânea propõe a organização do trabalho por meio de processos, permitindo a definição do fluxo de trabalho e a integração horizontal de todas as etapas. Nesse sentido, a organização por processos representa uma quebra de paradigma na gestão das organizações que rompe com a organização verticalizada e coloca em seu lugar a organização horizontalizada.

A orientação por processos permite planejar e executar melhor as atividades por: definição de responsabilidades, utilização mais adequada dos recursos, eliminação de etapas redundantes e refina-

mento das interfaces entre os processos executados. Essa abordagem possibilita planejar e executar melhor as atividades por meio de definição de responsabilidade, utilização mais apropriada dos recursos com diminuição dos custos e dos desperdícios, reduzindo os custos da não qualidade e eliminando etapas redundantes e evitando o retrabalho.

Reconhecer e mapear detalhadamente os processos organizacionais e aperfeiçoá-los para que não se corra o risco de automatizar erros e/ou as atividades não agregadoras de valor é, hoje, um grande diferencial na gestão das organizações, inclusive as da área da saúde (LIMA *et al.*, 2010a).

Na estrutura por processos, os recursos humanos, técnicos, financeiros, de informação e materiais e os fluxos de trabalho são organizados em razão dos processos da organização. A introdução dessa metodologia implica a definição de macroprocessos organizacionais, alinhados ao negócio e direcionados pela estratégia. Em seguida, são definidos os processos finalísticos, os de apoio e os estratégicos, com seus respectivos responsáveis, permitindo a revisão dos fluxos de trabalho, visando à redução das atividades que não agregam valor e garantindo a organização, a divisão e a realização do trabalho, em alinhamento com os propósitos da organização.

O conhecimento dos processos é de fundamental importância porque proporciona: melhor utilização dos recursos; melhoria na comunicação; redução dos custos administrativos; processos claramente definidos com base em atividades e em padrões de qualidade estabelecidos; facilidade na implementação de mudanças; e visão ampla e horizontal do negócio (LIMA *et al.*, 2010b).

Os processos organizacionais podem ser divididos em processos estratégicos, finalísticos e de apoio.

Os processos estratégicos são aqueles que definem o negócio da organização e direcionam os processos finalísticos e, por essa razão, estão ligados diretamente à missão da organização.

Os finalísticos são aqueles que geram os produtos ou os serviços finais da organização, são entregues e atendem às necessidades e às expectativas das partes interessadas, gerando valor para a sociedade e, por isso, estão ligados diretamente à visão da organização.

Os de apoio, por sua vez, são aqueles que dão suporte direto aos processos finalísticos, fornecendo ou criando as condições necessárias para que a organização possa gerar seus produtos e serviços que vão atender às necessidades dos clientes ou da sociedade (LIMA *et al.*, 2010c).

A gestão por processos implica três etapas: o mapeamento e o redesenho dos processos e a implantação e monitoramento dos processos redesenhados.

O mapeamento objetiva registrar a situação atual para compreender os trabalhos e os resultados, a forma de organização das pessoas para executá-los e as principais oportunidades de melhoria relacionadas ao processo, principalmente aquelas que possibilitam ganhos de produtividade e tempo. Algumas tecnologias podem ser utilizadas nessa etapa como diagramas de escopo e interfaces e fluxos atuais dos processos, com fluxogramas de coluna.

O redesenho é feito com as pessoas que nele estão envolvidas, englobando: geração, seleção e priorização de ideias (*brainstorming*) para melhoria e inovação; elaboração de novos mapas dos processos redesenhados; identificação das tarefas críticas dos processos redesenhados e elaboração de Procedimentos Operacionais Padrões (POP); definição dos indicadores de desempenho dos processos redesenhados; treinamento dos gestores na realização das análises de desvios de metas, proposição de contramedidas e elaboração de POP.

A implantação dos processos redesenhados exige a elaboração dos planos de implantação dos novos processos, e uma forma de implantá-los é por meio de uma atividade de tutoria em que o tutor que tem o domínio do processo interage em situação educacional de aprender fazendo junto com as pessoas que executam no dia a dia.

O monitoramento é feito por gestores e/ou auditores externos que periodicamente fazem uma avaliação de tipo *checklist* dos processos implantados.

2.1.8 A estratégia de mudança na APS

O processo de mudanças na APS implica adensá-la tecnologicamente para capacitá-la a responder socialmente, de forma efetiva, aos diferentes perfis de demandas por cuidados primários. Nesse sentido, envolve um conjunto de ações que se dão em dois componentes do Modelo de Donabedian: a estrutura e os processos.

As mudanças na 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.

As mudanças nos processos envolvem a organização: dos macroprocessos de atenção aos eventos agudos e de atenção às condições crônicas não agudizadas, às pessoas hiperutilizadoras e às enfermidades; dos macroprocessos da atenção preventiva e das demandas administrativas; e dos macroprocessos da atenção domiciliar e do autocuidado apoiado.

A implantação dessas mudanças implica a utilização de uma estratégia educacional que se utiliza de oficinas tutoriais, cursos curtos e auditoria de produtos.

O trabalho de mudança inicia-se com a escolha de unidades-laboratório que são aquelas em que serão implantadas as mudanças estruturais e processuais com a participação de um tutor externo que desenvolve uma estratégia educacional de fazer junto. Alguns critérios devem ser obedecidos para a escolha das unidades-laboratório: ser uma unidade de ESF, com equipe completa; ter uma relação adequada de população por equipe (em torno de 3.500 pessoas por equipe); ter um gerente com capacidade de liderança; ter Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf); ter condições adequadas de infraestrutura; e ter um espaço próprio ou comunitário para atividades de grupo.

As figuras-chave desses processos de implantação são os tutores que desenvolvem um trabalho educacional nas unidades-laboratório utilizando a estratégia de fazer junto com as equipes da ESF. Os tutores devem conhecer a metodologia e ter domínio sobre os processos que vão implantar. O trabalho feito nas unidades-laboratório é difundido pelos tutores para outras unidades de APS.

Em alguns processos mais complexos, além das oficinas tutoriais, há de se complementar com cursos breves. Por exemplo, uma oficina tutorial não é suficiente para um processo como da estratificação de risco das condições crônicas, sendo, portanto, necessário ofertar um curso breve sobre o tema para preparar as equipes da ESF.

Os processos implantados são auditados, preferencialmente com auditorias externas, periodicamente, segundo a natureza singular de cada um deles.

2.1.9 Construindo a casa da APS

Voltando à metáfora da construção da casa da APS, vários momentos de mudança na APS serão implantados.

O alicerce da casa: as intervenções na estrutura, nos macroprocessos e nos microprocessos básicos da APS

Nesse momento, as condições estruturais vão ser consideradas, partindo-se de um diagnóstico estrutural da APS e elaborando-se um plano de intervenções.

No aspecto da infraestrutura, pode-se necessitar de reformas ou, até mesmo, da construção de uma nova unidade. Ainda nesse plano infraestrutural será necessário garantir consultórios para consultas individuais da equipe multiprofissional, espaço para atividades de grupo que suportam a novas tecnologias a serem incluídas, sala para primeiro atendimento aos eventos agudos e outros espaços fundamentais para a organização dos macroprocessos assistenciais.

Em relação a recursos humanos, os Laboratórios de Inovações em APS e em Atenção às Condições Crônicas, desenvolvidos pelo CONASS desde 2012 (Curitiba/PR, Santo Antônio do Monte/MG e Tauá/CE), tem demonstrado que para a qualidade e a resolutividade no atendimento às condições crônicas deverá ser garantida uma equipe multiprofissional. Além de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e equipe de saúde bucal, deve-se agregar novos profissionais como assistente social, farmacêutico clínico, fisioterapeuta, nutricionista, profissional de educação física e psicólogo. A atuação desses profissionais não será de mero apoio ou matriciamento, mas de efetiva inserção como membros da equipe multiprofissional. Esses novos profissionais podem estar dimensionados em uma relação de um para cada três equipes de ESF.

Todos os equipamentos e os materiais necessários para o desenvolvimento da carteira de serviços³ da APS devem ser garantidos.

Os recursos financeiros deverão garantir a possibilidade de contratos de gestão com as equipes envolvendo uma parte de pagamento por desempenho.

Os macroprocessos básicos da APS deverão ser implantados por meio de oficinas tutoriais. Os macroprocessos básicos são aqueles que vão dar suporte ao atendimento das diversas demandas da população. São eles: a territorialização, o cadastramento das famílias, a classificação de riscos familiares, o diagnóstico local, a estratificação de risco das condições crônicas, a programação e o monitoramento por estratos de riscos, a agenda e a contratualização.

O resultado da implantação dos macroprocessos deve ser monitorado, e alguns deles devem ser auditados temporariamente. Há, contudo, um marcador que indica se esses macroprocessos foram implantados eficazmente que é a agenda implantada com hora marcada para as pessoas usuárias.

3 Carteira de Serviços: abrangência dos serviços ofertados.

Os microprocessos básicos da APS são aqueles que garantem condições para a prestação de serviços de qualidade, especialmente no aspecto da segurança das pessoas usuárias. São eles: recepção, acolhimento e preparo; vacinação; curativo; farmácia; coleta de exames; procedimentos terapêuticos; higienização e esterilização; e gerenciamento de resíduos.

A implantação dos microprocessos básicos envolve o mapeamento desses microprocessos, o seu redesenho, a elaboração dos Procedimentos Operacionais Padrões (POP); a implantação dos POP; e a auditoria periódica, interna e externa, dos POP.

Os macroprocessos da atenção aos eventos agudos

Na metáfora da casa, esse momento corresponde à construção de uma parede da casa. Ele é feito por meio de oficinas tutoriais, cursos breves e auditorias.

Os eventos agudos são o somatório das condições agudas, das agudizações das condições crônicas e das condições gerais e inespecíficas que se manifestam de forma aguda. Apesar de se apresentarem em três formas de demandas diferentes, o padrão da resposta social é único e informado por um modelo de atenção aos eventos agudos. Esses modelos de atenção estabelecem-se por níveis: promoção da saúde, prevenção das condições de saúde e gestão das condições de saúde. Aqui é fundamental adotar-se uma classificação de risco para os eventos agudos com base em algoritmos decisórios construídos por sinais de alertas (MENDES, 2011). Tem se usado, crescentemente, no Brasil o Sistema de Classificação de Risco de Manchester adotado em vários países.

A organização dos macroprocessos da atenção aos eventos agudos implica 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.

Contudo, a organização dos macroprocessos da atenção aos eventos agudos significa, também, capacitar as equipes de APS para o atendimento às urgências menores (verdes e azuis) e o primeiro atendimento às urgências maiores (amarelo, laranja e vermelho).

Os macroprocessos da atenção às condições crônicas não agudizadas, às pessoas hiperutilizadoras e às enfermidades

Na metáfora da casa, esses macroprocessos correspondem à construção de outra parede.

Esses macroprocessos são colocados juntos porque, não obstante incorporarem três diferentes padrões de demanda, a resposta social pela APS é da mesma natureza.

A implantação desses macroprocessos exige um modelo de atenção às condições crônicas.

Na literatura internacional, os mais comumente utilizados são o Modelo de Atenção Crônica (WAGNER, 1998) e o Modelo da Pirâmide de Riscos (DEPARTMENT OF HEALTH, 2005). Com base nesses modelos e no Modelo da Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead, Mendes (2011) propôs o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) para ser utilizado no SUS que se estrutura em cinco níveis: a promoção da saúde, a prevenção das condições de saúde, a gestão das condições de saúde menos complexas, a gestão das condições de saúde mais complexas e a gestão de caso.

As condições crônicas não agudizadas (estabilizadas ou não), as pessoas hiperutilizadoras e as enfermidades exigem respostas sociais articuladas de forma inovadora e que se expressam em um conjunto variado de tecnologias de intervenção.

A organização desses macroprocessos exige implantar os seguintes processos: a elaboração e o monitoramento dos planos de cuidado; a gestão de riscos da atenção com foco na segurança das pessoas usuárias; a educação permanente dos profissionais de saúde; a educação em saúde; a gestão de caso; os grupos operativos;

a educação popular em saúde; o mapa de recursos comunitários; e os novos formatos da clínica: a atenção contínua, a atenção compartilhada a grupo, a atenção por pares, o matriciamento entre generalistas e especialistas e a atenção a distância.

Os macroprocessos da atenção preventiva

Na metáfora da casa, esses macroprocessos correspondem à construção do teto da casa.

O foco desses macroprocessos é na prevenção dos fatores de risco proximais e dos fatores de risco individuais biopsicológicos.

Os cuidados preventivos da APS envolvem um amplo leque de tecnologias, como rastreamento de doenças, vacinação, prevenção de fatores de riscos proximais, prevenção de fatores de risco individuais biopsicológicos, estratégias comportamentais e de motivação aplicadas em intervenções de modificação de estilos e hábitos de vida, orientação nutricional, orientação à atividade física e ao controle do tabaco, do álcool e de outras drogas e outros.

Os fatores de risco proximais são ligados a comportamentos e estilos de vida. Por essa razão, as ações em relação a esses fatores de risco envolvem mudanças de comportamento das pessoas que os apresentam.

A mudança comportamental para estilos de vida saudáveis é um grande desafio para a prevenção das condições de saúde e depende de esforços das pessoas e do apoio por parte dos profissionais de saúde. Para aumentar a efetividade dos processos de mudança, deve-se levar em consideração o contexto cultural, a motivação das pessoas para mudarem e o incremento da autonomia. Mudança de comportamento é uma decisão pessoal, mas que pode ser apoiada por uma equipe de saúde bem preparada na APS.

Os fatores de risco individuais biopsicológicos abarcam alguns fatores não modificáveis e outros modificáveis. Entre eles, mencionam-se: idade; sexo; fatores hereditários; fatores biológicos, como hipertensão arterial, dislipidemias, alterações glicêmicas pré-dia-

béticas, lesões pré-clínicas e respostas imunológicas; e fatores psicológicos como depressão.

Os cuidados preventivos na APS não se limitam à prevenção primária, secundária e terciária, segundo o modelo da história natural das doenças. Recentemente, foi incorporado à APS um novo conceito, o de prevenção quaternária.

A prevenção quaternária volta-se à proteção das pessoas usuárias em relação ao excesso de intervenções de rastreamento de doenças, à medicalização dos fatores de risco, à solicitação de exames em demasia, ao excesso de diagnósticos, às medicalizações desnecessárias de eventos vitais e adoecimento autolimitados, aos pedidos de exames e tratamentos solicitados pelas pessoas usuárias e à medicina defensiva (JAMOULLE e GUSSO, 2012).

A organização desses macroprocessos implica implantar os seguintes processos: as tecnologias de prevenção de fatores de risco proximais, como controle do tabagismo, reeducação alimentar, atividades físicas, controle do álcool e outras drogas, manejo de sobrepeso ou obesidade; rastreamentos suportados por evidências científicas; controle de fatores de risco individuais modificáveis; e prevenção quaternária.

Para que esses processos sejam efetivos, as equipes da APS devem dominar tecnologias de mudança de comportamentos como modelo transteórico de mudanças, entrevista motivacional, grupos operativos e técnicas de solução de problemas (MENDES, 2012).

Os macroprocessos das demandas administrativas

Na metáfora da casa, esses macroprocessos correspondem à construção do teto.

A demanda administrativa é aquela que tem caráter não clínico, como atestados médicos, renovação de receitas e análise de resultados de exames. Os atestados médicos são de vários tipos: atestado de doença, atestado de saúde, atestado de vacina, atesta-

do médico administrativo, atestado médico judicial e atestado de óbito (LIMA *et al.*, 2013).

Como as demandas administrativas consomem muito tempo e recursos da APS, é necessário que elas sejam organizadas para aumentar a eficiência.

A organização dos macroprocessos das demandas administrativas faz-se por meio do mapeamento dos processos de pedidos de atestado, de entregas e análises de exames complementares e de renovações de receitas, de redesenho desses processos, de elaboração dos POP relativos a eles, da implantação dos POP e de sua auditoria periódica, interna e externa.

Os macroprocessos da atenção domiciliar

Na metáfora da casa, esses macroprocessos correspondem à colocação das portas.

A atenção domiciliar é uma categoria ampla que se baseia na interação dos profissionais de saúde com a pessoa, sua família e com o cuidador, quando está presente, e se constitui em um conjunto de atividades realizadas no domicílio de forma programada e continuada, segundo a necessidade das pessoas e das famílias atendidas. Envolve ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras. A atenção domiciliar pode ser prestada por diferentes modalidades de cuidados, como a assistência domiciliar, a visita domiciliar, a internação domiciliar, o acompanhamento domiciliar e a vigilância domiciliar (LOPES e OLIVEIRA, 1998).

A assistência domiciliar liga-se a qualquer atendimento em domicílio realizado por profissionais que integram a equipe de saúde, não levando em conta a complexidade ou o objetivo do atendimento. A visita domiciliar prioriza o diagnóstico da realidade do indivíduo e as ações educativas, sendo geralmente programada e utilizada com o intuito de subsidiar intervenções.

A internação domiciliar envolve a utilização de aparato tecnológico em domicílio, de acordo com as necessidades de cada situação

específica. O acompanhamento domiciliar é o cuidado no domicílio para pessoas que necessitem de contatos frequentes e programáveis com a equipe, como pessoas portadoras de condições crônicas que geram dependência, idosos frágeis ou egressos de internações hospitalares. A vigilância domiciliar faz-se por ações de promoção, prevenção, educação e busca ativa em relação à população adscrita à APS (MAHMUD *et al.*, 2012).

A organização dos macroprocessos da atenção domiciliar é realizada em relação aos seus principais componentes envolvidos na APS: visita domiciliar, assistência domiciliar, internação domiciliar com uso de tecnologias de suporte, acompanhamento domiciliar e vigilância domiciliar. Para cada um desses processos, faz-se o mapeamento dos processos, o redesenho desses processos, a elaboração dos POP, a implantação dos POP e sua auditoria periódica, interna e externa.

Os macroprocessos do autocuidado apoiado

Na metáfora da casa, esses macroprocessos significam a colocação das janelas.

As condições crônicas que dominam a carga de doenças em todo o mundo têm no autocuidado apoiado um fundamento essencial. Pessoas portadoras de condições crônicas só conseguirão estabilizá-las se participarem ativamente, em estreita colaboração com as equipes da APS, da atenção à sua saúde. Isso significa que em relação a pessoas portadoras de condições crônicas não cabe se utilizar a categoria paciente.

O autocuidado apoiado sustenta-se no princípio de que as pessoas portadoras de condições crônicas conhecem tanto quanto, ou mais, de sua condição e de suas necessidades de atenção que os profissionais de saúde (DEPARTMENT OF HEALTH, 2005).

O autocuidado apoiado foi definido como a prestação sistemática de serviços educacionais e de intervenções de apoio para aumentar a confiança e as habilidades das pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde em gerenciar seus problemas, o que

inclui o monitoramento regular das condições de saúde, o estabelecimento de metas a serem alcançadas e o suporte para a solução desses problemas (INSTITUTE OF MEDICINE, 2003).

Os principais objetivos do autocuidado apoiado são gerar conhecimentos e habilidades dos portadores de condições crônicas para conhecer o seu problema; para decidir e escolher seu tratamento; para adotar, mudar e manter comportamentos que contribuam para a sua saúde; para utilizar os recursos necessários para dar suporte às mudanças; e para superar as barreiras que se antepõem à melhoria da sua saúde.

O autocuidado apoiado sustenta-se em alguns pilares: a informação e a educação para o autocuidado, a elaboração e o monitoramento de um plano de autocuidado e o apoio material para o autocuidado (LORIG *et al.*, 2006).

Assim, a organização dos macroprocessos do autocuidado apoiado faz-se sobre esses três componentes, desenhando esses processos (uma vez que não há tradição de utilização das tecnologias de autocuidado entre nós), elaborando os POP a eles referentes, implantando os POP e os auditando periodicamente, interna e externamente.

2.1.10 O equilíbrio entre a estrutura da demanda e a estrutura da oferta

Como resultado final da melhoria da estrutura para os cuidados primários e da implantação de todos os macroprocessos estabelecidos no modelo de intervenção da construção social da APS, se estabelecerá uma situação de equilíbrio entre a estrutura da demanda e a estrutura da oferta, conforme se observa no Quadro 2.

Quadro 2 O equilíbrio da estrutura da demanda e da estrutura da oferta na APS

ESTRUTURA DA DEMANDA	ESTRUTURA DA OFERTA
Por eventos agudos	Acolhimento
Por condições crônicas não agudizadas	Consultas médicas
Por condições gerais e inespecíficas	Consultas de enfermagem
Por enfermidades	Classificação de riscos de eventos agudos
De pessoas hiperutilizadoras	Estratificação de riscos de condições crônicas
Demandas administrativas	Grupos operativos
Por atenção preventiva	Grupos terapêuticos
Por atenção domiciliar	Educação popular
Por autocuidado apoiado	Vacinação
	Rastreamento de doenças
	Atenção domiciliar
	Dispensação de medicamentos
	Solicitação, coleta ou realização de exames
	Fornecimento de atestados médicos
	Atendimentos compartilhados a grupos
	Atendimentos contínuos
	Atendimentos a distância
	Atendimentos por pares
	Apoio ao autocuidado
	Gestão de casos
	Matriciamento de especialistas e generalistas
	Acesso a segunda opinião
	Acesso a serviços comunitários

Fonte: Mendes (2014).

Como se observa no Quadro acima, adequada a estrutura e implantados os macroprocessos, haverá forte adensamento tecnológico da APS com incorporação de novos profissionais e de novas tecnologias. Disso resultará uma nova clínica na APS que se caracterizará por alguns movimentos: da cura para o cuidado; da queixa problema para o plano de cuidado; da atenção prescritiva e centra-

da na doença para a atenção colaborativa e centrada na pessoa; da atenção centrada no indivíduo para a atenção centrada na família e na comunidade; no equilíbrio entre atenção programada e atenção não programada; da atenção uniprofissional para a atenção multiprofissional e interdisciplinar; na introdução de novas formas de encontro clínico; no estabelecimento de novas formas de relação entre a atenção especializada e a APS; no equilíbrio entre a atenção presencial e a atenção a distância; no equilíbrio entre a atenção profissional e a atenção por pares; e no fortalecimento do autocuidado apoiado (MENDES, 2012).

Portanto, como se pode observar, 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 do País, sem a qual não teremos efetivamente as RAS implantadas.

3

Processo de Implantação das Redes
Temáticas Pactuadas no SUS

3. Processo de Implantação das Redes Temáticas Pactuadas no SUS

Conforme foi citado anteriormente, o SUS é um sistema fragmentado e o atual modelo de atenção à saúde hegemônico é totalmente inadequado para a situação epidemiológica do país. A Organização Mundial da Saúde tem recomendado a implantação de sistemas integrados ou Redes de Atenção à Saúde, com a adoção de um modelo de atenção que de fato atenda às necessidades de saúde da população.

Após a publicação da Portaria GM/MS n. 4.279/2010 que organiza no SUS as RAS, cinco redes temáticas prioritárias foram pactuadas para serem implantadas nas regiões de saúde do país:

- Rede Cegonha, por meio da Portaria n. 1.459 de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011b);
- Rede de Urgência e Emergência (RUE), por meio da Portaria GM/MS n. 1.600 de 7 de julho de 2011 (BRASIL, 2011c);
- Rede de Atenção Psicossocial para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas (Raps), pela Portaria GM/MS n. 3.088 de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011d);
- Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (Viver Sem Limites), Portaria GM/MS n. 793 de 24 de abril de 2012 (BRASIL, 2012a);
- Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas⁴, no âmbito do Sistema Único de Saúde, Portaria GM/MS n. 483 de 1º de abril de 2014.

4 Criada pela Portaria GM/MS n. 252 de 19 de fevereiro de 2013 (BRASIL, 2013a), revogada pela Portaria GM/MS 483 de 1º de abril de 2014, que redefiniu essa rede e estabeleceu diretrizes para a organização das linhas de cuidado.

3.1 Rede Cegonha

A primeira rede temática pactuada foi a **Rede Cegonha**, por meio da Portaria GM/MS n. 1.459 de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011e).

A Rede Cegonha consiste em uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis e tem como objetivo, além de fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança, reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

Essa rede deve ser organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança, a partir das diretrizes estabelecidas.

Para operacionalizar a implantação da Rede Cegonha ou de qualquer outra rede temática, as SES devem constituir grupos condutores estaduais – formados por representantes da própria Secretaria e do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems), podendo ainda ter o apoio do Ministério da Saúde, caso sintam necessidade – que têm o papel de coordenar o processo nos estados, organizado por regiões de saúde. Esses grupos são responsáveis por mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase, apoiar a organização dos processos de trabalho voltados à implantação e/ou à implementação da rede, identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase e monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede. Os municípios também devem criar os grupos condutores locais.

O fato de criar um grupo condutor para cada rede temática pode burocratizar e fragmentar o processo, o que é danoso para o sucesso da rede. A depender da rede temática ou da necessidade identificada no estado, pode-se formar apenas um grupo condutor e vincular a este subgrupos temáticos ou agregar outros profissio-

nais, ou mesmo *experts* de determinados temas ao referido grupo. Este arranjo vai depender da realidade de cada UF.

O grupo condutor estadual deve elaborar o diagnóstico da situação de saúde referente à rede temática pactuada, o desenho da modelagem da rede, com os diversos pontos de atenção dos níveis de atenção primário e especializado da região, considerando os pontos de atenção existentes e os necessários.

Pode ser que a região ainda não tenha suficiência, nesse caso, a referência pode estar em outra região de saúde, ou até mesmo em outro estado. É necessário também elaborar a proposta do Plano de Ação Regional (PAR).

O PAR deve conter a programação da atenção integral à saúde materna e infantil, incluindo as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos financeiros necessários disponibilizados pela União, pelo estado, pelo Distrito Federal e pelos municípios envolvidos. Na sequência, serão elaborados os Planos de Ação Municipais, dos municípios integrantes do CGR. Esses planos serão os documentos orientadores para a execução das fases de implementação da Rede Cegonha, assim como para o repasse dos recursos, o monitoramento e a avaliação da implementação da Rede Cegonha.

Para elaborar o Desenho Regional ou a modelagem da Rede Cegonha e o PAR, o CGR e/ou o CGSES/DF, deve realizar a análise da situação de saúde da mulher e da criança, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda assistencial, dimensionamento da oferta assistencial e análise da situação da regulação, da avaliação e do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte e da auditoria e do controle externo, entre outros.

Superadas as duas fases iniciais, é necessário realizar a contratualização dos pontos de atenção, pela União, estado, Distrito Federal ou pelo município, observadas as responsabilidades definidas para cada componente da rede.

A Contratualização dos Pontos de Atenção é o meio pelo qual o gestor, seja ele o município, o estado, o Distrito Federal ou a União, estabelece metas quantitativas e qualitativas do processo

de atenção à saúde, com o(s) ponto(s) de atenção à saúde da Rede Cegonha sob sua gestão, de acordo com o Plano de Ação Regional e os Planos de Ação Municipais.

Na fase da qualificação dos componentes, é necessário que todas as ações de atenção à saúde definidas tenham sido realizadas, com o cumprimento das metas relacionadas às ações, que serão acompanhadas de acordo com os indicadores do Plano de Ação Regional e dos Planos de Ação Municipais.

A certificação será concedida pelo Ministério da Saúde ao gestor do SUS anualmente após a realização das ações de atenção à saúde previstas e avaliadas na Fase de Qualificação dos Componentes.

Assim, a portaria da Rede Cegonha prevê que a operacionalização se dá em cinco fases:

- adesão e diagnóstico;
- desenho regional da Rede Cegonha;
- contratualização dos Pontos de Atenção;
- qualificação dos componentes; e
- certificação.

A verificação do cumprimento das ações de cada Componente da Rede será realizada anualmente pelo Ministério da Saúde, de forma compartilhada com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

A organização da Rede Cegonha se dá a partir de quatro componentes:

- Pré-Natal;
- Parto e Nascimento;
- Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança;
- Sistema Logístico.

O componente Pré-Natal é fundamental para a organização da rede e é de responsabilidade da APS, que deve coordenar o cui-

dado e ser o centro de comunicação de qualquer rede temática. Cabe às equipes da APS estratificar os riscos e a vulnerabilidade e vincular a gestante aos pontos de atenção, de acordo com a situação. Toda gestante deve realizar as consultas de Pré-Natal em uma Unidade Básica de Saúde, ter garantidos os exames conforme protocolo, estar vinculada a uma maternidade, que deve conhecer ainda durante a gravidez.

O componente Parto e Nascimento deve ser organizado por região, de maneira que tenha suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru), ambiência das maternidades, orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

O Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança também é de responsabilidade das equipes de APS, que devem acompanhar a puérpera e a criança, até mesmo com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento, promover o aleitamento materno e a alimentação complementar saudável, a busca ativa de crianças vulneráveis, a prevenção e o tratamento das DST/HIV/Aids e hepatites, a orientação sobre saúde sexual e reprodutiva e a oferta de métodos contraceptivos.

O Sistema Logístico inclui o acesso ao transporte sanitário seguro para as gestantes, as puérperas e os recém-nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (Samu – Cegonha), cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais, conforme a Portaria GM/MS n. 650 de 5 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011). Esta portaria, porém, não foi implantada e não há no SUS ambulâncias específicas para a Rede Cegonha.

A regulação nesse caso deve seguir o modelo “Vaga Sempre”, com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto e implantação e/ou im-

plementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames).

3.1.1 Financiamento

A Rede Cegonha deve ser financiada com recursos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, cabendo à União, por meio do Ministério da Saúde, o aporte dos seguintes recursos:

Financiamento do componente pré-natal

- a) 100% (cem por cento) de custeio dos novos exames do pré-natal, a serem repassados em duas parcelas fundo a fundo, sendo a primeira parcela calculada de acordo com a estimativa de gestantes e repassada mediante apresentação do Plano de Ação Regional acordado no CGR, e a segunda repassada seis meses após a primeira, calculada de acordo com o número de gestantes cadastradas e com os resultados dos exames verificados em tempo oportuno. A partir desse momento, os repasses serão mensais, proporcionalmente ao número de gestantes acompanhadas. O sistema de informação que possibilitará o acompanhamento da gestante será o SISPRENATAL.

Os exames são: teste rápido de gravidez; teste rápido de sífilis; teste rápido de HIV; cultura de bactérias para identificação (urina); acréscimo de mais um exame de hematócrito; hemoglobina; ampliação do ultrassom obstétrico para 100% das gestantes; proteinúria (teste rápido); Teste Indireto de Antiglobulina humana (TIA) para gestantes que apresentarem RH negativo; exames adicionais para gestantes de alto-risco: contagem de plaquetas, dosagem de proteínas (urina 24 horas), dosagens de ureia, creatinina e ácido úrico, eletrocardiograma, ultrassom obstétrico com Doppler, Cardiotocografia ante-parto.

- b) 100% (cem por cento) do fornecimento de *kits* para as UBS: 1 sonar, 1 fita métrica, 1 gestograma, 1 Caderno de Atenção Básica (CAB) – Pré-natal, Balança adulto.
- c) 100% do financiamento de *kits* para as gestantes: bolsa Rede Cegonha, material para cura do umbigo (um vidro de álcool 70% de 60ml e 20 unidades de gaze estéril, embalado em uma caixa de plástico), trocador de fralda.
- d) 100% do financiamento de *kits* para parteiras tradicionais: bolsa para acondicionar os materiais; tesoura curva em inox, ponta romba, para uso exclusivo no parto; caixa em inox ou em alumínio, para guardar a tesoura de inox; balança de tração com gancho e suporte “tipo cegonha”; lanterna média a dínamo; fraldas de algodão; guarda-chuva e capa de chuva; bacia de alumínio; toalha para enxugar as mãos; estetoscópio de Pinard de plástico; fita métrica; pacotes com gaze; escova de unha; sabão líquido; rolo de barbante para ligadura do cordão umbilical; luvas descartáveis; álcool a 70%; saco plástico transparente (polietileno); almontolia ou pinceta média, para acondicionar o álcool; tesoura comum para uso pessoal; Livro da Parteira; lápis/caneta e borracha; caderno pequeno para anotações; balão autoinflável com válvula reguladora; máscaras para balão; bulbo ou pera de borracha; estetoscópio adulto; gorro/toca capilar; coberta de flanela para o recém-nascido; avental plástico; forro protetor.
- e) 100% das usuárias do SUS com ajuda de custo para apoio ao deslocamento da gestante para o pré-natal.
- f) 100% das usuárias do SUS com ajuda de custo para apoio ao deslocamento da gestante para o local de ocorrência do parto, de acordo com a regulamentação que será publicada em portaria específica.

Financiamento do componente parto e nascimento

- a) Recursos para a construção, ampliação e reforma de Centros de Parto Normal, Casas de Gestante, Bebê e Puérpera.
- b) Recursos para reformas voltadas para a adequação da ambiência em serviços que realizam partos.
- c) Recursos para a compra de equipamentos e materiais para Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, Centros de Parto Normal, e ampliação de leitos de UTI neonatal e UTI adulto, devendo estes recursos serem repassados fundo a fundo.
- d) 100% (cem por cento) do custeio para Centros de Parto Normal, Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, Leito Canguçu, de recursos que serão repassados fundo a fundo, incorporados aos tetos financeiros de estados, municípios e Distrito Federal, devendo ser repassados aos serviços na forma de incentivo, de acordo com o cumprimento de metas.
- e) 80% (oitenta por cento) de custeio para ampliação e qualificação dos leitos para Gestantes de Alto Risco (GAR), de (UTI adulto e neonatal e UCI neonatal), mediante repasse fundo a fundo, de recursos que serão incorporados aos tetos financeiros de estados, municípios e Distrito Federal, devendo estes recursos serem repassados aos serviços na forma de incentivo, de acordo com o cumprimento de metas. Os estados e os municípios deverão complementar com os 20% restantes, de acordo com a pactuação regional.

Recursos para construção, ampliação e reforma

Os recursos financeiros previstos para construção, ampliação e reforma serão repassados, de forma regular e automática, em três parcelas, sendo a primeira equivalente a 10% do valor total aprovado, após a habilitação do projeto; a segunda parcela, equivalente a 65% do valor total aprovado, mediante apresentação da respectiva ordem de início do serviço, assinada por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia (Crea),

ratificada pelo gestor local, encaminhada, para conhecimento, à CIB e autorizada pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); e a terceira parcela, equivalente a 25% do valor total aprovado, após a conclusão da edificação da unidade, e a apresentação do respectivo atestado, assinado por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia (Crea), ratificado pelo gestor local, encaminhado, para conhecimento, à CIB, e autorizado pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS).

Os investimentos para aquisição de equipamentos e materiais serão repassados após a conclusão da obra. Todos os recursos de custeio terão variação em seus valores globais de acordo com os resultados da avaliação periódica estabelecida na Fase 4 de operacionalização da Rede Cegonha. Após a qualificação do componente PRÉ-NATAL, o município fará jus ao incentivo de R\$ 10,00 (dez reais) por gestante captada de acordo com o SISPRENATAL, em repasses mensais fundo a fundo.

No âmbito do Ministério da Saúde, a coordenação da Rede Cegonha cabe à Secretaria de Atenção à Saúde e os recursos orçamentários são por conta do orçamento do Ministério da Saúde, e oneram os Programas de Trabalho: 10.302.1220.8585 – Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade e 10.301.1214.20AD – Piso de Atenção Básica Variável.

Os valores utilizados para o financiamento dessa rede temática foram baseados na memória de cálculo seguinte:

- a) Construção de Casas de Gestante, Bebê e Puérpera: R\$ 335.808,00.
- b) Reforma de Casas de Gestante, Bebê e Puérpera: R\$ 130.000,00.
- c) Aquisição de equipamentos e materiais para Casas de Gestante, Bebê e Puérpera: R\$ 44.000,00.
- d) Custeio das Casas de Gestante, Bebê e Puérpera (20 leitos para cada casa): R\$ 60.000,00/mês.
- e) Reforma/ampliação e/ou aquisição de equipamentos e

materiais para adequação da ambiência dos serviços que realizam parto: até R\$ 300.000,00 por serviço, sendo R\$ 200.000,00 para reforma ou ampliação e R\$ 100.000,00 para equipamentos, após aprovação do projeto pelo grupo condutor da Rede Cegonha.

- f) Ampliação de leitos de UTI neonatal e UTI adulto: R\$ 100.000,00/leito para aquisição de equipamentos e R\$ 20.000,00/leito para reforma.
- g) Custeio dos novos leitos de UTI neonatal: n. de leitos novos x R\$ 800,00 (valor correspondente a 80% da diária de referência de R\$ 1.000,00 para 1 leito de UTIN) x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%).
- h) Custeio dos leitos de UTI neonatal existentes: Valor da diária = R\$ 800,00 – o valor da diária para os leitos daquele serviço, de acordo com sua habilitação no SIH/SUS (tipo II ou tipo III) Valor anual = N. de leitos x valor da diária x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%).
- i) Custeio dos leitos de UCI neonatal (existentes + novos): n. de leitos x R\$ 280,00 (valor correspondente a 80% da diária de referência de R\$ 350,00 para 1 leito de UCI) x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%).
- j) Custeio dos novos leitos de UTI adulto: n. de leitos novos x R\$ 800,00 (valor correspondente a 80% da diária de referência de R\$ 1.000,00 para 1 leito de UTI) x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%).
- k) Custeio dos leitos de UTI adulto existentes: Valor da diária = R\$ 800,00 – o valor da diária para os leitos daquele serviço, de acordo com sua habilitação no SIH/SUS (tipo II ou tipo III) Valor anual = N. de leitos x valor da diária x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%).
- l) Custeio dos leitos Canguru: n. de leitos x R\$ 80,00 (valor correspondente a 100% da diária de referência) x 365 dias x 0,90 (taxa de ocupação de 90%).

- m) Custeio dos leitos novos GAR: $n. \text{ de novos leitos} \times R\$ 480,00$ (valor correspondente a 80% da diária de referência de R\$ 600,00 por leito GAR) $\times 365 \text{ dias} \times 0,9$ (taxa de ocupação de 90%).
- n) Custeio dos leitos GAR existentes: Valor da diária = R\$ 480,00 – o valor da média da diária já paga àquele serviço por AIH de leito GAR excluindo os Procedimentos Especiais da AIH. Para o cálculo deste valor deverá ser considerada a média mensal da série histórica de seis meses de processamento disponível no sistema DATASUS/SIH, anteriores à data de celebração dos contratos ou dos convênios entre gestores e prestadores.
- o) Valor médio da diária de leito GAR já paga = Valor total pago pelas AIH de leito GAR daquele serviço excluindo os Procedimentos Especiais no período/Número total de diárias de leito GAR daquele serviço no período.
- p) Valor anual = $N. \text{ de leitos} \times \text{valor da diária} \times 365 \text{ dias} \times 0,9$ (taxa de ocupação de 90%).

É importante destacar que o benefício à gestante para apoio ao deslocamento para as consultas de pré-natal e parto, apesar de constar na portaria, só vigorou até o dia 31/5/2012, pois esse recurso era pago com base na Medida Provisória n. 557, de dezembro de 2011, extinta por meio do Ato Declaratório n. 26 de 13 de junho de 2012, do Presidente da Mesa do Congresso Nacional, comunicando que a Medida Provisória n. 557 de 26 de dezembro de 2011, teve seu prazo de vigência encerrado no dia 31 de maio de 2012 (Diário Oficial da União – Seção 1 – 14/6/2012, página 1).

Quanto aos *kits* para as gestantes, o Ministério da Saúde adquiriu uma quantidade insuficiente para o número previsto de mulheres grávidas no ano. Segundo informações da área técnica da saúde da mulher, por dificuldade no processo licitatório, a instituição tomou a decisão de não continuar com essa compra.

O kit das UBS, composto por balança antropométrica e detector fetal, vem sendo distribuído desde 2012 e o das parteiras tradicionais (disponíveis nas Divisões de Convênios e Gestão (Dicon) dos estados) são entregues às parteiras no momento da oficina de qualificação, e até o momento foram entregues a 407 delas, segundo informações da área técnica do MS.

Apesar dos esforços e do aporte de recursos para a Rede Cegonha, não se pode afirmar que a atenção materna infantil no Brasil funcione efetivamente em rede, em que a gestante e o bebê tenham o cuidado coordenado pela APS, com a vinculação da gestante às maternidades e os desenhos e os fluxos pactuados acontecendo de fato. Houve investimento maior na alta complexidade, com ampliação de leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), mas há um estrangulamento importante no financiamento da média complexidade. No componente APS, observa-se o aumento do acesso, mas ainda não se consegue oferecer atenção pré-natal de qualidade.

3.2 Rede de Atenção às Urgências Emergências (RUE)

As doenças cardiovasculares são as principais causas de morte em mulheres e homens no Brasil, em torno de 20% de todas as mortes em indivíduos acima de 30 anos de idade, apesar da tendência de mortalidade estar em decréscimo nas últimas décadas (MANSUR e FAVARATO, 2012).

O infarto agudo do miocárdio tem relevante impacto em termos de mortalidade e número de hospitalizações (GUIMARÃES *et al.*, 2006). As mortes por causas externas, provenientes de acidentes e agravos decorrentes de lesões intencionalmente provocadas, vêm crescendo nos últimos 25 anos, especialmente entre adultos jovens do sexo masculino (MELLO JORGE, 2011).

A mortalidade por causas externas no Brasil segue a tendência mundial, com maior incidência em sexo masculino e jovens, estando mais concentrada em regiões metropolitanas, e chama a

atenção que, nessas regiões, os maiores problemas são os acidentes de trânsito e os homicídios, que vêm crescendo muito nos últimos anos (MINAYO, 1994).

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das maiores causas de morbimortalidade em todo o mundo. No Brasil, apesar do declínio nas taxas de mortalidade, ainda é a principal causa de morte, sendo que a maioria dos sobreviventes apresenta sequelas, com limitação da atividade física e intelectual e elevado custo social (CALMON *et al.*, 2009).

Em decorrência dessa situação, as **prioridades dessa rede temática são as linhas de cuidados cardiovasculares, cerebrovasculares e traumatológicos**, e deve ser implementada gradativamente em todo território nacional, respeitando-se critérios epidemiológicos e a densidade populacional. É indispensável realizar acolhimento com classificação de risco, sendo a qualidade e a resolutividade na atenção a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda RUE.

A RUE, também chamada Rede Saúde Toda Hora, tem como diretrizes a ampliação do acesso e o acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e a intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos, com garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes).

Como toda rede, a atuação é territorial, com definição e organização das regiões de saúde e das redes de atenção a partir das necessidades de saúde das populações, seus riscos e vulnerabilidades específicos.

A regulação deve ser articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências com garantia da equidade e integralidade do cuidado e qualificação da assistência por meio

da educação permanente das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização.

Os Componentes da RUE são:

- Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde;
- Atenção Primária à Saúde;
- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências e emergências;
- Sala de Estabilização;
- Força Nacional de Saúde do SUS;
- Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas;
- Hospitalar;
- Atenção Domiciliar.

Vale ressaltar que o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) foi criado pelo Decreto n. 5.055, de 27 de abril de 2004. Esse serviço tem o objetivo de implementar ações com maior grau de eficácia e efetividade na prestação de serviço de atendimento à saúde de caráter emergencial e urgente, inclusive as relacionadas ao trauma e à violência.

Para fins do atendimento pelo Samu, fica estabelecido o acesso nacional pelo número telefônico único – 192 –, que é disponibilizado pela Anatel exclusivamente às centrais de regulação médica, vinculadas ao referido Sistema.

A Portaria GM/MS n. 1.010 de 21 de maio de 2012 redefiniu as diretrizes para a implantação do Samu 192 e sua Central de Regulação das Urgências, como componente da Rede de Atenção às Urgências. Em 18 de julho de 2013, foi publicada outra portaria, a Portaria GM/MS n. 1.473, que redefiniu mais uma vez as diretrizes para a implantação do Samu.

O componente Sala de Estabilização (SE), instituído pela Portaria GM/MS n. 2.338 de 3 de outubro de 2011, é a estrutura que funciona como local de assistência temporária e qualificada para estabilização de pacientes críticos/gravos, para posterior encaminhamento a outros pontos da rede de atenção à saúde, observando-se que deve funcionar nas 24 horas do dia e nos sete dias da semana, possuir equipe interdisciplinar compatível com suas atividades e funcionar conforme protocolos clínicos e procedimentos administrativos estabelecidos e/ou adotados pelo gestor responsável.

Considera-se paciente crítico/grave aquele que se encontra em risco iminente de perder a vida ou função de órgão/sistema do corpo humano, bem como aquele em frágil condição clínica decorrente de trauma ou outras condições relacionadas a processos que requeiram cuidado imediato, clínico, cirúrgico, gineco-obstétrico ou em saúde mental.

O componente Força Nacional de Saúde do SUS (FNS/SUS) foi instituído pelo Decreto n. 7.616, de 17 de novembro de 2011, e regulamentado pela Portaria GM/MS n. 2.952 de 14 de dezembro de 2011. Dispõe também sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin).

A Espin será declarada por ato do Ministro de Estado da Saúde nas situações que requeiram a adoção de medidas para interromper a propagação ou disseminação de doenças ou agravos, em caso de desastre, e em caso de desassistência à população.

O componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h), instituído pela Portaria GM/MS n. 1.601 de 7 de julho de 2011, redefinida pela Portaria GM/MS n. 342 de 4 de março de 2013, com alteração de alguns artigos pela Portaria n. 104 de 15 de janeiro de 2014, é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor rede organizada de atenção às urgências. Devem ser implantadas em locais/unidades estratégicas para a configuração da rede de atenção às

urgências, em conformidade com a lógica de acolhimento e de classificação de risco.

A Atenção Domiciliar, também chamada de Melhor em Casa, é um dos componentes da Rede de Atenção às Urgências (Portaria GM/MS n. 963 de 27 de maio de 2013) e será estruturada de forma articulada e integrada aos outros componentes e à Rede de Atenção à Saúde, a partir dos Planos de Ação, conforme estabelecido na Portaria GM/MS n. 1.600 de 7 de julho de 2011 (BRASIL, 2011f).

Esse componente tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários.

Estratégias prioritárias na rede de urgências

- Qualificação das portas hospitalares de urgência e emergência e da emergência.
- Qualificação da atenção ao paciente crítico ou grave por meio da qualificação das unidades de terapia intensiva.
- Organização e ampliação dos leitos de retaguarda.
- Criação das Unidades de Internação em Cuidados Prolongados (UCP).
- Qualificação da atenção por meio da organização das linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica.
- Definição da atenção domiciliar organizada por intermédio das Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (Emad) e das Equipes Multidisciplinares de Apoio (Emap).

Programa sos emergências

Instituído pela Portaria GM/MS n. 1.663 de 6 de agosto de 2012 (BRASIL, 2012b), é uma ação estratégica prioritária do Ministério da Saúde para a qualificação do Componente de Atenção Hospitalar da RUE, cuja implementação está voltada para as 40 maiores e mais complexas portas de entrada hospitalares de urgência nos 26 estados e no DF.

Tem os seguintes objetivos:

- a) estimular a organização e a implantação da RUE, buscando um pacto cooperativo entre as instâncias de gestão do SUS para garantir os investimentos e recursos necessários a esta mudança de modelo de atenção nos grandes prontos-socorros dos estabelecimentos hospitalares integrados ao SUS;
- b) intervir de forma mais organizada, ágil e efetiva sobre a oferta do cuidado nas grandes emergências hospitalares do SUS;
- c) assessorar tecnicamente a equipe do hospital participante do programa e oferecer capacitação para o aprimoramento da gestão do cuidado ao paciente em situação de urgência e emergência;
- d) apoiar as unidades hospitalares para a melhoria da gestão e da qualidade assistencial, por meio da implantação de dispositivos como a classificação de risco, gestão de leitos, implantação de protocolos clínicos-assistenciais e administrativos, adequação da estrutura e ambiência hospitalar, regulação e articulação como sistema de saúde; e
- e) possibilitar a readequação física e tecnológica dos serviços de urgência e emergência da unidade hospitalar.

Esse serviço está implantado nos seguintes hospitais:

- Instituto Dr. José Frota (CE);
- Hospital da Restauração (PE);
- Hospital Geral Roberto Santos (BA);

- Hospital de Urgências de Goiânia (GO);
- Hospital de Base (DF);
- Hospital João XXIII (MG);
- Santa Casa de São Paulo (SP);
- Hospital Santa Marcelina (SP);
- Hospital Miguel Couto (RJ);
- Hospital Albert Schweitzer (RJ);
- Grupo Hospitalar Conceição (RS);
- Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena (PB);
- Hospital e Pronto-Socorro João Paulo II (RO);
- Hospital Getúlio Vargas (PE);
- Hospital e PS Dr. João Lúcio Machado (AM);
- Hospital de Urgência de Teresina Professor Zenon Rocha (PI);
- Hospital do Trabalhador (PR);
- Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá (MT);
- Hospital Geral do Estado Dr. Osvaldo Brandão Vilela (AL);
- Hospital Governador João Alves Filho (SE);
- Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel (RN);
- Hospital Metropolitano (PA).

Os critérios para a escolha desses estabelecimentos foram: ser referência regional, ser hospital geral com mais de 100 leitos e ter pronto-socorro (porta-aberta), além de ter elevada quantidade de atendimentos ambulatoriais e internações, sem ser necessariamente o hospital com maior atendimento na cidade.

De acordo com a Portaria GM/MS n. 1.600 de 27 de julho de 2011, (BRASIL, 2011g) a exemplo da Rede Cegonha, a operacionalização dessa rede temática está dividida em cinco fases descritas a seguir.

Fase de Adesão e Diagnóstico, semelhante à Rede Cegonha; Fase do Desenho Regional da Rede, quando se realiza a análise da situação dos serviços de atendimento às urgências, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda das urgências, dimensionamento da oferta dos serviços de urgência existentes e análise da situação da regulação, da avaliação, do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte para as urgências, da auditoria e do controle externo, pela CIR e pelo CGSES/DF, com o apoio da Secretaria de Saúde.

Em seguida, elabora-se a proposta de Plano de Ação Regional e municipal, com detalhamento técnico de cada componente da Rede, contemplando o desenho da Rede Atenção às Urgências; metas a serem cumpridas; cronograma de implantação; mecanismos de regulação; monitoramento e avaliação; estabelecimento de responsabilidades e aporte de recursos pela União, pelo estado, pelo Distrito Federal e pelos municípios envolvidos, com posterior envio para aprovação na CIR, no CGSES/DF e na CIB.

A Fase da Contratualização dos Pontos de Atenção, a Fase da Qualificação dos Componentes e a Fase da Certificação são semelhantes às da Rede Cegonha.

É recomendada a instituição de um Comitê Gestor Estadual da Rede de Atenção às Urgências, que deve ser composto pelo Coordenador Estadual do Sistema de Atenção às Urgências, pelo Co-sems, representado por Coordenadores Municipais de Atenção às Urgências, pela Defesa Civil estadual, por representantes do Corpo de Bombeiros, da Secretaria Estadual de Segurança Pública e da Polícia Rodoviária e do Conselho Estadual de Saúde, das empresas concessionárias de rodovias, com sugestão de estudar a necessidade ou oportunidade de se incorporarem a eles representantes das Forças Armadas Brasileiras.

Os comitês municipais devem ser compostos pelo coordenador municipal da RUE; representantes dos prestadores da área das ur-

gências; do Conselho Municipal de Saúde; do Corpo de Bombeiros; Polícias Rodoviária, Civil e Militar; Guarda Municipal (nos locais onde essas corporações atuem na atenção às urgências); representantes da Defesa Civil Municipal, do gestor municipal da área de trânsito; e, conforme a necessidade, representantes da Aeronáutica, da Marinha e dos Exército brasileiros.

3.2.1 Linha de Cuidado Cardiovascular: Atenção ao Infarto Agudo de Miocárdio

A linha de cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e o protocolo de síndromes coronarianas agudas foram aprovados pela Portaria GM/MS n. 2.994, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011h), considerando a necessidade de se promoverem estratégias para ampliação e qualificação da atenção às pessoas com IAM.

Para tanto, foi instituído o serviço de unidade de terapia intensiva coronariana (UCO) capacitada para o cuidado de pacientes com síndrome coronariana aguda (SRA), devendo a instituição possuir infraestrutura própria de terapia intensiva, apoio diagnóstico e terapêutico para os pacientes com SRA, incluindo recursos humanos qualificados, métodos diagnósticos não invasivos e invasivos e oportunidade de tratamento percutâneo e cirúrgico em caráter de urgência.

Prioritariamente foi definido, pelo Ministério da Saúde, o financiamento com fonte de recurso federal, 39 Unidades Coronarianas (UCO) com 10 leitos cada, em um total de 390 leitos, nas 10 regiões metropolitanas com frequência de atendimento IAM acima de 600 IAM por ano.

São ainda financiados 150 leitos de UCO nas 27 regiões metropolitanas com frequência de atendimento de 100 a 599 IAM por ano.

Vale ressaltar que, a partir de 2014, o Ministério da Saúde passou a custear a utilização de trombolítico (tenecteplase) para tratamento do IAM mediante adesão, com pagamento integral por meio

do ressarcimento do custo da medicação pós-produção para tratamento do IAM nas Unidades de Suporte Avançado (USA) do Samu, medida já adotada por alguns municípios e estados e até então sem financiamento do Ministério da Saúde. Para a sua consecução, há ainda a necessidade de adequação dos sistemas de informação para registro da produção e identificação da unidade habilitada para autorização do pagamento, tanto Samu que já utiliza o trombolítico em Salvador/BA (SMS), Montes Claros (Norte de Minas), Teresina (SES), Aracaju (SES), Campinas/SP (SMS) e São Bernardo do Campo/SP (SMS).

Para os gestores que implantarem essa linha de cuidado, o ressarcimento do tenecteplase é de R\$ 45,25 por frasco ampola.

3.2.2 Linha de Cuidado Cerebrovascular: Atenção ao Acidente Vascular Cerebral

A Portaria GM/MS n. 665 de 12 de abril de 2012 dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como centros de atendimento de Urgência aos pacientes com AVC no âmbito do SUS e institui o respectivo incentivo financeiro para o funcionamento desses serviços (BRASIL, 2012c).

Modos de organização das unidades de atendimento ao AVC:

- U-AVC Agudo – com no mínimo cinco leitos para pacientes com acidente vascular cerebral (isquêmico, hemorrágico ou ataque isquêmico transitório), durante a fase aguda (até 72 horas da internação) é responsável por oferecer tratamento trombolítico endovenoso.
- U-AVC Integral – com no mínimo 10 leitos para cuidado dos pacientes com acidente vascular cerebral (isquêmico, hemorrágico ou ataque isquêmico transitório) até 15 dias da internação hospitalar, com a capacidade de dar continuidade ao tratamento da fase aguda à reabilitação precoce e à investigação etiológica completa.

Estratégias prioritárias para o desenvolvimento da linha de cuidado de atenção ao AVC nos territórios:

- desenvolver ações de educação em saúde para o reconhecimento do AVC na população;
- qualificar a capacidade diagnóstica em todos os pontos de atenção da RAS;
- aumentar a capacidade logística e a organização de fluxos para o atendimento aos pacientes neurológicos;
- dar assistência qualificada (cuidado multiprofissional);
- capacitar os profissionais de saúde para o atendimento pós-internação;
- implementar o Telessaúde entre as unidades de AVC e em outros pontos de atenção da RAS;
- possibilitar o acesso facilitado a leitos de retaguarda para crônicos e pacientes socialmente vulneráveis.

Visando ao diagnóstico precoce e tratamento em tempo hábil, foi estabelecido o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Trombólise no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico pela Portaria GM/MS n. 664 de 12 de abril de 2012. O tratamento do AVI Agudo com uso medicamento do trombolítico Iteplase também é ressarcido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

3.2.3 Linha de Cuidado ao Trauma

Essa linha de cuidado foi instituída pela Portaria GM/MS n. 1.365 de 8 de julho de 2013, com os seguintes objetivos:

- reduzir a morbimortalidade pelo trauma no Brasil, por meio de ações de vigilância, prevenção e promoção da saúde e implantação da Linha de Cuidado ao Trauma na RUE;
- desenvolver ações voltadas à vigilância e prevenção do trauma por meio de incentivo para implantação de núcleos

de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde (PVPS) e projetos de prevenção relacionados ao trauma;

- estabelecer a Rede de Atendimento Hospitalar ao Trauma, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e a atenção integral ao paciente traumatizado;
- estabelecer e implementar a Linha de Cuidado ao Trauma e habilitar Centros de Trauma, para realização do atendimento hierarquizado e referenciado;
- ampliar o acesso regulado das pacientes vítimas de trauma aos cuidados qualificados em todos os pontos de atenção da RUE;
- incentivar processos formativos para os profissionais de saúde envolvidos na atenção ao trauma em todos os níveis e pontos de atenção, inclusive para aqueles que atuem diretamente nas centrais de regulação;
- estruturar e descrever a Linha de Cuidado ao Trauma desde a cena à atenção hospitalar e reabilitação, bem como na prevenção ao trauma;
- disseminar o conhecimento de que o trauma é um agravo que se tornou um problema de saúde pública, sendo hoje uma das principais causas de adoecimento e mortalidade da população brasileira e que pode ser prevenido e evitado;
- fortalecer a implantação e implementação da Linha de Cuidado ao Trauma na RUE como prioritária na estruturação da atenção em Urgência no SUS;
- sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde que atuam na RUE para a notificação compulsória dos casos de violência doméstica, sexual e outras violências (Brasil, 2013a).

As habilitações dos estabelecimentos estão definidas pela Portaria GM/MS n. 1.366 de 8 de julho de 2013, que estabelece as formas de organização dos Centros de Trauma Tipo I, Tipo II, Tipo III, que desempenham papéis de referência no atendimento

ao paciente com trauma de acordo com a complexidade organizacional, o número de leitos cadastrados no Sistema Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e cobertura populacional (BRASIL, 2013).

Segundo informações da Coordenação Geral de Planejamento e Programação das Ações de Saúde do Ministério da Saúde (MS/SAS/DRAC/CGPAS), no período de 2011 a 2013, foram publicadas 37 portarias relativas aos Planos de Ação da RUE que contemplaram todos os estados, inclusive os estados do Pará, Roraima, Amapá, Mato Grosso do Sul e Santa Catarina tiveram todas as suas regiões de saúde contempladas, tendo em vista as especificidades das ações relacionadas a urgência e emergência nesses estados.

Observa-se, entretanto, que, apesar de os componentes estarem implantados ou em fase de implantação nas regiões de saúde, esse fato ocorre de forma desarticulada, assim como o financiamento, de forma fragmentada e com liberação inconsistente, o que tem impedido esses serviços funcionarem efetivamente em rede.

3.3 Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas

Os transtornos mentais representam demanda mundial. Estudos da Universidade de Harvard, nos Estados Unidos da América, indicam que, das 10 doenças mais incapacitantes em todo o mundo, cinco são de origem psiquiátrica, como depressão, transtorno afetivo bipolar, alcoolismo, esquizofrenia e transtorno obsessivo compulsivo (MURRAY e LOPEZ, 1996).

Essa realidade acontece também no Brasil.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001), cerca de 10% da população mundial dos centros urbanos consome abusivamente substâncias psicoativas independentemente da

idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo, o que traz graves consequências para a saúde pública do mundo.

Existe tendência mundial que indica o uso cada vez mais precoce de substâncias psicoativas, incluindo o álcool, sendo que tal uso também ocorre de forma cada vez mais pesada.

Sem dúvida, esse é um dos mais desafiantes problemas de saúde pública a ser enfrentado pelo SUS.

Por meio da Portaria GM/MS n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011i).

Essa rede tem como diretrizes para o seu funcionamento, o respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; a promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; o combate a estigmas e preconceitos; a garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; diversificação das estratégias de cuidado; desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania.

São diretrizes, ainda, o desenvolvimento de estratégias de redução de danos; ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; promoção de estratégias de educação permanente; e desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Tem como componentes a APS, a Atenção Psicossocial Especializada, Atenção a Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial.

Em 2012, foi lançado o Programa *Crack*: é possível vencer, iniciativa conjunta de diversos Ministérios, com três eixos de ação. O Ministério da Saúde participa do eixo Cuidado, por meio de alguns pontos de atenção da RAPS – CAPS AD III, Unidade de Acolhimento (UA), Consultório na Rua e Leitos de Saúde Mental (BRASIL, 2012d).

Os pontos de atenção da APS são formados pelas Unidades Básicas de Saúde; equipe de atenção básica para populações específicas, que são formadas pelas Equipes de Consultório na Rua e Equipes de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; e Centros de Convivência.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede.

A Equipe de Consultório na Rua é constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando-se ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, sendo responsabilidade dessa equipe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, ofertar cuidados em saúde mental para pessoas em situação de rua em geral, pessoas com transtornos mentais e usuários de *crack*, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde, como UBS, Centros de Atenção Psicossocial, Prontos-Socorros, entre outros.

A equipe de apoio da Atenção Residencial de Caráter Transitório deve oferecer suporte clínico e apoio, coordenar o cuidado e

prestar serviços de atenção à saúde de forma longitudinal e articulada com os outros pontos de atenção da rede.

O Centro de Convivência é unidade pública, articulada às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade.

O Nasf tem a responsabilidade de apoiar as Equipes de Saúde da Família, as Equipes de Atenção Básica para populações específicas e equipes da academia da saúde, atuando diretamente no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às equipes das unidades nas quais está vinculado, incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de *crack*, álcool e outras drogas.

A Atenção Psicossocial Especializada é realizada nos Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades; atenção a urgência e emergência, formada pelo Samu 192, Sala de Estabilização, UPA 24h, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro e UBS, entre outros; atenção residencial de caráter transitório, formada pelas Unidade de Recolhimento e os Serviços de Atenção em Regime Residencial; atenção hospitalar, formada pelas enfermarias especializadas em hospital geral e pelos serviços hospitalares de referência; serviços residenciais terapêuticos; e reabilitação psicossocial.

O Caps é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo.

As atividades no Caps são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção

da rede de saúde e das demais redes, e o cuidado é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família, e a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso.

Os Caps estão organizados nas modalidades Caps I – para municípios com população acima de 20 mil habitantes, atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias –; Caps II – indicado para municípios com população acima de 70 mil habitantes, atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender a pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local –; Caps III, para municípios ou regiões com população acima de 200 mil habitantes, atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive Caps AD.

O Caps AD atende a adultos, crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas. É um serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes.

O Caps AD III atende a adultos, crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. É um serviço com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana. É indicado para municípios ou regiões com população acima de 200 mil habitantes.

O Caps I atende a crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de *crack*, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes.

Os pontos de atenção de urgência e emergência são responsáveis, em seu âmbito de atuação, por acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas. Deverão se articular com os Caps, os quais realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, seja ele decorrente ou não do uso de *crack*, álcool e outras drogas, devendo nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado.

A UA oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento 24 horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses.

São organizadas em unidades para adulto, maiores de 18 anos e para infantojuvenil, destinadas a adolescentes e jovens (de 12 até 18 anos completos), e devem estar articulados com a APS e com o Caps.

Os Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas, são serviços de saúde destinados a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas.

Na Atenção Hospitalar, deve haver enfermaria especializada para tratamento de casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, *crack* e outras drogas. O cuidado ofertado deve estar articulado com o Projeto Terapêutico Individual desen-

volvido pelo serviço de referência do usuário e a internação deve ser de curta duração até a estabilidade clínica.

O acesso a esses leitos deve ser regulado com base em critérios clínicos e de gestão por intermédio do Caps de referência e, no caso de o usuário acessar a rede por meio deste ponto de atenção, devem ser providenciadas sua vinculação e referência a um Caps que assumirá o caso.

A equipe que atua nessa enfermaria deve ser multidisciplinar e modo de funcionamento interdisciplinar.

O serviço hospitalar de referência para esse tipo de atenção oferece suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais que evidenciem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica, sempre respeitadas as determinações da Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001, e sempre acolhendo os pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência. Funciona em regime integral, durante 24 horas diárias, nos sete dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos (BRASIL, 2001).

Entende-se por Serviços Residenciais Terapêuticos moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros.

Esse componente é uma estratégia de desinstitucionalização e é constituído por iniciativas que visam garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social.

O hospital psiquiátrico pode ser acionado para o cuidado das pessoas com transtorno mental nas regiões de saúde enquanto o

processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente, devendo essas regiões de saúde priorizar a expansão e qualificação dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos.

O Programa de Volta para Casa é uma política pública de inclusão social que visa contribuir e fortalecer o processo de desinstitucionalização, instituída pela Lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003, que prevê auxílio reabilitação para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência (BRASIL, 2003).

O componente Reabilitação Psicossocial é composto por iniciativas de geração de trabalho e renda / empreendimentos solidários / cooperativas sociais. As ações de caráter intersetorial destinadas à reabilitação psicossocial devem ocorrer por meio de inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho em iniciativas de geração de trabalho e renda / empreendimentos solidários / cooperativas sociais, articuladas sistematicamente as redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares.

A operacionalização da implantação ocorre pelas fases de Desenho Regional da Rede de Atenção Psicossocial, adesão e diagnóstico, Contratualização dos Pontos de Atenção e Qualificação dos componentes.

É responsabilidade do Ministério da Saúde apoiar a implementação, o financiamento, o monitoramento e a avaliação da Rede de Atenção Psicossocial em todo território nacional.

Às SES cabe apoiar implementação, coordenação do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação, de forma regionalizada; e às Secretarias Municipais de Saúde, cabe apoiar implementação, co-

ordenação do Grupo Condutor Municipal, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação no território municipal.

Durante a discussão tripartite, foi pactuada a constituição de um Grupo de Trabalho Tripartite, coordenado pelo Ministério da Saúde, a ser definido por Portaria específica, para acompanhar, monitorar, avaliar e, se necessário, revisar a Portaria em até 180 dias, a partir da publicação da referida portaria, o que não ocorreu até o momento.

Para os consultórios na rua – Programa *Crack*: é possível vencer –, o Ministério da Saúde disponibiliza recursos para o custeio, por meio de três modalidades:

- Modalidade I – R\$ 9.500,00 (nove mil e quinhentos reais) por mês.
- Modalidade II – R\$ 13.000,00 (treze mil reais) por mês.
- Modalidade III – R\$ 18.000,00 (dezoito mil reais) por mês.

Para o Caps com funcionamento 24 horas, o valor de custeio teve aumento em 2013, prioritariamente para os que atendem casos de transtornos mentais e para os que atendem os usuários de drogas (Portaria GM/MS n. 1966 de 10 de setembro de 2013).

- Caps III – R\$ 84.134,00 por mês.
- Caps AD III – R\$ 105.000,00 por mês.

Em relação a essa rede temática, é importante ressaltar que alguns componentes, como os Caps, Residências Terapêuticas e Equipes de consultórios na rua, vêm sendo implantados em vários municípios do País, mas ainda de forma isolada, sem a lógica da RAS na região de saúde, portanto, ainda como programas fragmentados.

No componente APS foram implantados 101 consultórios na rua (*Crack*: é possível vencer); a meta até 2014 era de 308. Foi também publicado o Caderno de Atenção Básica n. 34, *Saúde Mental na Atenção Básica*, disponível no endereço eletrônico: <<http://dab.saude>.

gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab34>. Esse fato, no entanto, não é suficiente para qualificar as equipes de APS para atender à população com esse tipo de transtorno.

Em relação à atenção domiciliar, pode-se afirmar que está em processo incipiente de implantação, caracterizando-se por possuir um conjunto de serviços que não utilizam indicadores e parâmetros comuns e pactuados.

No caso da Atenção Psicossocial Especializada, houve aumento significativo dos Caps em 2013. Em 2012, havia 1.937 Caps habilitados pelo Ministério da Saúde, enquanto em dezembro de 2013 havia 2.062. Nesse movimento de fortalecimento dos Caps, observou-se tanto a implantação de serviços novos quanto a ampliação do atendimento de serviços que já existiam, como mudança de tipo de Caps de I para II, de II para III ou de AD para AD III.

Outro avanço que merece destaque é a criação do incentivo de construção de Caps e UA. Com a publicação da primeira portaria de seleção de propostas, foram selecionados 63 Caps AD III, além de 74 UA. A portaria que regulamenta as construções é a de n. 615 GM/MS, de abril de 2013 (BRASIL, 2013b).

3.4 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência faz parte do Programa Viver Sem Limites (VSL), lançado no fim de 2011. As Portarias GM/MS n. 793 de 24 de abril de 2012 e GM/MS n. 835 de 25 de abril do mesmo ano, respectivamente, instituem a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e os incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede (BRASIL, 2012e).

Os objetivos dessa rede são ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente, progressiva, regressiva ou estável, intermitente ou contínua, no âmbito do SUS. Tem como uma das diretrizes gerais o respeito aos direitos humanos, com garantia de autonomia, inde-

pendência e de liberdade às pessoas com deficiência para fazerem as próprias escolhas.

As fases de operacionalização são: diagnóstico e desenho regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, adesão, contractualização dos pontos de atenção, implantação e acompanhamento pelo grupo condutor.

Vale ressaltar que nessa rede, no âmbito do Grupo Condutor Estadual, o Ministério da Saúde tem como atribuições mobilizar os dirigentes do SUS em cada fase, coordenar e apoiar a organização dos processos de trabalho voltados à implantação/implementação, identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase e monitorar e avaliar o processo de implantação e implementação, de apoiar o financiamento da Rede em todo território nacional.

Os componentes devem estar articulados entre si, a fim de garantir a integralidade do cuidado e o acesso regulado a cada ponto de atenção e/ou aos serviços de apoio, observadas as especificidades inerentes e indispensáveis à garantia da equidade na atenção a esses usuários, quais sejam: acessibilidade, comunicação, manejo clínico; medidas de prevenção da perda funcional, de redução do ritmo da perda funcional e/ou da melhora ou recuperação da função; e medidas da compensação da função perdida e da manutenção da função atual.

A Atenção Primária à Saúde tem como pontos de atenção as UBS e conta com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), quando houver, e atenção odontológica.

O Componente Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências conta com os seguintes pontos de atenção: estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação (auditiva, física, intelectual, visual, ostomia ou múltiplas deficiências, que já existiam na data da publicação da portaria); Centros Especializados em Reabilitação (CER); e Centros de Especialidades Odontoló-

gicas (CEO). Esses pontos de atenção poderão contar com serviço de Oficina Ortopédica, fixo ou itinerante.

Os estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um serviço de reabilitação poderão requerer a qualificação para CER, desde que previsto no Plano de Ação Regional e desde que sejam cumpridas as exigências estabelecidas na Portaria e nas Normas Técnicas publicadas no sítio eletrônico do Ministério da Saúde.

O CER é um ponto de atenção ambulatorial especializada em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território, e poderá ser organizado das seguintes formas:

- CER II – composto por dois serviços de reabilitação habilitados.
- CER III – composto por três serviços de reabilitação habilitados.
- CER IV – composto por quatro ou mais serviços de reabilitação habilitados.

A Oficina Ortopédica constitui-se em serviço de dispensação, de confecção, de adaptação e de manutenção de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM) e será implantada conforme previsto no Plano de Ação Regional. As oficinas itinerantes poderão ser terrestres ou fluviais, estruturadas em veículos ou barcos adaptados e equipados para confecção, adaptação e manutenção de órteses e próteses e serão necessariamente vinculadas a uma Oficina Ortopédica Fixa.

A Oficina Ortopédica deverá estar articulada e vinculada a estabelecimento de saúde habilitado como Serviço de Reabilitação Física ou ao CER com serviço de reabilitação física, visando ampliar o acesso e a oferta de Tecnologia Assistiva.

Os Componentes Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência devem responsabilizar-se por acolhimento, classificação de ris-

co e cuidado nas situações de urgência e emergência; ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde para pessoa com deficiência em leitos de reabilitação hospitalar e em hospitais de reabilitação.

Os critérios definidos para implantação de cada componente e seu financiamento por parte da União serão objeto de normas específicas, previamente discutidas e pactuadas no âmbito da CIT.

Ainda em relação a essa rede, foi pactuada também a Portaria GM/MS n. 1.328 de 3 de dezembro de 2012, que trata das Diretrizes de Atenção à Triagem Auditiva Neonatal no âmbito do SUS.

A Triagem Auditiva Neonatal é uma estratégia que permite identificar os neonatos e lactentes para diagnóstico da deficiência auditiva. O diagnóstico e a intervenção precoces são determinantes para a aquisição da linguagem oral dessas crianças, sendo necessário ampliar a integração e articulação dos serviços de reabilitação com a APS e outros pontos de atenção especializados, bem como ampliar o acesso de neonatos e lactentes à atenção à saúde auditiva no País (BRASIL, 2012f).

À semelhança da Rede de Atenção Psicossocial, foi pactuada a constituição de um Grupo de Trabalho Tripartite, para acompanhar, monitorar, avaliar e, se necessário, revisar a portaria em até 180 dias a partir da publicação da referida portaria, entretanto esse grupo também não foi instituído.

3.4.1 Financiamento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

Investimento

a) Construção de Centro Especializado em Reabilitação (CER)

- CER II – R\$ 2.500.000,00 para CER com metragem mínima de 1.000m².
- CER III – R\$ 3.750.000,00 para CER com metragem mínima de 1.500m².

- CER IV – R\$ 5.000.000,00 para CER com metragem mínima de 2.000m².
- b) Construção de Oficina Ortopédica** – R\$ 250.000,00 para edificação mínima de 260m².
- c) Reforma ou ampliação para qualificação de CER II, CER III e CER IV** – até R\$ 1.000.000,00.
- d) Aquisição de equipamentos e outros materiais permanentes** – devem estar em consonância com as listas prévias disponibilizadas no sítio eletrônico do Fundo Nacional de Saúde (FNS): <<http://www.fns.saude.gov.br>>.
- CER II – até R\$ 1.000.000,00.
- CER III – até R\$ 1.500.000,00.
- CER IV – até R\$ 2.000.000,00.
- Oficina Ortopédica – até R\$ 350.000,00.

Para fazer jus ao incentivo financeiro de investimento, o estado, o Distrito Federal ou o município deverá apresentar à área técnica de saúde da pessoa com deficiência do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da SAS/Ministério da Saúde o projeto de construção, reforma e/ou ampliação, contendo memorial descritivo e cronograma físico-financeiro da obra; e listagem com os equipamentos pretendidos.

O incentivo financeiro de investimento será repassado pelo Fundo Nacional de Saúde em três parcelas, conforme detalhado na portaria.

Além do incentivo financeiro de investimento, o Ministério da Saúde poderá destinar aos CER em funcionamento efetivo veículos adaptados para o transporte sanitário, mediante doação, conforme projeto apresentado e aprovado pela Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência (Dapes/SAS/MS). Serão usuários desses serviços pessoas com deficiência que não apresentem condições de mobilidade e acessibilidade autônoma aos meios de transporte convencional ou que manifestem grandes restrições ao acesso e uso de equipamentos urbanos.

Custeio

- CER II – R\$ 140.000,00 por mês.
- CER III – R\$ 200.000,00 por mês.
- CER IV – R\$ 345.000,00 por mês.
- Oficina Ortopédica fixa – R\$ 54.000,00 por mês.
- Oficina Ortopédica itinerante fluvial ou terrestre – R\$ 18.000,00 por mês.
- CEO – adicional de 20% calculados sobre o valor de custeio atual do serviço.

Os recursos referentes ao incentivo financeiro de custeio serão incorporados na forma de incentivo aos tetos financeiros dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. Para os estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um serviço de reabilitação, ficam mantidas as normas de repasse de recursos por produção e estão condicionados ao cumprimento de alguns requisitos, detalhados na portaria.

Convém ressaltar que, além dos recursos de custeio já referidos, será mantido o repasse de recursos aos tetos financeiros dos estados, do Distrito Federal e dos municípios para o custeio das Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM), pelo Ministério da Saúde.

Foi pactuada a constituição de grupo de trabalho com o objetivo de realizar estudos de revisão do financiamento dos serviços de saúde auditiva, de OPM e propor formas de financiamento dos serviços atuais que compõem as Redes Estaduais, Distrital e Municipais, garantida a participação do CONASS e do Conasems.

O grupo foi criado e desse conjunto de procedimentos apenas o implante coclear teve as ações e financiamentos revistos e pactuados na CIT de dezembro de 2013, o que resultaria em ampliação do acesso e aporte financeiro, porém até o momento a portaria não foi publicada.

Analisando o relatório de gestão da SAS/Ministério da Saúde de 2013, observam-se muitos avanços em relação a essa política, principalmente na ampliação do acesso, publicação de diretrizes terapêuticas, distribuição de oficinas ortopédicas e outras ações, mas, como acontece com as outras redes temáticas, ainda muito longe de se afirmar que as ações desenvolvidas funcionam de forma integrada, de acordo com as necessidades da população e o cuidado coordenado pela APS, até porque o processo de implantação vem acontecendo de forma desarticulada, também na ótica de programas verticais (BRASIL, 2013c).

3.5 Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas

Consideram-se doenças crônicas as doenças que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura (BRASIL, 2014).

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são as principais causas de mortalidade no mundo. Um terço das mortes ocorre em pessoas com idade inferior a 60 anos. A maioria dos óbitos por DCNT são atribuíveis às Doenças do Aparelho Circulatório (DAC), ao câncer, a diabetes e às doenças respiratórias crônicas. As principais causas dessas doenças incluem fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo nocivo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada (BRASIL, 2011j).

Dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011j) indicam que 52,6% dos homens e 44,7% das mulheres com mais de 18 anos de idade estão acima do peso ideal. A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2003) estimou que o excesso de peso é responsável por 58% da carga de doença relativa ao diabetes tipo II, 39% da doença hipertensiva, 21% do infarto do miocárdio, 12% do câncer de cólon e reto e 8% do câncer de mama e responde di-

retamente por parcela significativa do custo do sistema de saúde nos países.

Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial (HA) atingem, respectivamente, 6,3% e 23,3% dos adultos brasileiros (BRASIL, 2011j). No Brasil, essas doenças representam a primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, sendo responsáveis por mais da metade dos diagnósticos primários em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise no SUS brasileiro (OPAS, 2010).

Convém ressaltar que a Portaria GM/MS n. 4.279/2010, que instituiu as Redes de Atenção à Saúde no SUS, aborda essa questão como condições crônicas, e não doenças, pois essas questões vão muito além das doenças (BRASIL 2010a).

A transição demográfica e o predomínio das condições crônicas impactam a saúde das pessoas. O aumento do sobrepeso e da obesidade em crianças e adolescentes pode acarretar o aumento de doenças crônicas na fase adulta.

Diante desse quadro, os gestores do SUS pactuaram a Rede de Atenção às Doenças Crônicas, por meio da Portaria GM/MS n. 483 de 1º de abril de 2014. São objetivos gerais dessa rede realizar a atenção integral à saúde das pessoas com doenças/condições crônicas, por meio da realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde.

É de competência dos Entes Federados, da União, dos estados e dos municípios, por meio do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais de Saúde, do Distrito Federal e dos municípios, em seus respectivos âmbitos de atuação, garantir que todos os estabelecimentos de saúde que prestam atendimento às pessoas com doenças/condições crônicas possuam infraestrutura e tecnologias adequadas, recursos humanos capacitados e qualificados, recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes, de maneira a garantir o cuidado necessário.

Devem garantir, ainda, o financiamento tripartite, de acordo com suas responsabilidades, promover a formação e a qualificação dos profissionais e dos trabalhadores de saúde de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e utilizar os sistemas de informação vigentes, garantindo a interoperabilidade, como também elaborar e divulgar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para qualificar o cuidado das pessoas.

Outras competências são elaborar e desenvolver estratégias de comunicação, informativos ou outros materiais de interesse da população e dos profissionais de saúde relacionados às doenças crônicas e seus fatores de risco, além de estimular a participação popular e o controle social.

O Ministério da Saúde deve definir diretrizes gerais para estruturação das linhas de cuidado e organização da Rede, prestar apoio institucional às Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios no processo de consolidação e qualificação das ações, realizar estudos no intuito de subsidiar e justificar a incorporação de novas tecnologias ou novos usos de tecnologias já existentes no SUS que possam ser utilizadas para qualificar o cuidado.

Além disso, deve efetuar a habilitação dos estabelecimentos de saúde que realizam ações de atenção às pessoas com doenças crônicas, de acordo com critérios técnicos estabelecidos em portarias específicas, desenvolver e disponibilizar sistemas de informação que permitam a interoperabilidade, bem como garantir o acesso aos insumos e medicamentos de compra centralizada, necessários para o tratamento das doenças crônicas de acordo com a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e de acordo com o disposto em legislações específicas.

Compete às SES prestar apoio institucional às Secretarias de Saúde dos municípios, realizar a articulação interfederativa para pactuação de ações e de serviços em âmbito regional ou inter-regional, definir estratégias de articulação com as Secretarias de

Saúde dos municípios do seu estado, com vistas ao desenvolvimento de planos de ação regionais para elaboração das linhas de cuidado que irão compor a Rede de Atenção à Saúde, considerando todos os pontos de atenção, bem como os sistemas logísticos e de apoio necessários para garantir o acesso às ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos para o cuidado das pessoas.

As Secretarias de Saúde dos municípios, por sua vez, devem planejar e programar as ações e os serviços necessários, considerando os serviços disponíveis, a base territorial, o perfil e as necessidades de saúde locais, organizando as linhas de cuidado que irão compor a Rede.

Devem ainda pactuar as linhas de cuidado com os municípios da respectiva região de saúde, organizar e pactuar as diretrizes, o fluxo e a regulação intra e intermunicipal das ações e dos serviços, implantar os sistemas de informação, contribuindo para sua utilização de forma a obter registros dos dados relativos ao cuidado das pessoas que são atendidas no território sob responsabilidade do município, e garantir o acesso aos insumos e medicamentos necessários para o tratamento das doenças crônicas de acordo com a Rename e de acordo com o disposto em legislações específicas.

Os componentes dessa rede são: APS, Atenção Especializada, Sistemas de Apoio, Sistemas Logísticos, Regulação e Governança. A implantação da Rede dá-se por meio da organização e da operacionalização de linhas de cuidado específicas, considerando os agravos de maior magnitude.

Algumas linhas de cuidado consideradas prioritárias foram pactuadas e estão em fase de implantação no País, como prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade, doença renal crônica e prevenção e controle do câncer.

3.5.1 Organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade

A obesidade é uma condição crônica e um fator de risco para outras doenças e uma manifestação de insegurança alimentar e nutricional que acomete a população brasileira de forma crescente em todas as fases do curso da vida.

Essa situação vem se agravando a cada ano. Em razão desse grande problema, foi pactuada a Portaria GM/MS n. 424, de 19 de março de 2013, que redefiniu as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Essa rede tem como diretrizes:

- diagnóstico da população assistida no SUS, a fim de identificar os indivíduos com sobrepeso e obesidade;
- estratificação de risco da população de acordo com a classificação do seu estado nutricional e a presença de outros fatores de risco e comorbidades;
- organização da oferta integral de cuidados na RAS;
- utilização de sistemas de informação;
- investigação e monitoramento dos principais determinantes do sobrepeso e obesidade;
- articulação de ações intersetoriais para promoção da saúde e garantia de financiamento adequado para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade;
- formação de profissionais da saúde;
- garantia da oferta de apoio diagnóstico e terapêutico adequado;
- garantia da oferta de práticas integrativas e complementares para promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamento das pessoas com sobrepeso e obesidade.

No caso de indivíduos adultos, considera-se com sobrepeso aqueles que apresentem Índice de Massa Corporal (IMC) maior ou igual a 25 kg/m² e menor que 30 kg/m² e com obesidade aqueles com IMC maior ou igual a 30 kg/m², sendo a obesidade classificada em:

- grau I: indivíduos que apresentem IMC maior ou igual a 30 kg/m² e menor que 35 kg/m²;
- grau II: indivíduos que apresentem IMC maior ou igual a 35 kg/m² e menor que 40 kg/m²;
- grau III: indivíduos que apresentem IMC maior ou igual a 40 kg/m².

Para a prevenção e o tratamento do sobrepeso e da obesidade, os componentes dessa rede exercem especialmente, as seguintes atribuições:

- **Componente atenção básica**

Na APS deve ser realizada a vigilância alimentar e nutricional da população adstrita com vistas à estratificação de risco para o cuidado do sobrepeso e da obesidade; ações de promoção da saúde e prevenção de forma intersetorial; apoio ao autocuidado para manutenção e recuperação do peso saudável; assistência terapêutica multiprofissional, aos adultos com sobrepeso e obesidade e aos que realizaram procedimento cirúrgico; coordenação do cuidado dos indivíduos adultos que necessitarem de outros pontos de atenção e o acolhimento adequado em todos os equipamentos da atenção básica, incluindo os Polos de Academia da Saúde.

- **Componente atenção especializada**

Compreende a atenção ambulatorial, a hospitalar e a urgência e emergência. A ambulatorial deve prestar apoio matricial às equipes de APS, prestar assistência ambulatorial especializada multiprofissional aos indivíduos adultos referenciados pela APS por meio da regulação; diagnosticar os casos com indicação para

procedimento cirúrgico e assistência terapêutica multiprofissional pré e pós-operatória.

Na atenção hospitalar, deve ser organizado o acesso à cirurgia, inclusive a plástica reparadora, considerando e priorizando os indivíduos que apresentam outras comorbidades associadas à obesidade e/ou maior risco à saúde.

Quanto à urgência e emergência, devem prestar assistência e o primeiro cuidado às urgências e emergências até o encaminhamento, se necessário, dos indivíduos com complicações agudas decorrentes do sobrepeso e obesidade, bem como do pós-operatório da cirurgia bariátrica, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades.

O Serviço de Assistência de Alta Complexidade foi regulamentado em ato normativo específico do Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS n. 425 de 4 de setembro de 2013 (BRASIL, 2013d).

- **Componentes sistemas de apoio e sistemas logísticos**

Realiza exames complementares ao diagnóstico e tratamento da obesidade, de acordo com o plano regional; presta assistência farmacêutica necessária ao tratamento clínico e pós-tratamento cirúrgico; realiza o transporte sanitário eletivo e de urgência para os usuários, por meio de veículos adaptados, quando necessário.

A organização do acesso às ações e aos serviços especializados será executada pelo Componente Regulação, que deve atuar de forma integrada, com garantia da transparência e da equidade no acesso, independentemente da natureza jurídica dos estabelecimentos de saúde.

O financiamento da organização das ações e serviços de promoção da saúde, prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade no âmbito da APS é realizado por meio do Piso de Atenção Básica,

do Piso de Vigilância e Promoção da Saúde, do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), do Programa Academia da Saúde, do Programa Saúde na Escola (PSE), dos Nasf e do apoio para a estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional.

No âmbito do Componente Atenção Especializada, o financiamento é realizado conforme ato normativo específico do Ministério da Saúde, pactuado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), e está condicionado à construção regional da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade.

O Ministério da Saúde disponibilizará manuais instrutivos e cadernos temáticos para orientar a organização e a construção de diretrizes clínicas regionais. As diretrizes gerais para o tratamento cirúrgico, critérios e indicações estão detalhados nos anexos da portaria que instituiu essa linha de cuidado. Vale ressaltar que até o momento esses manuais e cadernos temáticos não foram disponibilizados.

3.5.2 Critérios para a organização da linha de cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico

A Doença Renal Crônica (DRC) baseia-se em alterações na taxa de filtração glomerular e(ou) presença de lesão parenquimatosa mantidas por pelo menos três meses. Estudos recentes vêm demonstrando elevada prevalência das DRC, como consequência de progressão acelerada das doenças e condições crônicas, como diabetes e doenças cardiovasculares. Associam-se outros fatores de risco, como obesidade, tabagismo, alimentação inadequada e sedentarismo.

A Portaria GM/MS n. 389 de 13 de março de 2014 (BRASIL, 2014) criou critérios para a organização da linha de cuidado da pessoa com doença renal crônica e instituiu incentivo financeiro de custeio para o cuidado ambulatorial pré-dialítico, na rede temática de atenção a doenças/condições crônicas.

Atribuições dos Pontos de Atenção

a) Na Atenção Primária à Saúde:

- Realizar ações de promoção à saúde, na prevenção dos fatores de risco relativos à DRC, diagnóstico precoce e tratamento oportuno da DRC em conformidade com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), atividades educativas e apoiar o autocuidado, ampliando a autonomia da pessoa com DRC, com também gerir o cuidado à pessoa com DRC e a atenção dos estágios clínicos pré-dialíticos 1 ao 3.

b) Na Atenção Especializada Ambulatorial:

- Prestar assistência ambulatorial de forma multiprofissional, de acordo com o documento das Diretrizes Clínicas, incluindo a necessidade de TRS – Terapia Renal Substitutiva, realizar apoio matricial, diagnosticar, quando da necessidade de TRS-diálise, os casos com indicação para procedimento cirúrgico da confecção de fístula arteriovenosa ou implante de cateter para diálise peritoneal. Tipologias e atribuições das unidades de atenção especializada ambulatorial em DRC:
- **Unidade Especializada em DRC** – responsável pela atenção de média complexidade, realiza o acompanhamento multiprofissional das pessoas com DRC nos estágios clínicos 4 e 5 (pré-diálise) ou nas demais situações previstas nas diretrizes clínicas, exceto TRS-diálise. Devem também matricular as equipes de APS, nos temas relacionados a doenças renais. A equipe mínima é composta por médico nefrologista, enfermeiro, nutricionista, psicólogo e assistente social.
- **Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia** – responsável pela atenção de alta complexidade, realiza pelo menos uma modalidade de TRS-diálise para tratamento da pessoa com DRC e deve con-

tar com uma equipe composta minimamente por 1 (um) médico nefrologista e um enfermeiro especializado em nefrologia, que respondam pelos procedimentos e intercorrências médicas e de enfermagem, como Responsáveis Técnicos; médico nefrologista; enfermeiro especialista em nefrologia; assistente social; psicólogo; nutricionista; técnico de enfermagem; técnico de enfermagem exclusivo para o reprocessamento dos capilares; funcionário exclusivo para serviços de limpeza; e técnico responsável pela operação do sistema de tratamento de água para diálise, para os serviços que possui o programa de hemodiálise.

- **Unidade Especializada em DRC com TRS-Diálise** – é responsável pela atenção de média e alta complexidade. Realiza o acompanhamento multiprofissional das pessoas com DRC nos estágios 4 e 5 (pré-diálise); matricula as equipes de APS nos temas relacionados a doenças renais – incluindo ações como interconsultas, segunda opinião formativa, discussão de casos, momentos de educação permanente conjuntos, intervenções no território e intersetoriais e oferta, pelo menos, uma modalidade de TRS-diálise para tratamento da pessoa com DRC.

O tratamento de diálise consiste na realização das consultas em nefrologia e exames decorrentes e na realização de pelo menos uma das seguintes modalidades de TRS-diálise: Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC); Diálise Peritoneal Automática (DPA); Diálise Peritoneal Intermitente (DPI); e Hemodiálise (HD).

Tanto a Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia como a Unidade Especializada em DRC com TRS-diálise deverão oferecer, obrigatoriamente, atendimento ambulatorial aos pacientes que estão em processo de diálise, sob sua responsabilidade.

Nos casos de intercorrências que ocorram durante o processo de diálise, a unidade deve prestar os primeiros

atendimentos ao paciente, garantindo a sua estabilização, bem como dar continuidade à assistência por meio da regulação de urgência e emergência, que deverá garantir o transporte do paciente e a continuidade da assistência necessária para as referências previamente pactuadas na região.

Os pacientes que optarem por diálise peritoneal serão encaminhados juntamente com seus familiares, para treinamento pela equipe multidisciplinar e para o serviço de referência de implante de cateter em período suficiente para o início programado da diálise.

Em relação aos recursos humanos, a portaria detalha as categorias profissionais necessárias para cada serviço, a qualificação exigida e a parametrização.

Adesão e Habilitação

As Secretarias de Saúde deverão encaminhar à Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC/ DAET/SAS/MS) os seguintes documentos:

- resolução da CIB ou, CGSES/DF e, quando houver, CIR contendo a aprovação dos estabelecimentos de saúde de atenção especializada ambulatorial que prestarão assistência às pessoas com DRC, estágio 4 e 5 (pré-diálise), contendo a relação dos estabelecimentos de saúde dentro da rede de atenção às pessoas com doenças crônicas e as metas físicas a serem alcançadas, conforme a estimativa de público-alvo com DRC, estágio 4 e 5 (pré-diálise), considerando-se a capacidade de produção dos estabelecimentos de saúde elencados;
- registro no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES) das unidades básicas de saúde para as quais as unidades de atenção especializada ambulatorial serão referência; e

- cópia da publicação em diário oficial do extrato de contrato com o estabelecimento de saúde, quando este não for da rede própria vinculada à respectiva Secretaria de Saúde.

Para a habilitação dos estabelecimentos de saúde como Unidade de Assistência da Alta Complexidade em Nefrologia, as Secretarias de Saúde Estaduais deverão encaminhar à CGMAC/DAET/SAS/MS as informações elencadas abaixo. Uma vez emitido o parecer favorável a respeito do credenciamento pelo gestor público de saúde estadual, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) tomará as providências para a publicação da Portaria específica de habilitação e o processo com a documentação comprobatória ficará na posse do gestor do SUS, disponível ao Ministério da Saúde para fins de supervisão e auditoria.

- parecer conclusivo do gestor público de saúde estadual quanto ao credenciamento/habilitação da Unidade;
- Resolução da CIB aprovando o credenciamento/habilitação e a informação sobre o impacto financeiro no custeio do serviço de saúde;
- relatório de vistoria realizado pela Vigilância Sanitária local, em que conste a estrita observância da RDC n. 11, de 13 de março de 2014 (BRASIL, 2014), cópia da Licença de Funcionamento. O serviço público deve ter a cópia do parecer técnico conclusivo da situação encontrada que será anexado ao processo. A ausência da análise impede a sequência do processo de habilitação.
- contrato assinado pelo gestor de saúde e o responsável técnico do estabelecimento de saúde que presta assistência à saúde em DRC com a definição da responsabilidade pela confecção da fístula arteriovenosa de acesso à hemodiálise ou implante de cateter para diálise peritoneal;
- termo de compromisso celebrado entre o serviço de saúde de diálise, o gestor local e o hospital vinculado ao SUS

de retaguarda, estabelecendo as responsabilidades pela garantia de referência aos casos que necessitem de internação por intercorrências decorrentes do tratamento dialítico;

- termo de compromisso celebrado entre o serviço de saúde de diálise e o serviço de diagnose para que seja garantida a execução dos exames;
- declaração do impacto financeiro do serviço a ser credenciado, segundo os valores dos procedimentos necessários à realização da diálise constantes na tabela de procedimentos do SUS;
- termo de compromisso celebrado entre o serviço de saúde de diálise, que não ofereça todas as modalidades de diálise, com outro serviço de saúde de diálise, para que seja garantida a oferta de todas as modalidades de procedimentos de diálise;
- relação dos profissionais de saúde, especificando quais são os responsáveis técnicos pelo estabelecimento de saúde, cadastrados no SCNES;
- da SES ou Secretaria Municipal de Saúde (SMS) que comprove a garantia da assistência do paciente com DRC, por meio da regulação de urgência e emergência, no caso de intercorrência durante o tratamento de diálise; e
- termo de compromisso assinado pelo responsável técnico do estabelecimento de saúde que presta assistência à saúde em DRC garantindo o encaminhamento de todos os pacientes em diálise para avaliação por uma equipe de transplante.

Financiamento

Os estabelecimentos de saúde aderidos como Unidade Especializada em DRC e habilitados como Unidade Especializada em DRC com TRS-Diálise farão jus a incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico, que será utiliza-

do exclusivamente para a realização dos procedimentos referentes aos estágios clínicos 4 e 5 pré-diálise e matriciamento para estágio 3b.

Esse incentivo corresponde ao valor mensal de R\$ 61,00 por pessoa com DRC estágio 4 ou 5 pré-diálise, conforme a meta física informada pelo respectivo gestor público de saúde. Além disso, as Unidades Especializadas em DRC com TRS-Diálise farão jus a incremento financeiro no componente Serviço Ambulatorial (SA) dos procedimentos descritos nos Anexos da portaria.

Os recursos do incentivo financeiro são oriundos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec) e serão movimentados sob fiscalização do respectivo Conselho de Saúde, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos do sistema de controle interno do Poder Executivo e pelo Tribunal de Contas da União conforme disposto no art. 3º do Decreto n. 1.232, de 30 de agosto de 1994.

No caso de execução integral do objeto originalmente pactuado e verificada sobra de recursos financeiros, o Ente Federativo poderá efetuar o remanejamento dos recursos e a sua aplicação nos termos das Portarias GM/MS n. 204 de 29 de janeiro de 2007 e n. 3.134 de 17 de dezembro de 2013. Quando for verificada a não execução integral do objeto originalmente pactuado e a existência de recursos financeiros repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, distrital e municipais não executados, seja parcial ou totalmente, o Ente Federativo estará sujeito à devolução dos recursos financeiros transferidos e não executados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, observado o regular processo administrativo.

Nos casos em que for verificado que os recursos financeiros transferidos pelo FNS foram executados, total ou parcialmente em objeto distinto ao originalmente pactuado, aplicar-se-á o regramento disposto na Lei Complementar n. 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto n. 7.827, de 16 de outubro de 2012 (BRASIL, 2012g).

Os procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais, do Grupo 03 – Procedimentos Clínicos, Subgrupo 05 – Nefrologia têm o instrumento de registro por Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (Apac) e são financiados pelo Faec.

Monitoramento e avaliação

Os estabelecimentos de saúde autorizados a prestarem a atenção à saúde às pessoas com DRC no âmbito do SUS serão submetidos a regulação, controle e avaliação dos seus respectivos gestores, cujas atribuições estão definidas na portaria.

O cumprimento das metas físicas será avaliado a cada três meses a partir da adesão ou habilitação, por meio do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) ou de outros sistemas de informação oficiais definidos pelo Ministério da Saúde. O estabelecimento de saúde que não realizar as metas físicas estabelecidas pelo gestor público de saúde será notificado e desabilitado. O gestor público de saúde interessado em manter a habilitação do serviço deverá encaminhar ao Ministério da Saúde, no prazo máximo de 15 dias a contar do recebimento da notificação, a justificativa para o não cumprimento da produção mínima exigida, que analisará a justificativa apresentada e decidirá pela manutenção da habilitação ou pela desabilitação do serviço.

O Ente Federativo desabilitado fica obrigado a restituir os valores recebidos referentes ao período de três meses nos quais não tenha cumprido as metas físicas estabelecidas. A restituição será operacionalizada pelo Departamento de Regulação Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAS/MS) por meio do encontro de contas entre o montante transferido e o efetivamente realizado pelos serviços e gasto por cada estado, Distrito Federal ou município, quando ficar constatada a produção diferente do disposto, tanto em relação ao rol mínimo, quanto em relação ao mínimo de procedimentos, sendo os valores não utilizados descontados dos Tetos Financeiros de Média e Alta Complexidade do respectivo estado, Distrito Federal ou município.

Em caso de não se constatar, no SIA/SUS, o cumprimento do percentual de pessoas com DRC nos estágios 4 e 5 pré-diálise em relação ao percentual de pessoas com DRC em TRS-diálise no respectivo estabelecimento de saúde, conforme preconizado no Anexo III da Portaria n. 389 de 13 de março de 2014, poderá ocorrer a reclassificação ou extinção das habilitações das Unidades Especializadas em DRC com TRS-diálise.

Foi alterado, na Tabela de Serviços Especializados do SCNES, o serviço de código 130, passando a ter a denominação de Serviço de Atenção à Doença Renal Crônica com as respectivas classificações e CBO, conforme Anexo V da portaria que define os critérios dessa linha de cuidado, excluído o serviço Litotripsia, classificação 002, e alterada, na Tabela de Habilitações do SCNES, a denominação do Grupo de habilitação 15 para Atenção à saúde das pessoas com DRC (ver Portaria GM/MS n. 389 de 13 de março de 2014).

3.5.3 LINHA DE CUIDADO, PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER

A estimativa de câncer para o Brasil para os anos de 2014/2015 é de aproximadamente 576 mil casos novos. Ressaltam-se as mudanças no perfil demográfico brasileiro nos últimos anos devido o “envelhecimento” da população, que, junto com a transformação nas relações entre as pessoas e seu ambiente, mostrou alteração importante no perfil de morbimortalidade, diminuindo a ocorrência das doenças infectocontagiosas e colocando as doenças crônico-degenerativas como novo centro de atenção dos problemas de doença e morte da população brasileira (FACINA, 2014).

Considerando a importância epidemiológica do câncer e a sua magnitude como problema de saúde pública, a necessidade de redução da mortalidade e da incapacidade causadas por câncer, por meio de ações de promoção da saúde, prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno e, ainda, a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, foi instituída por meio da Portaria GM/MS n. 874 de 16 de maio de 2013, a Política Nacional para a

Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS.

O objetivo dessa linha de cuidado é reduzir a mortalidade e a incapacidade causadas pelo câncer e a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos.

Tem como princípios o reconhecimento do câncer como doença crônica prevenível e a necessidade de oferta ao cuidado integral e à ciência e tecnologia, e como diretrizes a promoção da saúde, a prevenção do câncer, vigilância, monitoramento e avaliação, educação, comunicação em saúde.

É importante ressaltar que, em 22 de novembro de 2012, foi publicada a Lei n. 12.732 (BRASIL, 2012h) que determinou que o paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no SUS, no prazo de até 60 dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor. Visando garantir o tratamento no prazo estipulado pela Lei n. 12.732, em 16 de maio de 2013, entre outras ações, foi publicada a Portaria GM/MS n. 876 de 22 de novembro de 2012 (BRASIL, 2013e), que tem como objetivo definir estratégias para qualificar o tratamento dos usuários com diagnóstico de neoplasia maligna, por meio da definição de fluxos e de responsabilidades dos Entes Federados, a fim de garantir o tratamento adequado e tempestivo dos casos diagnosticados.

Responsabilidades das esferas de gestão

São de competências comuns aos gestores do SUS, União, estados e municípios, em seu âmbito de atuação, além das previstas na organização de qualquer rede temática, e outras que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores: realizar parcerias

com instituições internacionais, governamentais e do setor privado; elaborar e divulgar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para os cânceres mais prevalentes; apoiar e acompanhar o funcionamento dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC) nas unidades habilitadas em alta complexidade em oncologia.

Cabe ao Ministério da Saúde prestar apoio institucional às SES, ao Distrito Federal e aos municípios no processo de qualificação e de consolidação da atenção ao paciente com câncer, realizar estudos de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) e Atenção Especializada (AE) para estabelecer diretrizes e recomendações, em âmbito nacional, para a prevenção e o controle do câncer, e efetuar a habilitação dos estabelecimentos de saúde que realizam a atenção à saúde das pessoas com câncer, de acordo com critérios técnicos estabelecidos previamente de forma tripartite.

Quanto às SES, têm como competências coordenar a organização e implantação das linhas de cuidado de tumores específicos e apoiar a regulação e o fluxo de usuários entre os pontos de atenção da RAS, além de apoiar os municípios na educação permanente dos profissionais.

Em relação aos sistemas de informação, as SES devem garantir a utilização dos critérios técnico-operacionais estabelecidos e divulgados pelo Ministério da Saúde para organização e funcionamento dos sistemas de informação sobre o câncer, considerando-se a necessidade de interoperabilidade dos sistemas; analisar os dados estaduais; implantar e manter o funcionamento do sistema de RHC nas unidades habilitadas em alta complexidade em oncologia, e enviar as bases de dados ao Ministério da Saúde, especificamente ao Instituto Nacional do Câncer (Inca); analisar os dados enviados pelas SMS onde existem o RCBP implantado, divulgar suas informações e enviá-las para o Inca e para a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), responsáveis pela consolidação nacional dos dados.

No que se refere aos serviços, são responsáveis por garantir e acompanhar o processo de implantação e manutenção dos RHC dos serviços de saúde habilitados como Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) ou Centros de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon); utilizar as informações produzidas pelos RHC para avaliar e organizar as ações e os serviços de saúde de alta complexidade e densidade tecnológica; manter atualizados os dados dos profissionais e de serviços de saúde que estão sob gestão estadual, públicos e privados, que prestam serviço ao SUS, no SCNES; selecionar, contratar e remunerar os profissionais de saúde que compõem as equipes multidisciplinares dos estabelecimentos de saúde de natureza pública, sob sua gestão.

Às SMS, além das previstas na organização de qualquer rede temática, competem pactuar as linhas de cuidado na região de saúde e pactuar a regulação e o fluxo de usuários entre os serviços da rede de atenção à saúde.

Quando não existir capacidade instalada no próprio município, deve planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender à população e operacionalizar a contratualização dos serviços.

Os municípios devem analisar os dados produzidos pelos sistemas de informação vigentes e utilizá-los; selecionar, contratar e remunerar os profissionais de saúde que compõem as equipes multidisciplinares dos estabelecimentos de saúde públicos sobre sua gestão e manter atualizados os dados dos profissionais e de serviços de saúde que estão sobre gestão municipal, públicos e privados, que prestam serviço ao SUS no SCNES.

Em relação aos sistemas de informação, devem garantir a utilização dos critérios técnico-operacionais estabelecidos e divulgados pelo Ministério da Saúde considerando-se a necessidade de interoperabilidade dos sistemas.

À Secretaria de Saúde do Distrito Federal competem as atribuições reservadas às SES e às SMS.

Estruturas operacionais

Os componentes dessa rede são Atenção Primária à Saúde, Atenção Domiciliar, Atenção Especializada, composta pela atenção ambulatorial e hospitalar, Sistemas de Apoio, Regulação, Sistemas Logísticos e Governança.

Avaliação e monitoramento

Os parâmetros, as metas e os indicadores para avaliação e monitoramento da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer devem estar contidos nos instrumentos de gestão definidos pelo sistema de planejamento do SUS, tais como Planos de Saúde, Programações Anuais de Saúde e Relatórios Anuais de Gestão.

Financiamento

Além dos recursos dos fundos nacional, estaduais e municipais de saúde, fica facultado aos gestores de saúde utilizar outras fontes de financiamento, como ressarcimento ao SUS, pelos planos de saúde privados em relação ao câncer, repasse de recursos advindos de contribuições para a seguridade social, criação de fundos especiais, e parcerias com organismos nacionais e internacionais para financiamento de projetos especiais, de desenvolvimento de tecnologias, máquinas e equipamentos com maior proteção à saúde dos usuários do SUS.

Além das fontes de financiamento previstas, poderão ser pactuados, nas instâncias intergestores, incentivos específicos para as ações de promoção, prevenção e recuperação dos usuários em relação ao câncer.

Importante destacar os esforços para melhorar as coberturas de preventivo de câncer cérvico-uterino e mama. Detalhes nas Portarias GM/MS n. 2.012 de 23 de agosto de 2011 e SAS/MS n. 451 de 15 de agosto de 2011.

A organização dos critérios das linhas de cuidado priorizadas e de seus componentes será objeto de normas específicas pactuadas na CIT e posteriormente publicadas pelo Ministério da Saúde.

CONSIDERAÇÕES

O SUS está atravessando uma das suas piores crises, desde a sua criação em 1990. Entre os principais agravantes tem-se o subfinanciamento potencializado pela crescente demanda da população, pela incorporação acelerada de novas tecnologias e pelo modelo de atenção hegemônico, voltado para as condições agudas, incapaz de responder às necessidades da atual situação epidemiológica e demográfica do país.

De acordo com levantamento realizado pelo núcleo de financiamento da secretaria executiva do CONASS, com base, entre outros, na publicação da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) *A Atenção à Saúde Coordenada pela APS: Construindo as Redes de Atenção no SUS* (2011), observa-se que o percentual dos gastos em saúde dos estados e municípios vem crescendo a cada ano, ao contrário da União, que reduz progressivamente sua participação proporcional nas citadas despesas. Esperava-se que a regulamentação da Emenda Constitucional (EC) n. 29, destina-se 10% das Receitas Correntes Brutas da União para o SUS e revertisse essa situação, o que não ocorreu.

A insatisfação com o financiamento destinado à saúde, após a regulamentação da EC n. 29 pela Lei n. 141/2012 (BRASIL, 2012), fez que a sociedade civil (Conselho Nacional de Saúde, Confederação Nacional dos Bispos do Brasil, Ordem dos Advogados do Brasil, entre outros) e conselhos representativos de gestores (Conasems e CONASS) apresentassem proposta legislativa de iniciativa popular – denominada “Movimento Saúde + 10”, apoiada em mais de 2 milhões de assinaturas – em tramitação no Congresso Nacional, desde agosto de 2013, reivindicando mais recursos para o SUS.

O descontentamento permanece, pois as regras estabelecidas pela Emenda Constitucional n. 86 de 17 de março de 2015, não contemplam o que foi defendido no Movimento Saúde + 10. Mais detalhes no livro A Gestão do SUS.

A Gestão do SUS

Coleção Para Entender a Gestão do SUS

Acesse usando o QR CODE ao lado ou pelo link goo.gl/g9vbW5



No que diz respeito à incoerência entre a situação de saúde do País e o modelo de atenção à saúde adotado, após várias discussões tripartite, foi incorporada oficialmente ao SUS a concepção de Redes de Atenção à Saúde, por meio da Portaria GM/MS n. 4.279 de 30 de dezembro de 2010 e do Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011), que regulamentou a Lei n. 8.080/1990 (BRASIL, 1990) e, a partir da adesão, por parte dos estados e municípios, às cinco redes prioritárias já citadas, o aporte de recursos financeiros do Ministério da Saúde tem aumentado consideravelmente, embora ainda de forma fragmentada, na lógica dos antigos programas, além de não contemplar todas as regiões de saúde e ser insuficiente para organizar e operacionalizar as RAS, de forma efetiva.

Apesar do consenso de que a APS é o centro de comunicação das RAS e, portanto, ordenadora do cuidado do cidadão, esse nível de atenção não vem sendo qualificado para cumprir essa função de forma adequada.

Outro aspecto relevante é que nominalmente o aporte de recursos despendido pela União tem crescido nos últimos três anos, por meio de programas, como o Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, Programa de Saúde na Escola (PSE), Academias da Saúde, Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ), Brasil Carinhoso, aumento das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), Telessaúde – Redes, Saúde Bucal, Programa de Va-

lorização da Atenção Básica, (Provab) e Mais Médicos. Entretanto, observa-se que esses programas têm sido implantados de forma desarticulada, perpetuando o modelo fragmentado, contrariando as premissas de organização das RAS.

Reconhece-se que os programas Provab e Mais Médicos contribuíram para ampliar o acesso e aumentar a cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF), porém é fundamental que sejam fortalecidas as ações propostas para estruturar a formação e qualificação dos profissionais de saúde de todo o País, o que exige maior participação por parte de todos os Entes Federados na construção dessa integração e qualificação dessa política.

Por sua vez, o PMAQ é instrumento importante de monitoramento e avaliação, inclusive com indução para mudança do processo de trabalho e da melhoria da qualidade, e também exige maior participação da gestão dos estados, uma vez que é da sua responsabilidade assessorar, acompanhar e avaliar a APS executada no âmbito municipal.

É necessária uma ação mais ousada, efetiva, coesa, para transformar a atenção básica (entendida como cuidados básicos de saúde) em Atenção Primária à Saúde, (atenção complexa e a porta preferencial do cidadão no sistema de saúde) de qualidade e resolutive. Para tal, urge a incorporação de processos educacionais potentes, que permitam mudar os comportamentos dos profissionais, por meio de métodos adequados, motivadores, baseados na andragogia, metodologia educacional para adultos; e dos usuários, por meio de processos de educação em saúde, de forma contínua e simultânea em todo o País.

Para além da APS, outros pontos de estrangulamento na implantação das redes são a dissociação da teoria com a prática no processo de implantação e a dificuldade de acesso a ações da média complexidade, tanto as consultas especializadas quanto os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.

Diante desse quadro, é imprescindível que haja maior solidariedade entre as esferas de gestão, tanto técnica como financeiramente. Muitas vezes os recursos que deveriam ser utilizados na APS, são despendidos em Hospitais de Pequeno Porte (HPP), UPA, ou mesmo contratação de especialistas, em detrimento do fortalecimento desse nível de atenção, o que resulta em competição danosa para a organização da UBS, desorganizando o sistema e prejudicando a saúde das pessoas.

É fundamental também que as SES assumam seu papel de coordenadoras e articuladoras na implantação da RAS, e os municípios priorizem a qualificação da APS.

Por fim, é preciso inovar na gestão. Existem inúmeras evidências que os sistemas fragmentados, baseados em oferta, não dão resposta às necessidades de saúde da população. A implantação efetiva das RAS é um caminho, pois significa introduzir novas práticas, novos instrumentos de gestão, de forma integrada, eficiente e efetiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Congresso Nacional. Ato Declaratório n. 26, de 13 de junho de 2012. Comunica encerramento do prazo de vigência da Medida Provisória n. 557, de 26 de dezembro de 2011. **Diário Oficial da União** de 14 de junho de 2012, Seção 1, Página 1. Brasília: Congresso Nacional, 2012

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 29 jun. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CALMON et al. Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família. **CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 1929-1936, set. 2009 *Maria Tereza Serrano Barbosa* Rio de Janeiro, 2009.

CHOMATAS, E. **Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no**

município de Curitiba no ano de 2008. Dissertação de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.

CONASS, Núcleo de Epidemiologia do CONASS a partir de dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) do MS. Dados disponíveis em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: out. 2014.

DEPARTMENT OF HEALTH. **Supporting people with long-term conditions:** a NHS and social care model to support local innovation and integration. Leeds, Long Term Conditions Team Primary Care, Department of Health, 2005.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care.** Oxford: Oxford University Press, 2003.

ELIAS, P. et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 11, p. 633-641, 2006.

FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 669-681, 2006.

FACINA, T. Estimativa 2014: Incidência de câncer no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 60, n. 1, p. 63, 2014.

FERNANDES, L. C. L. et al. Utilização de serviço de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, v. 43, p. 595-603, 2009.

Frenk J et al. 1991. La transición epidemiológica en América Latina. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, 111(6):485-496. ____.

____. **Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico.** Nairobi: Comissão on Social Determi-

nants of Health, 2006. GAWANDE, A. **Complications: a surgeon's notes on an imperfect science.** London: Profile Books, 2002.

GREEN, L. A. et al. The ecology of medical care revisited. **New Engl. J. Med.**, v. 344, p. 2021-2025, 2001.

GUIMARÃES, H. P., AVEZUN, Álvaro; PIEGAS, L. S. Epidemiologia do infarto agudo do miocárdio. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, v. 16, n. 1, p. 1-7, jan./mar. 2006.

GUSSO, G. D. F. **Diagnóstico da demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional da Atenção Primária.** 2. ed. (CIAP-2). Tese de doutorado na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2009.

HALL, R. J. **Organizações, estrutura e processos.** Rio de Janeiro: Prentice-Hall, 1982.

HAMER, M., CHAMPY, J. **Reengineering the corporation.** New York: Harper Business, 1994.

HARZHEIM, E. **Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa de Salud de Família en la región Sur de Porto Alegre, Brasil.** Alicante: Universidad de Alicante, 2004.

IBÁÑEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 683-704, 2006.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Priority areas for national action: transforming health care quality.** Washington: The National Academy Press, 2003.

JAMOULLE, M., GUSSO, G. Prevenção quaternária: primeiro não causar dano. In: GUSSO, G., LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática.** Porto Alegre: Artmed, 2012.

LANDSBERG, G. et al. Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a CIAP. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 17, p. 3025-3036, 2012.

LIMA, H. O. et al. Gestão por processos. In: MARQUES, A. J. S. et al. (Org.). **O choque de gestão em Minas Gerais**: resultados na saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010. v. II.

LIMA, M. V. et al. Registros médicos, certificados e atestados. In: DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

LOPES, J. M., OLIVEIRA, M. B. Assistência domiciliar: uma proposta de organização. **Rev. Técnico-Científica do Grupo Hospitalar Conceição**, v. 11, p. 28-50, 1998.

LORIG, K. et al. **Living a healthy life with chronic condition**: self-management of heart disease, arthritis, diabetes, asthma, bronchitis, emphysema and others. 3rd. ed. Boulder: Bull Publishing Company, 2006.

MAHMUD, S. J. et al. Abordagem comunitária: cuidado domiciliar. In: GUSSO, G., LOPES, J. M. C. **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. tomo I.

MALTA, D. C. **Panorama atual das doenças crônicas no Brasil**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, 2011.

MACINKO, J. et al. Organization and delivery of primary health care services in Petropolis, Brazil. **International Journal of Health Planning and Management**, v. 19, p. 303-317, 2004.

MAHMUD, S. J. et al. Abordagem comunitária: cuidado domiciliar. In: GUSSO G., LOPES, J. M. C. **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. Tomo I.

MELLO JORGE, M.H. P, YUNES, J. Violência e saúde no Brasil. **Revista da USP**, São Paulo, v. 51, p. 114-127, 2001.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

_____. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

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

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

_____. **A complexidade da demanda na atenção primária à saúde**. Brasília: CONASS, 2014.

MINAYO, M. C. S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10 (suplemento 1), p. 7- 18, 1994.

_____. **Portaria n. 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, p. 89, 31 dez. 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria4279_docredez.pdf>.

_____. **Portaria n. 1.459**, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diá-

rio Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, 25 jun. 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>.

_____. **Portaria n. 1.600**, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e Institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de saúde. Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, 8 jul. 2011c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>.

_____. **Portaria n. 650**, de 5 de outubro de 2011. Dispõe sobre os Planos de Ação Regional e Municipal da Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, 6 out. 2011k. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650_05_10_2011.html

_____. **Portaria n. 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial no SUS – RAPS (Republicada em 31 dez. 2011, por ter saído, no DOU nº 247, 26 dez. 2011, Seção 1, p. 232-233, com incorreção no original). Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, 26 dez. 2011h. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3089_23_12_2011_rep.html>.

_____. **Portaria n. 793**, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, 25 abr. 2012g. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html>.

_____. **Portaria n. 252**, de 19 de fevereiro de 2013. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, 20 fev. 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0252_19_02_2013.html>.

Ministério da Saúde. Epidemiol. Serv. Saúde v.22 n.1 Brasília mar. 2013 <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000100016>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF. Cuidados primários de saúde. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, Rússia**. Brasília: Unicef, 1979.

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

OMRAM, A. R., 1971. **The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change**. Milbank Memorial Fund Quarterly, 49 (Part 1): 509-538.

SALTMAN, R. S. et al. (Eds.). **Primary care in the driver's seat?** Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies/Nuffield Trust. Maidenhead: Open University Press/McGraw Hill, 2006.

SANTOS-PRECIADO, J. I. et al. La transición epidemiológica de las y los adolescentes em México. **Salud Pública de México**, 45(supl. 1), p. 140-152, 2003.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo da carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, p. 897-908, 2004.

SINGH, D. **How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers?** Copenhagen: Regional Office for Europe of the World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.

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

TUFTS MANAGED CARE INSTITUTE. **Population-based health care**: definitions and applications. 2000. Disponível em: <http://www.thci.org/downloads/topic11_00.pdf>. Acesso em: 16 set. 2008.

UNGER, J. P., KILLINGSWORTH, J. R. Selective primary health care: a critical view of methods and results. **Social Sciences and Medicine**, v. 22, p. 1001-1013, 1986.

VAN STRALEN, C. et al. Percepção de usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação de unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s148-s158, 2008.

VUORI H. Primary care in Europe: problems and solutions. **Community Medicine**, v. 6, p. 221- 231, 1984.

WAGNER, E. H. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness. **Effective Clinical Practice**, v. 1, p. 2-4, 1998.