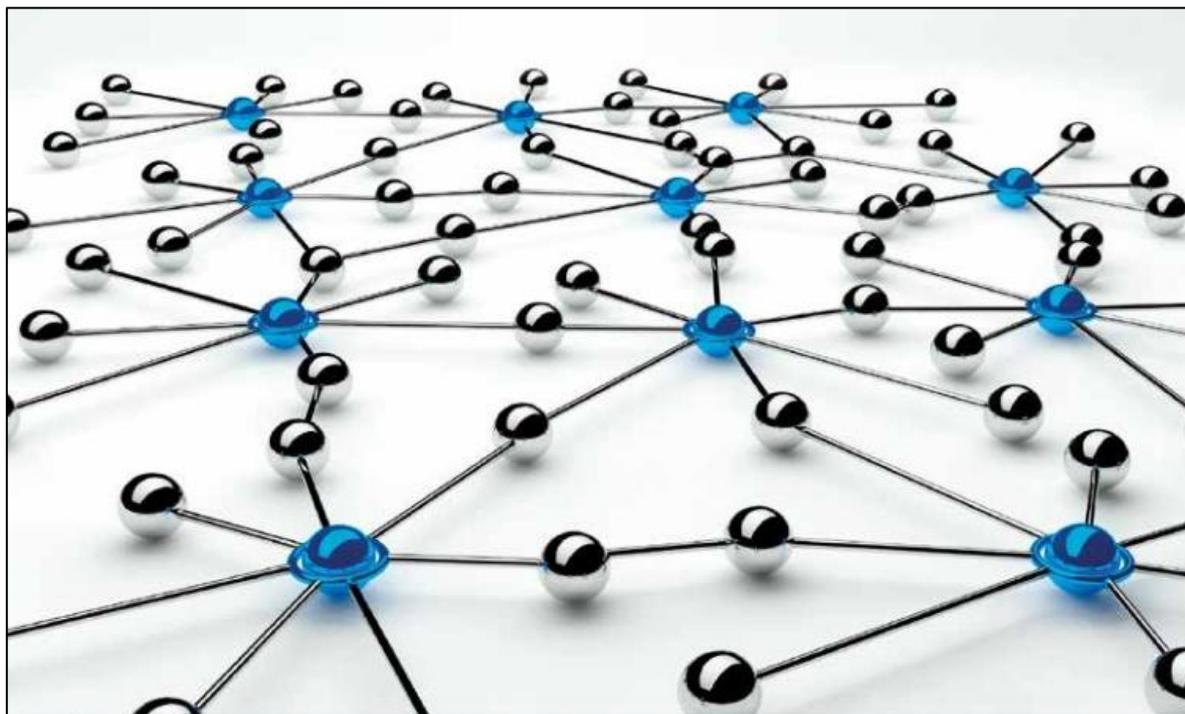


PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

OFICINA 1 - REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE - 18ª CRS



Rio Grande do Sul
2017

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS

Presidente: Michele Caputo Neto
Secretário Executivo: Jurandi Frutuoso Silva
Coordenador Técnico de Núcleos: René José Moreira dos Santos

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL- SES/RS

Secretário de Estado da Saúde: João Gabbardo dos Reis
Secretário Adjunto: Francisco Zancan Paz

GRUPO GESTOR DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE**Representantes do CONASS:**

Eliane Regina da Veiga Chomatas
Maria José de Oliveira Evangelista
Maria Zélia Soares
Marta Oliveira Barreto

Representantes da SES:

Equipe do Grupo Condutor Conforme a Portaria nº 171/2017

Organizadores DAS:

Elson Romeu Farias
Rebel Zambrano Machado
Cândida Kirst Bergmann
Guilherme de Souza Muller
Carlos Antônio da Silva
Carlos Goes
Gladis Tyllmann
Guilherme Barbosa Shimocomaqui
Iuday Gonçalves Motta
Jairo Cardoso Alves
Jessica Camila de Sousa Rosa
Lisângela Franciscato Campo
Maisa Beltrame Pedroso
Maria Alice Vieira Lantmann
Marcos Vinícius Ambrosini Mendonça
Nadiane de Albuquerque Lemos
Priscilla da Silva Lunardelli
Raíssa Barbieri Ballejo Canto

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS

Consultor: Eugênio Vilaça Mendes
Consultores da Tutoria: Marco Antônio Bragança de Matos e Rubia Pereira Barra
Gerente da Atenção Primária à Saúde: Maria José de Oliveira Evangelista
Gerente da Atenção Especializada: Eliana Maria Ribeiro Dourado

ORGANIZADORES DOS GUIAS DE ESTUDO

Carmem Cemires Bernardo Cavalcante
Marco Antônio Bragança de Matos
Maria Zélia Soares Lins
Rubia Pereira Barra

SUMÁRIO

OFICINA 1 - REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

1 Apresentação

2 Objetivos de aprendizagem

3 Desenvolvimento

4 Programação

5 Roteiro de atividades

6 Orientações para o período de dispersão

7 Avaliação

Anexos

OFICINA 1 – REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

1 APRESENTAÇÃO

Essa primeira oficina da Planificação aborda as causas da crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde no mundo e no Brasil, colocando em pauta a urgência da mudança do modelo de atenção e da instituição das Redes de Atenção à Saúde (RAS) para melhorar os resultados sanitários e econômicos. Para tanto, aborda o conceito de sistema de saúde, suas principais características e formas de organização, bem como o conceito, os fundamentos e a estrutura operacional das Redes de Atenção.

Considerando que a necessidade de mudanças significativas no processo de trabalho em saúde pressupõe a elaboração de um novo perfil profissional, fundamentado no desenvolvimento e na avaliação de competências, a Oficina traz como grande desafio contribuir para o desenvolvimento da “capacidade de analisar o funcionamento do sistema de saúde em Redes de Atenção”.

2 OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

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

3.1 Objetivo geral:

- Analisar a importância da organização do sistema de saúde em Redes de Atenção.

3.2 Objetivos específicos:

- Identificar as principais razões da crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde;
- Relacionar as transições contextuais com as mudanças na situação de saúde no país;
- Diferenciar as formas de estruturação dos sistemas de atenção à saúde;
- Compreender os fundamentos que dão base à construção das Redes de Atenção à Saúde;
- Compreender a estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde;
- Compreender o processo de modelagem das Redes de Atenção à Saúde.

3 DESENVOLVIMENTO

O processo de formação será integrado, articulado e em estreita relação com a realidade local, por meio de uma abordagem educacional mais participativa e colaborativa, valorizando a integração ensino-serviço. Desta forma, os métodos de ensino-aprendizagem utilizados objetivam a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes a serem desenvolvidos pelos participantes, a partir de um conjunto de estratégias educacionais, que resultará na apresentação de produtos concretos.

Assim, a oficina 1 está estruturada de forma a trabalhar com algumas estratégias para estimular a participação ativa de todos no processo de construção coletiva do conhecimento.

São propostos alguns trabalhos em grupos, seguidos de compartilhamento dos produtos e exposições para sistematização das informações trabalhadas.

É recomendado material bibliográfico adicional para leitura e aprofundamento das temáticas e complementação dos objetivos propostos na oficina.

4 PROGRAMAÇÃO

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

MANHÃ	
HORÁRIO	ATIVIDADES PROGRAMADAS
8h – 8h30min	Inscrição e entrega de material
8h30min – 9h	Acolhimento e abertura da Oficina
9h – 9h30min	Atividade 1 – Exposição dialogada: A proposta da Planificação da Atenção à Saúde
9h30min – 9h45min	Atividade 2 - Exposição dialogada: A Oficina de Redes de Atenção à Saúde
9h45min – 10h	Café com prosa (deslocamento para os grupos)
10h – 10h30min	Atividade 3 – Dinâmica de grupo: Levantamento de expectativas
10h30min – 12h	Atividade 4 – Trabalho em grupo com plenário externo: Por que organizar o sistema de saúde em Redes de Atenção?
12h – 12h30min	Atividade 5 – Plenário do trabalho em grupo: Por que organizar o sistema de saúde em Redes de Atenção?
12h30min – 13h30min	Intervalo para almoço
TARDE	
HORÁRIO	ATIVIDADES PROGRAMADAS
13h30min – 13h45min	Dinâmica de aquecimento nos grupos
13h45min – 15h30min	Atividade 6 - Trabalho em grupo com plenário interno: Analisando o percurso de uma gestante na Rede de Atenção à Saúde
15h30min – 15h45min	Café com prosa (deslocamento para o plenário)
15h45min – 16h30min	Atividade 7 – Exposição dialogada: Redes de Atenção à Saúde – conceito, fundamentos e elementos constitutivos

16h30min - 17h	Orientações para o período de dispersão
17h - 17h30min	Avaliação da oficina
17h30min	Encerramento

5 ROTEIRO DE ATIVIDADES

MANHÃ

ATIVIDADE 1 - EXPOSIÇÃO DIALOGADA: A PROPOSTA DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE



30 minutos

DESCRIÇÃO:

Será apresentada a proposta da Planificação da Atenção à Saúde enquanto instrumento de gestão e organização da Atenção Primária e da Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde, incluindo o referencial teórico, a metodologia e avaliação do processo.

PARA SABER MAIS!

Leia a proposta da Planificação da Atenção à Saúde, que está na primeira parte do guia. Entenda melhor a metodologia de organização da Atenção Primária e da Atenção Ambulatorial Especializada na Planificação. Acesse também o referencial teórico no site do CONASS – www.conass.org.br. Qualquer dúvida, consulte o Grupo Condutor Estadual da Planificação.

ATIVIDADE 2 - EXPOSIÇÃO DIALOGADA: A OFICINA DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE



15 minutos

DESCRIÇÃO:

Será apresentada a proposta da oficina de Redes de Atenção à Saúde, sua relação com as demais oficinas da Planificação, a competência proposta, as etapas de aprendizagem, a metodologia e, principalmente, a influência da temática no cotidiano de trabalho da Atenção Primária e da Atenção Ambulatorial Especializada.

ATIVIDADE 3 - DINÂMICA DE GRUPO: LEVANTAMENTO DE EXPECTATIVAS



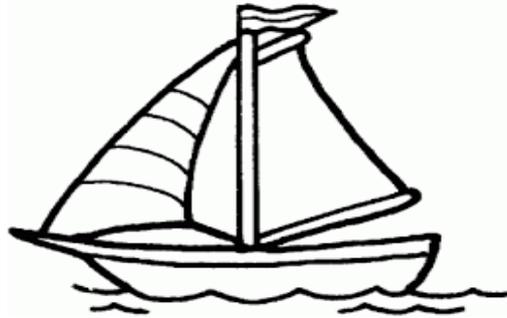
30 minutos

DESCRIÇÃO:

A atividade será conduzida nos grupos pelos facilitadores e tem como objetivo a apresentação dos participantes e o levantamento de suas expectativas. Durante a apresentação, os participantes deverão responder em tarjetas as perguntas que estão no barco.

Quem eu sou?

O que espero?



Que bagagem trago?

A partir das respostas dos participantes, será construído o painel de expectativas do grupo em relação ao momento que se inicia, conforme quadro a seguir:

Quem somos?	O que esperamos?	Que bagagem trazemos?

ATIVIDADE 4 – TRABALHO EM GRUPO COM PLENÁRIO EXTERNO: POR QUE ORGANIZAR O SISTEMA DE SAÚDE EM REDES DE ATENÇÃO?



1 hora e 30 minutos

DESCRIÇÃO:

Passo 1 - Cada grupo contará com o apoio de facilitadores nessa atividade para a mediação do trabalho proposto. Antes de dar início, deve-se eleger um coordenador e um relator para a atividade, lembrando que todos terão a oportunidade de exercer essas funções em algum momento. Veja a seguir o papel desses atores no grupo:

RESGATANDO O PAPEL DO COORDENADOR E DO RELATOR DO GRUPO

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

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

Passo 2 – Com o intuito de contribuir com a resposta ao questionamento proposto na atividade, o grupo deve ler e discutir um texto de apoio. Para tanto, seguem algumas orientações gerais sobre leitura coletiva no Box a seguir.

ORIENTAÇÕES PARA A LEITURA COLETIVA:

Recomenda-se uma **leitura paragrafada**, na qual cada participante faz a leitura de um ou mais parágrafos, entretanto **é facultada** aos que desejarem contribuir. É importante que seja realizada em **voz alta** para que todos acompanhem.

Cada participante deve **destacar** os **termos desconhecidos ou parcialmente compreendidos**, colocando-os para o grupo imediatamente após aparecerem no texto para que sejam esclarecidos. A **responsabilidade** em esclarecer os termos é **compartilhada** entre os membros do grupo e seus facilitadores. O relator deve **registrar** a discussão realizada pelo grupo destacando os termos identificados pelo grupo. O **registro do processo de trabalho** do grupo deverá ser feito pelo relator em **papel** para que todos possam visualizar a **produção coletiva**.

Passo 3 – Para balizar a discussão, seguem alguns questionamentos:

a) A que se deve à crise contemporânea dos sistemas de saúde?

b) Como o contexto atual afeta a situação de saúde no Brasil e no Estado de RS?

c) Qual a forma de estruturação do sistema de saúde brasileiro?

d) Como a teoria das Redes de Atenção à Saúde pode embasar a organização do processo de trabalho na Atenção Básica?

e) Como os principais pontos abordados no texto se aplicam à realidade do seu município e sua equipe?

Passo 4 – A seguir, o grupo deve proceder à leitura do texto de apoio, conforme orientado:

TEXTO DE APOIO – AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE¹



1. A NATUREZA DA CRISE CONTEMPORÂNEA DOS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE: A RUPTURA DO POSTULADO DA COERÊNCIA

Os sistemas de saúde constituem respostas sociais, deliberadamente organizadas, para responder às necessidades, às demandas e às preferências das sociedades em que se instituem. Nesse sentido, deve haver uma coerência entre necessidades expressas na situação de saúde e o sistema de saúde que se pratica socialmente, em determinado tempo e em determinado local. Este é o postulado da coerência que governa a organização dos sistemas de saúde.

Quando o postulado se rompe, como ocorre agora, no mundo e no Brasil, o sistema entra em crise. A crise contemporânea dos sistemas de saúde reflete, portanto, o desencontro entre uma situação de saúde determinada por transições demográfica, nutricional e tecnológica aceleradas e por uma situação epidemiológica dominada pelas condições crônicas, e um sistema de saúde voltado predominantemente para responder às condições agudas e aos eventos agudos decorrentes de agudizações de condições crônicas, de forma reativa, episódica e fragmentada.

A crise global dos sistemas de saúde manifesta-se, de forma contundente, nos modelos de atenção à saúde praticados universalmente, que são inadequados para enfrentar com efetividade, eficiência e qualidade às situações de saúde contemporâneas.

2. UMA NOVA TIPOLOGIA NA SAÚDE: AS CONDIÇÕES DE SAÚDE

As condições de saúde são definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de formas mais ou menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas e fragmentadas ou integradas, sendo subdivididas em agudas e crônicas (MENDES, 2011).

As condições agudas são aquelas de curso curto (inferior a três meses), que se manifestam de forma pouco previsível e que podem ser controladas de forma episódica e reativa, exigindo tempo de resposta oportuno do sistema de saúde. As principais condições agudas são: condições gerais e inespecíficas que se manifestam agudamente como tosse e febre; doenças transmissíveis de curso curto, como gripes; doenças infecciosas ou inflamatórias, como apendicite e amigdalite; e os traumas.

Muitas condições agudas podem evoluir para condições crônicas. É o caso de certos traumas que deixam sequelas de longa duração, determinando algum tipo de incapacidade que exigirá cuidados, mais ou menos permanentes, do sistema de saúde.

Diferentemente, as condições crônicas são aquelas de curso mais ou menos longo ou permanente, que exigem respostas e ações contínuas, proativas e integradas do sistema de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias para o seu controle efetivo, eficiente e com qualidade.

¹ Texto adaptado do livro CONASS Debate – A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde, publicado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde, em 2014.

O entendimento correto do conceito de condições de saúde e das diferenças entre condições agudas e condições crônicas impõe-se para entender e solucionar a crise contemporânea dos sistemas de saúde.

3. AS RAZÕES DA CRISE CONTEMPORÂNEA DOS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

A razão técnica para a crise dos modelos de atenção à saúde consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas, ou seja, por meio de tecnologias destinadas a responder aos momentos de agudização das condições crônicas – normalmente autopercebidos pelas pessoas, por meio da atenção à demanda espontânea, principalmente em unidades de pronto atendimento ambulatorial ou hospitalar.

Os resultados dessa forma de atenção das condições crônicas por meio de sistemas de saúde, voltados para a atenção a eventos agudos, são dramáticos. Não obstante, são muito valorizados pelos políticos, gestores, profissionais de saúde e pela população que é sua grande vítima.

O resultado é uma situação de saúde do século XXI sendo respondida socialmente por um modelo de atenção à saúde desenvolvido no século XX, que se volta, principalmente, para as condições e eventos agudos, desconsiderando as mudanças que aconteceram na situação de saúde. Rompeu-se, dessa forma, o postulado da coerência e instalou-se a crise.

4. AS TRANSIÇÕES CONTEXTUAIS E AS MUDANÇAS NA SITUAÇÃO DE SAÚDE

As mudanças nos fatores contextuais dos sistemas de saúde ocorrem em quatro vertentes transicionais: a transição demográfica, a transição nutricional, a transição tecnológica e a transição epidemiológica. Essas transições ocorrem de forma concomitante e são profundas. A singularidade brasileira é que, aqui, essas transformações ocorrem com enorme velocidade, o que dificulta a adaptação do sistema de saúde em tempo oportuno.

4.1 A TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA

No Brasil, a transição demográfica é muito acelerada. O efeito combinado de redução dos níveis de fecundidade (apesar da população brasileira continuar crescendo nas próximas décadas como resultado dos padrões de fecundidade anteriores) e de mortalidade resulta em transformação da pirâmide etária da população. O formato triangular, com base alargada, do início dos anos 2000, irá ceder lugar, em 2030, a uma pirâmide com parte superior mais larga, típica de sociedades envelhecidas. Manifesta-se, assim, o envelhecimento da população em decorrência da queda da fecundidade e do aumento da expectativa de vida (BRITO, 2007).

Uma população em processo rápido de envelhecimento significa crescente incremento relativo das condições crônicas e, especialmente, das doenças crônicas, porque estas afetam mais os segmentos de maior idade. Pode-se presumir, portanto, que, no futuro, a transição demográfica muito rápida poderá determinar elevação progressiva da morbimortalidade por condições crônicas no Brasil, tanto em termos absolutos como relativos. Prospectivamente, pode-se dizer que a carga das doenças no Brasil está sendo pressionada por doenças crônicas em razão da transição demográfica. O país terá mais pessoas idosas e mais portadoras de doenças crônicas.

4.2 A TRANSIÇÃO NUTRICIONAL

A transição nutricional manifesta-se, nos países em desenvolvimento, em dupla carga, uma vez que a subnutrição convive com as epidemias da obesidade e das doenças crônicas e, ambas, incidem mais sobre as populações pobres. Por consequência, vem ocorrendo redução

da prevalência de desnutrição e aumento do sobrepeso e da obesidade de forma muito acelerada (MALTA, 2011).

No Brasil, a transição nutricional é profunda e segue a mesma tendência. Pesquisas demonstram que metade dos adultos brasileiros e um terço das crianças de cinco a nove anos apresentam sobrepeso ou obesidade. Isso indica uma situação de saúde futura que tende a aumentar a participação relativa das doenças crônicas na carga de doenças.

4.3 A TRANSIÇÃO TECNOLÓGICA

A transição tecnológica apresenta muitas singularidades: há importante *gap* de tempo entre o desenvolvimento das tecnologias médicas e de sua incorporação na prática clínica; parte da tecnologia médica é incorporada sem que haja evidência de sua efetividade; a indução da demanda pela oferta tende a levar à sobreutilização das tecnologias médicas; é difícil obter informação oportuna em razão do grande volume e do crescimento exponencial das tecnologias médicas; e as tecnologias médicas, especialmente as de alta densidade, exercem enorme fetiche sobre profissionais de saúde e população (MENDES, 2002).

A incorporação de novas tecnologias nem sempre se faz precedida de boas avaliações tecnológicas que se estruturam a partir da medicina com base em evidência e da avaliação econômica dos serviços de saúde (GRAY, 2009). O resultado é a utilização de tecnologias sem base em evidências.

Além dos problemas da efetividade, esse modo de incorporação e uso de tecnologia médica tem levado a excessos de diagnóstico e de tratamento que causam problemas às pessoas usuárias e pressionam fortemente os custos da atenção à saúde.

4.4 A TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

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

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 Omran (1971). Contudo, essa transição, nos países em desenvolvimento, em geral, e no Brasil, em particular, apresenta características específicas em relação aos países desenvolvidos, ao sobrepôr 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 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

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 contra-transições, movimentos de ressurgimento de doenças que se acreditavam superadas, as doenças reemergentes como dengue e febre amarela; a transição prolongada, 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).

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).

No Brasil, o 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).

5. AS RESPOSTAS SOCIAIS ÀS SITUAÇÕES DE SAÚDE: AS FORMAS DE ESTRUTURAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE

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 falar de 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.

5.1 OS SISTEMAS FRAGMENTADOS DE SAÚDE

Os sistemas fragmentados de saúde são aqueles que se 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 atenção contínua à população. Em geral, não há população adscrita de responsabilização. Neles, a atenção primária à saúde (APS) não se comunica fluidamente com a atenção secundária e, esses dois níveis, também não se articulam com a atenção terciária, nem com os sistemas de apoio, nem com os sistemas logísticos (MENDES, 2011).

Nos sistemas fragmentados, vigora uma visão de estrutura hierárquica, definida por níveis de “complexidades” crescentes, e com relações de ordem e graus de importância entre os diferentes níveis, o que caracteriza uma hierarquia. Tal visão apresenta sérios problemas teóricos e operacionais, pois se fundamenta em um conceito de complexidade equivocado, ao estabelecer que a APS é menos complexa que a atenção nos níveis secundário e terciário. Esse conceito distorcido de complexidade leva, consciente ou inconscientemente, a uma banalização da atenção primária e a uma sobrevalorização, seja material, seja simbólica, das práticas que exigem maior densidade tecnológica e que são exercitadas nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde. Isso além de desconstruir um lugar de coordenação dos sistemas de saúde, gerando ineficiência e inefetividade.

O modelo de atenção praticado pelos sistemas fragmentados não dá conta de enfrentar, com sucesso, as condições crônicas que se tornaram fortemente predominantes. O fracasso das respostas sociais às condições crônicas por um sistema reativo, episódico e fragmentado é, portanto, universal e deve ser enfrentado por mudanças profundas. Há de se reconhecer, no entanto, que os sistemas de atenção à saúde são muito resistentes às mudanças, mas a situação é muito séria e clama por mudanças profundas e urgentes (SINGH, 2008). O preço de não mudar será muito alto, seja econômica, seja sanitariamente.

5.2 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Os resultados sanitários e econômicos insatisfatórios dos sistemas fragmentados vigentes, como formas de respostas sociais a situações de saúde com predomínio de condições

crônicas, têm levado à proposição de formas alternativas de organização sanitária - sistemas integrados de saúde ou redes de atenção à saúde (RAS).

A implantação de redes de atenção propiciará um formato organizacional que permita a superação da atenção episódica, reativa e fragmentada por uma atenção contínua, proativa e integrada, compatível com o manejo adequado das condições agudas e crônicas. Isso ocorre porque 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.

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). As redes de atenção são, portanto, 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).

Os objetivos das RAS são melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida das pessoas usuárias, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde (ROSEN e HAM, 2009).

Nas RAS, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde. Todos os componentes das RAS são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos dessas redes; apenas se diferenciam pelas respectivas densidades tecnológicas que os caracterizam.

No Brasil, a concepção de redes de atenção à saúde vem sendo discutida há algum tempo, mas foi incorporada oficialmente ao SUS, recentemente, por meio de dois instrumentos jurídicos. A Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010) e o Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n. 8.080/1990 (GOVERNO FEDERAL, 2011).

5.3 OS FUNDAMENTOS DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE²

Os fundamentos são os alicerces que formam e sustentam a base teórica das redes de atenção, sendo imprescindíveis para sua adequada implantação. De acordo com Mendes (2012), para serem efetivadas de forma eficiente e com qualidade, as RAS precisam ser estruturadas segundo os seguintes fundamentos:

a) Economia de escala: a concentração de serviços em determinado local racionaliza os custos e otimiza resultados quando os insumos tecnológicos ou humanos relativos a estes serviços inviabilizam sua instalação em cada município isoladamente. Na prática, os serviços de menor densidade tecnológica, como as unidades básicas de saúde (UBS), são ofertados de forma dispersa, uma vez que se beneficiam menos da economia de escala. Por outro lado, os serviços com maior densidade tecnológica, que se beneficiam mais da economia de escala, tendem a ser mais concentrados. Por exemplo, um hospital regional localizado em um município de maior porte que atenda a um conjunto de pequenos municípios da região.

² Texto extraído e adaptado do Curso de Autoaprendizado *Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde*, realizado pelo Ministério da Saúde - Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), Organização Panamericana da Saúde (OPAS), Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição (OPSAN) e Universidade de Brasília (UnB), em 2012.

b) Suficiência e qualidade: são fundamentos ligados à prestação dos serviços de saúde, em quantidade e qualidade mínimas, e se referem tanto aos processos como aos resultados. O objetivo é proporcionar o adequado manejo das condições de saúde identificadas em nível local, ou seja, os recursos financeiros, humanos e tecnológicos devem estar presentes em quantidade suficiente para atender à determinada demanda e expectativa da população, e a qualidade destes serviços deve atingir os níveis e parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde.

c) Acesso: está relacionada à ausência de barreiras no momento em que o usuário 'entra' no sistema e quando se faz necessária a continuidade da atenção. As barreiras podem englobar várias dimensões, como acessibilidade geográfica, disponibilidade de serviços e/ou profissionais, grau de acolhimento e vínculo, condição socioeconômica do usuário. Logo, é preciso que os serviços de saúde sejam de fácil acesso, de qualidade e em quantidade suficiente.

d) Disponibilidade de recursos: engloba recursos físicos, financeiros, humanos e tecnológicos. Ter recursos é tão importante quanto sua alocação mais custo-efetiva, e sua disponibilidade é o que determinará o seu grau de concentração de maneira direta. Assim, quanto mais escasso o recurso, mais deve ser concentrado; quanto mais disponível, mais deve ser disperso na RAS. Exemplo: um neurocirurgião pediatria ou um tomógrafo, que são recursos escassos – seja pelo alto valor de aquisição ou por serem menos numerosos – devem estar concentrados. Ao contrário, um agente comunitário de saúde ou um aparelho de aferir pressão arterial (esfigmomanômetro) são recursos amplamente disponíveis, e por esta razão devem estar dispersos na rede de atenção.

e) Integração vertical: é a articulação de serviços de diferentes níveis de atenção, de qualquer ente federativo (municipal, estadual e federal), com fins lucrativos ou não, por meio de gestão única. O objetivo é agregar valor aos serviços, ou seja, tornar o serviço integrado e integral do ponto de vista da atenção e das tecnologias disponíveis, concretizando um dos objetivos centrais do SUS. Exemplo: a UBS A encaminha um paciente diabético para o Ambulatório de Especialidade B, que por sua vez resolve indicá-lo para terapia renal em um hospital C privado vinculado ao SUS, que é o único no município que dispõe de tecnologia adequada. Toda essa integração vertical é feita mediante gestão municipal.

f) Integração horizontal: é a junção de serviços semelhantes ou iguais para que os custos médios de longo prazo dos serviços diminuam com o aumento do volume das atividades oferecidas. Exemplo: O hospital A uniu-se ao hospital B (fusão ou aliança) para aumentar produtividade, o que ocorrerá ou pelo aumento do número de leitos ou pela coordenação dos serviços oferecidos, de modo a eliminar a concorrência entre eles.

5.4 OS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

As RAS constituem-se de três elementos fundamentais: a população, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

5.4.1 A população das Redes 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 dessas redes.

Na normativa do SUS, a população deve ser organizada por regiões de saúde que conformam diferentes territórios sanitários: o território área de abrangência a uma equipe de atenção primária à saúde, o território municipal, o território regional ou microrregional, o território macrorregional e o território estadual. Esses diferentes espaços de territorialização, construídos a partir da vinculação de uma população a uma equipe de APS, demarcam as

possibilidades de estruturar redes de atenção à saúde segundo os critérios de economias de escala e escopo, disponibilidade de recursos e garantia de acesso (MENDES, 2011).

A população de responsabilidade das RAS, no sistema público brasileiro, vive em territórios sanitários singulares, idealmente organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos socio sanitários. Assim, a população total de responsabilidade de uma RAS deve ser totalmente conhecida e registrada em sistemas de informação potentes. Não basta, contudo, o conhecimento da população total: ela deve ser segmentada, subdividida em subpopulações por fatores de riscos e estratificada por riscos em relação às condições de saúde, considerando para essa estratificação situações específicas de risco pessoal, social e coletivo, por exemplo povos indígenas e populações remanescentes de quilombos.

Na concepção da RAS, cabe à APS a responsabilidade de articular-se, intimamente, com a população, o que implica não ser possível falar-se de uma função coordenadora dessas redes ou em gestão de base populacional se não se der, nesse nível micro do sistema, todo o processo de conhecimento e relacionamento íntimo da equipe de saúde com a população adscrita, estratificada em subpopulações e organizada em grupos familiares.

O conhecimento profundo da população usuária de um sistema de 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 redes de atenção à saúde.

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).

5.4.2 A estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde

O segundo elemento constitutivo é a estrutura operacional constituída pelos nós das RAS 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.

No Brasil, há uma clara opção pela construção de redes temáticas de atenção à saúde, como as redes de atenção às mulheres e às crianças, às doenças cardiovasculares, às doenças renais crônicas e ao diabetes, às doenças oncológicas e outras. Entretanto, nessas redes os pontos de atenção secundários e terciários são os únicos componentes temáticos, em razão da divisão técnica do trabalho que exige, nesses pontos, a especialização. Todos os demais componentes (APS, sistemas de apoio, sistemas logísticos e sistema de governança) são transversais a todas as redes temáticas, sendo, portanto, comuns a todas elas.

5.4.3 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, definido em razão da visão prevaiente da saúde, das situações

demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (MENDES, 2011).

São diferenciados por modelos de atenção aos eventos agudos e modelos de atenção às condições crônicas. Os primeiros prestam-se à organização das respostas dos sistemas de atenção à saúde às condições agudas e às agudizações das condições crônicas. Já os modelos de atenção às condições crônicas são modelos muito mais complexos destinados a responder socialmente às condições crônicas não agudizadas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando se opera com o conceito de RAS, há mudanças significativas nos sistemas de atenção à saúde. Com a superação da fragmentação e a instituição de redes de atenção, os diferentes componentes dos sistemas de atenção transformam-se qualitativamente. Assim, a atenção primária à saúde, a atenção ambulatorial especializada e a atenção hospitalar nas RAS são diferentes daquelas praticadas nos sistemas fragmentados.

A diferença fundamental está no fato de que, nas redes de atenção, há comunicação e interdependência entre os diversos componentes e há coordenação exercitada pela APS. Disso decorre o fato, por exemplo, de que a organização da atenção ambulatorial especializada não pode ser feita de forma independente, como nos sistemas fragmentados, mas de forma coordenada entre os cuidados especializados e a atenção primária.

Nesse sentido, a Planificação da Atenção à Saúde, enquanto instrumento de gestão e organização da atenção primária à saúde e da atenção ambulatorial especializada nas redes de atenção, pretende desenvolver a competência das equipes para o planejamento e organização da atenção à saúde com foco nas necessidades dos usuários sob a sua responsabilidade, baseando-se em diretrizes clínicas, e de acordo com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRITO, F. A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e o desafio para a economia e a sociedade. Belo Horizonte: Cedeplar/UFMG (Texto para Discussão n. 318), 2007.
- CONASS. CONASS Debate – A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde. Brasília: CONASS, 2014. 171 p.
- FRENK, J. Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico. Nairobi: Commission on Social Determinants of Health, 2006.
- FRENK, J. *et al.* La transición epidemiológica en América Latina. Boletín de la Oficina Sanitaria Pan-Americana, n. 111, p. 458-496, 1991.
- FRIEDMAN, N. M. *et al.* Management of diabetes mellitus in the Lovelace Health Systems' Episodes of care program. *Effective Clin. Pract.*, n. 1, p. 5-11, 1998.
- GOVERNO FEDERAL. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011.
- GRAY, M. Evidence-based-healthcare and public health: how to make decisions about health services and public health. Third Edition, Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier, 2009.
- MALTA, D. C. Panorama atual das doenças crônicas no Brasil. Brasília: SVS/Ministério da Saúde, 2011. MARMOR, M. Health in an unequal world. *Lancet*, n. 368, p. 2081-2094, 2006.
- MENDES, E. V. Uma agenda para a saúde. 2. ed., São Paulo: Hucitec, 1999.
- _____. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
- _____. Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.
- _____. 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 da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010.
- _____. Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde, 2013.
- _____. Curso de Autoaprendizado em Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2012. 81p.
- OMRAN, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Mil-bank Mem. Fund.*, n. 49, p. 509-583, 1971.

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

PORTER, M. e TEISBERG, E. O. Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman Companhia Editora, 2007.

ROSEN, R. e HAM, C. Atención integrada: enseñanzas de evidencia y experiencia, informe del Seminario Anual de Salud 2008, Sir Roger Bannister. Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada, v. 1, ISS. 2, article 2, 2009.

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.

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

Passo 5 – Após a leitura, o grupo deve retomar os questionamentos propostos no Passo 3. Passo 6 - Ao final, o relator deverá sistematizar a discussão do grupo e elaborar a síntese da pergunta-chave: “Por que organizar o sistema de saúde em Redes de Atenção?” para apresentação em plenário.

ATIVIDADE 5 – PLENÁRIO DO TRABALHO EM GRUPO: POR QUE ORGANIZAR O SISTEMA DE SAÚDE EM REDES DE ATENÇÃO?



30 minutos

DESCRIÇÃO:

Cada grupo terá um tempo determinado para apresentação da síntese elaborada a partir das questões propostas e da pergunta-chave do trabalho em grupo. O coordenador do plenário conduzirá a discussão e a sistematização da questão em estudo.

TARDE

ATIVIDADE 6 - TRABALHO EM GRUPO COM PLENÁRIO INTERNO: ANALISANDO O PERCURSO DE UMA GESTANTE NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE



2 horas

DESCRIÇÃO:

Passo 1 - Nesta atividade, a turma continuará dividida em grupos de trabalho, conforme a atividade anterior. Antes de dar início à leitura, cada grupo deve eleger um novo coordenador e um novo relator para a atividade, desde que sejam pessoas que ainda não tenham exercido essas funções. Registre aqui o nome das pessoas eleitas para coordenador(a): _____ e relator(a): _____.

Passo 2 – Nessa oficina, vocês acompanharão o caso de Ana, uma gestante que percorreu a estrutura de serviços do município de Boa Esperança, passando por vários pontos de atenção à saúde até que sua condição de saúde tivesse o desfecho esperado. O intuito é que todos

reflitam sobre o funcionamento do sistema quando este se encontra integrado em redes de atenção.

Passo 3 – Leiam a seguir o caso da nossa gestante, atentando-se para a recomendação de leitura paragrafada e circular.

O caso de Ana³

Ana é uma mulher cisgênera, negra, de 26 anos, que acabou de descobrir que está grávida de seu primeiro filho. Estudou até o 1º ano do segundo grau, e hoje trabalha como manicure de um salão de beleza perto de sua casa. Ana reside no Bairro Felicidade, localizado no município de Boa Esperança, que possui 100 mil habitantes. Com ela moram o marido (32 anos, servente de construção civil, ensino primário incompleto), o enteado (16 anos, estudante, dependente químico) e a enteada (8 anos, estudante). A renda familiar é de pouco mais de um salário mínimo, e a família é titular de direito do Programa Bolsa Família (PBF). Quando descobriu a gravidez, Ana ficou preocupada, pois a situação financeira da família está difícil e ela não planejou ter um filho agora. Apesar de todas as preocupações, Ana contou ao marido a novidade e manteve a mesma rotina familiar e de trabalho.

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

No dia da consulta, Ana foi à Unidade Básica de Saúde (UBS) em que foi cadastrada, bem próxima da sua casa. Chegando à UBS, foi acolhida pelo técnico de enfermagem, que explicou como seria o atendimento durante a gravidez, fez aferição do seu peso, altura, pressão arterial e verificou o cartão de vacinação. Também a convidou a participar dos grupos educativos sobre cuidados durante a gestação (planejamento familiar, alimentação saudável, aleitamento materno e cuidados gerais), agendando em seu cartão de identificação do usuário os dias em que eles ocorreriam, para que ela pudesse lembrar.

Após este acolhimento, Ana aguardou a consulta e para sua surpresa, foi a enfermeira da equipe que a atendeu e conversou com ela sobre suas condições e hábitos de vida (práticas alimentares e de atividades física, tabagismo, situação econômica e social, data da última menstruação etc.), expectativas com relação à gravidez e acompanhamento pré-natal. A enfermeira calculou a idade gestacional de Ana, seu Índice de Massa Corporal, programou o ganho de peso para a gestação e a estratificou como gestante de risco habitual. As informações coletadas sobre peso, altura e consumo alimentar foram registradas nos protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (e-SUS/SISVAN) para posterior inclusão no sistema informatizado. Enquanto examinava Ana, foi preenchendo o prontuário da paciente com todos os dados que ia constatando. Também foram ofertados/ realizados testes rápidos de HIV, Sífilis e Hepatite. Ao fim, marcou o retorno da paciente para 30 dias com o médico/a da unidade para consultas intercaladas, e prescreveu suplemento de ácido fólico para ela, de forma a prevenir má formação de fechamento de tubo neural no bebê, conforme previsto em protocolo.

³ Caso adaptado da apostila do “Curso de autoaprendizado sobre Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde”, ofertado pela Redenutri em 2012.

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

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

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

Depois do atendimento, Ana recebeu alta, com orientações dietéticas, kit para aferição da glicemia em casa, segundo esquema definido pela equipe, e com um encaminhamento para a equipe responsável pela atenção de gestantes de alto risco no Ambulatório de Especialidades, que contava com obstetras, ginecologistas, enfermeiros, nutricionistas, endocrinologistas, dentre outros. Ana voltou para casa em uma ambulância e dormiu uma boa noite de sono, aliviada.

Nos dias que se seguiram, continuou a participar das reuniões educativas; retornou às consultas mensais do médico e da enfermeira da UBS, só que dessa vez foi recomendada a suplementação preventiva para anemia ferropriva (sulfato ferroso e ácido fólico); continuou recebendo as visitas da ACS, que levou também os profissionais do NASF (nutricionista, psicólogo e assistente social); e teve a primeira consulta com a equipe do Ambulatório de Especialidades. Lá, além de passar por um atendimento contínuo com a equipe, foi encaminhada para o grupo educativo para diabéticos, que também ocorria mensalmente. Com este grupo educativo, Ana reforçou o que já havia aprendido no grupo de gestantes sobre alimentação saudável e amamentação.

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

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

O parto ocorreu na maternidade de alto risco, indicada pela equipe. Houve algumas complicações esperadas e o bebê permaneceu na UTI neonatal por três dias devido ao sofrimento fetal, mas logo teve alta.

Enquanto aguardava a recuperação de seu bebê no hospital, Ana recebeu a visita da equipe do Banco de Leite Humano, que relembrou a importância do aleitamento materno e a

orientou a doar o leite materno excedente. Ao sair do hospital, Ana tinha nas mãos o encaminhamento para que o crescimento e desenvolvimento de seu filho fossem acompanhados pela equipe da UBS.

João, hoje aos quatro meses de idade, vende saúde e sorriso largo para quem quiser, e é amamentado exclusivamente no seio da mãe. Ana continuou com sua rotina de consultas e no grupo educativo de diabetes, para certificar-se de que realmente era apenas diabetes gestacional. Parou de tomar os suplementos há pouco tempo, e conseguiu perder de forma saudável – conforme orientado pelo nutricionista - 80% do peso que adquiriu na gestação.

Além disso, em decorrência das orientações dadas pela equipe da UBS, Ana já está recebendo o Benefício Variável à Nutriz do PBF há quatro meses.

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

Passo 4 - Realizada a leitura, façam a discussão do caso, conforme as questões a seguir:

a) O que mais chamou a atenção do grupo em relação ao caso de Ana?

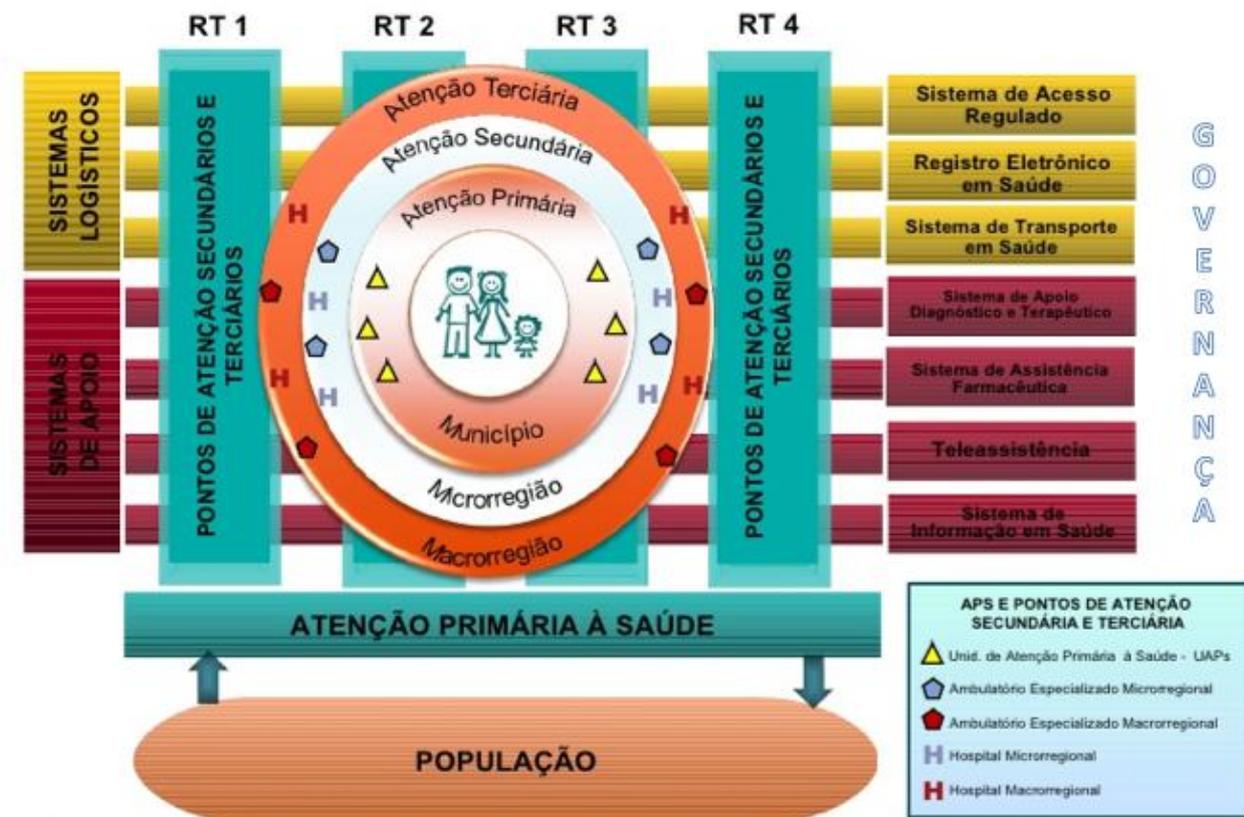
b) Quais as similaridades e discrepâncias da história de Ana com a realidade vivenciada pelas gestantes em seu município?

c) Quais as potencialidades e fragilidades do sistema de saúde que atendeu Ana?

d) A sua equipe faria algo diferente no atendimento de Ana?

Passo 5 – De acordo com o texto de apoio da atividade 4, a estrutura operacional das Redes de Atenção se expressa materialmente em cinco componentes. Veja a seguir a figura representativa da estrutura operacional das Redes de Atenção:

A ESTRUTURA OPERACIONAL DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE



Passo 6 - A história de Ana possui em seu texto os elementos constitutivos, os atributos e os fundamentos de uma Rede de Atenção à Saúde, aplicados na situação específica da Rede Cegonha/Rede Materno Infantil. Com base nos termos extraídos do caso de Ana, elencados sob o item (a), preencha a matriz (b) com os componentes das Redes de Atenção⁴.

(a) Termos

Bairro Felicidade	Domicílio	UTI Neonatal
Bairro Simplicidade	Unidade Básica de Saúde	Programa de Suplementação de Ferro e Vitamina A
Município	Ambulatório de Especialidades	Maternidade de Alto Risco
Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional	Prontuário	Sistema de Informação para a Atenção Básica
SAMU	Exames sanguíneos	Hospital

(b) Matriz

Nível de atenção	Ponto de atenção	Território sanitário	Sistema de apoio	Sistema logístico
------------------	------------------	----------------------	------------------	-------------------

⁴ Atividade pedagógica adaptada da apostila do “Curso de autoaprendizado sobre Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde”, ofertado pela Redenutri em 2012.

Primário				
Secundário				
Terciário				



ENTENDENDO MELHOR!

O exercício que o grupo fará nesse passo corresponde à modelagem da rede de atenção à saúde materno-infantil, que estabelece, no âmbito de cada território, os pontos de atenção nos três níveis necessários para prestar atendimento à gestante e à criança até dois anos de idade, correlacionando-os com os territórios sanitários. Acrescentou-se ao exercício a identificação dos sistemas logísticos e de apoio para melhor entendimento da estrutura operacional das Redes de Atenção.

Passo 7 - A partir da identificação dos pontos de atenção onde Ana e seu filho foram atendidos, e do nível onde se encontram, o grupo fará agora a definição das competências de cada local, conforme se apresentam no caso. Para tanto, utilize a matriz (c) e a seguinte questão norteadora:

“Que tipo de atendimento/serviço foi prestado à Ana e a seu filho em cada ponto de atenção, de acordo com o relato do caso?”.

Veja um exemplo em relação ao domicílio, ponto de atenção que fica no município.

MODELAGEM DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL		
Território	Ponto de	Atendimento/serviço ofertado (caso)

	Atenção	
Município	Domicílio	Ex.: Visita domiciliar: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cadastro da família de Ana. ▪ Identificação precoce da gestação de Ana. ▪ ...
Região de Saúde		
Macrorregião		

Passo 8 – Após a realização do passo 7, consulte a listagem de competências de cada ponto de atenção (em anexo) e façam uma comparação com o que foi discutido.

Passo 9 - Os facilitadores farão o fechamento da atividade em plenário interno, sistematizando os produtos do trabalho em grupo.



PARA SABER MAIS!

A modelagem das Redes de Atenção é realizada a partir de protocolos clínicos, que dimensionam a população-alvo por estrato de risco, utilizando parâmetros demográficos e epidemiológicos. Os protocolos também contêm as planilhas de programação, que discriminam os resultados esperados, as principais atividades a serem operacionalizadas e os parâmetros para dimensionar a necessidade de

atendimento nos pontos de atenção. Para entender mais, estude a modelagem da Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil, que consta no anexo do guia.

ATIVIDADE 7 - EXPOSIÇÃO DIALOGADA: REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: CONCEITO, FUNDAMENTOS E ELEMENTOS CONSTITUTIVOS



45 minutos

DESCRIÇÃO:

Será realizada uma breve retrospectiva de todas as temáticas estudadas até o momento, no intuito de esclarecer as dúvidas sobre a base teórico-conceitual das Redes de Atenção à Saúde.

6 ORIENTAÇÕES PARA O PERÍODO DE DISPERSÃO

A dispersão é o momento em que os participantes retornam às atividades nos territórios por um período de 30 a 40 dias até a realização da próxima oficina. Nesse intervalo, as equipes aprofundarão a discussão dos temas abordados com o apoio da tutoria. Cada oficina estabelece produtos a serem desenvolvidos no período de dispersão, que decorrem da aplicação prática da teoria apreendida e que se somam às atividades de tutoria nos territórios.



Com o intuito de compreender os fundamentos que dão base à construção das Redes de Atenção à Saúde, esta oficina abordou algumas estratégias, que propiciaram o exercício inicial da modelagem da Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil. Considerando a necessidade de cada equipe olhar para o seu território de atuação na Atenção Primária, os produtos a serem desenvolvidos na dispersão são:

a) Atenção Primária à Saúde

- Desenho do percurso real das gestantes do território.
- Análise do percurso real das gestantes a partir das diretrizes da Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil.
- Modelagem e programação da Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil.
- Dimensionamento da população a ser encaminhada para a Atenção Ambulatorial Especializada na Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil (estimativa baseada em parâmetros clínicos dos usuários de alto e muito alto risco da linha de cuidado supracitada).

b) Atenção Ambulatorial Especializada

- Desenho do percurso real das gestantes acompanhadas na Atenção Ambulatorial Especializada.
- Análise do percurso real das gestantes a partir das diretrizes da Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil.
- Dimensionamento da população a ser acompanhada pela Atenção Ambulatorial Especializada na Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil (estimativa baseada em parâmetros clínicos dos usuários de alto e muito alto risco da linha de cuidado supracitada).
- Análise da capacidade instalada da Atenção Ambulatorial Especializada para acompanhamento da população da Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil.

Para a realização dos produtos, faz-se necessária conhecer e utilizar as Diretrizes Clínicas e parametrizações adotadas no Estado para a Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil.

Antes da realização da próxima oficina, as equipes devem enviar a atividade para os e-mails abaixo conforme a região de saúde do município:

1. Belas Praias (região de saúde 4): planificacaobelaspraias@gmail.com

2. Bons Ventos (região de saúde 5): planificacaobonsventos@gmail.com

Além disso, deverão preparar uma apresentação para socialização do trabalho com os demais colegas da Planificação da Atenção à Saúde.

7 AVALIAÇÃO DA OFICINA



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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

AVALIAÇÃO DA OFICINA 1 - REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

1) QUEM ESTÁ AVALIANDO?

Preencha os itens a seguir sobre você e sua instituição:

Município onde trabalha: _____

Função que exerce: _____

Formação: _____

2) COMO ACOLHEMOS VOCÊ?

Avalie os aspectos relacionados à estrutura da Oficina:

Itens	Excelente	Bom	Regular	Ruim
Recepção				
Acolhimento				
Organização				
Instalações				

3) COMO FOI A OFICINA PARA VOCÊ?

Avalie a Oficina, a partir dos seguintes itens:

Itens	Excelente	Bom	Regular	Ruim
Metodologia				
Conteúdo				
Material didático				
Exposições dialogadas				
Trabalhos em Grupo				
Plenários				
Facilitadores				
Carga Horária				

4) QUAL O SEU NÍVEL DE APROVEITAMENTO NESSA OFICINA?

Atribua um conceito/nota ao seu aproveitamento:

(1) Ótimo - 8,0 a 10,0 (2) Bom - 6,5 a 7,9 (3) Regular - 5,0 a 6,4 (4) Ruim - 0,0 a 4,9

5) COMO VOCÊ AVALIA A IMPORTÂNCIA DA SUA PARTICIPAÇÃO NA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE?

(1) Fundamental (2) Importante

(3) Não é importante (4) Não tenho elementos suficientes para avaliar

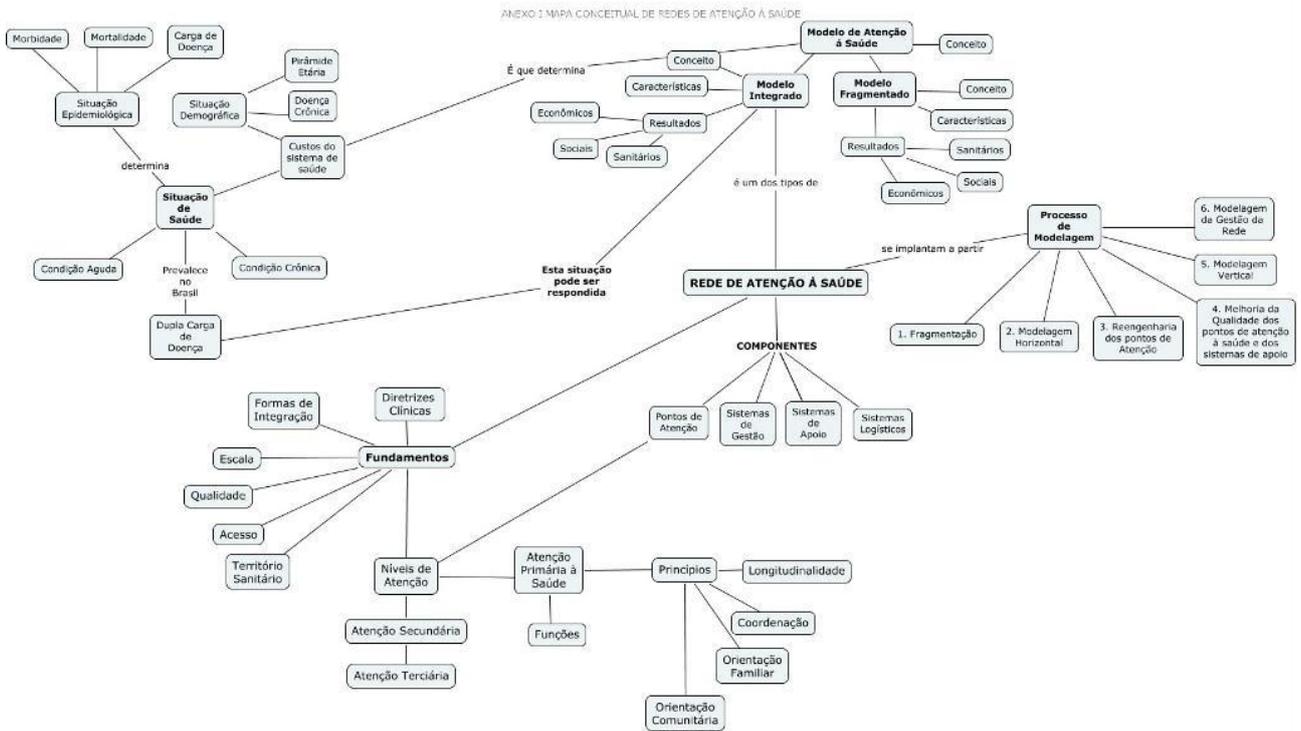
6) COMPARTILHE CONOSCO A SUA AVALIAÇÃO E NOS AJUDE A MELHORAR NOSSOS ENCONTROS

Para facilitar, utilize PALAVRAS-CHAVES para responder os itens a seguir:

a) O que NÃO foi BOM?	b) O que FOI BOM?
c) O que PODE MELHORAR?	d) Suas SUGESTÕES?
e) Suas PREOCUPAÇÕES?	

Grat@ pela sua colaboração!

ANEXO 1 – MAPA CONCEITUAL DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE



**ANEXO 2 – MODELAGEM DA REDE DE ATENÇÃO
À SAÚDE MATERNO-INFANTIL**

Realizada a partir de protocolos clínicos, a modelagem da Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil dimensiona a população-alvo por estrato de risco e estabelece, no âmbito de cada território, os pontos de atenção necessários para prestar atendimento à gestante e à criança até os dois anos de idade.

Na matriz de desenho da Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil são identificados os pontos de atenção à saúde nos três níveis de atenção, correlacionando-os com os territórios sanitários.

MATRIZ DE DESENHO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL

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

Após identificação dos pontos de atenção, lista-se as competências de cada um desses pontos na atenção à saúde materno-infantil, conforme o quadro a seguir.

COMPETÊNCIAS DE CADA PONTO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL

MATRIZ DE PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE MATERNO-INFANTIL		
TERRITÓRIO	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO
MUNICÍPIO Microárea	Domicílio	<p>Visita domiciliar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cadastrar as famílias da microárea. • Realizar visita domiciliar para a família – pelo agente comunitário de saúde (ACS) ou demais membros da equipe de saúde. • Identificar precocemente as gestantes, puérperas e crianças para acompanhamento pela equipe de saúde. • Realizar visita de acompanhamento das gestantes, puérperas e crianças da microárea. <p>Atendimento domiciliar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar atendimento domiciliar (avaliação, execução de procedimentos, tratamento supervisionado etc.) das gestantes, puérperas e crianças da microárea por profissionais da equipe de saúde.
MUNICÍPIO Área de Abrangência das Unidades Básicas de Saúde (UBS)	UBS	<p>Pré-natal e puerpério:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar e inscrever as gestantes residentes no território, no pré-natal, preferencialmente no primeiro trimestre de gravidez. • Realizar as consultas de pré-natal, conforme o protocolo. • Solicitar os exames laboratoriais, conforme o protocolo. • Imunizar as gestantes, conforme o protocolo. • Estratificar as gestantes por grau de risco, conforme o protocolo. • Encaminhar as gestantes de alto risco para o centro de referência microrregional, conforme o protocolo. • Monitorar as gestantes de alto risco, conforme o protocolo. • Realizar visitas domiciliares para as gestantes. • Realizar atividades educativas para a gestante e familiares. • Realizar consulta puerperal, conforme protocolo. <p>Puericultura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar visita domiciliar para os RN residentes no território. • Inscrever os RN na puericultura. • Realizar as consultas para as crianças menores de 1 ano, conforme o protocolo. • Estratificar as crianças menores de 1 ano por grau de risco, conforme o protocolo. • Imunizar as crianças menores de 1 ano, conforme o protocolo • Encaminhar as crianças menores de 1 ano de alto risco para o centro de referência microrregional, conforme o protocolo. • Monitorar as crianças menores de 1 ano de alto risco, conforme o protocolo. • Realizar visitas domiciliares para as crianças menores de 1

		ano. Realizar atividades educativas para os familiares.
REGIÃO DE SAÚDE	Centro de Referência Regional	<p>Pré-natal e puerpério de alto risco:</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar as consultas de pré-natal de alto risco, conforme o protocolo. Solicitar os exames laboratoriais para a gestante de alto risco, conforme o protocolo. Realizar atividades educativas para a gestante de alto risco e familiares. Realizar consulta puerperal para puérperas de alto risco, conforme protocolo. <p>Interconsulta para crianças de alto risco:</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar as consultas para as crianças menores de 1 ano de alto risco, conforme o protocolo. Realizar atividades educativas para os familiares.
	Hospital/ Maternidade de Risco Habitual	<p>Internamento – gestante de risco habitual</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar internamentos para as gestantes de risco habitual que apresentarem intercorrências clínicas e obstétricas. <p>Parto – gestantes de risco habitual:</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar parto para as gestantes de risco habitual. <p>Internamento – crianças de baixo risco</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar internamentos para as crianças que apresentarem intercorrências clínicas.
MACRORREGIÃO	Hospital/ Maternidade de Alto Risco	<p>Internamento – gestante de alto risco</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar internamentos para as gestantes de alto risco que apresentarem intercorrências clínicas e obstétricas. <p>Parto – gestante alto risco:</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar parto para as gestantes de alto risco. <p>Internamento – crianças de alto risco</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar internamentos para as crianças de alto risco que apresentarem intercorrências clínicas.
	Casa da Gestante	<p>Atendimento às gestantes de alto risco:</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar o monitoramento das gestantes de alto risco que necessitam de observação e medidas de apoio médico e social.

Os protocolos clínicos também contêm as planilhas de programação, que discriminam os resultados esperados, as principais atividades a serem operacionalizadas e os parâmetros para dimensionar a necessidade de atendimento nos pontos de atenção. Para conhecimento da população-alvo, utilizam-se os parâmetros demográficos e epidemiológicos.

GESTAÇÃO E PUERPÉRIO	
Total de gestantes	110% do nº de nascidos vivos do ano anterior
Gestantes de risco habitual	85% do total de gestantes
Gestantes de alto risco	15% do total de gestantes

CICLO DE VIDA DA CRIANÇA (< 1 ano)	
Total de crianças	100% do total estimado de gestantes
Crianças de risco habitual e médio risco	85% do total de crianças
Crianças de alto risco	15% do total de crianças

A seguir, as planilhas de programação:

PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO DA ATENÇÃO À GESTANTE

RESULTADO ESPERADO	ATIVIDADE	PARÂMETRO	DIMENSIONAMENTO DE NECESSIDADE/ANO
Captação precoce e cobertura de 100% das gestantes no pré-natal do município	Inscrever as gestantes no pré-natal das UBS do município	110% do número de nascidos vivos do ano anterior	
		100% das gestantes inscritas no pré-natal das UBS, preferencialmente, no 1º trimestre de gestação	
	Realizar consultas de pré-natal para as gestantes nas UBS	- 100% das gestantes com, no mínimo, 6 consultas de pré-natal e uma de puerpério nas UBS sendo consultas intercaladas com profissional médico e enfermeiro.	Nº de gestantes x 6 = consultas de pré-natal/gestante, sendo consultas intercaladas com profissional médico e enfermeiro.
		1 consulta no 1º trimestre de gestação	Nº total de gestantes x 1 =
		2 consultas no 2º trimestre de gestação	Nº de gestantes x 2 =
		3 consultas no 3º trimestre de gestação	Nº de gestantes x 3 =
1 consulta no puerpério (100% das puérperas com no mínimo 1 consulta puerperal nas UBF, preferencialmente até a 1ª semana pós parto).	Nº total de gestantes x 1 =		

	Realizar exames laboratoriais e outros para as gestantes.	100% das gestantes com exames laboratoriais solicitados na inscrição do pré-natal: teste rápido de gravidez; grupo sanguíneo, fator Rh, hematócrito e hemoglobina, glicemia de jejum, VDRL, urina rotina, urocultura, teste anti-HIV (após aconselhamento e consentimento), HbsAg, sorologia p/ toxoplasmose IgM, proteinúria (dosagem com fita reagente).	Nº de gestantes x 1 = (para cada exame solicitado na inscrição do pré-natal, à exceção da glicemia de jejum, VDRL e urina de rotina, que será = Nº de gestantes x 2)
		Na 30ª semana: glicemia de jejum, VDRL e urina de rotina.	
		- Coombs indireto se necessário.	Teste de Coombs Indireto – 1 exame para 30% do total de gestantes.
		- USG – ultrassonografia gestacional	Nº de gestantes x 1 = total de USG
		- Colpocitologia oncótica.	Nº de gestantes x 1 = total de colpocitologia.
	Realizar consulta odontológica	Garantir 1 consulta odontológica/gestante	Nº de gestantes X 1 = total de consulta odontológica.
Realizar reuniões educativas	Realizar 4 reuniões educativas / gestantes	Cada gestante terá que participar de 4 reuniões educativas	
Acompanhar 100% das gestantes de alto risco no centro de referência regional.	Realizar consultas adicionais de pré-natal para as gestantes de alto risco no centro referencia micro regional	15% das gestantes são esperadas para alto risco	15% do total de gestantes = total de gestantes de alto risco
		100% das gestantes de alto risco com no mínimo 5 consultas de pré-natal no centro de referencia micro regional	Gestantes de alto risco x 5 = nº de consultas necessárias no centro de referência regional
	Realizar USG, cardiotocografia e ECG para as	100% das gestantes de alto risco com no mínimo 2 USG	Nº de gestantes de alto risco x 2 = total de exames de USG

	gestantes de risco no centro de referencia micro regional	100% das gestantes de alto risco com 1 com ultrassom obstétrico com Doppler	Nº de gestantes de alto risco x 1 = total de exames de USG com Doppler
		100% das gestantes de risco com 1 cardiocografia ante parto	Nº de gestantes de alto risco x 1= total de cardiocografia ante parto
		100% das gestantes de alto risco com ECG	Nº de gestantes de alto risco x 1= total de ECG
	Realizar exames laboratoriais para gestantes de alto risco	100% das gestantes de alto risco com teste de tolerância à glicose, uréia, creatinina, ácido úrico, dosagem de proteínas na urina 24 horas e urocultura	Nº de gestantes de alto risco x 1 = nº de exames de TTG, ureia, creatinina, ácido úrico, proteínas de 24 horas e urocultura.
		30% das gestantes de alto risco farão contagem de plaquetas	30% das gestantes de alto risco = total de exames de contagem de plaquetas
	Realizar acompanhamento psicossocial nas gestantes de alto risco	Garantir uma consulta psicossocial para as gestantes de risco	Nº de gestantes de alto risco x 1 = consulta psicossocial
Garantia do parto para 100% das gestantes de risco habitual na maternidade de referência da região (microrregional)	Realizar parto para as gestantes de risco habitual na maternidade de referência	85% das gestantes são de risco habitual	85% do total de gestantes = Nº de gestantes de risco habitual que necessitarão parir na maternidade de referência da região.
		Garantir 100% dos partos para as gestantes de risco habitual na maternidade de referência	
	Realizar parto para as gestantes de alto risco na maternidade de referência macrorregional	15% das gestantes são de alto risco	15% do total de gestantes = Nº de gestantes de alto risco que deverão ser encaminhadas para a maternidade de referência macrorregional
		Garantir 100% dos partos para as gestantes de alto risco na maternidade de referência macrorregional	
Atendimento de 100% das gestantes de alto risco que necessitem de monitoramento na	Realizar monitoramento das gestantes de alto risco que	15% das gestantes são de alto risco e destas, 5% poderão necessitar de atendimento na casa da	5% das gestantes de alto risco = nº de gestantes que deverão necessitar da casa da gestante.

casa da gestante na macrorregião	necessitem de observação na casa da gestante macrorregional	gestante por um período médio de 15 dias.	Esse total x 15 = n° médio de dias que as gestantes de alto risco necessitarão na casa da gestante.
---	---	---	---

PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO DA ATENÇÃO À CRIANÇA

RESULTADO ESPERADO	ATIVIDADE	PARÂMETRO	DIMENSIONAMENTO DA NECESSIDADE/ANO
Cobertura de 100% dos recém-nascidos nas ações de puericultura nos municípios	Inserir os RN nas ações de puericultura no município	100% do total estimado de gestantes	
Cobertura de 100% das crianças < de 1 ano nas ações de puericultura no município	Realizar consultas de puericultura para crianças < de 1 ano no município	<p>100% das crianças < de 1 ano com no mínimo 7 consultas de puericultura nas unidades de saúde do município, sendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mínimo de 03 consultas no 1º trimestre; (médico e enfermeiro) ▪ Mínimo de 02 consultas no 2º trimestre; (médico e enfermeiro) ▪ Mínimo de 01 consulta no 3º trimestre; (médico) ▪ Mínimo de 01 consulta no 4º trimestre: (enfermeiro) 	<p>Total de RN/ano x 7 = N° de consultas de puericultura previstas Destas, 3 consultas médicas e 4 de enfermagem. N° de RN/ano X 3 = N° de consultas no 1º trimestre N° de RN/ano X 2 = N° de consultas no 2º trimestre N° de RN/ano X 1 = N° de consultas no 3º trimestre N° RN/ano X 1 = N° de consultas no 4º trimestre</p>

	Proceder à imunização conforme o preconizado no protocolo	No mínimo 95% das crianças até 18 meses da área adscrita imunizadas	95% das crianças até 18 meses da área adscrita = necessidade das crianças com esquema vacinal em dia
Aplicação da Vit. A conforme o protocolo do MS (em áreas endêmicas)	Aplicar Vit. A em todas as crianças de 6 meses a < 5 anos conforme protocolo do MS	100% das crianças de 6 meses a < 5 anos da área adscrita, recebendo doses de Vit. A	Nº total de crianças de 6 meses a < de 5 anos da área adscrita deverão receber as doses de Vit. A
Aplicação de sulfato ferroso como profilaxia da anemia	Aplicar sulfato ferroso, dose para profilaxia, nas crianças de 6 a 18 meses	100% das crianças de 6 meses a 18 meses da área adscrita, recebendo doses de sulfato ferroso	Nº total de crianças de 6 meses a 18 meses da área adscrita deverão receber as doses de sulfato ferroso (profilático)
Estimular o Aleitamento Materno	Estimular Aleitamento Materno Exclusivo (AME) em 100% das crianças até 6 meses de vida	100% das crianças até 6 meses com AME	Nº total de RN/ano = Nº de crianças que ficarão com AME até o 6º mês de vida
Realizar visita domiciliar em 100% dos Recém Nascidos - RN	Realizar visita domiciliar para todos os RN da área adscrita até a 1ª semana de vida	100% dos RN visitados até a 1ª semana de vida pelo médico ou enfermeiro	Nº total de RN/ano = Nº de visitas domiciliares necessárias, para avaliar os RN da área adscrita na 1ª semana de vida.
Garantir em 100% dos RN a realização do teste do pezinho	Realizar o teste do pezinho do 3º ao 7º dia de vida.	100% dos RN com 1 teste do pezinho realizado do 3º ao 7º dia de vida	Nº total de RN/ano = Nº de testes do pezinho necessários
Garantir em 100% dos RN a realização do teste do olhinho	Realizar o teste da orelhinha na maternidade, antes da alta hospitalar.	100% dos RN com 1 teste do olhinho realizado	Nº total de RN/ano = Nº de testes do olhinho necessários
Garantir em 100% das crianças < 1 ano a oferta de consulta odontológica	Realizar 2 consultas odontológicas em 100% das crianças < 1 ano	100% das crianças < 1 ano com 2 consultas odontológicas, sendo a primeira a partir do primeiro dente e a segunda aos 12 meses	Nº total de RN/ano x 2 = Nº de consultas odontológicas necessárias

Realização de atividades educativas	Realizar reuniões educativas às mães de crianças < de 1 ano	Realizar 2 reuniões educativas/ano	2 reuniões/ano/ para cada mãe de crianças < 1 ano
Acompanhar 100% das crianças < de 1 ano de alto risco no centro de referência microrregional	Realizar consultas adicionais para as crianças < de 1 ano de alto risco no centro de referência microrregional	15% das crianças < de 1 ano (esperado para alto risco) 100% das crianças < de 1 ano de alto risco, com no mínimo 5 consultas ou conforme protocolo do centro de referência específico para o caso	15% das crianças < de ano = N° de crianças que necessitarão ser acompanhadas no centro de referência N° de crianças de risco x 5 = n° de consultas necessárias no centro de referência
100% das crianças com sífilis congênita tratadas e acompanhadas conforme protocolo do MS	Acompanhar as crianças com sífilis congênita do território	100% das crianças com sífilis congênita (do território) acompanhadas na UBS	N° de crianças com sífilis congênita = crianças tratadas e acompanhadas na UBS
Redução da mortalidade infantil no município	Investigar as mortes infantis do município	100% das mortes infantis identificadas e investigadas pelas UBS	N° absoluto de óbitos infantis /n° de NV no município x 1000 = óbitos a serem investigados

A partir da planilha de programação contida no protocolo clínico, também se pode realizar o cálculo da necessidade de leitos na maternidade de risco habitual, conforme a planilha a seguir.

PLANILHA DE MODELAGEM DA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL

DIMENSIONAMENTO DE PARTOS							
Partos/ano = 85% do total de gestantes		Partos/mês		Partos/dia		Necessidade de sala de parto	
Normal	Cesárea	Normal	Cesárea	Normal	Cesárea	Normal	Cesárea
Nº de partos/ano – Nº de partos cesáreos	Nº de partos/ ano x Taxa de cesárea na região /100	Nº de partos normais /12 meses	Nº de partos cesáreos /12 meses	Nº de partos normais por mês/ 30 dias	Nº de partos cesáreos por mês/ 30 dias	Nº de partos normais ao dia x 2h/ 24h + 20%	Nº de partos cesáreos ao dia x 2h/ 24h + 20%
DIMENSIONAMENTO – LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO							
Número de internamentos/dia		Tempo de permanência (dias)		Necessidade de leitos de alojamento conjunto			
Nº de partos normais ao dia + Nº de partos cesáreos ao dia		2 dias		Nº de internamentos ao dia x 2dias + 20%			

Também, a partir da planilha de programação contida no protocolo clínico, pode-se realizar o cálculo da necessidade de leitos na maternidade macrorregional, conforme planilha a seguir.

PLANILHA DE MODELAGEM DA MATERNIDADE DE ALTO RISCO

DIMENSIONAMENTO DE PARTOS (GESTANTE DE ALTO RISCO)							
Partos/ano = Nº de gestantes de alto risco		Partos/mês		Partos/dia		Necessidade de sala de parto	
Normal	Cesárea	Normal	Cesárea	Normal	Cesárea	Normal	Cesárea
Nº de partos de alto risco ao ano – Nº de partos de alto risco cesáreos	Nº de partos de alto risco x Taxa de cesárea na região /100	Nº de partos normais de alto risco/12 meses	Nº de partos cesáreos de alto risco/12 meses	Nº de partos normais de alto risco /30 dias	Nº de partos cesáreos de alto risco/30 dias	Nº de partos normais de alto risco ao dia x 2h/24h + 20%	Nº de partos cesáreos de alto risco ao dia x 2h/24h + 20%
DIMENSIONAMENTO – LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO							
Número de internamentos/dia		Tempo de permanência (dias)		Necessidade de leitos de alojamento conjunto			
Nº de partos normais de alto risco ao dia + Nº de partos cesáreos de alto risco ao dia		5 dias		Nº de internamentos ao dia (Nº de partos normal de alto risco ao dia + Nº de partos cesárea de alto risco ao dia) x 5 dias + 20%			

PLANILHA DE DIMENSIONAMENTO DE LEITOS DE UTI ADULTO

LEITOS DE UTI ADULTO		
Nº de puérperas que necessitam de UTI (10% das gestantes de alto risco)	Tempo de permanência (dias)	Necessidade de leitos de UTI
10% das gestantes de alto risco/ano/12 meses	3 a 4 dias	Nº de puérperas que necessitam de UTI/mês/30 dias = Y Y x 4 dias + 20%

PLANILHA DE DIMENSIONAMENTO DE LEITOS DE UTI NEONATAL

LEITOS DE UTI NEONATAL		
Necessidade de leitos de UTI	Cálculo de leitos	
	UCI	UTI
1 a 2 leitos/1000 NV (regra de três) Em 1000 NV → 2 leitos No total de NV do município → X leitos	2/3 dos leitos	1/3 dos leitos

1. *Parâmetro da Sociedade Brasileira de Pediatria: 1 a 2 leitos de UTI por 1000 NV, sendo 1/3 de UTI Neonatal e 2/3 de UCI.*
2. *O conjunto de leitos de cuidados intermediários, UCINCo (Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional) e UCINCa (Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru), conterà, no mínimo, 1/3 (um terço) de leitos UCINCa - § 2º art. 7º da portaria GM n. 3.389.*
3. *Lembrar que, em planejamento hospitalar, a taxa de ocupação de leitos deve ser calculada em torno de 80%, para se ter folga de leitos (20% para tempo de desinfecção, tempo de saída pós-alta etc.).*