


CONASS documenta

Cadernos de
informação técnica
e memória do CONASS

25


O estado
e as Redes de
Atenção à Saúde –
1ª Mostra Nacional
de Experiências

CONASS



O Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), instituído em fevereiro de 1982, congrega os secretários de saúde dos Estados e do Distrito Federal em uma associação civil sem fins lucrativos, de direito privado, que se pauta pelos princípios do direito público, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial.

Missão do CONASS



Promover a articulação e a representação política da gestão estadual do SUS, proporcionando apoio técnico às Secretarias de Estado da Saúde (SES), coletiva e individualmente, de acordo com suas necessidades, por meio da disseminação de informações, produção e difusão de conhecimento, inovação e incentivo à troca de experiências e boas práticas.

O ESTADO E AS REDES
DE ATENÇÃO À SAÚDE –
1ª MOSTRA NACIONAL
DE EXPERIÊNCIAS

25

CONASS documenta



CONASS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE



© 2012 – 1.^a edição
CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

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

TIRAGEM: 3 mil exemplares

CONASS DOCUMENTA n. 25
Brasília, dezembro de 2012.
ISBN 978-85-8071-006-9

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.
O estado e as Redes de Atenção à Saúde – 1^a Mostra Nacional de Experiências /
Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2012.
318 p. – (CONASS Documenta, 25)

ISBN 978-85-8071-006-9

Sistema de Saúde I. Atenção Primária à Saúde nos Estados

NLM WA 525

SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE

AC	Suely de Souza Melo da Costa	PB	Waldson Dias de Souza
AL	Alexandre de Melo Toledo	PR	Michele Caputo Neto
AP	Lineu Fagundes	PE	Antônio Carlos dos Santos Figueira
AM	Wilson Duarte Alecrim	PI	Ernani Maia
BA	Jorge José Santos Pereira Solla	RJ	Sérgio Luiz Côrtes
CE	Raimundo José Arruda Bastos	RN	Isaú Gerino Vilela da Silva
DF	Rafael de Aguiar Barbosa	RS	Ciro Carlos Emerim Simoni
ES	José Tadeu Marino	RO	Gilvan Ramos de Almeida
GO	Antônio Faleiros Filho	RR	Antônio Leocádio Vasconcelos Filho
MA	Ricardo Murad	SP	Giovanni Guido Cerri
MT	Vander Fernandes	SC	Dalmo Claro de Oliveira
MS	Beatriz Figueiredo Dobashi	SE	Silvio Alves dos Santos
MG	Antônio Jorge de Souza Marques	TO	Vanda Maria Gonçalves Paiva
PA	Hélio Franco de Macedo Júnior		

DIRETORIA DO CONASS

PRESIDENTE

Wilson Duarte Alecrim (AM)

VICE-PRESIDENTES

Região Centro-Oeste

Beatriz Dobashi (MS)

Região Nordeste

Jorge José Santos Pereira Sola (BA)

Região Norte

Hélio Franco de Macedo Júnior (PA)

Região Sudeste

Sérgio Côrtes (RJ)

Região Sul

Ciro Simoni (RS)

COMISSÃO FISCAL – TITULARES

Lineu Facundes (AP)

Waldson Dias de Souza (PB)

COMISSÃO FISCAL – SUPLENTES

Michele Caputo Neto (PR)

Raimundo José Arruda Bastos (CE)

REPRESENTANTE DO CONASS NA HEMOBRÁS

Antônio Carlos Figueira (PE)

REPRESENTANTES DO CONASS ANVISA

Titular

Michele Caputo Neto (PR)

Viviane Rocha de Luiz

(Assessora Técnica do CONASS)

REPRESENTANTE DO CONASS NA ANS

Raimundo José Arruda Bastos (CE)

EQUIPE DO CONASS

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso

COORDENADORES

Ricardo F. Scotti

Rita de Cássia Bertão Cataneli

ASSESSORIA ESPECIAL

René Santos

ASSESSORIA DE RELAÇÕES

INTERNACIONAIS

Fernando Cupertino

ASSESSORIA JURÍDICA

Alethele de Oliveira Santos

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Adriane Cruz

Luiza Tiné

Tatiana Rosa

COORDENAÇÃO DE NÚCLEOS TÉCNICOS

Rita de Cássia Bertão Cataneli

COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO

INSTITUCIONAL

Ricardo de Freitas Scotti

ASSESSORIA TÉCNICA

Alessandra Schneider

Eliana Maria Ribeiro Dourado

Gilson Cantarino

Lore Lamb

Lourdes Almeida

Maria José Evangelista

Nereu Herique Mansano

Tereza Cristina Amaral

Viviane Rocha De Luiz

GERÊNCIA ADMINISTRATIVA

Ana Lúcia do Amaral Melo

Cleomar Dias da Função

Adriano Salgado de Farias

Everton de Oliveira Bastida

Gabriela Barcellos

Gutemberg Silva

Gabriella Souza

Janara Alexandre Nunes

Tatiane Toledo

GERÊNCIA FINANCEIRA

Luciana Toledo Lopes

Giseli Neves Dias

Ilka Mendes da Costa

Emanuela Marques Ferreira

UNIDADE DE GESTÃO DE PROJETOS

Cirlene Rossi

GERÊNCIA DE COMPRAS E CONTRATOS

Rodrigo Fagundes Souza

Thatiana Cristina Rodrigues Lima

Andréia Rocha

ELABORAÇÃO

ORGANIZADORES

Maria José de Oliveira Evangelista
Rita de Cássia Bertão Cataneli

COLABORADORES

Regina Helena Arroio Nicoletti
Sílvia Takeda

REVISÃO ORTOGRÁFICA

Carmem Cecília C. Galvão de Menezes

EDIÇÃO

Adriane Cruz

PROJETO GRÁFICO

Clarice Lacerda
Thales Amorim

DIAGRAMAÇÃO

Renovacio Criação

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
INTRODUÇÃO	15
PARTE I REDES DE ATENÇÃO À SAUDE NO BRASIL 1.ª MOSTRA NACIONAL DE EXPERIÊNCIAS	19
PARTE II AS EXPERIÊNCIAS ESTADUAIS APRESENTADAS NA 1.ª MOSTRA NACIONAL DE EXPERIÊNCIAS	35

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Por ocasião das festividades dos 30 anos do CONASS, realizou-se, em Brasília/DF, nos dias 24 e 25 de abril de 2012, o Seminário Internacional: Atenção Primária à Saúde, Acesso Universal e Proteção Social. Concomitantemente, ocorreu a 1.ª Mostra Nacional de Experiências: O Estado e as Redes de Atenção à Saúde, com a finalidade de reunir as experiências dos estados com a organização regional dos serviços de saúde, propiciando, assim, a troca de experiências e a identificação dos avanços e das dificuldades no caminho percorrido ao organizar redes.

O Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) convidaram todas as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) a participarem, apresentando as experiências de construção de Redes de Atenção à Saúde (RAS) e de Redes Temáticas (RT), e este CONASS Documenta traz uma breve análise dos 80 trabalhos apresentados nessa 1.ª Mostra Nacional.

Convido-os à leitura de todas as experiências, enfatizando que não possuem rigor acadêmico, mas traduzem os esforços das SES no apoio e no estímulo à introdução de novas tecnologias, aos avanços na organização dos sistemas de saúde e ao aperfeiçoamento do SUS.

Wilson Alecrim
PRESIDENTE DO CONASS

INTRODUÇÃO

As Redes de Atenção à Saúde (RASs) são fundamentais para a coordenação e a integração dos serviços e das ações de saúde, para a integralidade e para a qualidade da atenção à saúde da população. A organização dos serviços e dos recursos em redes nos diversos países evidencia melhores resultados em saúde, menos internações, maior satisfação dos usuários, melhor uso dos recursos, serviços mais custo-efetivos e de melhor qualidade, maior cooperação entre gestores de diferentes serviços, entre outras vantagens.^{1,2}

O Brasil destaca-se no cenário latino-americano pelo acúmulo teórico e pela diversidade de cenários no desenvolvimento de RAS,¹ mas as experiências estão dispersas no território nacional, não havendo ainda a necessária disseminação e o reconhecimento dos aspectos que contribuem para o alcance dos seus objetivos nem das dificuldades em desenvolvê-las.

Os trabalhos aqui apresentados refletem a riqueza de vivências e a complexidade enfrentada pelas organizações da saúde, visando aperfeiçoar os sistemas de saúde. O tema das RASs integra e destaca-se na pauta da maioria das SES, embora se observem muito diferentes estágios de reorganização dos sistemas e dos serviços, com o objetivo de conformar redes.

Os relatos demonstram o claro papel do CONASS como agente fundamental, indutor do tema das redes nas SES, instrumentalizando, assessorando, apoiando tecnicamente as equipes estaduais. Esse papel é desempenhado por meio do desenvolvimento de oficinas^{3,4} e consultorias locais.

Este CONASS Documenta está estruturado em duas partes. A primeira faz uma análise dos trabalhos inscritos, apresentando os diferentes estágios da implantação das redes nas várias regiões e nos estados do País, bem como o papel das Secretarias Estaduais e os aspectos que devem ser levados em consideração nesse processo. A segunda parte relata as experiências, descrevendo as principais estratégias e atividades, aspectos facilitadores, dificuldades, avanços e desafios.

Agradecemos a todos os autores dos trabalhos, enfatizando a grande mobilização que houve nas SES, e aos secretários estaduais, atores políticos fundamentais na organização das RASs nas diversas e diferentes regiões desse grande país.

n. 25

*O estado e as Redes de
Atenção à Saúde –
1ª Mostra Nacional de
Experiências*

PARTE I
REDES DE
ATENÇÃO À
SAÚDE NO BRASIL
1.ª MOSTRA
NACIONAL DE
EXPERIÊNCIAS

Redes de Atenção à Saúde no Brasil

1.ª Mostra Nacional de Experiências

1

Por ocasião das festividades dos 30 anos do CONASS, realizou-se, em Brasília/DF, o Seminário Internacional “Atenção Primária em Saúde”, e, concomitantemente a ele, ocorreu a 1.ª Mostra Nacional de Redes: O Estado e as Redes de Atenção à Saúde.

A Mostra teve a finalidade de reunir as experiências dos estados com a organização regional dos serviços de saúde, propiciando assim a troca de experiências e a identificação dos avanços e das dificuldades no caminho percorrido ao organizar redes.

O Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) convidaram todas as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) a participar, apresentando as experiências de construção de Redes de Atenção à Saúde (RASs) e de Redes Temáticas (RT).

As Redes de Atenção à Saúde são fundamentais para a coordenação e a integração dos serviços e das ações de saúde, para a integralidade e para a qualidade da atenção à saúde da população. A organização dos serviços e dos recursos em redes nos diversos países evidencia melhores resultados em saúde, menos internações, maior satisfação dos usuários, melhor uso dos recursos, serviços mais custo-efetivos e de melhor qualidade, maior cooperação entre gestores de diferentes serviços, entre outras vantagens.^{1,2}

O Brasil destaca-se no cenário latino-americano pelo acúmulo teórico e pela diversidade de cenários no desenvolvimento de RAS,¹ mas as experiências estão dispersas no território nacional, não havendo ainda a necessária disseminação e o reconhecimento dos aspectos que contribuem para que alcancem seus objetivos e nem das dificuldades em desenvolvê-las.

Este texto traz breve análise dos 80 trabalhos apresentados na 1.ª Mostra Nacional de Redes, convidando à leitura de todas as experiências que traduzem os esforços das SES no apoio e no estímulo à introdução de

novas tecnologias, aos avanços na organização dos sistemas de saúde e ao aperfeiçoamento o SUS.

Participaram da Mostra 22 estados, e para cada uma das 80 experiências foi apresentado um *banner* e um artigo, que compõem esta publicação. A Tabela 2 descreve o número de experiências apresentadas por estado. Os temas centrais das experiências relatadas são descritos na Tabela 3.

Os trabalhos refletem a riqueza de vivências e a complexidade enfrentada pelas organizações da saúde, visando aperfeiçoar os sistemas de saúde. O tema das RASs integra e destaca-se na pauta da maioria das SES, embora se observem diferentes estágios de reorganização dos sistemas e dos serviços, com o objetivo de conformar redes.

Os relatos demonstram o claro papel do CONASS como agente fundamental, indutor do tema das redes nas SES, instrumentalizando, assessorando, apoiando tecnicamente as equipes estaduais. Esse papel é desempenhado por meio do desenvolvimento de oficinas^{3,4} e consultorias locais.

A referência teórica presente na grande maioria dos trabalhos é a obra de Eugênio Vilaça Mendes, que se encontra sistematizada na publicação “As Redes de Atenção à Saúde”¹.

Os autores tiveram o cuidado de descrever as dificuldades enfrentadas e a generosidade de compartilhar as formas de superação destas dificuldades, o que pode ser muito útil na aprendizagem de como encurtar caminhos, evitando esforços e tempo desnecessários. Tiveram ainda o zelo de compartilhar os êxitos, assinalando as razões de seu alcance.

Alguns poucos trabalhos demonstram estágios adiantados de organização dos serviços e dos recursos de saúde, já operando em redes, e nestes já se encontram descritas mudanças positivas nos resultados dos indicadores de saúde, de custo e de organização dos processos de trabalho, refletindo o alcance de objetivos: maior integralidade do cuidado, maior qualidade, maior satisfação da população e dos profissionais de saúde, menores custos.

Em outros estados, a maioria neste momento, as equipes das Secretarias Estaduais de Saúde realizam esforços para incorporar e disseminar os conceitos-chave às RASs; demonstrar as evidências da eficácia destas; e indicar caminhos a serem seguidos para a sua constituição^{5,6}.

Acredita-se que o conjunto das experiências apresentadas na Mostra reflita o atual cenário de desenvolvimento das RASs no Brasil.

A ORGANIZAÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO E OS TEMAS APRESENTADOS NA MOSTRA

A Tabela 3 descreve os temas centrais dos trabalhos apresentados. Ainda que o convite à participação da Mostra assinalasse para a apresentação de experiências com Redes de Atenção à Saúde e Redes Temáticas, alguns trabalhos descreveram importantes processos educativos coordenados pelas SES, mas que não foram mencionados como integrantes do contexto da organização de redes. Em sua maioria, são processos dirigidos ao fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no estado.

Dos 80 trabalhos, 36 (45%) tem como tema central as estratégias e as atividades que as SES estão realizando com o objetivo de construção e aperfeiçoamento de Redes de Atenção à Saúde. Destes, há trabalhos que descrevem a organização dos sistemas de apoio (assistência farmacêutica) e dos sistemas logísticos (sistema de transporte, acesso regulado à atenção) e a governança das redes. O tema central de 32 (40%) trabalhos é a organização de redes temáticas, dos quais um terço refere-se à organização da rede cegonha (Tabela 2). Os demais trabalhos (15%) não focalizam RASs.

TABELA 1 Aspectos observados nas experiências que participaram da mostra: “O Estado e as Redes de Atenção à Saúde” e número de trabalhos apresentados por estado. CONASS, 1.ª Mostra Nacional de Redes de Atenção à Saúde. Brasília, 2012.

IDENTIFICAÇÃO	NÚMERO DO TRABALHO: __ ESTADO: _____ - TÍTULO:
Tema principal	(1) Rede de Atenção à Saúde (2) Rede Temática (3) Outro _____
Subtema*	Conforme lista enviada aos participantes da Mostra de Redes CONASS.
Fase da implantação	Em que fase/estágio de desenvolvimento* encontra-se a experiência?
Abrangência do projeto	Estadual, regional, macrorregiões, microrregiões, municipal, interestadual...
Abrangência do que já foi implantado	Destacar a abrangência do que está implementado até o momento (estadual, regional, macrorregiões, microrregiões, municipal...).
Objetivos	Descrição dos objetivos do trabalho apresentado
Avaliação da etapa percorrida	Descrição dos passos/etapas do processo de construção das Redes, análise das dificuldades deste processo e dos aspectos positivos/avanços.
Indicadores	Mecanismos e/ou indicadores para avaliar o andamento da construção das Redes e o alcance dos objetivos. Avaliação dos indicadores propostos.

*CATEGORIZADOS SEGUNDO MENDES¹. VER QUADRO 1.

TABELA 2 Estados que participaram da Mostra: “O Estado e as Redes de Atenção à Saúde” e número de trabalhos apresentados por estado. CONASS, 1.ª Mostra Nacional de Redes de Atenção à Saúde. Brasília, 2012.

ESTADO	N.º DE EXPERIÊNCIAS APRESENTADAS NA MOSTRA
Acre	1
Alagoas	2
Amazonas	8
Bahia	4
Ceará	3
Distrito Federal	2
Espírito Santo	3
Goiás	3
Maranhão	1
Mato Grosso do Sul	1
Minas Gerais	19
Pará	2
Paraná	1
Pernambuco	5
Piauí	1
Rio de Janeiro	6
Rio Grande do Norte	5
Rio Grande do Sul	8
Roraima	1
Santa Catarina	2
Sergipe	1
Tocantins	1
TOTAL	80

TABELA 3 **Distribuição das experiências, segundo o tema central do trabalho apresentado. CONASS, 1.ª Mostra Nacional de Redes de Atenção à Saúde. Brasília, 2012.**

TEMA PRINCIPAL	Nº TOTAL
1. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	36
Componentes das RAS	
- A Atenção Primária, os pontos de atenção secundários e terciários	30
- Sistemas de apoio às Redes (assistência farmacêutica)	3
- Sistemas logísticos (sistema de transporte, acesso regulado)	2
- Sistema de governança	1
2. REDES TEMÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE	32
- Rede Cegonha	13
- Rede de urgências e emergências	4
- Rede materno-infantil	3
- Rede de atenção psicossocial	3
- Rede de hospitais	1
- Rede de cuidados em dengue	1
- Rede auditiva	1
- Rede de atenção aos idosos	1
- Rede de atenção às condições crônicas	1
- Rede em transplantes	1
- A vigilância em saúde nas redes	1
- Rede de atenção aos usuários de crack e outras drogas	1
- Rede atenção em violência em mulheres e crianças	1
3. PROCESSOS EDUCATIVOS visando à qualificação das equipes técnicas dos níveis centrais das secretarias estaduais, municipais e equipes locais de saúde.	10
4. OUTROS	2
Relato de experiências de qualificação da atenção à saúde, não relacionados a um contexto de RAS: reorganização da atenção a pessoas em presídios (1) e atenção materno-infantil (1)	

n. 25
O estado e as Redes de
Atenção à Saúde –
1ª Mostra Nacional de
Experiências

O PAPEL DO ESTADO NA IMPLANTAÇÃO DE RAS

A organização de RASs está ocorrendo, em grande maioria, com participação das Secretarias Estaduais de Saúde¹, que buscam exercer o papel de indutor e coordenador da reorganização do sistema de saúde. As SES têm incorporado e disseminado as tecnologias de planejamento da atenção à saúde, da organização dos processos de trabalho, da capacitação das equipes estaduais para adequação e reprodução locorregional de oficinas para os municípios. As atividades que vêm sendo desenvolvidas pelas SES podem ser agrupadas em: (a) processos educativos, em sua maioria oficinas, com

preparação de facilitadores que disseminem os conceitos, as leis e as portarias, as recomendações e as etapas indicadas pelo Ministério da Saúde^{5,6} para a organização de RASs, e reforçando a importância da organização de redes para o alcance de melhores resultados em saúde, melhor qualidade e menores custos; (b) promoção da articulação entre os diversos atores (instituições das diferentes esferas de gestão, os diversos níveis de atenção, Conasems, CIRs etc.); (c) indução à elaboração e à implantação de instrumentos de planejamento e gestão, entre eles o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde (PPI); e (d) promoção da formação de grupos condutores e facilitadores/apoiadores desses processos nas regiões e nos municípios. Em sua maioria, as SES têm dispendido esforços estimulando e apoiando por meio dessas atividades. Contudo, há estados nos quais a organização de redes já se encontra em fase adiantada, em que as regiões foram definidas; foi definido o rol de ações e serviços com base nas necessidades da população e nos recursos disponíveis; foram organizadas e integradas as ações e os serviços que compõem a RAS; foram estabelecidos os fluxos e definidas as responsabilidades nas regiões de saúde, visando à coordenação do cuidado aos usuários; foram definidos os critérios de acessibilidade e escala; é discutida a presença e a adequação/qualidade dos elementos estruturais das RAS e em que medida estão operando como preconizado (APS fortalecida, porta de entrada do sistema de saúde e cumpridora do seu papel de coordenação do cuidado aos indivíduos; integração das informações dos diferentes pontos de atenção à saúde; atenção secundária e terciária compondo a RAS e propiciando cuidado integral; há coordenação na oferta de serviços dos diversos níveis de atenção à saúde; os sistemas de apoio (sistema diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica, sistema de informações) operam de maneira integrada; os sistemas logísticos (transporte, regulação da atenção, cartão de identificação do usuário na rede) permitem cumprimento de fluxos e identificação dos usuários na rede; governança da rede). Nestes, o estado tomou para si a missão de implantar, conduzir e manter as Redes de Atenção à Saúde no estado. O exemplo é o estado de Minas Gerais, no qual todos os aspectos do desenvolvimento de RAS no estado (Quadro 1) têm sido abordados pela SES.

QUADRO 1 **Aspectos da construção de Redes de Atenção à Saúde, organizados segundo Mendes¹**

n. 25
O estado e as Redes de
Atenção à Saúde –
1ª Mostra Nacional de
Experiências

1. O PAPEL DO ESTADO/SES NA CONSTRUÇÃO DE REDES; o estímulo e o apoio aos municípios para se organizarem em Redes de Atenção.
2. O FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) como porta de entrada e primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde.
3. O PROCESSO DE DEFINIÇÃO DAS REGIÕES DE SAÚDE, com estabelecimento de limites geográficos e população usuária.
4. A DEFINIÇÃO DO ROL DE AÇÕES E SERVIÇOS, com base nas necessidades da população e nos recursos disponíveis.
5. A ORGANIZAÇÃO E A INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES E DOS SERVIÇOS QUE COMPÕEM A RAS.
6. O ESTABELECIMENTO DOS FLUXOS E A DEFINIÇÃO DE RESPONSABILIDADES NAS REGIÕES DE SAÚDE, visando à coordenação do cuidado aos usuários.
7. A DEFINIÇÃO DE CRITÉRIOS DE ACESSIBILIDADE E ESCALA.
8. A PRESENÇA DOS ELEMENTOS ESTRUTURAIS DAS RAS (e em que medida estão operando como preconizado): A APS está fortalecida, é porta de entrada e cumpre seu papel de coordenação do cuidado aos indivíduos, integrando as informações dos diferentes pontos de atenção à saúde? A Atenção Secundária e Terciária compõem a RAS e propicia cuidado integral? A oferta de serviços dos diversos níveis de atenção à saúde é coordenada? Os Sistemas de Apoio (sistema diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica, sistema de informações) operam de maneira integrada? Os Sistemas Logísticos (transporte, regulação da atenção, cartão de identificação do usuário na rede) permitem cumprimento de fluxos e identificação dos usuários na Rede? Como se dá a governança da Rede?
9. SISTEMAS DE APOIO: Sistema de informações – as informações são integradas por sistemas eletrônicos de informação? Sistema diagnóstico e terapêutico. Assistência farmacêutica.
10. SISTEMAS LOGÍSTICOS: Transporte. Regulação. Cartão de identificação do usuário.
11. GOVERNANÇA
12. ESCOLHA DOS CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO E DE RESULTADOS. Estabelecimento de mecanismos de controle e fiscalização das ações e dos serviços. Definição de indicadores e metas para monitoramento e avaliação das redes.
13. FINANCIAMENTO
14. INTERSETORIALIDADE: a rede além da saúde.
15. REDE TEMÁTICA: qual rede temática?
16. OUTROS: atividades educativas etc.

ABRANGÊNCIA E SITUAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DAS RAS

A grande maioria das experiências apresentadas refere-se a regiões do estado, envolvendo alguns municípios ou uma macrorregião. Em uma Unidade da Federação a abrangência é estadual. É interessante observar que há experiências interestaduais.

A tabela 4 apresenta uma tentativa de agrupar os estados segundo a situação de desenvolvimento das redes, considerando três situações: inicial, intermediária e adiantada.

TABELA 4 **O desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde**

Situação 1: A maioria dos trabalhos apresentados, referente a 14 estados.	Situação 2: Os trabalhos apresentados por dois estados.	Situação 3: Os trabalhos apresentados por seis estados.
As equipes das SES discutem internamente o que são RAS, realizam processos educativos para o nível central das secretarias estaduais e são envolvidos técnicos das regionais de saúde. Estão sendo formados educadores/facilitadores para realizar apoio institucional às secretarias municipais.	As SES coordenam oficinas para técnicos das regionais e secretarias municipais, com objetivos de disseminar conhecimentos sobre RAS e APS e estimular o desenvolvimento dos primeiros passos na organização de RAS: definição de regiões de saúde; mapeamento de recursos e necessidades; criação de grupos condutores; aproximação com outros atores/Cosems; criação dos planos; instituição das CIBs. Reunião de colegiados para definição de rol das diferentes instituições e níveis de atenção. Definição de fluxos.	Rede em ação, funcionando. Avaliação dos indicadores de monitoramento e avaliação das RAS.

DESAFIOS E SUCESSOS NO DESENVOLVIMENTO DAS REDES

Uma série de dificuldades para o desenvolvimento das redes foi revelada, assim como o alcance de sucessos. Entre os **sucessos** mencionados, destacam-se:

- Aproximação e integração entre as diversas áreas técnicas das SESs, para planejamento articulado e execução compartilhada das estratégias e das ações. Aproximação, no interior da própria secretaria estadual, dos diferentes níveis hierárquicos e revisão das atividades de planejamento das ações e da formulação das políticas de saúde.

- O trabalho conjunto desenvolvido pelas diferentes subsecretarias, superintendências e áreas técnicas foi crucial para o estabelecimento de Redes de Atenção à Saúde e consequente melhora no acesso e na resolutividade aos usuários do SUS.

- Integração de diferentes projetos e programas desenvolvidos pelas áreas técnicas, potencializando o uso dos recursos materiais e a gestão de pessoas.

- Integração entre as diversas esferas de gestão, municipal, regional, e estadual e junto aos técnicos do Ministério da Saúde (apoiadores temáticos e de serviços).

- Integração dos planos regionais para as redes temáticas e convergência do subprojeto com iniciativas operadas pelos entes estadual e municipais.

- Articulação entre serviços e instituições tendo como centralidade o planejamento, a cooperação e a governança regional.

- Diálogo e participação dos gestores municipais de saúde.

- Elaboração e/ou atualização e implantação dos instrumentos de planejamento, gestão, regulação, controle/avaliação, educação permanente, fundamentais para a atuação em RAS, entre eles o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde (PPI).

- Análise rica de indicadores socioeconômicos, demográficos, epidemiológicos e de gestão, os quais evidenciaram as demandas/necessidades da região.

- Fortalecimento da gestão regional e municipal, possibilitando até mesmo direcionar investimentos para projetos regionais.

- Fortalecimento do controle social.

- Sobre as Oficinas: os conhecimentos adquiridos são passíveis de aplicação imediata na realidade; ressalta-se a participação de profissionais de saúde que atuam na assistência, que comumente ficam à margem das atividades de planejamento das ações que executam.

- Ampliação e otimização do acesso aos usuários.

- Aumento na qualidade da atenção.

- Formação de rede solidária de apoio e corresponsabilização entre sujeitos e instituições, ampliando o diálogo institucional entre gestores, técnicos da SES e equipes de saúde.

- Socialização das experiências existentes nas diversas instituições/pontos de atenção à saúde, na gestão e na gerência dos serviços, na criação de estratégias na assistência.

- Entre as **dificuldades** mencionadas, destacam-se:

- Dificuldade de exercer cogestão e apoio institucional de forma mais democrática e participativa.

- Estabelecimento de critérios para definir as regiões sanitárias a iniciar as atividades.

- Insuficiência de informações para análise diagnóstica dos serviços das redes temáticas.

- Realizar regulação em todos os níveis: local, micro e macrorregional.

- Escassez de estrutura das SES, seja de recursos humanos com sobrecarga de trabalho dos técnicos, seja de dificuldade logística, principalmente no que se refere ao deslocamento dos técnicos para cumprimento de agendas presenciais pactuadas.

- Falta de compromisso de alguns municípios com as atividades de planificação

- Não incorporação dos Plano Diretor de Regionalização como tema de discussão ou mesmo acompanhamento nos Conselhos Municipais de Saúde.

- Fragmentação das ações nas diferentes diretorias que compõem a secretaria estadual.

- Secretarias de saúde dos municípios, sede de macrorregião, assumirem papel diferenciado, no sentido da organização e da garantia de acesso dos serviços de referência macrorregional.

- Divergência do duplo comando: dos programas organizados por ciclos de vida e da organização em redes.

- Implementação simultânea de diferentes projetos, no caso o Qualisus e a proposta de organização de RAS, confundindo equipes e dispersando recursos.

- Necessidade de melhoria na comunicação entre as áreas técnicas do Ministério da Saúde e a SES.

- Dificuldades com o sistema informatizado do plano de ação das redes temáticas, ferramenta eletrônica não adequada para o desenho da rede. O sistema não permitiu referência interregional, gerando problemas nas programações.

- Conflito de orientações entre diversos interlocutores do Ministério da Saúde, muitas vezes em desacordo com o texto das portarias.

- Nem sempre o texto das portarias pactuadas está adequado à realidade estadual e municipal.
- Descontinuidade no apoio institucional do Ministério da Saúde.
- Redução dos incentivos previstos por limitações orçamentárias e financeiras, prejudicando a lógica do desenho já estabelecido.
- Comunicação entre os serviços de saúde.
- Demora da normalização do repasse do cofinanciamento da APS aos municípios.
- Concretização da solidariedade regional no estado, com entraves nas pactuações intermunicipais em razão das diferenças político-partidárias, na pouca comunicação e articulação entre os serviços e na fragilidade na formação dos profissionais para o SUS.
- Necessidade de definição do modelo de governança da rede. Rever os critérios de financiamento que permanecem fragmentados e dissociados dessa nova forma de organização do sistema e construir de forma tripartite as práticas de contratualização e monitoramento e avaliação de redes.
- Necessidade de articulação e comunicação mais afinada nas relações interfederativas, envolvendo governo federal, estados e municípios.

MECANISMOS DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DE RAS

Ainda que boa proporção dos trabalhos apresentados tenha clara a importância de superar a fragmentação dos cuidados, diminuir os custos, adequar a escala dos recursos ao tamanho da população e de suas necessidades, melhorar a qualidade dos serviços e alcançar melhores resultados nos indicadores de saúde, alguns textos não explicitam esses objetivos nem apresentam indicadores de avaliação que permitam verificar em que medida esses aspectos estão sendo superados.

COMENTÁRIOS

Os 80 trabalhos apresentados demonstram amplo compromisso com a busca em aperfeiçoar os sistemas de saúde e refletem dificuldades e avanços. A Mostra trouxe a oportunidade de conhecer as inúmeras reali-

dades de construção de Redes de Atenção à Saúde e Redes Temáticas no Brasil, refletir sobre as nossas experiências e aprender com os exemplos apresentados.

A experiência da implantação de redes integradas traz lições que nos ajudam a formular a implementação de estratégias bem-sucedidas. Entre as lições aprendidas, a Opas² destaca:

- os processos de integração são difíceis, complexos e de longo prazo. Integração deve ser pensada em termos de uma evolução ao longo do tempo;
- os processos de integração requerem mudanças sistêmicas amplas, e não apenas intervenções isoladas e pontuais;
- há mais exemplos de políticas de integração de serviços do que exemplos de implementação real. A gestão da mudança exigirá ação em vários níveis, incluindo o compromisso dos trabalhadores de saúde, dos gestores e dos formuladores de políticas;
- a integração dos serviços não significa necessariamente que tudo deve ser integrado em um único esquema. Existem muitas formas e níveis de integração que podem ocorrer dentro do sistema;
- vários estudos sugerem que a integração do pessoal de saúde com o sistema, a integração de sistemas de informações e a integração clínica são percebidas pelos gestores e pelos prestadores do SUS e como o mais difícil de alcançar;
- estruturas clínicas, de gestão e de governança do sistema devem estar alinhadas e se apoiam mutuamente;
- o alinhamento dos incentivos financeiros é essencial. Na medida em que os mecanismos de pagamento/compensação entre o hospital e a atenção primária sejam diferenciados, surgirão problemas e tensões e os incentivos para integração serão prejudicados; e
- a integração não é uma cura para a falta de recursos.

Convidamos a todos a ler os trabalhos apresentados! Boa leitura!

Referências bibliográficas

1. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde: 2011. 549 p.
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington:

Organização Pan-Americana da Saúde: 2010. Serie: La renovación de la atención primaria de salud en las Américas n. 4.

3. As oficinas para a organização das Redes de Atenção à Saúde. Conass Documenta [periódico na Internet]. 2010; n. 21. Disponível em: http://www.conass.org.br/conassdocumenta/conass_documenta_21.pdf

4. Planificação da Atenção Primária à Saúde nos estados. Conass Documenta [periódico na Internet]. 2011; n. 23. Disponível em: http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_23_final_erratas.pdf

n. 25

*O estado e as Redes de
Atenção à Saúde –
1ª Mostra Nacional de
Experiências*

5. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Dispõe sobre posicionamento do Ministério da Saúde, do CONASS e do Conasems sobre RASs, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.

6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2001. Dispõe sobre a regulamentação da Lei n. 8.080/1990. 1.ª ed. Brasília: Ministério da Saúde: 2011. 16 p. Série: E. Legislação de Saúde.

PARTE II
AS EXPERIÊNCIAS
ESTADUAIS
APRESENTADAS
NA 1.^a MOSTRA
NACIONAL DE
EXPERIÊNCIAS

As Experiências Estaduais Apresentadas na 1.ª Mostra Nacional de Experiências

2

ACRE

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: Melhoria da Atenção Primária: ação articulada da SES na construção da Rede de Atenção

AUTORES: Elizete do Nascimento Araújo, Maria Luiza Escudeiro Leite, Ximena Luiza Catalán Pavez, Adriana Maria Lobão, Rosangela Maia Rodriguez, Verônica Maria Barbosa Fernandes, Adriana Evangelista, Marize Barbosa Freire de Lucena.

SETORES/INSTITUIÇÕES ENVOLVIDOS: Áreas técnicas da Secretaria Estadual de Saúde: Divisão de Saúde Bucal; Divisão de Saúde do Idoso; Divisão de Saúde da Mulher; Divisão de Saúde da Criança e do Adolescente; Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis; Divisão de Tabagismo; Divisão de Alimentação e Nutrição; Divisão de Saúde Mental; e Divisão de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (Dant).

Resumo:

Atenção Básica é uma estratégia que vem desconstruir a prática de atenção à saúde tradicional baseada no modelo biomédico tradicional. Nesta estratégia, valorizam-se a promoção e a prevenção de agravos por meio de ações de cuidado junto com educação em saúde, promovendo assim a qualidade de vida das pessoas no seu território. Com base nesse princípio, a equipe é responsável por mapear sua área de abrangência, diagnosticando os quadros epidemiológicos relevantes e pactuando suas ações e responsabilidades no seu território. A política de atenção básica resulta em uma linha de cuidados e promoção de ações compartilhadas de protagonismo, conduzindo à população a práticas de vida saudável de acordo com as condições sociodemográficas e culturais locais.

A ampliação de compreensão da saúde, não apenas como ausência de doenças, mas entendida como produto e produtor de uma rede de saberes e poderes permite defender a saúde como um direito, não apenas pela Constituição Federal de 1988, mas pelo convite à construção de redes que fortalecem a condição de enfrentamento dos processos de saúde-doença.

O desafio de conquistar os princípios fundamentais do SUS, de descentralização e regionalização, indo para além das condições administrativas e de recursos, possibilita uma discussão ampliada com os espaços técnico-políticos, nos níveis de governo, de instâncias de pactuação e de participação da sociedade, permitindo a construção de redes que efetivem a integralidade.

Nesse sentido, a promoção e a prevenção de agravos, concomitantemente às ações de cuidado e qualidade de vida no território, passam por profundas mudanças, que devem ser acompanhadas por metodologias de trabalho que promovam o protagonismo dos sujeitos, sua autonomia nos modos de levar a vida, buscando a corresponsabilidade na produção de saúde.

Pensando no território, o estado do Acre, localizado na Amazônia ocidental, limita suas divisas com Peru e Bolívia. Composto por 22 municípios de pequeno porte, na sua maioria com menos de 20 mil habitantes, separados por quilômetros de mata virgem, dos quais 70% fazem fronteira com países com histórico de tráfico. Seus habitantes são, principalmente, ribeirinhos, população extrativista e índios, além de haver fazendas de gado e seus trabalhadores.

No estado do Acre, a organização da rede de atenção intensificou-se durante o ano de 2009, com a primeira Oficina das Redes de Atenção, organizada pelo CONASS, definindo a realização das demais oficinas:

- I. As Redes de Atenção à Saúde
- II. Atenção Primária à Saúde no estado
- III. Territorialização
- IV. A organização dos processos de trabalho em saúde

Em abril de 2010, foi realizada a 1.ª Oficina de Redes de Atenção na Região do Alto Acre, envolvendo os municípios de Assis Brasil, Brasiléia, Epitaciolândia e Xapuri, seguindo a proposta do CONASS. A partir das oficinas, retomou-se a necessidade de reorganização e integração das diferentes áreas técnicas da Secretaria de Saúde do Estado do Acre, por meio da Divi-

são de Atenção Primária/Saúde da Família com o Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, considerando o movimento da nova Política da Atenção Básica, das ações já desenvolvidas e incorporadas pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), partindo do pressuposto de qualificação da atenção primária, organizando a rede de cuidados no território. Um grupo de trabalho foi formalizado por meio de portaria estadual, constituindo um espaço de articulação e integração das áreas técnicas para apoio institucional aos municípios, trabalhando a compreensão das linhas e das redes de atenção à saúde.

Objetivos:

- Assessorar as equipes dos municípios na construção de planos de ação e estratégias para a qualidade da atenção;
- oferecer apoio institucional nas propostas de mapas de rede e nos processos de trabalho.

Estratégias:

- Articulação com as áreas técnicas do Dape/SES/AC para planejamento das ações integradas e sua execução compartilhada por meio de oficinas e apoio matricial;
- integração dos diferentes projetos e programas desenvolvidos pelas áreas técnicas, potencializando recursos materiais e gestão de pessoas;
- organização de calendário compartilhado para a execução de atividades.

Atividades:

- Articulação cotidiana por meio de reuniões e oficinas com as áreas técnicas da SES;
- diálogo permanente com gestores municipais de saúde da importância da estratégia de acesso dos usuários com as redes de atenção;
- realização de oficinas de redes de atenção nos municípios e regionais;
- realização das oficinas municipais de autoavaliação;
- oficinas da linha de cuidado (intersetorial).

Ação:

- Agenda compartilhada das áreas técnicas na realização das oficinas do PMAQ, na construção de estratégias de melhoria do acesso e da qualidade de saúde dos municípios;
- execução do Programa Rede Cegonha, como potencializador dos direitos da mulher e da criança;
- suporte técnico para problematização e compartilhamento de proposições nos processos de trabalho e apoio institucional à gestão municipal.

Recursos:

Uma das questões que impulsionaram o movimento foi o compartilhamento dos recursos disponibilizados pelos programas e pelos projetos (portarias), contabilizando 60% dos custos programados anualmente, envolvendo financiamento de Proesf, Educação Permanente, ParticipaSUS e recursos próprios.

Adequação dos diferentes projetos desenvolvidos pelas áreas técnicas, potencializando recursos materiais e financeiros.

Resultados esperados e alcançados:

- articulação com as áreas técnicas dos diversos departamentos da SES/AC e com as equipes dos municípios, na análise dos indicadores e nas necessidades locais regionais;
- monitoramento e avaliação trimestral dos indicadores e das ações de saúde;
- construção de calendário integrado das ações e das estratégias;
- potencialização das propostas de planos temáticos;
- reorganização da rede de atenção, priorizando e fortalecendo a Atenção Primária como ordenadora das ações no território de saúde.

ALAGOAS

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: O Fortalecimento da Atenção Primária tendo como estratégias as Redes de Atenção à Saúde

AUTORES: Fernanda Roseane Duarte dos Santos e Myrna Pimentel Ribeiro Villas Bôas.

Apresentação e Justificativa:

A Atenção Primária em Saúde, ainda que se constitua como primeiro nível de atenção, tem papel de organização e integração das Redes de Atenção à Saúde, de promoção, prevenção e recuperação da saúde, garantindo a coordenação e a continuidade do cuidado, tendo como atribuições: a garantia de acesso; a porta de entrada; a longitudinalidade (assegurando o vínculo); o elenco integral de serviços; a coordenação de serviços; o enfoque familiar; e a orientação da comunidade, (STARFIELD, 2002).

Para esta coordenação do cuidado, uma das estratégias recomendadas, a fim de operacionalizar a Atenção Primária, é a Estratégia Saúde da Família (ESF), dentro de regulamentação ministerial por meio da Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011.

Compreender a organização do sistema de saúde sob essa ótica de coordenadora da atenção representa reconhecer a Atenção Primária como eixo ordenador de um modelo de atenção à saúde, construída na perspectiva da atenção integral (MATTOS, 2001), estruturadas em níveis de atenção, com diferentes densidades tecnológicas: Atenção Primária, Secundária e Terciária.

Alagoas está dividido em duas macrorregiões, a primeira macro com 2.093.801 habitantes e a segunda com 1.026.693 habitantes. Está subdividido em 10 regiões de saúde, conforme o novo Plano Diretor de Regionalização, desenhadas administrativamente, porém sem descentralização administrativa e financeira.

A cobertura populacional do estado pela Estratégia Saúde da Família é de 66,52%, sendo 60,12% na primeira macro e 79,30% na segunda macro (Fonte: IBGE 2010). A Sesau por meio das suas áreas técnicas realiza o apoio institucional aos municípios, tendo a superintendência de

atenção à saúde, por intermédio da diretoria de atenção básica, o papel de articuladora do processo de melhoria do acesso e da qualidade da assistência.

Projeto:

Como projeto estruturante do governo do estado para a saúde, foi definido como prioridade de gestão, o fortalecimento e a valorização da Atenção Primária à Saúde, tendo como eixo norteador a estruturação das Redes de Atenção à Saúde. Assim, a Secretaria de Estado de Saúde, em parceria com o CONASS e o Cosems, iniciou um processo de sensibilização com todos os atores sociais que fazem parte do processo, por meio de oficinas de planificação da Atenção Primária, sendo iniciada pela oficina I – Redes de Atenção à Saúde, seguida pela oficina II – A Atenção Primária à Saúde no estado.

Operacionalização:

Para o processo inicial de operacionalização da Rede de Atenção à Saúde, foram definidas como prioritárias a primeira região de saúde, com cobertura populacional de 42,67% pela ESF, e a sétima região de saúde, com 72,36% de cobertura. Essa definição baseou-se no quesito das duas regiões possuírem a sede dos dois maiores municípios, Maceió e Arapiraca, respectivamente, tanto em número de habitantes quanto em infraestrutura, bem como maior oferta de serviços de saúde, nos diferentes níveis de atenção, que aumentam a possibilidade de maior resolução dos problemas mais comuns e também daqueles que exigem a concentração de maior densidade tecnológica, oportunizando laboratório privilegiado para a configuração da Rede. Esse exercício torna-se fundamental e imperioso para a expansão do processo às demais regiões de saúde.

Foram realizadas oficinas de sensibilização, as quais ocorreram da seguinte forma: uma oficina para prefeitos e secretários de saúde com a presença do governador do estado, demonstrando o interesse da gestão. Uma oficina para técnicos que operacionalizam a saúde nos municípios, incluindo os setores estratégicos, como planejamento, atenção básica e vigilância em saúde, tendo como produto de dispersão dos municípios o preenchimento da

matriz lógica da rede cegonha, que fora devolvida, devidamente preenchida por todos os municípios do estado.

Cronograma:

O processo de planificação tem cronograma em execução, continuando com a realização de mais quatro oficinas (atenção primária, territorialização, vigilância em saúde e organização dos processos de trabalho) durante o ano de 2012 e demais oficinas a serem realizadas em 2013. Compreende-se desde já que, em virtude das eleições municipais do ano em curso, com a inclusão de novos gestores e outros atores sociais em 2013, haja a necessidade de reproduzir as oficinas realizadas em 2012.

Conclusões:

Concluem-se que essas oficinas oportunizam uma reflexão do cotidiano no cotidiano, o repensar do processo de trabalho e de suas práticas no individual e no coletivo e que é possível garantir os atributos da Atenção Primária, como acesso facilitado dos usuários, continuidade e integralidade do cuidado, responsabilização das equipes diante das comunidades atendidas, formação de vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários, fluxo efetivo dos usuários entre diferentes níveis do sistema, a fim de atender a suas necessidades integrais em saúde, orientação familiar e comunitária das ações individuais e coletivas das equipes de saúde. Com a presença destas características essenciais, a APS poderá atuar como ordenadora do cuidado e articuladora das demais tecnologias, ações e serviços de saúde para compor sistemas de saúde funcionais, resolutivos e acolhedores. Dessa forma, a APS ganha legitimidade ao atingir e/ou superar as expectativas de cuidado das comunidades atendidas, sendo eixo estruturante das redes regionalizadas e integradas de Atenção à Saúde no SUS.

ALAGOAS

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: Implantação da Rede de Atenção à Saúde no estado de Alagoas

AUTORES: Alessandra Pereira Viana, Eugênio Leite Costa Melo, Evelynne Mastriaanni Furtado, Fernanda Santos, Herbert Charles Silva Barros, Maria de Fatima de Mendonça C. Torres, Myrna Pimentel Ribeiro Villas Boas, Maria Josiene de Góes, Noélia Barboza Lira de Almeida, Syrlene Medeiros Patriota, Sylvana Medeiros Torres, Suetônio Gueiroz de Araújo, Vera Lúcia Elias Rodrigues e Therezinha Faria da Costa.

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS: Integrantes das áreas técnicas da Secretaria de Estado de Saúde (Sesau) das Secretarias Municipais de Saúde de Maceió e Arapiraca e Cosems

n. 25

*O estado e as Redes de
Atenção à Saúde –
1ª Mostra Nacional de
Experiências*

Apresentação:

Apesar do avanço jurídico legal do SUS e de algumas práticas de saúde exitosas, ainda persiste uma grande lacuna teórico-prática no modo de fazer saúde no estado de Alagoas. As dificuldades no acesso nos três níveis de atenção são grandes, aliadas à baixa qualidade e resolutividade. A fragmentação das ações de promoção, prevenção e recuperação e a burocratização nos processos de trabalho além de limitar o desenvolvimento de ações oportunas, efetivas e eficazes, pulverizam os exíguos recursos existentes. Dessa forma, e com base na Portaria GM/MS n. 4.279/2010, que estabelece as diretrizes para implantação da Rede de Atenção à Saúde, a Sesau definiu como uma das prioridades de ação a implantação da Rede de Atenção à Saúde.

Principais Objetivos:

- fortalecer a Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado à saúde e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde;
- promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde;
- integrar as ações de vigilância em saúde às da assistência;
- fortalecer o papel das CIR no processo de governança da RAS;
- atingir a eficiência econômica com a máxima qualidade da atenção à saúde.

Descrição de atividades/estratégias e prazo:

- Atualização do Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR) – fevereiro/2011 a agosto/2011.
- Articulação com CONASS e MS para organizar oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde (APS) e de Redes de Atenção à Saúde – desde abril/2011 .
- Formação do Grupo Conductor Estadual da RAS e dos Grupos Condutores das Redes Temáticas de Urgência: Psicossocial, Cegonha e Oncologia – abril/2011.
- Realização de cinco Oficinas de RAS para técnicos das áreas estratégicas da SES, Grupos Condutores das Redes Temáticas, Cosems e técnicos dos 102 municípios de Alagoas – maio/2011 a fevereiro/2012.
- Realização do Seminário “Rede de Atenção à Saúde: Estratégia de Reordenamento do Sistema Único de Saúde (SUS) Alagoas”, para prefeitos e secretários municipais de saúde – setembro/2011.
- Realização de quatro oficinas da Rede Cegonha com a elaboração da Matriz Diagnóstica Materno-Infantil e do Plano de Ação Municipal e Regional, iniciadas pelas 1.^a e 7.^a regiões de saúde do estado – setembro/2011 a outubro/2011.
- Elaboração do Projeto de Oficinas de Planificação da APS que se iniciará pelas 1.^a e 7.^a regiões de saúde no ano de 2012. As demais regiões serão contempladas nos anos de 2013 e 2014 – janeiro/2012.
- Criação de grupo de trabalho para elaborar o mapa de saúde das regiões sanitárias e para realizar as oficinas de planejamento regional – fevereiro/2012.

Descrição das dificuldades/soluções:

- Escassez de recursos humanos – as áreas estratégicas da Sesau disponibilizaram representantes (Grupos de Trabalho/Facilitadores) que se reúnem uma vez por semana; estabelecimento de critérios para definir as regiões sanitárias a iniciarem as atividades.
- Desinformação do RH e escassez de recursos financeiros para capacitação/articulação com equipe da Educação em Saúde/Cies para priorização do projeto de Oficinas de Planificação da APS na educação permanente; ade-

quação da programação orçamentário-financeira da Sesau para realizar as Oficinas de RAS.

- Baixa frequência dos gestores nas oficinas de sensibilização sobre RAS – pautamos o tema nas reuniões das CIR.
- Insuficiência de informações para análise diagnóstica dos serviços das redes temáticas – visita *in loco* aos serviços municipais.
- Dificuldades para adesão municipal à Rede Cegonha no âmbito da atenção básica por meio do Sistema do Plano de Ação das Redes (Sispar); dificuldades das regiões prioritárias em alterar os dados no Sispar, quando necessário, no eixo plano de ação regional/solicitação de providências ao responsável pelo Sispar (não atendida até o momento).

Avaliação:

Foram consideradas: frequência dos gestores, dos técnicos dos municípios da Sesau e do Cosems nos eventos realizados, bem como a adesão dos municípios à Rede Cegonha, com elaboração do Plano de Ação regional. A participação dos técnicos foi ótima (96%), a dos gestores da saúde foi boa, mas a dos prefeitos foi insatisfatória. A Rede Cegonha teve como produto os municípios das 1.^a e 7.^a regiões registrados no Sispar/MS, correspondendo a 100% do esperado.

AMAZONAS

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: Implantação das Redes de Atenção à Saúde com relato de experiência prático do módulo temático Rede Cegonha no estado do Amazonas

AUTOR: Antônio Evandro Melo de Oliveiral.

Apresentação:

A Rede Cegonha no estado foi uma das redes priorizadas pelos gestores em decorrência dos indicadores de morbimortalidade materna e infantil, sobretudo a neonatal, bastante influenciada pelos indicadores da saúde indígena, que concentra alta vulnerabilidade social. Apesar das dificuldades relacionadas ao fator amazônico (baixa densidade demográfica, espaço com

vazios assistenciais, barreiras geográficas com rios e lagos de dimensões continentais e vazantes e cheias dos rios), o estado cumpre um cronograma de implantação da Rede Cegonha, definido e alinhado a outras redes, objetivando qualificar a atenção ao pré-natal, assegurando às gestantes acesso, acolhimento, vinculação e melhoria da resolutividade na Rede SUS instalada no estado.

Objetivo:

Qualificar a atenção ao pré-natal, assegurando às gestantes acesso, acolhimento, vinculação e melhoria da resolutividade da Rede SUS instalada no estado do Amazonas.

Descrição das principais estratégias e atividades:

O processo de trabalho de implantação das redes ocorre em etapas: municipais e regionais, nas quais cada instância tem abordagem específica na construção da nova ordem organizacional. Podemos registrar aspectos inovadores na implementação das redes, como maior integração entre as esferas de gestão: municipal, regional, estadual e federal. Destacam-se algumas dificuldades: falta de compreensão do processo de organização em redes; divergência do duplo comando e responsabilização dos programas organizados por ciclos de vida; e nova organização em redes e de grupos condutores, sem domicílio na estrutura organizacional formal. Os desafios das questões de divergências e convergências institucionais, organizacionais e operacionais são diariamente demandados aos atores do processo sendo encaminhados por evidências e práticas exitosas relatadas por autores do cenário atual, porém sem a completa institucionalização de redes no serviço.

Avaliação:

A avaliação dos municípios é realizada pelo estado, que estabelece critérios pelos indicadores do Pacto pela Saúde e indicadores de gestão da saúde, em consenso com os municípios. O monitoramento ocorre de forma contínua com as coordenações das áreas técnicas e de supervisão.

AMAZONAS

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: Processo de Implantação do Projeto Quali-SUS – Rede na Região do Alto Solimões no Amazonas

AUTOR: Roberto Maia Bezerra

Apresentação:

É um projeto firmado com o Banco Mundial, com a finalidade de contribuir para a organização de redes regionalizadas de atenção à saúde no Amazonas. Está subdividido em três componentes:

- Componente 1 – Qualificação do Cuidado e da Organização de Redes de Atenção à Saúde;
- Componente 2 – Intervenções Sistêmicas Estratégicas; e
- Componente 3 – Gestão do Projeto.

Objetivo:

Contribuir, no âmbito do SUS, para qualificação da atenção, gestão em saúde e gestão e desenvolvimento de tecnologias, por meio da organização de redes regionais e temáticas de atenção à saúde e da qualificação do cuidado em saúde.

Descrição das principais estratégias e atividades:

Na 1.^a Oficina, realizada no município de Tabatinga-AM, foram trabalhados:

- diagnóstico inicial da região de saúde;
- indicação dos membros (titulares e suplentes) do grupo condutor;
- trabalho em grupo e plenária com apresentação das expectativas da região em relação ao projeto;
- formação de grupo de interlocutores locais para o levantamento de informações para a construção do Diagnóstico Situacional e Mapa da Saúde da região.

Na 2.^a Oficina, realizada no município de Manaus-AM, foram trabalhados:

n. 25

*O estado e as Redes de
Atenção à Saúde –
1ª Mostra Nacional de
Experiências*

- consolidação das informações de saúde levantadas pelos interlocutores locais;
- reunião do grupo condutor para definição de prioridades e eixos estruturantes a serem abordados no subprojeto.

Na 3.ª Oficina, realizada no município de Benjamin Constant/AM, foram trabalhados:

- apresentação, discussão e validação do Diagnóstico Situacional de Saúde da região;
- discussão e elaboração de propostas de atividades do subprojeto nos eixos estruturantes.

Cronograma:

A previsão de início da execução do projeto é de maio/2012 com duração até junho/2014. O montante disponível é de R\$ 10.859.139,51.

Avaliação:

Para avaliação do processo serão considerados os indicadores de saúde da região estabelecidos pelo Ministério da Saúde, conforme o acordo de empréstimo com o Banco Mundial. Estão relacionados indicadores de: Vida e Saúde, Estrutura, Capacidade Instalada, Acesso e Qualidade e Gestão.

AMAZONAS

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: Educação Permanente – Estratégia de Reorganização da porta de entrada dos usuários da APS, no Amazonas

AUTORES: Aída Maria Meninéa Yunes, Náira Solange Barbosa e Sheila M. V. Said.

Introdução:

A velocidade com que as mudanças no cenário da APS têm ocorrido remete-nos para a necessidade de resgatar estratégias que venham minimizar as rupturas impostas pelo conhecimento teórico na vinculação com a prática.

Conhecimentos e saberes tecnológicos renovam-se com muita rapidez na área da saúde, em contrapartida, é grande a dificuldade para fixação de profissionais e a oferta insuficiente de serviços, inviabilizando o princípio da acessibilidade para o conjunto da população, ou seja, atendimento do usuário o mais próximo de sua moradia – ou de onde procura por atendimento. Tudo isso torna complexa a atualização permanente dos trabalhadores da saúde nos municípios do estado.

A Atenção Primária no Amazonas não difere de alguns Estados da Federação, pois na assistência propriamente dita observamos que no interior o usuário dá preferência a atendimentos nas Unidades Mistas, nas quais é realizada a internação, em vez de procurar as Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Diversas são as justificativas para essa prática, entre elas podemos citar: a estrutura física inadequada da UBS, a alta rotatividade de profissionais, a insuficiência de insumos/materiais indispensáveis nas atividades da Atenção Primária, assim como a cultura local que potencializa a visão do usuário de que a cura é mais propícia nas unidades com procedimentos de internação.

É inegável também que alguns gestores têm colaborado para que essa prática do usuário perpetue-se, uma vez que alguns deles vêm resistindo em não priorizar a Atenção Primária, aumentando os gastos das unidades hospitalares. Experiências científicas comprovam que é possível a eficiência dos atendimentos na Atenção Primária desde que haja recursos suficientes empregados para o seu desenvolvimento.

Diante desse lamentável cenário, o estado vem sensibilizando gestores e equipe multiprofissional para uma mudança de postura e atitude em relação à acessibilidade do usuário no Sistema que deve ter como porta de entrada na APS as Unidades Básicas de Saúde. Assim, foram realizadas Oficinas de Educação Permanente, no intuito de minimizar o desfavorecimento da população no primeiro nível de atenção à saúde.

O estado tem apoiado institucionalmente os municípios na criação de espaços efetivos para a multiplicação do conhecimento voltado à APS, permitindo dessa forma a captação de novos parceiros facilitadores da proposta. Todo esse esforço objetiva o fortalecimento das redes sociais de conhecimento bem como possibilitam a melhoria do acesso e da organização da APS nos 62 municípios do estado.

Objetivos:

Institucionalizar a porta de entrada dos usuários na APS, por meio da Educação Permanente, na melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde; contribuir para o entendimento da APS por meio da formação de rede de multiplicadores de conhecimentos das Políticas Públicas de Saúde no SUS; apoiar os agentes multiplicadores na implantação de protocolos clínicos e assistenciais, com classificação de risco; intensificar o apoio Institucional aos Municípios com M&A.

Estratégias e atividades:

Para consolidar a rede de informação da APS, foi utilizada como estratégia pelo Amazonas a realização de cinco oficinas pelo Departamento Estadual de Atenção Básica, com os temas: Alinhamento Conceitual, Monitoramento e Avaliação de indicadores, Sistemas de Informação em Saúde, Qualificação do Sispacto e Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Participaram secretários municipais de saúde, coordenadores da APS, técnicos da Vigilância em Saúde, digitadores, representantes do Co-sems, do Conselho Estadual de Saúde e dos Distritos de Saúde Indígena (DSEI). As oficinas ocorreram com momentos de concentração e dispersão, em intervalos máximos de dois meses de uma para outra.

Para o período de dispersão, os participantes dos eventos foram estimulados a reproduzir o conteúdo das oficinas, com o objetivo de facilitar o conhecimento da equipe municipal e captar novos parceiros.

Avaliação:

Todos os municípios do estado foram convidados a participar das oficinas, porém o processo foi iniciado com monitoramento in loco nos municípios que apresentaram resultados insatisfatórios pela análise dos indicadores mais expressivos.

Dando continuidade à avaliação, será realizado um estudo comparativo nos sistemas de Informação de Base Nacional Siab, SIA/SUS e SIH/

SUS, com o objetivo de verificar mudanças no registro de procedimentos nas condições sensíveis à APS nos ambientes ambulatorial e hospitalar.

Em 2013, uma mobilização será realizada por meio da ferramenta de Monitoramento e Avaliação na perspectiva de inclusão de novas estratégias pactuadas para identificação da melhoria da qualidade dos serviços pelo critério de promoção da acessibilidade e satisfação dos usuários.

Nos municípios que não alcançaram os resultados esperados, o Apoio Institucional será intensificado, promovendo a construção de planejamento estratégico e visando à melhoria dos Indicadores na Gestão e na Assistência.

O fruto desse processo de Educação Permanente foi observado durante as oficinas regionais do Alto Solimões, Médio Amazonas, Rio Negro e Solimões, realizadas no 1.º trimestre de 2012 para implantação das Redes Cegonha e de Urgência/Emergência. Os Planos de Saúde daqueles municípios apresentam expressiva mudança no enfoque da Atenção Primária como eixo norteador das citadas redes, promovendo o redirecionamento dos processos de trabalho entre gestores, profissionais e usuários.

Recursos:

Disponibilização de recursos do Tesouro Estadual com total de R\$ 205.000,00 (duzentos e cinco mil reais) para alimentação e deslocamentos aéreos.

Os gestores municipais, em contrapartida financeira, viabilizaram os deslocamentos fluviais e terrestres de seus profissionais.

Cronograma:

- 2010 – organização e formulação de material didático das oficinas;
- 2011 – realização das oficinas. Processo avaliativo sistemático para apoio institucional mais efetivo aos municípios com dificuldades;
- 2012 – análise dos Sistemas de Informação de Base Nacional e estudo comparativo das informações ambulatorial e hospitalar, para monitorar mudanças nos registros das condições sensíveis à APS;
- 2013 – seminário estadual de APS para socializar experiências exitosas municipais. Monitoramento e Avaliação, na perspectiva de inclusão de

novas estratégias que identifiquem melhoria da qualidade para promoção de acesso, satisfação dos usuários e intensificação do Apoio Institucional.

Resultados:

Como resultado positivo, destacamos a participação de 88,7% dos municípios, considerando custos e logística de transporte na região. Na implantação das Redes Cegonha, e Urgência/Emergência, em três regionais, realizadas no início de 2012, observou-se mudança expressiva no enfoque da APS como eixo norteador das redes demonstrado nos Planos Municipais e Regionais de Saúde.

CONCLUSÃO:

A Educação Permanente é o caminho sustentável para mudanças dos processos de trabalho e consolidação das UBSs como porta de entrada no Sistema de Saúde no primeiro nível de atenção, sendo indispensável para a organização das Redes Assistenciais e do SUS.

_____ Referência bibliográfica

HAYZEIM, Erno; STARFIELD, Barbara; RAJIMIL, Luís; STEIN, Airtton T. **Cad. Saúde Pública**, Consistência Interna e Confiabilidade da Versão em Português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil). Rio de Janeiro, n. 22, vol. 8, p. 1.649-1.659, ago. 2006, p. 650

AMAZONAS

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: Relato de experiência – Oficinas de APS: reorientando o modelo assistencial no Amazonas

AUTORES: Aída Maria Meninéa Yunes, Maristela O. S. D. Alecrim e Sheila M. V. Said.

Apresentação e Justificativa:

Em 2010, por ocasião da análise dos indicadores da Atenção Básica, o Departamento Estadual e sua Equipe Técnica identificaram inconsistências nos sistemas de informação de Atenção Primária que poderiam ser corrigidos

com um processo de trabalho baseado principalmente na capacitação de gestores e profissionais de saúde. Dessa forma, por consenso, a diretora do Departamento Aída Yunes, a gerente de Atenção Básica Maristela Alecrim, a assessora técnica Sheila Said, a estatística Ana Lenize Santos, os técnicos de informática Andréia Loureiro, Francisco Oliveira e Klinger Santos e o apoio técnico Aluísio Campos e Eney Sarmento formataram um projeto de oficinas com base nos trabalhos do professor Eugênio Vilaça Mendes adaptado às realidades do Amazonas, com a finalidade de melhorar o processo de trabalho municipal por meio de experiências exitosas e abordagem científica para melhoria da gestão e da assistência local.

Objetivos:

- Consolidação da Atenção Primária como eixo estruturante da Atenção à Saúde nos municípios do estado do Amazonas;
- fortalecimento do processo de implantação/implementação da Estratégia Saúde da Família;
- capacitação dos trabalhadores envolvidos na Atenção Primária à Saúde;
- qualificação dos processos de trabalhos locais, com ênfase na promoção, na prevenção e na atenção aos agravos crônicos e agudos, assim como as Diretrizes da Política Nacional de Atenção Primária e Humanização.

Descrição das principais estratégias e atividades:

O Departamento Estadual de Atenção Básica realizou as oficinas descritas no cronograma abaixo, com a participação dos técnicos das áreas: Mulher, Criança, Adolescente, Trabalhador, Penitenciário, Violência, Bucal, Mental, Alimentação/Nutrição, Deficiente, Hanseníase, Tuberculose, DST/Aids, Hipertensão e Diabetes, assim como secretários municipais de saúde, coordenadores municipais de Atenção Básica, digitadores, profissionais da Vigilância em Saúde, técnicos do Programa Saúde na Escola, Cosems e Conselho Estadual de Saúde. Vale ressaltar que estas serviram para implantação de instrumento de gestão da clínica: Diagnóstico e Programação Local, Protocolos Assistenciais com classificação de risco, Contrato de Gestão (PNH) e sistema de monitoramento.

Cronograma:

Oficina	Data	C/H	N.º de municípios/participantes		% Coordenadores da APS presentes
1 – Oficina de Qualificação em M&A para os Coord. da APS	31/1 a 4/2/2011	40 h/a	120	54	87,10
2 – Alinhamento Conceitual p/ os municípios do estado	4 a 8/4/2011	40 h/a	103	52	83,87
3 – Melhoria da Qualidade dos SIS	6 a 10/6/2011	40 h/a	98	45	72,58

Avaliação:

O processo avaliativo teve início com os trabalhos de dispersão municipal, em que os coordenadores da Atenção Básica e sua equipe criaram estratégias operacionais, conforme suas peculiaridades locorregionais, para a reprodução das oficinas, visando à formação de multiplicadores no processo reorganizativo da APS junto à equipe local.

No decorrer do 2.º semestre de 2012, o grupo de Monitoramento e Avaliação da Susam realizará visitas aos municípios priorizados, levando em consideração a análise dos resultados lançados nos sistemas de informação da Atenção Primária de Base Nacional para acompanhamento in loco das mudanças produzidas no processo de trabalho, assim como observará a satisfação do usuário com o serviço.

Em dezembro de 2012, pela análise estadual dos indicadores do Sispacto e PMAQ, espera-se ter alcançado resultado positivo na melhoria da gestão e da assistência, considerando os indicadores pactuados e a satisfação dos usuários.

No primeiro trimestre de 2013, realizaremos uma Oficina Estadual com a participação efetiva dos municípios e dos parceiros integrantes do processo, na perspectiva de uma análise conjunta, para planejamento estratégico das dificuldades encontradas e para apresentação das experiências e dos resultados exitosos alcançados pelos municípios.

AMAZONAS

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: Relato de experiência na implantação do Programa de Educação em Saúde da Criança (Pesc) por teleconferência no Amazonas

AUTORES: Katherine Benevides, Nubya Rodrigues da Silva, Tania Batista, Jolena Lima e Jeferson Pereira Guilherme.

TEMA/SUBTEMA DA EXPERIÊNCIA: O papel do estado/SES na construção de redes, o estímulo e o apoio aos municípios para se organizarem em Redes de Atenção, a organização e a integração das ações e dos serviços que compõem a RAS e a intersectorialidade: a rede além da saúde.

SETORES/INSTITUIÇÕES ENVOLVIDOS: Área Técnica de Saúde da Criança/SES; Departamento de Atenção Básica e Ações Estratégicas/Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas; Secretaria de Estado de Educação (Seduc); Universidade Estadual do Amazonas (UEA)

Apresentação e justificativa:

Segundo Todorov (1999), “a distância é o grande desafio, contudo, jamais é a fronteira final da educação”. Partindo deste pressuposto, considerando as distâncias amazônicas e, ainda, acreditando, vislumbrando e creditando na Educação a Distância uma grande expressão do Estado Democrático. A Área Técnica de Saúde da Criança, vendo nessa forma de educação a solução da busca incessante de levar conhecimento indistintamente a todos os profissionais dos municípios do interior do estado, teve a iniciativa de usar a teleconferência como forma de atingir esse objetivo e romper com o estigma da distância.

A Constituição Federal garante “a saúde como um direito de todos e um dever do Estado” e conforme os princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência deve ser universal, igualitária e equitativa. Paralelamente, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) reforça o compromisso pela saúde e pelo bem-estar desses pequenos cidadãos, corresponsabilizando a família, o Estado e a sociedade.

A redução da mortalidade infantil e, principalmente, o componente neonatal são grandes desafios no estado do Amazonas. Esta situação é agravada quando se identifica que a maioria das mortes precoces de crianças é

n. 25

*O estado e as Redes de
Atenção à Saúde –
1ª Mostra Nacional de
Experiências*

considerada evitável por meio da garantia de acesso em tempo oportuno a serviços de saúde resolutivos e qualificados. Apesar dos avanços alcançados nos últimos anos, os indicadores de saúde revelam que ainda há um longo caminho a ser percorrido.

O Programa de Educação em Saúde da Criança (Pesc) visa capacitar os profissionais da atenção básica e de unidades de assistência materno e/ou infantil para a implantação de todas as atividades pertinentes à atenção à saúde da criança como prática rotineira de trabalho, além de orientar os professores da Rede de Ensino Fundamental a estimular nas crianças o desenvolvimento de hábitos de vida saudável, auxiliando os profissionais de saúde a acompanhar o crescimento e o desenvolvimento das crianças, e estimular a comunidade e os familiares a melhorar o cuidado e a atenção às crianças.

Objetivos:

Promover a capacitação dos profissionais de saúde da Equipe da Estratégia Saúde da Família, bem como educadores, conselheiros tutelares de direito e defesa das crianças, delegados e todos os atores envolvidos na adoção de práticas de atenção integral à saúde da criança de forma rotineira e sistematizada, fortalecendo as ações da Atenção Primária (APS) como porta de entrada ao sistema de saúde, bem como difundir de forma capilarizada as informações da atenção integral à criança nos municípios do interior do estado do Amazonas.

Descrição das principais estratégias e atividades:

Tomando como modelo o Tele AIDPI NEO (Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância), proposta pioneira no país, foram definidos coordenadores locais nos municípios que seriam responsáveis pela organização, pelo recebimento e pela distribuição de materiais educativos, pela seleção e pela inscrição dos participantes, pela articulação com a Área Técnica de Saúde da Criança (Susam) e pelas possíveis parcerias nos municípios. A coordenação, a articulação das capacitações, o cronograma, a tutoria, a coordenação e a alimentação do Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), bem como a avaliação trimestral e as reuniões com os coordenadores municipais, ficaram sob a responsabilidade da coordenação estadual.

Oportunidades:

Melhoria da articulação com demais setores da secretaria de saúde e interinstitucional (UEA, Secretaria de Estado de Educação do Amazonas – Seduc e outros), criando redes de apoio à saúde da criança: ampliação do acesso de profissionais de saúde do interior a treinamentos em saúde da criança; melhoria da capacidade técnica dos profissionais de saúde do interior do estado do Amazonas; melhoria da comunicação com os municípios do interior; e economia de recurso financeiro.

Dificuldades:

Manter conectividade por várias horas, contudo, esta dificuldade está em vias de aprimoramento pelo Polo de Telessaúde; comunicação deficiente com os municípios, dificultando o retorno das informações, de impressos e de materiais dos municípios; número insuficiente de instrutores habilitados.

Futuro:

Ampliação da cobertura dos Pesc nos 61 municípios; promoção de aulas práticas do módulo de Reanimação Neonatal para viabilizar a efetiva certificação dos profissionais capacitados; garantia de implantação efetiva do AIDPI Neonatal; monitoramento e avaliação dos nove cursos ofertados.

Tempos/Cronograma:

O Pesc teve início no ano de 2010 com o primeiro curso de AIDPI NEO por teleconferência. A partir de janeiro de 2011, o Programa foi reestruturado e recebeu a adesão de 47 municípios, com seus respectivos coordenadores. Em 2012, a Telessaúde UEA implantou novos polos de transmissão totalizando 50 municípios. A meta é atingir 61 municípios até o fim de 2012.

Por inúmeras razões, como dificuldade de conexão com a internet, problemas para manutenção de equipamentos e até mesmo as enchentes ocorridas nos períodos de chuva (janeiro a junho), ocorrem impedimentos para o funcionamento de muitas unidades básicas e escolas.

Avaliação:

O Programa é avaliado por todos os participantes e os coordenadores municipais semestralmente por meio de planilhas e questionários que estão sendo devidamente analisados.

Principais resultados: aderiram ao Programa 47 municípios com uma média de participação de 32,6% a 58,5%, dependendo do curso, em um total de 1.328 profissionais capacitados em nove cursos ofertados em oito meses no ano de 2011. Os cursos iniciais de 2012 mantiveram a média de participação de 32%.

Conclusões: o Pesc mostrou aproveitamento positivo na construção de espaço de capacitação, discussão e melhoria técnica dos profissionais para as demandas de saúde infantil, primando pela qualidade do conhecimento exposto, considerando as dificuldades de logística, diversidade da região, interdisciplinaridade, cujos campos perpassam e pressupõem abarcar toda integralidade que envolve a criança.

Referências bibliográficas

BRASIL. Área de saúde da criança. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

AVIZ, F. S.; SILVA, V. M. A. **Educação a distância**: uma abordagem de ensino e aprendizagem, referenciando o Senac no Pará. Universidade da Amazônia (Unama), 2001.

AMAZONAS

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: Tele-AIDPI – Superando distâncias amazônicas com tecnologia

AUTORES: Katherine Benevides, Nubya Rodrigues da Silva, Tania Batista, Jolena Lima, Jeferson Pereira Guilherme.

TEMA/SUBTEMA DA EXPERIÊNCIA: O papel do estado/SES na construção de redes, o estímulo e o apoio aos municípios para se organizarem em redes de atenção, organização e integração das ações e dos serviços que compõem a RAS e a intersectorialidade: a rede além da saúde.

SETORES/INSTITUIÇÕES ENVOLVIDOS: Área Técnica de Saúde da Criança; Departamento de Atenção Básica e Ações Estratégicas/Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas

Apresentação e justificativa:

Enfrentar os fatores condicionantes e determinantes da mortalidade infantil tem sido constante desafio para a saúde, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. A estratégia de Atenção às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) tem por finalidade promover uma rápida e significativa redução da morbimortalidade na infância, reforçar o conceito de integralidade da atenção à saúde da criança e organizar os serviços e melhorar a qualidade do atendimento às crianças.

A adoção da AIDPI NEO na atenção primária potencializará a capacidade de resposta desta ao conjunto de doenças de maior prevalência na infância, impactando positivamente nos indicadores de saúde da criança.

Para buscar alternativas para transpor os obstáculos ora apresentados, identificamos o Programa Nacional de Telessaúde, instituído pela Portaria n. 35, de 4/1/2007, cujo objetivo é desenvolver ações de apoio à assistência à saúde, sobretudo a educação permanente da Estratégia Saúde da Família (ESF).

O Polo de Telemedicina da Amazônia – Núcleo Amazonas Telessaúde (PTA) está presente hoje em 49 municípios, e mesmo enfrentando dificuldades de conectividade e acessibilidade a muitas áreas tem apresentado resultados positivos na resolubilidade do nível primário de atenção. Diante do exposto, o estabelecimento de parceria entre a Área Técnica de Saúde da Criança/Dabe/Susam, a SEA Interior/Susam, o Polo de Telemedicina (PTA) e a Sociedade Amazonense de Pediatria (Saped) possibilitou a capacitação de profissionais de saúde para a implantação da AIDPI neonatal em 10 municípios.

Objetivos:

Descrever a capacitação de profissionais de saúde na AIDPI Neonatal realizada por meio de teleconferência, para municípios do interior do estado do Amazonas.

n. 25

*O estado e as Redes de
Atenção à Saúde –
1ª Mostra Nacional de
Experiências*

Descrição das principais estratégias e atividades:

Consistiu na adaptação da proposta de capacitação em AIDPI NEO do Ministério da Saúde, para a realidade local. As principais estratégias adotadas foram: articulação da equipe da ATSC estadual com os instrutores e com a equipe do PTA; adaptação de carga horária do AIDPI: dividida em 8h/semana. Ocorreram seis encontros, com carga horária de 24 horas. O conteúdo teve de ser realocado, por conta do módulo neonatal, respeitando o conteúdo obrigatório do curso, em que foram definidos: criação e definição de um coordenador local, responsável pela infraestrutura local, pela articulação com o Polo de Telessaúde local, pela inscrição dos participantes, pelo recebimento e pela aplicação do pré e do pós-teste, pelas frequências, pelos materiais didáticos, pela distribuição de material e pelas atividades administrativas gerais. O apoio do secretário municipal de saúde foi importante para o desenvolvimento do Tele-AIDPI NEO. Na Susam, foi definido um coordenador.

Oportunidades:

Melhoria da articulação com demais setores da secretaria de saúde e interinstitucional (UEA, Secretaria de Estado de Educação do Amazonas – Seduc e outros), criando redes de apoio à saúde da criança: ampliação do acesso de profissionais de saúde do interior a treinamentos em saúde da criança; melhoria da capacidade técnica dos profissionais de saúde do interior do estado do Amazonas; melhoria da comunicação com os municípios do interior; e economia de recurso financeiro.

Dificuldades:

Manter conectividade por várias horas, contudo, esta dificuldade está em vias de aprimoramento pelo Polo de Telessaúde; comunicação deficiente com os municípios, dificultando o retorno das informações, de impressos e de materiais dos municípios; número insuficiente de instrutores habilitados.

Futuro:

Ampliação da cobertura dos Pesc nos 61 municípios; promoção de aulas práticas do módulo de Reanimação Neonatal para viabilizar a efetiva

certificação dos profissionais capacitados; garantir a implantação efetiva do AIDPI Neonatal; monitorar e avaliar os cursos ofertados.

Tempos/Cronograma:

- Elaboração do projeto e da submissão ao secretário de saúde: jan./2010;
- articulação com Polo de Telessaúde, coordenador da equipe de instrutores: fev./2010;
- adaptação do curso para a modalidade a distância (Dr. Alexandre Miralha): fev./2010;
- organização e coordenação junto aos municípios: fev.-mar./2010;
- promoção do curso: mar.-abr./2010.
- recebimento de frequências, pré e pós-testes e certificação: abr.-dez./2010;
- avaliação do curso (feita pela equipe ATSC estadual e coordenador da equipe de instrutores): maio/2010.

Avaliação:

Para avaliação do resultado do curso e certificação dos profissionais capacitados, foram adotados os mesmos critérios preestabelecidos pelo Ministério da Saúde: 70% de acertos no pós-teste, em que a equipe ATSC compartilha da importância do monitoramento e da avaliação das atividades para seu efetivo aprimoramento, por isso adotou, inicialmente, os critérios do próprio MS, para ter comparabilidade com demais resultados dos cursos tradicionais.

Principais resultados: participaram do curso oito municípios, com nove coordenadores locais e 31 participantes (72%), 12 médicos e 19 enfermeiros. O resultado dos testes demonstrou aumento de 48% nos acertos. Dois dos municípios não acompanharam o curso por problemas operacionais.

Discussão: o Tele-AIDPI foi a primeira experiência brasileira de capacitação em AIDPI NEO via teleconferência. Os dados sugeriram aproveitamento positivo da capacitação e melhoria da capacidade técnica dos profissionais para as demandas de saúde infantil.

Conclusões:

A experiência evidenciou a viabilidade da ferramenta Telessaúde na capacitação em AIDPI Neonatal, o uso da teleconferência como meio potencial para a capacitação de profissionais da atenção básica, o poder da intersetorialidade para o setor saúde, a possibilidade de usar a ferramenta para melhorar e intensificar a comunicação com municípios e contribuiu para a criação do Programa de Educação Permanente em Saúde da Criança (Pesc), por meio do qual já foi promovido o II Tele-AIDPI para 16 municípios.

Referências bibliográficas

BRASIL. Área de saúde da criança. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Manual AIDPI neonatal**. Pará: Belém, 2010. (no prelo)

AMAZONAS

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: Amazonas rumo a um novo arranjo da Atenção: processo de readequação do sistema de saúde a partir da reorganização da APS e da Construção da Rede de Atenção Materno-Infantil na região do Médio Amazonas-AM

AUTORES: Radija Mary Costa de Melo Lopes e Suziéle da Costa Souza.

SETORES/INSTITUIÇÕES ENVOLVIDOS: Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas, por meio do Departamento de Planejamento e Gestão e Departamento de Atenção Básica; Secretarias Executivas Adj. de Atenção à Saúde da Capital e do Interior; Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems/AM); Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)

Apresentação e Justificativa:

Amazonas rumo a um novo arranjo da Atenção: processo de readequação do sistema de saúde a partir da reorganização da APS e da Construção da Rede de Atenção Materno-Infantil na região do Médio Amazonas-AM

O Amazonas assumiu a Atenção Primária como ordenadora do sistema de saúde local, priorizando a ESF como principal porta de entrada da assistência, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças locorregionais. Esta tarefa exige alterações profundas na operacionalização das políticas públicas de saúde e a qualificação da APS como elemento imprescindível na organização das Redes de Atenção à Saúde.

O Sistema de Saúde no Amazonas segue o modelo identificado em outros estados do Brasil, apresentando características de um sistema fragmentado, com a lógica de valorização da oferta de serviços em detrimento das reais necessidades da população, organizado em componentes isolados e desarticulado entre si, voltado principalmente para a atenção às condições agudas e às agudizações de condições crônicas.

As dimensões continentais do estado e a grande dispersão das populações em áreas de difícil acesso e comunicação configuram múltiplos cenários peculiares e específicos, lançando desafios para a operação das políticas de saúde e a conformação das redes assistenciais devidamente organizadas, negociadas e avaliadas para um funcionamento descentralizado, com seus sistemas logísticos e de apoio, uso racional dos recursos e garantia de acesso.

O estado do Amazonas tem atualmente aproximadamente 48% de sua população coberta pela Estratégia Saúde da Família e a Atenção Primária em Saúde (APS) mostra-se fragilizada na maioria dos municípios, sendo os principais entraves o financiamento inadequado considerando as realidades amazônicas, a carência e/ou a inexistência de Recursos Humanos em número e qualificação necessária em todos os níveis de atenção e a dificuldade de grande parte das Secretarias Municipais de Saúde na gestão do sistema, com pouca valorização dos processos de planejamento, monitoramento e avaliação.

A APS encontra-se pulverizada nos municípios e sua resolutividade prejudicada, contribuindo para a baixa articulação com os serviços mais complexos, muitas vezes disponíveis apenas na capital.

Em relação à situação de saúde, com ênfase no contexto materno-infantil, o Amazonas, apesar do declínio dos indicadores nos últimos anos, convive com altas taxas de mortalidade. A situação é agravada pela grande ocorrência de subnotificações dos óbitos.

Situação da mortalidade infantil, neonatal e materna no Amazonas entre 2006 e 2010*

DADOS	2006	2010
Taxa de Mortalidade Infantil (por 1.000 NV)	18,0	15,3
Taxa de Mortalidade Infantil Neonatal	10,6	9,4
Taxa de Mortalidade Materna (por 100.000 NV)	59,2	84,1

FONTES: NUVIS/FVS/AM *DADOS SUJEITOS À REVISÃO.

A mortalidade neonatal, componente da mortalidade infantil, mantém-se alta e traduz a ocorrência de óbitos em menores de 28 dias de idade, sendo, portanto, reflexo das condições do pré-natal, do parto e da atenção ao neonato.

Situações-problema:

- A incoerência entre uma situação de saúde de tripla carga de doença (infecciosas, crônicas e causas externas) com predominância relativa das condições crônicas, e um sistema fragmentado de saúde, voltado para as condições agudas.
- A situação de saúde do estado relacionada a problemas de saúde reprodutiva, apresentando altos índices de mortalidade materna/infantil, sobretudo no componente neonatal.
- APS não qualificada, com baixa inserção de vigilância e promoção da saúde no seu cotidiano e não coordenadora dos serviços de atenção à saúde.

Solução:

Apresenta-se como alternativa de solução o restabelecimento da coerência entre a situação de saúde e um sistema integrado de saúde, voltado para a atenção às condições agudas e crônicas, o que exige a implantação das Redes de Atenção à Saúde.

A construção das Redes de Atenção à Saúde, especialmente a Rede de Atenção Materno-Infantil, é uma ação estruturante na política de saúde do estado com o objetivo de ampliar, qualificar e humanizar a assistência oferecida às gestantes e aos bebês nos serviços de saúde, e o principal

impacto esperado é a redução nos índices de mortalidade materna e infantil, principalmente no componente neonatal no Amazonas.

Assim, consensuou-se entre os gestores de saúde a Regional do Médio Amazonas como prioridade para a implantação da Rede Cegonha, e como apoio ao processo, a SES/AM aderiu junto ao CONASS ao processo de Planificação da Atenção Primária e Oficinas de Rede de Atenção à Saúde.

Objetivo:

Readequar o modelo assistencial atualmente fragmentado para um modelo de rede de atenção a partir da Atenção Primária, com foco na atenção materno-infantil, buscando garantir a integralidade do cuidado, considerando as realidades da região amazônica.

Materiais e métodos:

Este trabalho visa demonstrar os procedimentos adotados até o momento pelo estado, com apoio de seus parceiros institucionais, na coordenação do processo de reorganização do sistema local de saúde a partir da APS, utilizando metodologia de construção de redes e planificação da APS do CONASS.

Entre 2011/2012, foram realizados quatro eventos de planejamento das oficinas regionais, com participação dos facilitadores do CONASS, para os quais se adotaram as seguintes estratégias:

- criação do Grupo de Condução do processo de Planificação da APS;
- envolvimento dos profissionais que atuam na construção de outras redes temáticas de atenção à saúde aderidas pelo estado e aqueles que foram capacitados em cursos afins;
- garantia de recursos para as Oficinas por meio do incentivo da Política de Educação Permanente pactuado na CIB;
- articulação com o Cosems/AM para apoio ao processo e às pactuações necessárias;
- seleção de facilitadores mediante definição de critérios específicos;
- adequação do material didático ao contexto do estado;
- criação entre os facilitadores de grupo operacional para organização das oficinas regionais.

Resultados:

- Gestão estadual sensibilizada e envolvida com a proposta de planificação da APS e redes de atenção com apoio do Cosems;
- alinhamento conceitual da equipe técnica da SES em torno das redes e articulação entre os grupos de condução de cada rede temática e a coordenação da planificação da APS;
- trinta facilitadores capacitados para as oficinas regionais;
- agenda de trabalho pactuada para a Regional Médio Amazonas.

Desafio:

O desafio é projetar e implantar instrumentos políticos, técnicos e administrativos que promovam a cooperação e a integração no âmbito da APS e entre os diferentes níveis de cuidados e se baseiem em um conjunto inovador e equilibrado de soluções, observando-se que não há uma única solução para o país – dependendo das circunstâncias locais, diferentes soluções podem coexistir.

AMAZONAS

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: Vinculação das parteiras tradicionais à APS por meio da Estratégia Saúde da Família – uma experiência amazônica

AUTORES: Sandra Cavalcante, Luena Xerez, Suzana Costa, Vera Lima, Loiana Melo, Naira Bezerra e Katherine Benevides.

Introdução:

O Ministério da Saúde reconhecendo a importância do trabalho desenvolvido pelas parteiras tradicionais na assistência ao parto domiciliar, principalmente nas regiões de difícil acesso aos serviços de saúde, legítima essa atenção e lança diretrizes como parte da Política de Redução da Morbimortalidade Materna e Perinatal para que estados e municípios busquem articular o trabalho da parteira (como aliada) ao SUS, oferecendo condições para maior qualificação deste trabalho, com cadastramento, vinculação, capacitações e garantia de materiais básicos para a realização dos partos domiciliares e de um sistema de referência/contrarreferência

e transporte para acesso ao pré-natal e para o atendimento aos casos de risco obstétrico.

No Amazonas, as populações tradicionais são expostas às mais diversas condições geográficas. O estado é entrecortado por rios sem nenhum acesso terrestre, sendo necessário transpor distâncias muitas vezes inimagináveis aos povos que vivem em outros contextos sociais. Nessa realidade, as parteiras tradicionais são, na maior parte das vezes, a mais imediata forma de acesso à assistência e ao cuidado no momento do parto.

Identificando este fato desde junho de 2009, foi criada a Política Estadual de Capacitação de Parteiras Tradicionais, iniciativa que está inserida no projeto do Ministério da Saúde: “Parteiras Tradicionais: inclusão e melhoria da qualidade da assistência ao parto domiciliar no SUS”. Esta política privilegia a criação do vínculo das parteiras tradicionais com os serviços de saúde, por meio da Atenção Primária/Estratégia Saúde da Família, e tem como objetivo promover a saúde das mulheres ribeirinhas e a redução da mortalidade materna e neonatal no Amazonas.

O trabalho teve início com a criação de um banco de dados no qual atualmente constam 892 parteiras, que corresponde ao cadastro realizado em 46 dos 62 municípios que compõem o estado. Em seguida, foi implantado um centro colaborador para capacitações. Tal iniciativa continua sendo reforçada pelos novos caminhos organizativos do SUS, por meio da disponibilização de kits Parteiras para os municípios que aderirem à Rede Cegonha.

Pela importância do seu trabalho, a parteira tem lugar reconhecido e respeitado na comunidade. Frequentemente é identificada como líder, constituindo-se em muitas comunidades como uma referência para a saúde da mulher e da criança.

Conforme dados do cadastro estadual, verificamos que 339 parteiras são alfabetizadas, 196 analfabetas, 122 possuem o 1º grau de ensino e 234 o 2º grau.

O reconhecimento do ofício da parteira tradicional sempre ocorre pela comunidade em que esta reside e adquire suas aptidões ao realizar partos por conta própria ou após aprender o ofício com outras parteiras, em geral, com suas mães, avós, sogras e comadres. A formação ocorre na prática, movida geralmente pelo desejo de servir e pela necessidade imposta em um contexto de isolamento.

Objetivos:

- Reduzir a morbimortalidade materna e perinatal com melhoria na assistência ao parto e ao nascimento às mulheres que residem em áreas de difícil acesso;
- garantir o vínculo das parteiras tradicionais na APS por meio da Estratégia Saúde da Família, prioritariamente;
- garantir a notificação do parto domiciliar ao serviço de saúde;
- capacitar as parteiras tradicionais no contexto da qualidade da atenção.

Estratégias e atividades:

Para consolidação da proposta, inicialmente foi realizado no ano de 2009 um grande movimento para identificação das parteiras nos municípios do Amazonas, seguido da formalização do cadastro para criação de um Banco de Dados Estadual que permite a visualização destas com estratificações quanto ao seu perfil socioeconômico e cultural.

Ainda em 2009, foi captado junto ao MS recursos para capacitação de 300 parteiras e compra de 300 kits; 200 parteiras já tiveram a capacitação concluída com vinculação à ESF em seus municípios. Em 2011, com a implantação da Rede Cegonha, o estado recebeu mais 190 kits. Dando sequência a esse movimento, em 2010, foram realizados o 1.º Encontro Estadual das Parteiras Tradicionais do Amazonas bem como a capacitação de facilitadores para o treinamento das parteiras, em virtude das especificidades inerentes às atividades destas. Em 2012, está programada a realização do 2.º Encontro Estadual das Parteiras Tradicionais no Amazonas.

Avaliação:

A partir da adesão e do interesse dos municípios em cadastrar suas parteiras e com a realização das capacitações, observamos que na região Amazônica, apesar de os registros corresponderem somente a aproximadamente 6% dos partos domiciliares, as estratégias elencadas para vinculação das parteiras à APS contribuíram para a diminuição da subnotificação de nascimentos e a conseqüente redução da mortalidade materna e infantil no Amazonas.

Recursos:

Recursos captados pela Área Técnica de Saúde da Mulher em 2007 e 2009 junto ao MS no valor de R\$ 300.000,00 para compra de kits para capacitação de parteiras. Em 2012, o estado recebeu 190 kits pela Rede Cegonha.

Cronograma:

- 2007 a 2009: captação de recurso federal para capacitação de parteiras com a entrega de kits, organização e formulação de material para elaboração do cadastro e criação do Banco de Dados Estadual;
- 2010: 1º Encontro Estadual de Parteiras Tradicionais do Amazonas, treinamento das parteiras, sensibilização dos gestores municipais para cadastramento e treinamento das parteiras; participação de parteiras do estado no Encontro Nacional de Parteiras Tradicionais com a escolha de representantes (de Parteiras e Técnicos) para compor a Rede de Referência e colaboração para o Planejamento e a Avaliação de Políticas e Ações para Inclusão do Parto Domiciliar Assistido por Parteiras Tradicionais no SUS;
- 2011: treinamento de parteiras, treinamento de facilitadores do estado para capacitação de parteiras;
- 2012: treinamento de parteiras, realização do 2º Encontro Estadual de Parteiras Tradicionais do Amazonas.

Resultados:

Destacamos o reconhecimento das parteiras tradicionais do Amazonas junto aos gestores municipais e a consolidação da Política de Fortalecimento do Parto Domiciliar atendido por Parteiras Tradicionais no Amazonas; a entrega de kits para municípios pela Rede Cegonha, assim como:

- a valorização pelo MS do saber empírico dessas parteiras incorporado ao saber técnico como contribuição para mudanças de processos de trabalho; e
- a consolidação e o fortalecimento no primeiro nível do parto domiciliar assistido, principalmente nas regiões de difícil acesso.

Referência bibliográfica

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais:** diretrizes para inclusão do parto e do nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009 – Série A, Normas e Manuais Técnicos.

TODOROV, J. C. A Importância da Educação a Distância. Brasília, n. 4/5.

BAHIA

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: Rede Cegonha na Bahia: caminhos a serem trilhados

AUTORES: Suzana Cristina da Silva Ribeiro, Gisélia Santana Souza, Débora do Carmo, Ricardo Heinzemann, Cristiane Câmara Macedo, Josaildes Antunes Ribeiro, Lívia Moura de Sousa, Lízia Valverde Viana, Lutigardes Bastos Santana, Luzânia Freitas Cruz Guimarães, Manoel Henrique de Miranda Pereira, Maria de Fátima Valverde Dreyer, Nanci Nunes Sampaio Salles, Renata Mathias de Abreu e Samantha de Jesus Andrade.

TEMA/SUBTEMA PROPOSTO: O papel do estado/SES na construção de redes; o estímulo e o apoio aos municípios para se organizarem em Redes de Atenção.

SETORES/INSTITUIÇÕES ENVOLVIDOS: SES: Diretoria de Gestão do Cuidado; Diretoria da Atenção Básica; Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde; Diretoria de Regulação; Diretoria de Programação; Diretoria de Vigilância Epidemiológica; Diretoria de Informação em Saúde; entre outros; Cosems; Secretaria Municipal de Saúde de Salvador e Distritos Sanitários; Ministério Público Estadual da Bahia; Escola de Enfermagem; Faculdade de Medicina da UFBA; trabalhadores e gestores das maternidades da Região Metropolitana de Salvador

Apresentação:

Apesar dos avanços ocorridos pelo extenso processo de discussão e deliberação em relação à saúde materna e infantil no estado, ainda são muitos os desafios para a redução da mortalidade materna e infantil.

Em um movimento de discussão colegiada e ascendente no estado, a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), juntamente com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems), abraçaram a proposta da Rede Cegonha como importante estratégia de qualificação da atenção à saúde da mulher e da criança, buscando ampliar as iniciativas na direção de mudanças mais significativas no cenário da saúde no estado.

Como imagem-objetivo os trabalhos buscam implantar a Rede Cegonha na Bahia, de modo a estruturar o cuidado integral à saúde materna e infantil, com práticas de atenção regionalizadas, qualificadas e humanizadas, visando assegurar a Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR), as boas práticas na atenção ao parto, ao nascimento e ao abortamento e a redução da morbimortalidade materna e infantil no estado.

Principais estratégias e atividades:

O primeiro passo para a construção do Plano de Ação da Rede Cegonha no estado foi a construção da matriz diagnóstica, por macrorregião e microrregião de saúde, com informações obtidas pela Diretoria de Informação de Saúde (DIS), da Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde (Suvisa). Esta matriz diagnóstica foi apresentada na 193.^a Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Bahia (CIB/BA) – em 2/6/2011, em que também foram definidos os representantes da Sesab e do Cosems para comporem o Grupo Condutor (GC) da Rede e foram aprovadas as regiões prioritárias para implementação da Rede Cegonha no estado.

Após a construção da matriz diagnóstica, foi iniciado o movimento de discussão da Rede Cegonha com os municípios, em reuniões com os 28 Colegiados de Gestão Microrregionais de Saúde (CGMR), para a construção da imagem-objetivo da Rede Cegonha no estado e o delineamento dos serviços que deveriam ser ofertados pelos diversos municípios que compõem cada região. Dessa forma, a matriz do desenho da rede consistiu de levantamento da situação estrutural/operacional das microrregiões, por município, e da distribuição dos leitos obstétricos das microrregiões, por município.

Na 195.^a Reunião Ordinária da CIB, no dia 30 de junho de 2011, após as reuniões dos CGMR, foram realizadas a apresentação e a aprovação de uma proposta de desenho para identificação e escolha das unidades para

comporem as regiões prioritárias, assim como para definição de critérios para implantação de unidades e qualificação de leitos.

O segundo movimento das rodas de discussão entre municípios aconteceu com oficinas dos CGMR para identificação dos locais de referência para unidades secundárias, terciárias e para centro de parto normal das macrorregiões, por microrregiões e por município; e para apresentação do modelo-matriz do plano de ação, com orientação aos municípios quanto à construção dos planos de ação municipais e microrregionais.

Para dar suporte à construção dessa rede no estado, aproximando as discussões das áreas técnicas da Sesab, foi criada uma Câmara Técnica ligada ao grupo condutor, tendo como principais objetivos: subsidiar o GC para tomada de decisões, acompanhamento, monitoramento e avaliação no processo de implantação da RC; contribuir, acompanhar e subsidiar o trabalho dos apoiadores; construir notas técnicas, projetos, relatórios; integrar as áreas envolvidas no processo de implantação e consolidação da RC; integrar as ações em cada área envolvida; discutir e pactuar as deliberações com o GC; propiciar interlocução dinâmica das áreas técnicas com o GC.

Foi proposta a subdivisão da câmara técnica em quatro Núcleos Temáticos (NT), que representam linhas estratégicas de atuação para a implantação e a implementação da RC no estado, reunindo atividades, demandas, análises e produções técnicas que devem subsidiar o Grupo Condutor na tomada de decisão de modo mais próximo da realidade, das reais condições de trabalho e do contexto da atenção à saúde da mulher, de gestantes e de crianças.

O estado seguiu com reuniões do GC, discutindo e avaliando propostas para a construção do Plano Regional. Assim, o segundo movimento das rodas de discussão entre municípios aconteceu com oficinas dos CGMR para:

- identificação dos locais de referência para unidades secundárias, terciárias e para Centro de Parto Normal (CPN) das macrorregiões, por microrregiões e por município; e
- apresentação do modelo-matriz do plano de ação, com orientação aos municípios quanto à construção dos planos de ação municipais e microrregionais.

Esses núcleos foram constituídos com foco nos processos de organização de redes regionais, de estruturação dos serviços, de monitoramento e avaliação e comunicação, controle social e mobilização popular. Na proposta

de trabalho desses grupos, foram pactuados encontros permanentes, com agendas e produtos de trabalho, nos quais para cada NT proposto um coordenador, com a atribuição de mediar, mobilizar e articular o grupo, essa atividade foi exercida pelo apoiador institucional da Rede Cegonha. Os Núcleos Temáticos foram compostos por atores estratégicos das áreas técnicas da Sesab, envolvidos com processos relacionados às temáticas estratégicas propostas.

O Núcleo Temático de Organização de Rede deve reunir discussões, análises técnicas e estratégias ligadas ao desenho da Rede de Atenção à Saúde; à atualização do perfil e ao rol de serviços das unidades de saúde e à integração com o modelo de regulação em saúde; à articulação necessária para a garantia do acesso de mulheres, gestantes e crianças às ações e aos serviços de saúde, segundo as especificidades locorregionais; e, por fim, ao planejamento e ao desenvolvimento do processo de construção dos mapas de vinculação em conjunto com os sujeitos envolvidos.

O Núcleo Temático de Estruturação de Serviços tem a atribuição de acompanhar e desenvolver estratégias e ações que deem conta da elaboração dos projetos de construção, adequação e reforma nas unidades de saúde, do acompanhamento dos processos de aquisição de equipamentos e mobiliário e do dimensionamento da força de trabalho prevista para o funcionamento dos serviços propostos pela Rede Cegonha. Além disso, é responsável também pelo acompanhamento da liberação dos recursos no fundo estadual, pelo cadastro dos projetos no sistema de convênios do MS e pelo acompanhamento do processo de elaboração dos projetos arquitetônicos em conjunto com as áreas técnicas ligadas a essa atividade.

As ações deste Núcleo também se referem à discussão da ambiência na construção dos projetos de intervenção na estrutura das unidades de saúde com trabalhadores e gestores de maternidades, considerando a necessidade de reorganização dos espaços físicos e o movimento de reorganização do processo de trabalho em face da mudança no modelo de atenção ao parto e ao nascimento e das diretrizes da humanização.

O grupo que se ocupa do Monitoramento e da Avaliação assume o desafio de construção da base para o modelo de contratualização a ser aplicado à Rede Cegonha, o planejamento metodológico e a operacionalização dos planos de ação municipais e regionais para implantação da Rede, de aproximar a atual metodologia de contratualização dos hospitais

estaduais, filantrópicos contratualizados e municipais aos preceitos da Rede Cegonha.

O desenvolvimento das atividades deste grupo é pautado pela construção coletiva e pactuada das ferramentas de acompanhamento e avaliação com os gestores municipais e de serviços, assim como com os movimentos sociais. Isso implica reconhecer que o movimento desencadeado deve incluir não apenas com a análise sistemática das metas propostas para a Atenção, mas também com os processos de gestão do trabalho e do cuidado, considerando que o alcance de metas está relacionado ao constante processo de revisão das práticas envolvidas nestes.

Por fim, há o Núcleo Temático de Comunicação, Controle Social e Mobilização Popular, que tem reunido discussões segundo: as estratégias de implantação do Fórum Popular da RC na Bahia; o diálogo com as Políticas de Gestão do Trabalho e da Educação e de Humanização; os processos de mobilização e articulação entorno dos temas da RC com gestores, trabalhadores e movimentos sociais (Mobiliza-SUS); a articulação com as entidades ligadas à formação dos trabalhadores da saúde entre outras ações.

Na vivência das discussões desses grupos, algumas dificuldades foram encontradas, entre elas: a necessidade de melhoria na comunicação entre as áreas técnicas do Ministério da Saúde e a Sesab para a operacionalização da Rede Cegonha, a fragmentação das ações nas diferentes diretorias que compõem a Secretaria Estadual, a sobrecarga de trabalho dos técnicos direcionados aos debates nos núcleos, a necessidade de maior aproximação com os membros do GC e a necessidade de melhor articulação entre os trabalhos de cada núcleo.

Resultados:

- Aprovação do Plano Estadual da Rede Cegonha conforme Resolução da CIB/BA n. 318/2011;
- critérios para implantação dos Centros de Parto Normal (CPN);
- definição do quantitativo de CPN por região;
- identificação dos serviços existentes nas maternidades terciárias e secundárias que receberão investimentos para ambiência;

- definição do quantitativo de Casas da Gestante, Bebê e Puérpera, por região;
- definição do quantitativo de leitos de UTI adulto e neonatal e UCI neonatal, por região;
- critérios para a qualificação dos leitos dos hospitais locais (incluindo Hospitais de Pequeno Porte – HPP) – risco habitual;
- critérios para a qualificação dos leitos de hospitais secundários e/ou terciários;
- realização do “Seminário Estadual de Atenção Integral à Saúde Materna e Infantil: tecendo a Rede Cegonha”, no qual foi oficializada a adesão da Bahia à Rede Cegonha;
- instituição do Fórum Estadual da Rede Cegonha;
- inauguração do primeiro Centro de Parto Normal (CPN) do estado, localizado no município de Salvador, a CPN da Mansão do Caminho;
- aprofundamento do diagnóstico e do estudo da Rede da região metropolitana;
- oficina para discussão de ambiência nas diversas maternidades;
- envolvimento dos trabalhadores e dos gestores na construção dos projetos de ambiência;
- integração entre as áreas técnicas da Sesab responsáveis pela estruturação dos serviços;
- análise da PPI vigente com o que está sendo proposto pela Rede Cegonha para garantia dos exames do pré-natal.

BAHIA

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: O cotidiano da rede materno-infantil em roda: a experiência do Colegiado de Maternidades, na Bahia

TEMA/SUBTEMA DA EXPERIÊNCIA: A organização e a integração das ações e dos serviços que compõem a RAS.

AUTORES: Manoel Henrique de Miranda Pereira, Deborah Rosa e Silva e Ana Claudia Reimão Cabral.

SETORES/INSTITUIÇÕES ENVOLVIDOS: Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (Sesab); Maternidades da Região Metropolitana de Salvador;

Apresentação:

Em 2008, diante da superlotação das maternidades localizadas em Salvador, agravada pela sobrecarga nos leitos de cuidados intensivos neonatais nesses serviços, a Diretoria de Gestão da Rede Própria (DGRP), setor que acompanha a gestão dos hospitais estaduais, em conjunto com a Superintendência de Regulação em Saúde (Suregs), mobilizou um encontro entre diretores e coordenadores de obstétrica e neonatologia das maternidades estaduais, com o objetivo de criar estratégias diante da presente situação. Este encontro envolveu apenas os serviços que dispunham de leitos de cuidados intensivos neonatais para o SUS.

Nesse encontro, foram indicados diferentes fatores que se relacionavam com a situação da superlotação vivenciada, entre eles: alta concentração de leitos intensivos na Região Metropolitana de Salvador (RMS); baixa resolutividade da maior parte dos hospitais na Bahia; existência de vazios assistenciais no estado, levando as gestantes à peregrinação na rede; baixa cobertura de Atenção Básica, em Salvador; cultura de isolamento institucional dos serviços de saúde; inadequadas condições de trabalho nas maternidades; incipiência no processo de gestão e da fragmentação das ações da própria Secretaria Estadual de Saúde.

Principais estratégias e atividades:

Entre as diversas estratégias indicadas pelo grupo, foi consensuada a necessidade de promover encontros permanentes para debater o cotidiano da gestão e do trabalho nas maternidades, monitorando as ações ora desenvolvidas e, acima de tudo, compartilhando a realidade de cada uma das maternidades envolvidas. Foi indicada pelo grupo, também, a necessidade de aproximação com as demais maternidades da capital, assim como com a própria DGRP, pois pelo entendimento de todos os presentes, até mesmo dos representantes desse setor, ainda existia uma distância entre as decisões e os encaminhamentos tomados por essa diretoria e as necessidades reais do trabalho e da gestão das maternidades.

Nesse sentido, a DGRP apostou na experimentação de um colegiado de gestão em rede, como estratégia de ação diante da dinamicidade e da pluralidade dos contextos de trabalho, de gestão e de cuidado existentes entre os serviços da área materno-infantil.

Ao grupo formado foi dado o nome de Colegiado de Maternidades, e para a sua constituição algumas diretrizes foram pactuadas e continuam sendo reafirmadas até o momento, são elas: a participação efetiva do diretor e dos coordenadores das maternidades, por entender que a esses cabe um poder maior de deliberação; a participação aberta aos trabalhadores; ser um espaço para o fortalecimento do SUS e da atenção materna e infantil, aberto e propositivo, pautado pela construção democrática e participativa e pelo direito a uma assistência digna às mulheres e às famílias; contribuir para o aprimoramento na relação entre a Sesab e as maternidades; e, principalmente, que na trajetória do grupo, o debate do cotidiano dos serviços deveria ser a força motriz, o dispositivo para a construção de estratégias articuladas de modo a qualificar o cuidado materno-infantil nesses serviços.

Sendo assim, foi acordada a realização dos encontros com a periodicidade mensal, realizados cada mês em uma maternidade diferente, de modo que todos tivessem uma aproximação com as diferentes realidades dos serviços. A pauta de cada reunião era oriunda da discussão do grupo e geralmente explicitava uma problemática do cotidiano do trabalho ou da gestão do serviço e indicada como relevante para o aprofundamento pelo grupo na reunião seguinte. Sendo assim, a coordenação do grupo ficaria responsável em articular com as áreas técnicas da Sesab ou de outras instituições a apresentação da temática, assim como a proposição de estratégias diante das situações apresentadas.

Assim, as problemáticas eram colocadas em roda e indicadas pelo grupo, as áreas técnicas eram acionadas e traziam suas produções e formulações e no retorno ao grupo esse material era discutido. As ações e as estratégias passavam pelo crivo de trabalhadores e gestores das maternidades e, assim, eram produzidas as articulações para a implementação das ações.

Nessa lógica de trabalho, podemos destacar algumas atividades desenvolvidas: discussão para a construção da Portaria n. 933, de maio de 2010, que trata dos Protocolos de Regulação do Acesso (na área materno-

-infantil); produção de articulação com as entidades médicas para a formulação do Protocolo Baiano de H1N1; qualificação dos leitos de UTI e UCI neonatal; discussão para a implantação do Programa Medicamento em Casa nas maternidades; melhoria do fluxo de realização e do encaminhamento do teste do pezinho entre a Apae e as maternidades; construção da rede de referência para as pessoas com Anemia Falciforme, em Salvador; apoio à formação e aos trabalhos dos grupos estratégicos do Plano de Qualificação das Maternidades (Ministério da Saúde) na Maternidade Tsylla Balbino e Iperba; e constituição de grupo de trabalho para realizar diagnóstico situacional nas maternidades da realização do teste rápido na admissão e no uso da terapia antirretroviral pelos trabalhadores das maternidades.

Partindo da compreensão de que o processo de mobilização e implicação dos sujeitos e das instituições é o principal produto dessa experiência, alguns novos sentidos foram percebidos na relação entre esses no decorrer dessa vivência. É perceptível a formação de uma rede solidária de apoio e corresponsabilização entre a maior parte dos sujeitos e das instituições, havendo ampliação na rede de diálogos institucionais entre os gestores e os trabalhadores e a Sesab. No interior da própria estrutura da Secretaria Estadual, os diferentes níveis hierárquicos têm se aproximado, cada um ao seu modo, ressignificando o modo de atuação diante do planejamento das ações e da formulação das políticas de saúde para a Bahia.

Outro fato importante nessa experiência refere-se à socialização das experiências existentes em cada maternidade, seja na dimensão da gestão e da gerência dos serviços, seja na criação de estratégias diante do cotidiano da assistência. Tornar públicas essas experiências, além de servir como dispositivo para induzir gestores e trabalhadores das demais maternidades a desenvolverem estratégias diante das situações-problema, tem também retomado o protagonismo do trabalhador como inerente à própria ação no cotidiano, uma vez que esse recria constantemente seu fazer e ser diante das situações reais de trabalho.

Atualmente, o Colegiado está envolvido com a realização de oficinas nas maternidades com enfoque na vigilância do óbito materno e infantil, com o debate do processo de construção do Mapa de Vinculação em Salvador e Região Metropolitana – processo este que aproximou os hospitais e as maternidades com distritos sanitários, unidades básicas de saúde e Núcleos

de Apoio à Saúde da Família (Nasf) de Salvador. Também tem agendas para a elaboração do Plano Emergencial de Enfrentamento à Superlotação nas Maternidades de Salvador e, em conjunto com os distritos sanitários e os trabalhadores da Atenção Primária, segue com oficinas para a construção do plano distrital de enfrentamento à Sífilis e ao HIV, em Salvador.

O Colegiado de Maternidades atualmente é constituído por 14 maternidades, entre as quais constam as de serviços estaduais, filantrópicas contratualizadas e instituições federais, localizadas na RMS, além dos municípios de Feira de Santana e Jequié; está no seu 37º encontro mensal e com inúmeros grupos de trabalho constituídos ao longo dos debates realizados; conta com a presença de trabalhadores, diretores e coordenadores de serviços, movimentos sociais, áreas técnicas das Secretarias Estadual e Municipais, distritos sanitários de Salvador, Escola de Enfermagem da UFBA, residentes do programa de residência multiprofissional em Saúde Materna e Infantil e Promotoria de Justiça do Ministério Público Estadual.

BAHIA

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: Apoio para implantação da Rede Cegonha na Região Metropolitana de Salvador

AUTORES: Josaildes Antunes Ribeiro, Lívia Moura de Sousa, Lizia Valverde, Luzânia de Freitas Cruz Guimarães, Manoel Henrique de Miranda Pereira, Renata Mathias de Abreu e Samantha de Jesus Andrade.

Introdução:

O apoio institucional é um modo de agir que busca enfrentar os modelos de gestão verticalizados e autoritários não produtores de autonomia dos sujeitos. Baseia-se na relação horizontal entre sujeitos em que todos se afetam e promovem processos educativos desses encontros; objetiva transformar as relações de supervisão em relações de produção de autonomia de sujeitos e das regiões, considerando as especificidades locorregionais, a democratização e a publicização dos processos de gestão e decisórios, fazendo que estas decisões sejam tomadas a partir de um processo de análise e discussão coletiva. O apoio institucional promove o vínculo, a interlocução com

os diferentes atores, a corresponsabilização e um processo contínuo de pactuação e educação permanente com ferramentas potentes da gestão e para o cotidiano do processo de trabalho de cada um (Manual do Apoio DAB, 2011).

Segundo Campos (2005), em seu Método Paidéia, a expressão “apoio Paidéia”, referindo-se à função de apoiador, define-se por: 1) modo complementar para realizar coordenação, planejamento, supervisão e avaliação do trabalho em equipe; 2) recurso que procura intervir com os trabalhadores de forma interativa; 3) função que considera que a gestão se exerce entre sujeitos, ainda que com distintos graus de saber e de poder, e que produz efeitos sobre os modos de ser e de proceder destes sujeitos e das organizações.

Pensando nesses conceitos e percebendo esse modo de agir como caminho para mudança do modelo de gestão posto, o grupo de apoiadores da Rede Cegonha apresenta a seguir uma proposta para fomentar o apoio no estado e para os municípios.

Justificativa:

Entendendo a necessidade de contribuir com um apoio mais proximal aos gestores municipais de saúde em seu próprio território e compreendendo a complexidade das discussões que permeia a Rede Cegonha, a Sesab por meio dos seus dirigentes separou um grupo de profissionais de diversos setores da Secretaria de Saúde do Estado para desempenhar esse papel de apoiador institucional. Esse grupo de apoiadores iria operacionalizar ações estratégicas com outros atores de dentro e fora da Secretaria de Saúde do Estado, possibilitando a construção dessa rede temática inicialmente com os municípios da Região Metropolitana de Salvador.

A Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde, operacionalizada pelo SUS, fundamentada nos princípios da humanização e da assistência, pela qual mulheres, recém-nascidos e crianças têm direito a:

- ampliação do acesso, do acolhimento e da melhoria da qualidade do pré-natal;
- transporte tanto para o pré-natal quanto para o parto;
- vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto: a gestante não peregrina e há vaga sempre para gestantes e bebês;

- realização de parto e nascimento seguros, por intermédio de boas práticas de atenção;
- acompanhante no parto, de livre escolha da gestante;
- atenção à saúde da criança de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade;
- acesso ao planejamento reprodutivo.

Objetivo geral:

Experimentar e iniciar o apoio institucional nos municípios da Região Metropolitana no processo de implantação da Rede Cegonha.

Etapas/Cronograma:

Março e abril: o processo tem caráter inicial para proporcionar experimentação aos apoiadores e, conseqüentemente, ajustes e diagnóstico para ações seguintes. Para tanto, foram pensadas três (3) etapas descritas abaixo:

1.ª etapa: Conhecendo o território

Com essa primeira etapa, pretende-se apropriar os apoiadores em relação ao contexto de cada município a ser visitado. Para tanto, será realizado um momento de educação permanente em que será ofertado um kit com as informações mínimas referentes aos indicadores de saúde da linha materno-infantil e sobre a rede assistencial.

Produto do momento: Retrato epidemiológico da Rede de Atenção à Saúde da linha materna e infantil dos municípios. Integração com o Núcleo Temático Avaliação e Monitoramento.

2.ª etapa: Dialogando com os atores no território

Esse segundo momento é presencial no município. Para sua execução é necessário estabelecer uma agenda com os gestores municipais da região metropolitana e com os profissionais de saúde de alguns setores específicos, agregando conhecimentos variados às rodas de discussões, a saber: coordenação da atenção básica, coordenação da vigilância sanitária e epidemiológica, regulação municipal (MAC), maternidades, farmácia, sistema de informação (CPD), ação social, núcleos de educação permanente.

Para esse momento, serão elaborados roteiros que propiciem uma percepção mínima de serviços prestados pelo município. O objetivo nesse

momento é captar o máximo de informações que possam contribuir para o desenho da linha materna e infantil e, assim, contribuir coletivamente para o planejamento das ações e das intervenções, com estratégias para construção de uma rede de atenção – Rede Cegonha.

Produto do momento: Integração em loco dos Núcleos Temáticos (organização da rede, mobilização e controle social).

3.ª etapa: Apresentação e ajustes da linha materna e infantil

Trata-se de um encontro com os diversos atores (que participaram da 2.ª etapa) no qual será apresentado o documento produzido. Nesse momento, todos deverão trazer suas contribuições para que o produto seja finalizado e disponibilizado ao município e ao grupo condutor.

Produto: Linha do cuidado materna e infantil do município.

Considerações:

Essa experiência proporcionou aos apoiadores o debate em torno das diferentes realidades da Rede de Atenção, possibilitou o envolvimento de mais sujeitos ao processo, a análise e construção de estratégias, levando em consideração os diferentes cenários político-institucionais e o empoderamento do fazer dos sujeitos envolvidos na construção da rede.

O lugar institucional do apoiador da Rede Cegonha na estrutura funcional e operacional da Sesab possibilitou a construção de diferentes estratégias e arranjos de ação para cada apoiador, ampliando o campo de possibilidade de ação e transformação da realidade da rede materna e infantil.

Esse grupo de apoiadores foi subdividido segundo as macrorregiões de saúde do estado e teve como estratégia de experimentação a implantação da Rede Cegonha na Região Metropolitana de Salvador. Esse movimento aconteceu concomitantemente ao delineamento das possibilidades de agendas e de atuação do apoio para as demais macrorregiões.

Na construção das estratégias de ação para a implantação da Rede Cegonha na Bahia, os apoiadores, entre outros espaços permanentes de discussão, abriram uma agenda semanal de encontro para debater o cotidiano da ação e do processo de trabalho semanal dos apoiadores.

A promoção de encontros com os gestores municipais, como também das maternidades e dos profissionais de saúde no debate do cotidiano

da rede local, foi o dispositivo para estabelecer estratégias para indicar os caminhos para o fortalecimento da atenção materna e infantil.

No município de Salvador, as discussões foram iniciadas por meio do debate do cotidiano da assistência nas maternidades localizadas no município. Isso aconteceu no Colegiado de Maternidades envolvendo diretores, coordenadores, trabalhadores das maternidades, áreas técnicas da Sesab, da Secretaria Municipal de Saúde e distritos sanitários.

Foram diversos os resultados alcançados entre eles:

- abertura de espaços de discussão;
- aproximação com a realidade local e a mobilização dos sujeitos na criação de estratégias diante de cada contexto existente;
- articulação do apoiador para dentro da área técnica a qual está vinculado, construindo o envolvimento dos demais atores na produção de ações que viabilizam a implantação da Rede Cegonha;
- construção de agendas para a realização do apoio institucional para todos os municípios da Região Metropolitana de Salvador;
- iniciação das discussões para a construção do mapa de vinculação em Salvador, Lauro de Freitas e Camaçari, com a premissa da participação de gestores, trabalhadores dos serviços e da comunidade.

Os espaços de debates em torno da Rede Cegonha estão em constante “ebulição”, convocando os sujeitos nos espaços já instituídos no SUS da Bahia a se implicarem no processo de construção das ações.

CEARÁ

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: Rede de Atenção às Urgências: estratégia para atendimento com dignidade nas portas de entrada

AUTORES: Alexandre José Mont’Alverne Silva e Jessica Messias do Nascimento.

SETORES/INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS: Núcleo de Atenção de Urgência e Emergência (Sesa); Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde (Sesa); Coordenadoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria (Sesa); Secretaria Executiva da CIB-CE; Cosems-CE

Apresentação e justificativa:

Em todo o país, as grandes emergências padecem do excesso de pessoas atendidas em macas, sem dignidade e muitas vezes sem condições de acesso ao cuidado de que necessitam. A forma piramidal, hierárquica, de organização dos serviços não está conseguindo resolver de forma adequada os problemas no seu nível de competência. A estruturação em redes, com definição clara das competências, pode mudar a face dessa vitrine sinistra do SUS que são as grandes emergências.

O Ceará apresenta, desde 1998, uma estrutura de polos regionais que atendem a referências de média complexidade em cinco clínicas: clínica médica, cirurgia, traumatologia-ortopedia, gineco-obstetrícia e pediatria (que inclui a neonatologia).

Essa sobrecarga tem em grande parte determinantes fora do setor saúde: a epidemia de violência na nossa sociedade: de um lado, índices crescentes de acidentes de veículos, sobretudo de moto, grande parte relacionada à ingestão de bebidas alcoólicas; grande número também de agressões por arma de fogo, muitas vezes associadas ao álcool e outras drogas; por outro lado, aumento exponencial do número de pessoas idosas, com grande aumento da procura de serviços especializados de saúde.

Dentro do setor, podemos identificar ainda a retração dos serviços conveniados que reduziram significativamente a oferta de serviços em razão dos baixos valores pagos pelo SUS para os procedimentos e, ainda, a baixa resolubilidade dos pequenos hospitais que não incorporaram tecnologia, sobrecarregando os grandes hospitais que têm emergência.

Objetivos:

- Estruturar, no âmbito do estado do Ceará, Redes Regionais de Atenção à Urgência, de forma descentralizada, resolutiva e humanizada;
- expandir os pontos de atenção da rede de urgência a fim de facilitar o acesso dos cidadãos que dela necessitam;
- qualificar as portas de entrada e demais serviços de atendimento da Rede de Atenção às Urgências, a fim de assegurar o atendimento resolutivo e humanizado;

- melhorar a regulação da Rede de Atenção às Urgências no estado do Ceará, assegurando acesso do cidadão ao serviço de que ele necessita, independentemente da porta que ele utilizar para entrar na rede.

Descrição das principais estratégias e atividades:

- definição do grupo gestor estadual. Para dar maior peso e importância à estruturação das redes e, ao mesmo tempo, garantir integração entre elas, a decisão foi criar um grupo único de condução das redes integrado pelo corpo diretivo da Sesa – o Comitê Executivo – acrescido da diretoria do Cosems. Ao mesmo tempo, foi criado um grupo operacional, integrado por setores estratégicos da Sesa, do Cosems e da SMS da capital para garantir maior agilidade do processo;

- definição de todo o estado com área de implantação em vez de escolher regiões prioritárias. O entendimento foi que, sendo o SUS universal, todos têm direito ao atendimento digno de suas necessidades, além do mais não se organiza redes em pedaços, mas há necessidade da visão do todo, mesmo que o processo de implantação seja feito aos poucos;

- elaboração de instrumentos, diretrizes e propostas de Redes Regionais de Atenção às Urgências. O Núcleo de Atenção às Urgências elaborou uma série de planilhas como instrumentos de programação, bem como, a partir dos dados disponíveis e das portarias, elaborou uma proposta preliminar de redes para ser apreciada nos colegiados regionais;

- realização de oficinas de trabalho em nível central e regional com os Colegiados Intergestores Regionais, para apresentação das diretrizes e da discussão de propostas de redes regionais;

- implantação de novos pontos de atenção como UPA e expansão do Samu. Alguns pontos de atenção independem da aprovação do plano, então foram sendo implantados concomitantemente com a elaboração da rede; e

- apoio aos CIR para implantação das redes regionais.

Uma das principais dificuldades encontradas foi o conflito de orientações entre diversos interlocutores do MS, muitas vezes em desacordo com o texto das portarias. Nem sempre o texto das portarias pactuadas está adequado à realidade estadual e municipal. E o que é pior é quando a implantação dos incentivos previstos tem de ser reduzida por

limitações orçamentárias e financeiras, prejudicando a lógica do desenho estabelecido.

Tempos/Cronograma:

O trabalho teve início em maio de 2011 com a elaboração da proposta de criação de uma Coordenadoria Estadual de Urgência (CEU) para desenvolver a proposta e apoiar a implantação das Redes Regionais de Atenção às Urgências. Concluída a proposta em fevereiro e o plano em abril, a lógica da estruturação em redes está norteando a implantação dos serviços, com implantação plena prevista até 2014.

Avaliação:

Ainda estão em desenvolvimento os indicadores de acompanhamento e avaliação, entretanto, estão eles relacionados aos compromissos a serem assumidos por cada um dos pontos de atenção das redes:

- tempos-resposta para o Samu e as portas de entrada, como tempo porta-balão para atenção ao IAM;
- índices de resolutividade e encaminhamento para os serviços locais e regionais;
- médias de permanência e taxa de ocupação para os leitos de retaguarda;
- outros a serem propostos e pactuados nas redes.

CEARÁ

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: Rede de Transplante no estado do Ceará: estratégia para ampliação do número de transplantes

TEMA/SUBTEMA DA EXPERIÊNCIA: A organização e a integração das ações e dos serviços que compõem a RAS; o estabelecimento dos fluxos e a definição de responsabilidades nas regiões de saúde, visando à coordenação do cuidado aos usuários; intersectorialidade: a rede além da saúde.

AUTORES: Lilian Alves Amorim Beltrão, Eliana Régia Barbosa de Almeida e Rosângela Gaspar Cavalcante.

SETORES/INSTITUIÇÕES ENVOLVIDOS: Gabinete do Secretário da Saúde; Coordenação Estadual de Transplantes (Sesa); Coordenação de Re-

gulação, Avaliação, Auditoria e Controle do Estado do Ceará (Sesa); Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTTs); Organizações de Procura de Órgãos (OPOs)

Apresentação e justificativa:

O programa de transplantes brasileiro é financiado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em mais de 66,8% dos transplantes realizados no país, sendo o Brasil o gestor do maior programa público de transplante do mundo.

O processo doação-transplante exerce um fascínio pelos dilemas morais, individuais, culturais, religiosos e sociais envolvidos. Alguns dilemas persistem, como o excesso de demanda por órgãos em relação à oferta, o que resulta na formação de filas de espera para a realização de transplante.

A lista de espera para a realização de um transplante no estado do Ceará anualmente é de cerca de 1.000 (mil) pessoas. Esse número motivou a Secretaria da Saúde do Estado a implementar ações visando a medidas que ampliassem a captação, a realização do transplante e, conseqüentemente, a redução da lista de espera, além de proporcionar melhor qualidade de vida a esses pacientes.

Objetivos:

- Sensibilizar a população do estado do Ceará sobre a doação de órgãos e tecidos para fins de transplantes;
- capacitar profissionais das Comissões Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTTs) para identificação, manutenção e realização de entrevista familiar nos casos de comprovação de Morte Encefálica (ME);
- aumentar o número de notificações de potenciais doadores;
- viabilizar o processo doação-transplante, para que seja ágil e eficiente;
- reduzir o tempo médio de espera por um transplante;
- reduzir a lista de espera por um transplante;
- estabelecer parcerias para o fortalecimento do Sistema Estadual de Transplantes.

n. 25

*O estado e as Redes de
Atenção à Saúde –
1ª Mostra Nacional de
Experiências*

Descrição das principais estratégias e atividades:

A Central de Transplante do Estado realiza com frequência palestras em escolas e universidades, participa de ações comunitárias e campanha em parceria com empresas e associações de pacientes transplantados e está sempre disponível para conceder entrevista nos meios de comunicação no intuito de sensibilizar a população para a importância do ato de doar, e, assim, reduzir o quantitativo de recusa familiar no momento da constatação de Morte Encefálica. Para os profissionais das CIHDOTTs e profissionais de saúde dos hospitais notificantes é disponibilizada capacitação permanente sobre identificação e manutenção de potenciais doadores e sobre comunicação em situações críticas.

Nas grandes emergências terciárias, nas quais está a maioria dos potenciais doadores, existe uma sobrecarga de trabalho para os profissionais que lidam com a assistência desses pacientes. Com base nesse fato, a Sesa mantém equipe de auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos para auxiliar na assistência desses potenciais doadores quando necessário. Além dessa equipe, a Sesa possui dois neurologistas clínicos de sobreaviso para realizar a avaliação clínica neurológica, nas unidades que não dispõem desse especialista. Para agilizar o processo de fechamento do protocolo de ME, a Sesa adquiriu equipamentos para diagnóstico complementar de Morte Encefálica (EEC e Ecodoppler transcraniano), disponibilizando profissional para execução desses exames nas unidades de Fortaleza que necessitem e um convênio com a cooperativa de anestesistas foi formalizado para garantir o serviço desse profissional na cirurgia de retirada.

O estado do Ceará está dividido em três macrorregiões de saúde: macro Fortaleza, macro Sobral e macro Cariri. Em cada uma das macrorregiões foi designado um coordenador regional de transplante, com exceção de Fortaleza, que é onde está instalada a Central de Transplantes do Estado do Ceará. Esses coordenadores notificam a Central Estadual de Transplante sempre que existe potencial doador e monitoram todo o processo até a sua finalização. Nessas duas macrorregiões, como não existe profissional habilitado para realizar a retirada, o Governo do estado, por meio da Casa Civil, é acionado para que seja disponibilizada uma aeronave com capacidade de transportar as equipes de captação (coração, rim, fígado e pâncreas). Está em processo

de desenvolvimento o Centro de Perfusão Renal do Estado do Ceará, que vai receber todos os rins captados no estado. Essa medida vai possibilitar a ampliação do número de rins retirados e transplantados com maior segurança.

Outra estratégia foi a celebração do Termo de Cooperação Técnica entre a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará e a Defensoria Pública Geral do Estado do Ceará em 2011, agilizando a efetivação de doações em situações especiais e possibilitando o acesso dos usuários à justiça.

Tempos/Cronograma:

A proposta teve início em maio de 2009 com a descentralização das captações em Sobral, fortalecendo a interiorização, que até então ocorriam apenas na Região do Cariri e na Região Metropolitana de Fortaleza. No ano de 2010, tivemos a adesão do estado à proposta das OPOs junto ao Ministério da Saúde e, no ano de 2011, as ações educativas foram intensificadas entre a sociedade e os profissionais da rede de transplantes e houve a aquisição de quatro aparelhos de eletroencefalograma portáteis.

Avaliação:

A Central Estadual de Transplante faz o monitoramento do quantitativo de pacientes que possuem protocolo de ME aberto, o tempo decorrido para fechamento desses, o quantitativo de entrevista familiar de potenciais doadores confrontando com o índice de recusa. Acompanha o índice de doadores por milhão da população (pmp). É realizado o acompanhamento de doações por órgão, mês a mês, e avaliados os motivos de queda de doação. A avaliação demonstra que o estado do Ceará vem batendo recorde ano a ano em relação ao número de transplantes realizados, e obtido projeção nacional, transformando a fila de transplante, que era conhecida como a fila da agonia, em fila da esperança.

A meta de crescimento de 1,5 doador por milhão da população vem sendo superada anualmente, e para isso contamos com a parceria das Células Regionais de Saúde. Entretanto, precisamos avançar nas estratégias da Atenção Primária, para que seja resolutiva e capaz de prevenir o ingresso de pacientes na lista de espera por um transplante.

DISTRITO FEDERAL

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: A Planificação da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal – a fase de terraplanagem das Redes de Atenção à Saúde

TEMA/SUBTEMA DA EXPERIÊNCIA: Papel do estado/SES na construção de redes – o estímulo e o apoio aos municípios para se organizarem em Redes de Atenção; organização e integração das ações e dos serviços que compõem a RAS; fortalecimento da Atenção Primária, estimulando que assumam os papéis de porta de entrada e coordenadora do cuidado aos indivíduos.

AUTORES: Adriano de Oliveira e Cleunici Godois Freire Ferreira.

SETORES/INSTITUIÇÕES ENVOLVIDOS: Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps) – SES/DF; Subsecretaria de Atenção à Saúde (SAS) – SES/DF; Subsecretaria de Planejamento, Regulação, Avaliação e Controle (Suprac) – SES/DF; Subsecretaria de Vigilância à Saúde (SVS) – SES/DF

Apresentação e Justificativa:

O Distrito Federal (DF) atravessou longo período de retrocesso na organização de seu Sistema de Saúde, em especial no que tange à Atenção Primária à Saúde (APS). No início de 2011, contava com uma das menores coberturas populacionais de Estratégia Saúde da Família (ESF) do país, aproximadamente 13%. Ainda hoje, mantém um modelo predominante de Atenção Básica tradicional, com baixa capacidade de exercer os atributos da APS.

A equipe gestora da APS na SES/DF iniciara em 2009 o desenvolvimento de um Plano de Reorganização da Atenção Primária. O advento da criação da Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps), que até então figurava como diretoria, trouxe nova perspectiva para esse processo em 2010. O referido plano com diretrizes políticas indutoras do modelo de Atenção Primária pretendido no estado fora resignificado em 2011, à luz das emergentes mudanças nas políticas nacionais.

Tendo em vista as peculiaridades do DF como estado-município, observa-se histórica dificuldade em estabelecer uma gestão local forte em seus territórios sanitários ou regionais de saúde. Com o intuito de promover tal fortalecimento, a Saps solicitou aos gestores locais de cada uma das 15 regionais existentes que desenvolvessem Planos Regionais de Reorganização da APS considerando suas realidades. É nesse cenário que surge a parceria

entre a SES/DF e o CONASS para o desenvolvimento da Planificação da APS do DF, foco central desta experiência.

Objetivos:

- Estabelecer um modelo de APS no DF;
- qualificar as práticas de gestão e a assistência das equipes de APS do DF;
- subsidiar a implementação das RAS no DF por meio da consolidação do papel da APS como ordenadora desta rede e coordenadora do cuidado.

n. 25

*O estado e as Redes de
Atenção à Saúde –
1ª Mostra Nacional de
Experiências*

Descrição das principais estratégias e atividades:

O processo de planificação dispõe de uma oferta metodológica organizada em uma publicação do CONASS que traz no formato de oficinas temáticas a discussão de aspectos fundamentais das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e destaca o papel estruturante da APS e a importância de sua qualificação. As oficinas pressupõem uma prática pedagógica problematizadora, que proporciona uma ação reflexiva dos atores envolvidos e propõe o desenvolvimento de ações concretas a partir de um processo de planejamento estratégico e participativo.

Tais oficinas tiveram como proposta de trabalho uma abordagem que favorece o engajamento dos participantes em busca de novos conhecimentos e a reflexão sobre o contexto da APS nas Regionais de Saúde do DF. As oficinas são compostas por atividades de grupo, discussões em plenária, exposições dialogadas, estudos de textos e com orientações para o momento de dispersão nas regionais. As estratégias educacionais desenvolvidas tiveram como objetivo subsidiar os participantes nas atividades a serem realizadas nos momentos de dispersão (multiplicação) e durante o exercício de sua prática.

Inicialmente, elegemos uma região sanitária para atuar, pois nela havia outras iniciativas relacionadas à implementação de redes. Realizamos uma primeira oficina em setembro de 2011 com um público composto pelos diversos gestores de saúde desse território. Ao analisarmos os planos das demais regiões, percebemos o potencial de desenvolvimento da planificação em todo o DF. E, assim, realizamos em fevereiro de 2012 a

mesma oficina, mas desta vez com os gestores locais de todas as regionais de saúde.

Como um dos resultados dessa oficina, formamos um grupo de facilitadores, com representantes de cada uma das regionais, cujas atribuições são o apoio ao processo de planejamento central e a coordenação das ações de planificação em sua própria regional. Esse grupo reúne-se regularmente e está finalizando a modelagem da primeira oficina a ser trabalhada com equipes assistenciais em determinada regional e terá caráter formativo para os facilitadores. A partir disso, será produzida uma agenda de execução das oficinas nas demais regionais.

Tempos/Cronograma:

- Elaboração do Plano de Reorganização da Atenção Primária – 2009;
- elaboração de Planos Regionais de Reorganização da APS – março a setembro/2011;
- realização da I Oficina de Redes com região Sudoeste – setembro/2011;
- realização da I Oficina de Redes de todo o Distrito Federal – fevereiro/2012;
- composição do Grupo Condutor – março/2012;
- realização de oficina de facilitadores regionais – maio/2012.

Avaliação:

Foi observado que as oficinas desencadearam reflexões e ampliaram a capacidade técnica dos participantes relacionadas à compreensão dos fundamentos e dos elementos que estruturam e constituem as Redes de Atenção à Saúde, resultando dessa forma em aprimoramento da prática profissional. Ainda não atingimos um estágio de desenvolvimento de instrumento para avaliar e monitorar os resultados dessa iniciativa.

DISTRITO FEDERAL

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: Linha de cuidado materno-infantil: Rede Cegonha/DF

AUTORA: Karla Larica Wanderley.

Apresentação e Justificativa:

Desde os anos 1990, com base no pioneirismo e na experiência dos diferentes profissionais envolvidos e dos formuladores de políticas públicas, usuários do sistema, entre muitos outros, vêm envidando esforço no sentido de ampliar o acesso e qualificar os serviços de atenção materno-infantil, melhorando os indicadores de saúde.

Em 2011, em continuidade a este esforço de organização, é instituída, mediante a Portaria GM/MS n. 1.459/2011, a Rede Cegonha, sistematizando e institucionalizando um modelo de atenção ao parto e ao nascimento, fundamentado nos princípios da humanização da assistência às mulheres, aos recém-nascidos e às crianças até completarem 24 meses.

No DF, a Secretaria de Estado de Saúde (SES/DF), no âmbito da política de desenvolvimento institucional, tem trabalhado no sentido de promover o planejamento setorial das áreas técnicas para melhorar o atendimento para a população usuária do SUS local.

A atenção materno-infantil representa uma área estratégica dentro da SES/DF que exige a conformação de uma rede assistencial organizada, hierarquizada e imbuída de aspectos qualificadores que estejam em consonância com os princípios do SUS. A estruturação dessa linha de cuidado, por intermédio da adesão à Rede Cegonha, é um instrumento potencializador das futuras ações dentro dessa especialidade, trazendo nova dinâmica do funcionamento dessa especialidade capaz de responder de maneira mais eficiente às demandas existentes no SUS DF.

A atual situação enfrentada pela rede pública do DF, além de complexa, traz desafios inadiáveis para a reorganização dessa especialidade dentro de uma linha de cuidado que envolve, necessariamente, a integração entre os vários níveis de atenção à saúde.

Descrição das principais estratégias e atividades:

A ampliação do potencial de resolução dos serviços, por intermédio da estruturação e da adequação física das unidades, aliadas à reorganização dos fluxos assistenciais (rede de referência e contrarreferência) e também a estratégias de capacitação dos servidores da rede, é aspecto que indica a melhoria dos processos de gestão, ampliando acesso nessa área considerada crítica.

Do ponto de vista assistencial, no DF, as ações de atenção à saúde da mulher realizam-se em diversos espaços, sobretudo nas equipes de saúde da família, nas unidades de saúde básica e em 11 hospitais da SES DF.

Um dos desafios presentes na organização da Rede Cegonha refere-se à operacionalização do princípio da integralidade na atenção materno-infantil, entendida nesse contexto como imagem-objetivo a ser alcançada e que envolve a participação proativa de gestores, coordenadores de área e profissionais envolvidos. A identificação dos papéis e a interação dos diferentes níveis de serviços, tanto os de atenção básica quanto os de média e alta complexidade, significarão avanços concretos para a reorganização dos fluxos assistenciais dentro dessa importante linha de cuidado no SUS.

Para efeito de operacionalização das ações propostas pelas normativas referentes à Rede Cegonha, foi constituído na SES/DF, mediante a Portaria SES/DF n. 236, de 14 de dezembro de 2011, o Grupo Condutor. Integram-no, como corresponsáveis pela elaboração, pela implantação, pelo monitoramento e pela avaliação do Plano de Ação da Rede Cegonha, os representantes das diversas áreas técnicas que possuem ação e responsabilidade na linha de cuidado materno-infantil.

A partir de janeiro de 2012, o Grupo Condutor vem se reunindo semanalmente a fim de viabilizar a elaboração do Plano de Ação e proposição das estratégias necessárias com vista à implantação da Rede. Além das reuniões semanais, o Grupo Condutor tem promovido reuniões ampliadas com a participação de técnicos das áreas envolvidas, além de apresentações ao Colegiado de Gestão da SES e ao conjunto de subsecretários a fim de deliberar sobre os encaminhamentos necessários.

Ressalta-se, nesse processo de elaboração, como produto das áreas técnicas representadas no Grupo Condutor, a definição da Linha de Cuidado a ser adotada na SES/DF, tendo como foco a adoção de ação contínua e permanente de atenção materno-infantil desde o acolhimento da mulher em idade fértil nas unidades de atenção primária até a atenção puerperal, neonatal e criança até 24 meses, incluindo todas as fases do cuidado à saúde. A linha de cuidado materno-infantil busca traduzir os compromissos anteriormente descritos, nortear as diversas etapas do processo e superar os desafios na organização e na qualificação da atenção à saúde da mulher e da criança no

DF sob a perspectiva da Rede Cegonha. Assim, a partir do estabelecido na Linha de Cuidado, objetiva-se:

- incorporar os princípios e as diretrizes da Rede Cegonha em uma perspectiva de integralidade, equidade, responsabilização sanitária;
- garantir às mulheres e às crianças acesso às ações de promoção da saúde e às demais intervenções necessárias;
- garantir atenção nos diferentes níveis de complexidade do sistema, incluindo grupos femininos e de crianças em situação de vulnerabilidade ou de risco, nas suas especificidades;
- qualificar e humanizar a atenção à saúde das mulheres e das adolescentes durante a gestação, o parto, o puerpério ou em situação de aborto;
- qualificar e humanizar a atenção à saúde das crianças desde seu nascimento até o vigésimo quarto mês de vida;
- garantir às mulheres os direitos sexuais e os direitos reprodutivos;
- qualificar os profissionais de saúde com capacitações, apoio matricial e fomento à constituição de espaços coletivos de discussão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação;
- desenvolver a cultura da responsabilização pessoal e coletiva, buscando oferecer acesso e informação para contribuir com construção da autonomia dos sujeitos;
- propor ações de governo e de parceria com a sociedade civil, academia, sociedades científicas e demais setores relacionados para fortalecer a Rede Cegonha no âmbito do Distrito Federal.

ESPÍRITO SANTO

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: Oficinas educacionais do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde/ES: contribuição para a organização da Rede de Atenção à Saúde

TEMA/SUBTEMA DA EXPERIÊNCIA: O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada e primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde.

AUTORES: Camila Verane Delboni Teles, Célia Márcia Birchler, Cláudia Gomes Rossoni, Cristiane Ramos Castro, Elizabeth Barcellos Azoury, José

de Almeida de Castro Filho, Marcello Dala Bernadina Dalla, Márcia Élda Fur-rechi, Tânia Mara Ribeiro, Vera Lúcia Peruchi, Wallace Cazelli.

SETORES/INSTITUIÇÕES ENVOLVIDOS: Coordenação Estadual da Atenção Primária à Saúde; Superintendências Regionais de Saúde; Colegiado de Secretários Municipais de Saúde; Colegiado Intergestores Bipartite; Secretarias Municipais de Saúde; Escola de Saúde Pública de Minas Gerais

Apresentação e justificativa:

O Espírito Santo tem experiências significativas de organização e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), identificada como principal porta de entrada e primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde, e estimula e apoia os municípios para se organizarem em redes de atenção, com destaque para a rede da mulher e da criança. Desde 1997, a Atenção Primária à Saúde (APS) no Espírito Santo é entendida como coordenadora da Rede de Atenção à Saúde.

Das ações realizadas, destacam-se a certificação de 100% das equipes de saúde da família e a implantação da Avaliação da Melhoria da Qualidade (AMQ), que forneceram um diagnóstico sobre as precárias condições de estrutura e de processo de trabalho das Unidades de Saúde da Família, o qual serviu de base para a elaboração do Plano Diretor da APS (PDAPS). Este contemplou quatro projetos: expansão e fortalecimento da APS; qualificação profissional; organização da gestão da APS; e monitoramento e avaliação. A experiência relatada refere-se às oficinas pedagógicas para a implantação do PDAPS e sua contribuição para a organização das Redes de Atenção à Saúde.

Objetivos:

Instrumentalizar as Secretarias Municipais de Saúde para a reorganização do sistema de saúde, com vistas à consolidação do sistema integrado de serviços de saúde, pelo fortalecimento da APS e da construção das redes integradas de atenção à saúde.

Descrição das principais estratégias e atividades:

A operacionalização das oficinas educacionais do PDAPS ocorreu por meio de várias estratégias, das quais se destacam: discussão e deliberação nos Colegiados Intergestores Bipartite microrregionais e de Secretários Municipais de Saúde, na Comissão Intergestores Bipartite e no Conselho Estadual de Saúde, cuja pactuação previu o desenvolvimento das oficinas e a liberação dos profissionais para a participação nestas. As oficinas do PDAPS foram conduzidas pela Coordenação Estadual da APS e executadas pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Coube aos gestores municipais a apresentação da proposta, a publicação de resolução sobre a implantação do PDAPS, a indicação de um coordenador e a garantia da participação dos profissionais nas oficinas. Para a implantação do PDAPS foram realizadas seis oficinas educacionais, com base nos princípios da educação de adultos, estruturadas a partir de problemas e dificuldades identificados nos processos de trabalho das equipes municipais.

Foram realizadas oficinas macrorregionais para capacitação de tutores e técnicos das Superintendências Regionais de Saúde; microrregionais para capacitação de facilitadores; e municipais para os profissionais da APS. As atividades de ensino-aprendizagem tiveram dois momentos, denominados períodos de concentração e dispersão, sendo este último destinado ao desenvolvimento dos conteúdos no território, que culminou na construção dos produtos. A carga horária de cada oficina foi de 16 horas presenciais e um período de dispersão de dois meses entre as oficinas, abordando os temas: Organização de Redes de Atenção à Saúde; APS no centro do sistema; Diagnóstico local; Gestão e organização do processo de trabalho; A APS acolhendo as necessidades de atenção à saúde; Monitoramento e avaliação e contrato de gestão por resultados.

Destacam-se os produtos: Diagnóstico Municipal; Plano de Fortalecimento da APS; Programação para a Atenção à Mulher e à Criança; Programação Local; Agenda da Equipe de Saúde; e Matriz de Monitoramento das Metas Pactuadas.

Tempos/Cronograma:

As oficinas foram realizadas entre março de 2010 e março de 2011.

Avaliação:

O processo educacional utilizou como metodologia de avaliação vários instrumentos, entre eles: tabela de monitoramento dos produtos, formulário de avaliação de oficinas, relatórios de frequência dos participantes e de atividades dos tutores e facilitadores. Ao fim desse processo, foram qualificados 28 (vinte e oito) tutores, 388 (trezentos e oitenta e oito) facilitadores e 5.684 (cinco mil, seiscentos e oitenta e quatro) profissionais de saúde das Unidades de Atenção Primária, totalizando 6.100 (seis mil e cem) profissionais de saúde. O monitoramento revelou que as macrorregiões Norte e Sul realizaram, respectivamente, 89% e 87% dos produtos das oficinas, enquanto a macro Centro realizou 44%.

Um dos elementos dificultadores relacionou-se à estratégia metodológica adotada, na qual o intervalo entre as oficinas mostrou-se insuficiente para o cumprimento adequado do grande número de produtos previstos para o período de dispersão. Outro fator referiu-se à rotatividade de profissionais nas equipes, em decorrência da realização de concurso público para provimento dos cargos, principalmente nos municípios da macrorregião Centro.

Observou-se, também, sobrecarga entre as atividades desenvolvidas no cotidiano das equipes com as do período de dispersão das oficinas e com outras ações de educação permanente realizadas pela Sesa nos municípios, a saber: curso de especialização em APS, curso de formação de Apoiadores Institucionais da Política Nacional de Humanização, entre outras.

Dos principais resultados observados, pode-se afirmar que a realização das oficinas pedagógicas foi um passo importante na instrumentalização das Secretarias Municipais de Saúde para a organização da Atenção Primária. Isso pode ser constatado quando do monitoramento realizado pela Sesa, seis meses após a realização das oficinas, ao verificar-se que parte dos municípios estava utilizando as ferramentas aprendidas.

Outro ponto importante a ser observado é que os produtos realizados durante as oficinas (cadastramento da população, territorialização, mapa de risco das famílias e utilização da planilha de programação) serão utilizados e avaliados como critérios e indicadores na política estadual de cofinanciamento da APS.

ESPÍRITO SANTO

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: Oficina preparatória para construção da matriz curricular dos cursos de capacitação em assistência pré-natal e primeira semana integral da criança, e em manejo do parto e do puerpério imediato

TEMA/SUBTEMA DA EXPERIÊNCIA: Identificação das necessidades de educação permanente para os profissionais da atenção primária e hospitais como uma das estratégias de organização da Rede de Atenção.

AUTORES: Cláudia Márcia Pereira Passos, Wanêssa Lacerda Poton e Edna Céllis Vaccari Baltar.

SETORES/INSTITUIÇÕES ENVOLVIDOS: Técnicos estaduais da equipe de saúde da mulher e da criança; técnico estadual do Núcleo Especial de Desenvolvimento de Recursos Humanos; técnicos das Superintendências Regionais de Saúde do Estado; técnicos das Secretarias Municipais de Saúde; Técnicos dos Hospitais/Maternidades do estado

Apresentação e justificativa:

Essa oficina é parte integrante do processo de Educação Permanente em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde. Configura-se em uma ação estratégica para elaboração de matriz curricular de cursos na área da saúde da mulher e da criança, envolvendo um conjunto de atores (médicos de diversas especialidades e enfermeiros) que atuam em serviços de Atenção Primária à Saúde e nas Maternidades do Espírito Santo.

Um dos problemas identificados durante as oficinas realizadas no estado para a elaboração e a organização da Rede de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança foi a desqualificação dos profissionais de saúde que prestam atendimento à mulher e à criança na Atenção Primária e nas maternidades.

Objetivos:

- Estabelecer uma rede de contatos entre as pessoas que atuam na APS e nas maternidades;
- estimular a busca de evidências ou a prática clínica com base em evidências;

- definir conceitos-chave, tanto os balizadores do processo pedagógico quanto os transversais, a estrutura curricular.

Descrição das principais estratégias e atividades:

Diante do problema identificado, em busca de uma resposta, propôs-se aplicar o Método do Arco de Maguerez, no qual o contato direto com a realidade, identificando pontos-chave, teorizando-os, elaborando hipóteses de solução e aplicando-as à realidade, fez que o grupo fosse ao encontro aos profissionais de saúde que realizam atendimento à mulher e à criança nos municípios.

Então, foram realizadas oficinas por macrorregião de saúde, sendo uma na norte, na sul e na centro, com presença de 98 profissionais de saúde, entre médicos e enfermeiros que realizam atendimento à mulher, no pré-natal e no parto, e ao recém-nascido.

Nas oficinas, foram utilizadas as seguintes questões norteadoras:

- Qual é o meu problema no pré-natal, no parto, no puerpério e na primeira semana do bebê?
- Na sua visão, como este curso poderá contribuir para a resolução destes problemas?

Como produto elaborado pelos grupos, foram identificados os problemas existentes na assistência pré-natal, ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido. Diante dos problemas, foram elaboradas questões de aprendizagem:

- Por que o cartão de pré-natal não é preenchido?
- Por que não é realizada a consulta de puerpério no período adequado?
- Por que há um atraso na realização de exames complementares?
- O valor dos salários está de fato associado diretamente com a qualidade da assistência?
- Por que os médicos da ESF não realizam pré-natal?
- A qualificação profissional tem associação com indicadores de morbidade e mortalidade?
- Qual a real dimensão da chamada “alta do pré-natal”?
- Por que há barreiras de comunicação entre as equipes de ESF e maternidades?

Os problemas identificados nas oficinas que estarão ao alcance dos cursos para sua resolução são:

- melhorar o registro (prontuário, cartão do pré-natal, partograma);
- ampliar conhecimento das leis sobre direitos da mulher e da criança;
- iniciar processo de desenvolvimento profissional contínuo, tanto para APS, como para os Hospitais;
- protocolos clínicos deverão ser incluídos no curso;
- habilidades clínicas, criar condições para realizar atividades em laboratórios morfofuncionais.

Alguns problemas identificados remetem à gestão, mas propõe-se que se estimule uma proposta metodológica que promova o entendimento da indissociabilidade da gestão e da prática profissional: falta de leitos; falta de exames; demora no resultado de exames.

Tempos/Cronograma:

As oficinas foram realizadas no ano de 2010, sendo uma na macrorregião norte, uma na macrorregião sul e outra na centro.

Avaliação:

O resultado da oficina foi elaborado e encaminhado para os participantes por e-mail, que sugeriram alterações e, posteriormente, o relatório final foi validado por todos. Como produto, foi elaborado um edital de credenciamento para Instituição de Ensino Superior para realização dos cursos identificados a partir da oficina, porém em razão da ausência de recursos financeiros a proposta não foi operacionalizada.

ESPÍRITO SANTO

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: Rede de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança no Espírito Santo

TEMA/SUBTEMA DA EXPERIÊNCIA: O estabelecimento dos fluxos e a definição de responsabilidades nas regiões de saúde, visando à coordenação do cuidado aos usuários.

AUTORES: Cláudia Márcia Pereira Passos, Wanêssa Lacerda Poton, Mara Lúcia Bonella, Mônica Barboza Gonçalves Morelo, Edna Céllis Vaccari

Baltar, Ana Maria Rodrigues, Joanna D’Arc Victória Barros de Jaegher, Rita de Cássia Cunha Rocha e Maria das Graças Serrano.

SETORES/INSTITUIÇÕES ENVOLVIDOS: Técnicos estaduais da equipe de saúde da mulher e da criança e outras áreas afins; Superintendências Regionais de Saúde do Estado; Secretarias Municipais de Saúde; Hospitais/ Maternidades do estado

Apresentação e justificativa:

O eixo norteador da política estadual de atenção à saúde da mulher e da criança é a melhoria na qualidade da assistência prestada ao binômio mulher e recém-nascido, durante o decorrer do ciclo gravídico e puerperal, com garantia de acesso, qualidade e humanização do atendimento prestado à mulher e ao recém-nascido.

Partindo-se do pressuposto de que esta assistência, até então, no Espírito Santo, estava sendo desenvolvida de forma fragmentada, desarticulada, sem normas e parâmetros estabelecidos e, principalmente, sem a garantia do atendimento da gestante no momento oportuno e necessário, é que surge a ideia de organização desse serviço, utilizando-se como metodologia a proposta de rede.

O desenvolvimento da proposta de Redes de Atenção à Saúde aparece pensando-se na economia de escala e escopo, além da melhoria constante da qualidade e do acesso às maternidades, sobretudo porque o estado do Espírito Santo possui grande parte de seus municípios com menos de 20 mil habitantes, e para que consiga atender aos usuários na média complexidade, torna-se necessária a organização dessa rede em regiões de saúde.

Objetivo geral:

Estabelecer uma rede de assistência à saúde resolutiva e integral às mulheres e a crianças capixabas, com garantia de acesso, melhoria da qualidade e da humanização do atendimento.

Objetivos específicos:

- Reduzir a mortalidade materna e infantil no Espírito Santo.

- Delinear conceitualmente acerca das Redes de Atenção à Saúde entre os gestores e os técnicos municipais e estaduais.
- Atribuir competências aos pontos de atenção da saúde da mulher e da criança.
- Mapear os prestadores essenciais na construção das redes de atenção à saúde da mulher e da criança.
- Analisar e reorientar o modelo de atenção à saúde da mulher e da criança.

Descrição das principais estratégias e atividades:

Para apropriar os municípios sobre a importância da organização dos serviços de saúde em redes de atenção, foram realizadas oficinas de trabalho, ao todo quatro por macrorregião de saúde, com participação dos técnicos das Secretarias Municipais de Saúde, das Regionais de Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde e dos Hospitais/Maternidades do estado.

As oficinas foram trabalhadas em módulos, com objetivos e estratégias voltados para a análise e a compreensão da proposta de rede, por meio de atividades de grupo, discussões em plenária, exposições dialogadas e momentos de dispersão.

Os módulos foram organizados da seguinte forma e objetivos:

Módulo I: alinhamento conceitual sobre Redes de Atenção à Saúde. Objetivos: compreender a fundamentação teórica que orienta o desenho e a operacionalização das redes de atenção; compreender a organização dos sistemas de atenção à saúde; compreender os fundamentos que sustentam a construção de Redes de Atenção à Saúde; compreender os componentes que constituem uma Rede de Atenção à Saúde; compreender os modelos de atenção à saúde; utilizar o processo de modelagem das Redes de Atenção à Saúde; compreender a proposta de implantação da Rede de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança na microrregião e na macrorregião; planejar o período de dispersão.

Módulo II: planejamento da Rede de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança. Objetivos: avaliar as atividades do período de dispersão; avaliar o estágio de desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança, nos municípios, nas microrregiões e na macrorregião; identificar e priorizar os problemas existentes; realizar o plano de trabalho

para a construção da Rede de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança na macrorregião; planejar o período de dispersão.

Módulo III: organização da Rede de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança. Objetivos: avaliar as atividades do período de dispersão; apresentar a avaliação do estágio de desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança, na macrorregião; apresentar e discutir o plano de trabalho para a construção da Rede de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança na macrorregião e o plano preliminar de investimento; monitorar o processo de implantação da Rede de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança na macrorregião; organizar os processos de trabalho para a implantação da Rede de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança na macrorregião; planejar o período de dispersão.

Módulo IV: a governança da Rede de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança. Objetivos: apresentar a proposta de monitoramento da implantação da Rede de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança na macrorregião; apresentar a proposta de organização dos processos de trabalho para a implantação da Rede de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança na macrorregião; aprovar o plano para a organização da Rede de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança na macrorregião; realizar alinhamento conceitual sobre governança das Redes de Atenção à Saúde; propor agenda de compromissos para a CIB para a governança da Rede de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança na microrregião; pactuar os compromissos para a efetivação da Rede de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança nas microrregiões.

Cada técnico municipal que participou das oficinas tinha como tarefa de dispersão replicar a oficina no seu município para os profissionais de saúde. O produto final do primeiro módulo da oficina foi o diagnóstico situacional de saúde (pré-natal, parto, puerpério, 1.^a semana integral da saúde da criança, promoção e tratamento do câncer de colo de útero e mama), o qual tinha como propósito identificar a realidade local e compreender o sistema de atenção à saúde dos serviços existentes no município na área da saúde da mulher e da criança. No segundo módulo, a partir do diagnóstico realizado, os municípios definiram os pontos de atenção e as necessidades de serviços a serem ofertados, assim como apoio e logística, com planejamento para implantação e organização da Rede de Atenção à Saúde da

Mulher e da Criança. No terceiro módulo, a partir do diagnóstico e das necessidades, discutiram-se estratégias para operacionalização do plano de organização da rede. No quarto módulo, foram definidos os membros dos comitês temáticos como uma proposta de operacionalização da rede. Os comitês temáticos formados foram: atenção primária; atenção secundária e terciária; modelo de atenção à saúde; sistema de apoio e logístico; sistema de governança.

Tempos/Cronograma:

As oficinas foram realizadas, em 2008, na macrorregião de saúde norte e, em 2009, na sul e na centro.

Avaliação:

As oficinas oportunizaram aos técnicos municipais compreenderem a organização do sistema de saúde em redes. Foi momento oportuno para a troca de conhecimentos e saberes e para um aprendizado coletivo. Houve movimento ativo dos municípios, com participação efetiva em todos os módulos das oficinas.

Apesar da intensa participação, os municípios tiveram dificuldade de compreender o seu papel dentro de um sistema de saúde organizado em redes e a importância da atenção primária como a centralizadora do cuidado ao indivíduo. Como uma política necessita de investimentos financeiros para sua operacionalização, a ausência e a garantia de investimentos na rede foi outra fragilidade identificada nesse processo, o qual está dando continuidade no estado com a Rede Cegonha.

GOIÁS

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: O processo de definição das regiões de saúde, com estabelecimento de limites geográficos e população usuária

TEMA/SUBTEMA DA EXPERIÊNCIA: O processo de definição das regiões de saúde, com estabelecimento de limites geográficos e população usuária.

AUTORA: Loreta Marinho Queiroz Costa.

SETORES/INSTITUIÇÕES ENVOLVIDOS: Secretaria de Estado de Saúde (superintendentes, gerentes do nível central e regional); Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (Cosems); Conselho Estadual de Saúde (CES); Secretaria Executiva da Comissão Intergestores Bipartite (CIB); Comissão Intergestores Regional (CIR)

Apresentação e justificativa:

A regionalização é uma diretriz do SUS e deve orientar a descentralização de ações e serviços de saúde. Na regionalização, o planejamento tem destaque importante, pois os instrumentos do planejamento regional, o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde (PPI), norteiam a identificação e o reconhecimento das regiões de saúde, a programação e a alocação de recursos financeiros e de investimentos necessários no processo de planejamento regional e estadual.

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) é um dos principais instrumentos de planejamento e coordenação do processo de regionalização e deve expressar o desenho final de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, em suas diferentes formas, objetivando a garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade da atenção, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e otimização de recursos. Também contém os desenhos da Rede de Atenção à Saúde, em suas diversas linhas de cuidado, organizada dentro dos territórios macrorregionais e regionais. Deverá ser acompanhada pelo Plano Diretor de Investimentos (PDI).

Em 2001/2002, sob as diretrizes da Noas/01, foi implantado o primeiro Plano Diretor de Regionalização do Estado de Goiás. À época, apresentava a seguinte configuração: 16 regiões de saúde com seus 16 municípios polos regionais, coincidentes com os municípios definidos como sede administrativa regional; 38 microrregiões; 58 módulos assistenciais; e 188 municípios satélites.

No PDR/GO/2001/2002, além do desenho territorial das regiões, foram também redigidos o Plano Diretor de Investimentos (PDI) planejado para suprir as lacunas existentes em equipamentos; a Programação Pactu-

ada Integrada (PPI) realizada com base em parâmetros de necessidades da população; e o Plano Diretor de Controle, Regulação e Avaliação.

Em 2005, em razão do porte das regiões anteriormente estabelecidas, que não alcançavam uma escala suficiente para a organização dos serviços de alta complexidade, as 16 regiões de saúde foram agrupadas em macrorregiões, apresentando a seguinte configuração: cinco macrorregiões, 16 regiões com seus respectivos municípios-polo, 246 municípios e 15 Sedes Administrativas Regionais, conforme quadro abaixo:

Descrição das principais estratégias, atividades e tempos/ cronograma:

Julho/2011	Criação da Comissão para a Revisão do Plano Diretor de Regionalização e Investimentos (PDRI) – Portaria n. 341/2011-GAB/SES, de julho de 2011.
Julho/2011	Definição de 16 subgrupos de trabalho, ficando cada um responsável por uma das 16 regiões de saúde, com o objetivo de elaborar análise situacional por região, para subsidiar a elaboração do mapa da saúde e o processo de atualização das regiões do estado.
Agosto/2011 a Setembro/2011	Aplicação e consolidação de instrumento com o objetivo de levantamento da capacidade instalada por município e região em: Atenção Primária, Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar, Urgência/Emergência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Controle Social.
Outubro/2011	Realização do IV Encontro de Saúde de Goiás , no qual foram realizadas oficinas, como: Redes de Atenção à Saúde, com foco nas redes temáticas materno-infantil, psicossocial; regulação urgência/emergência; mapa da saúde e regiões de saúde , que teve como público-alvo os secretários e os técnicos municipais de saúde. Na oficina sobre o Mapa da Saúde , foram apresentados conceito, objetivo, finalidade e componentes do Mapa da Saúde e Contrato Organizativo de Ação Pública (Coap). Na oficina de Regiões de Saúde , trabalharam-se conceito, objetivo e critérios de configuração de uma Região de Saúde. Em seguida, cada gestor manifestou-se quanto à identificação com a região à qual pertence e o interesse de mudança de região.
Novembro/2011 a Fevereiro/2012	Elaboração da proposta de revisão do Plano Diretor de Regionalização com as alterações possíveis. Apresentação, discussão e pactuação da proposta de revisão do desenho das regiões do estado de Goiás nas Comissões Intergestores Regionais (CIR) e na Câmara Técnica da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) – Resolução CIB 028/2012.
Fevereiro até o momento	Encontra-se em processo a definição do rol de ações e serviços nas regiões de saúde e adequação dos parâmetros assistenciais, com base nas necessidades da população.

Avaliação:

Será realizada por meio de indicadores que estão em processo de construção. Espera-se com o processo de regionalização que os municípios sejam autossuficientes na atenção primária; as regiões de saúde, na atenção secundária; e as macrorregiões, na atenção terciária.

GOIÁS

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: Inicialização da discussão da Rede Temática de Atenção Psicossocial no estado de Goiás

AUTORA: Luciana Aparecida Martins Santana.

SETORES/INSTITUIÇÕES ENVOLVIDOS: Secretaria de Estado de Saúde; Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (Cosems); Apoio Institucional do Ministério da Saúde; Secretaria de Estado da Educação; Secretaria de Cidadania e Trabalho; Secretaria de Planejamento

Apresentação e justificativa:

A Portaria n. 4.279/2010 estabelece diretrizes para organização das RAS no SUS, inclusive da Raps, que é priorizada pelo Decreto n. 7.508/2011 e instituída pela Portaria n. 3.088/2011. **Objetivos:** instituir a Raps com a integração de novo ponto de atenção à Rede, Credeq. Este ofertará intervenções ambulatoriais e de internação, nos moldes residenciais, de forma articulada com a Rede.

Estratégias e atividades:

A SES, coordenadora do processo de implementação da Raps/GO, operacionalizará a Rede em quatro fases: desenho regional da RAP; adesão e diagnóstico; contratualização dos pontos de atenção; e qualificação dos componentes.

Cronograma:

- análise situacional das regiões;
- realização de oficina sobre a Raps aos gestores municipais;

- homologação da nova legislação/MS referente à Raps;
- mar./2012 – sensibilização das Regionais de Saúde e dos municípios sobre suas possibilidades;
 - aproximação dos parceiros intersetoriais, especialmente educação e assistência social, com objetivo de efetivar uma atenção integral ao usuário;
 - instituição do Grupo Condutor Estadual (GCE) da Raps, conforme dispõe a Portaria n. 3.088/2011, com acréscimo de parceiros intersetoriais;
 - elaboração da proposta da matriz diagnóstica do estado de Goiás;
 - elaboração de pauta a ser proposta, na CIB, da Raps na Região Nordeste I (maior lacuna assistencial/GO) e de outras quatro regiões iniciais (uma em cada macrorregião), além do GCE;
 - discussão na CIR – Região Nordeste I e nas outras quatro CIRs, sobre a situação de saúde e proposta do desenho da Raps a ser pactuada;
 - implantação e contratualização dos pontos de atenção da Raps;
 - planificação da Raps nas demais regiões/GO, conforme definição da gestão estadual, andamento do processo de implantação dos Credeq (macrorregiões/GO).

Avaliação:

O Grupo Condutor tem por diferencial a composição de parceiros intersetoriais, com vistas à garantia da efetividade da atenção à pessoa com transtorno mental e/ou com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

GOIÁS

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: A implantação da Planificação da Atenção Primária à Saúde no estado de Goiás – um relato de experiência

AUTORA: Marisa Aparecida de Souza e Silva.

SETORES/INSTITUIÇÕES ENVOLVIDOS: Secretaria de Estado de Saúde – Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde (SPAIS); Gerência de Atenção à Saúde (GAS); Gerência de Regionalização e Conformação de Redes de Atenção à Saúde (GRCRAS); Superintendência de Educação e Trabalho para o SUS (SEST/SUS); Superintendência Executiva (Supex); Regio-

nais de Saúde; Comissão Intergestores Regionais (CIR); Cosems; Secretaria Executiva da CIB; Secretarias Municipais de Saúde (SMS)

Apresentação e justificativa:

A implantação das Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde (APS), no estado de Goiás, está acontecendo por meio de assessoria do CONASS a uma equipe de facilitadores (39 técnicos). Esse processo tem intuito de propiciar condições para desencadear um trabalho com a duração de três anos, que terá como foco a APS em Goiás, de modo que esta seja resolutive e que exerça de fato seu papel estratégico como coordenadora do cuidado dos usuários e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde; bem como promover a reflexão sobre a situação da APS, desde o seu papel e atributos, a revisão dos processos de trabalho e a estruturação dos sistemas de apoio e logístico até a contratualização das equipes, considerados imprescindíveis para o processo de implantação das Redes de Atenção à Saúde nos territórios.

Para condução dessas oficinas, foi instituído e pactuado na Comissão Intergestores Bipartite o “Grupo Condutor,” que acompanhará todo o processo das oficinas desde o planejamento à avaliação, reconduzindo situações imprevisíveis.

Objetivo geral:

Implantação da Planificação da APS em Goiás.

Objetivos específicos:

- capacitar profissionais para ministrarem as Oficinas de Planificação da Atenção Primária no estado de Goiás;
- propiciar condições para que a Atenção Primária à Saúde seja resolutive, exercendo de fato seu papel estratégico como coordenadora do cuidado dos usuários e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde;
- promover a reflexão sobre a situação da APS, desde o seu papel e atributos, a revisão dos processos de trabalho e a estruturação dos sistemas de apoio e logístico até a contratualização das equipes, consideradas

imprescindíveis para o processo de implantação das Redes de Atenção à Saúde nos territórios.

Principais estratégias e atividades:

A proposta metodológica está organizada em três momentos:

- Primeiro momento: a equipe da SES/GO sensibilizará prefeitos e gestores municipais de saúde quanto à proposta das Oficinas de Planificação da Atenção Primária;

- Segundo momento: a equipe do CONASS capacitará equipes gestoras estaduais (facilitadores) para a realização das oficinas no estado, no âmbito das Regiões e Macrorregiões de Saúde, com duração de vinte e quatro horas cada;

- Terceiro momento: a equipe estadual reproduzirá as oficinas para as equipes regionais e municipais, com duração de dezesseis horas cada. A SES propõe a realização de doze Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde com a utilização de metodologias participativas e exposições dialogadas.

As oficinas serão presenciais, com períodos de dispersão de aproximadamente sessenta dias, em média.

A proposta é de construção coletiva de conhecimentos, propiciando a apropriação de conceitos e ferramentas que instrumentalizem a sua aplicação, adequadas às características da realidade dos participantes. As atividades das oficinas compreenderão: trabalhos de grupo, exposições, debates, leitura de textos de apoio, dramatizações, exercícios e utilização de roteiro para trabalho de campo. Entende-se que esse processo contribuirá com um projeto de intervenção na organização da atenção tendo o foco na APS, o que implica a adesão e os compromissos das instâncias envolvidas.

Para iniciar o trabalho, conforme a decisão do nosso Gestor, foram definidas as Macrorregiões Centro Oeste e Nordeste com quatro Regiões de Saúde de cada Macro.

Após a realização da Oficina n. 1 – As Redes de Atenção à Saúde, com os facilitadores, partiu-se para a prática. Foi realizada a Oficina para gestores, técnicos municipais e Regional para a Região Central.

Após a oficina, o Grupo Condutor reuniu-se e foi feita uma avaliação, na qual foram identificados os seguintes problemas:

- Falta de participação dos gestores municipais – dos 26 municípios inscritos, apenas um gestor participou desse primeiro momento; essa situação revelou-se ser um nó crítico no início da proposta de Planificação da Atenção Primária, pois é o gestor que tem a autonomia para a tomada de decisões necessárias para a evolução de todo o processo em seus municípios.

- Problemas relacionados à logística (rede de hotelaria), para a viabilização da continuidade das oficinas, atrasando, assim, o cronograma de realização das oficinas.

- Falta de recursos humanos.

Nesse contexto, o Grupo Condutor decidiu repetir a Oficina n. 1, reforçou a mobilização aos gestores nas Comissões Intergestores das Regionais (CIRs), solicitou apoio ao Cosems, no empenho de sensibilizar os gestores municipais sobre a importância de participarem de todo o processo e deu conhecimento durante a reunião da Comissão Intergestores Bipartite do motivo do atraso no cronograma, solicitando maior apoio ao gestor estadual.

Realizou com a participação do CONASS e membros do Grupo Condutor uma seleção de técnicos que haviam participado da 1.^a Oficina (selecionando e reduzindo de 68 para 39 facilitadores), divididos em cinco grupos, sendo que cada grupo acompanharia a condução das oficinas em cada macrorregião de saúde, fazendo que o cronograma não se estenda ao longo dos anos.

Cronograma:

ATIVIDADE	2011		2012												
	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Reunião com os consultores do CONASS, senhor secretário e equipe da SPAIS	█														
Pactuação na CIB do Grupo Condutor para a condução do processo da Planificação da APS e validação do processo		█													
Preparação (logística) para a Oficina n. 1 (Redes de Atenção à Saúde) de 70 facilitadores desse processo			█												
Realizada Oficina n. 1 (Redes de Atenção à Saúde) preparatória para os 70 facilitadores				█											
Apresentação à CIB da proposta de início do processo de Planificação da APS na Macro Centro-Oeste – Região Central					█										
Participação do Grupo Condutor no CIR – Central						█									
Reunião Grupo Condutor, definição de criação de cinco grupos para as cinco macrorregiões							█								
Realizada Oficina n. 1 (Redes de Atenção à Saúde) – Região Central – reforço para equipe de facilitadores								█							
Realizar Oficina n. 1 (Redes de Atenção à Saúde) para Região Central e demais regiões									█	█	█	█	█	█	█
Realizar Oficina n. 2 (A Atenção Primária à Saúde no estado) preparatória para os 39 facilitadores										█					
Reunião com o Grupo Condutor para a avaliação da Oficina n. 2 e programação da logística para as oficinas											█				

n. 25

O estado e as Redes de Atenção à Saúde – 1ª Mostra Nacional de Experiências

Avaliação:

Como critério de avaliação, será considerada a proporção de municípios representados no processo de planificação, tendo como meta 100% deles.

MARANHÃO

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: Projeto Cuidando do Futuro

TEMA/SUBTEMAS RELACIONADOS: Papel do estado/SES na construção de redes; estímulo e apoio aos municípios para se organizarem em redes de atenção; fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada e primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde; fortalecimento da Atenção Primária, estimulando que assuma os papéis de porta de entrada e coordenadora do cuidado aos indivíduos.

AUTORES: Cristina Maria Douat Loyola e Tião Rocha.

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS: Secretaria de Estado de Saúde (SES/MA); Centro Popular de Cultura e Desenvolvimento (CPCD)

Apresentação e justificativa:

O índice de mortalidade infantil é considerado um dos indicadores de saúde pública mais sensíveis. Este índice no Brasil está associado a uma série de melhorias nas condições de vida e ao fato de que a maior parte dos óbitos concentra-se no primeiro mês de vida, o que evidencia a importância dos fatores ligados à gestação, ao parto e ao pós-parto.

Aproximadamente 70% das mortes de recém-nascidos e 90% das mortes maternas ocorrem por causas evitáveis, entre elas: falta de atenção adequada à mulher durante a gestação, no parto e também ao feto e ao bebê.

No Maranhão, apesar de o índice de mortalidade infantil ter melhorado nos últimos anos, ainda falta muito para que o estado alcance o índice médio do país (22,58%). Atualmente, o índice é de 35,6%, segundo dados do Ministério da Saúde.

O Projeto Cuidando do Futuro propõe-se a reduzir a mortalidade materna e infantil do Maranhão. O público-alvo são os profissionais de saúde que integram as equipes de Saúde da Família, notadamente os Agentes Comunitários

de Saúde (ACS), os auxiliares e os técnicos de enfermagem, os enfermeiros, os médicos da Estratégia Saúde da Família, as parteiras leigas e os integrantes da comunidade (familiares de gestantes e líderes comunitários), que, atualmente, somam um total de 4.771 pessoas que representam cuidadores de 20.904 famílias (considerando-se famílias constituídas por cinco indivíduos).

Principais estratégias e atividades:

A estratégia é ensinar a pensar na metodologia do Plano de Trabalho e Avaliação (PTA1) sobre Mortalidade Infantil, e saber aplicá-lo no cotidiano das famílias a fim de produzir assistência em saúde que implique a redução da mortalidade infantil.

O PTA foi elaborado por consultores do Ministério da Saúde, por técnicos da Secretaria de Estado de Saúde/Secretaria Adjunta de Ações Básicas de Saúde e pelo Centro Popular de Cultura e Desenvolvimento (CPCD), ONG que desenvolveu e registrou a metodologia no Banco de Êxitos do Banco do Brasil (Portal: <www.bb.com.br>).

As causas da mortalidade materno-infantil estão, majoritariamente, na atenção básica em saúde, o que nos coloca a trabalhar estrategicamente com a ESF, que são gerenciados pelos municípios que priorizam outras questões em detrimento da competência técnica.

O Projeto implantou o que há de mais moderno e sofisticado na assistência: educação em saúde e empoderamento comunitário. Oferecer assistência mais cuidadosa, por ser feita por «gente que se importa», mostrou-nos caminhos importantes para redução da mortalidade infantil. Aprendemos que, na atenção básica, informação e cuidado devem estar juntos, e que é muito mais difícil formar gente que se importa, do que mapear estas pessoas na comunidade e ensinar a elas uma ou duas informações científicas. Quem é cuidador tem prontidão para cuidar, o que faz toda a diferença. Formamos multiplicadores de áreas rurais, de difícil acesso, para que o Projeto chegasse, na prática, também ali, transpondo uma antiga dificuldade em atuar em zonas rurais.

A comunidade empoderada, com o apoio dos técnicos do Projeto, desenvolveu e implementou Maneiras Diferentes e Inovadoras (MDIs) para reduzir a mortalidade materna e infantil, tais como:

- Flor de Mãe: instrumento utilizado no domicílio da puérpera, para monitoramento e incentivo ao aleitamento materno que registra a frequência das mamadas e oferece parâmetros para avaliação e consolidação do aleitamento materno exclusivo, por qualquer membro da família;
- Placa da Gestante e Placa do Bebê: identificação do domicílio da gestante ou puérpera, convocando todo o bairro para cuidar da gestante ou do bebê, tornando-os visíveis à ESF e à comunidade;
- Algibeiras: forma de tornar visível para todos na UBS quem são as gestantes/puérperas/recém-nascidos, e que situação de acompanhamento necessitam;
- Casa do Meio do Caminho: casa de acolhimento voluntário e de hotelaria com cuidado, que recebe de maneira generosa e solidária gestantes que residem na zona rural, que necessitam de apoio, alimentação ou descanso, aguardando exames no hospital;
- Via Láctea: incentivo aos municípios a coletarem recipientes e implantarem um posto de coleta/acondicionamento/armazenamento e redistribuição de leite humano aos bancos de leite do estado;
- Amigos do Hospital: mobilização social para evidenciar a necessidade de que as comunidades “adotem” os hospitais municipais, tomando-os como seus.

O Cuidando do Futuro, em seu primeiro ano de atuação, dos 679 bebês esperados para nascer, segundo o Ministério da Saúde, salvamos 390, mais de um por dia. Nos primeiros anos de atuação do Cuidando do Futuro, o Projeto foi implantado e supervisionado em 17 municípios do Maranhão, entre os 38 considerados críticos em mortalidade infantil pelo Ministério da Saúde. Atualmente, a proposta é expandir as ações para os outros 21 municípios, ressaltando que o trabalho em São Luís, capital do estado, já começou, com a realização das capacitações básicas do Projeto.

MATO GROSSO DO SUL

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: O processo de fortalecimento regional como facilitador da implantação das Redes de Atenção à Saúde

TEMA/SUBTEMA: O papel do estado na construção das redes; o estímulo e o apoio aos municípios para se organizarem em redes de atenção.

AUTORES: Adriana Maura Masete Tobal; Beatriz Figueiredo Dobashi; Bernardete Gomes Lewandowski; Crhistinne Cavalheiro Maymone Gonçalves; Ronaldo Perches Queiroz; Silvana Fontoura Dorneles. Estas pessoas representam todos os técnicos que trabalharam neste projeto e que na verdade são seus verdadeiros autores, em especial: Joaquim Junior e Mônica Tisher, coordenadores operacionais.

APOIADORES EXTERNOS: Altair Massaro; Fabio Luiz Alves; Gilberto Luiz Scarazatti; Gustavo Nunes de Oliveira; Nilton Pereira Junior; e Silvana Solange Rossi

SETORES ENVOLVIDOS: Coordenadoria Geral de Planejamento; Diretorias Gerais: de Atenção à Saúde, de Gestão Estratégica e de Vigilância em Saúde; Núcleos Regionais de Saúde; Fundação de Serviços de Saúde/Hospital Regional; Comissões Intergestores Regionais; Cosems; CONASS

Apresentação e justificativa:

Mato Grosso do Sul foi o primeiro estado brasileiro a firmar o Pacto pela Saúde com 100% dos seus municípios, em abril de 2007. A partir dessa pactuação, foi estabelecida uma agenda permanente de cooperação com os gestores municipais, no sentido de colocar em operação todas as ações constantes dos termos de compromisso. A primeira frente trabalhada foi a do fortalecimento da Atenção Primária em Saúde, do ponto de vista de adequação da infraestrutura e implantação da educação permanente voltada para otimização das linhas de cuidado. Os debates sobre integralidade da atenção levaram a novos enfrentamentos, inicialmente com os ambulatórios especializados e a atenção hospitalar, mas, principalmente, concluiu-se que era preciso “revisitar” as 11 microrregiões agrupadas em três macrorregiões, a fim de conhecer mais de perto as necessidades de saúde e as potencialidades e as fragilidades de cada território. Em 2010, foram realizados os diagnósticos microrregionais, contemplando aspectos demográficos, epidemiológicos, socioeconômicos, de rede instalada, de gestão, de financiamento e de controle social. Essas informações revelaram a necessidade de organizar os serviços em rede e, para tanto, decidiu-se pela construção dos Planos Diretores de Atenção à Saúde na Macrorregião, como espaços de debates para implantação das Redes de Atenção à Saúde.

Objetivo:

Qualificar e fortalecer as regiões de saúde do estado de Mato Grosso do Sul com vistas à implantação das Redes de Atenção à Saúde, pautadas pela integralidade do cuidado e baseadas na Atenção Primária em Saúde: oportuna, acolhedora e resolutiva.

Descrição das principais estratégias e atividades:

A partir dos dados obtidos nos levantamentos-diagnósticos das microrregiões, foram definidos eixos estruturantes para a construção do Plano Diretor de Atenção à Saúde (PDA): o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde; a inserção dos hospitais nos respectivos territórios; a otimização dos instrumentos de atuação em rede (planejamento, regulação, controle/avaliação, educação permanente); o fortalecimento da gestão regional; e o fortalecimento do controle social.

O processo deu-se por macrorregião, no espaço das CIR, por meio de oficinas (uma para cada eixo estruturante) com a participação dos gestores municipais, de técnicos das SMS e da SES/MS, além de conselheiros municipais de saúde. A última oficina era destinada a pactuar todos os encaminhamentos discutidos anteriormente, juntamente com um cronograma de trabalho. Já foram construídos os PDA das macrorregiões de Dourados e Três Lagoas, estando em curso o PDA da macro de Campo Grande, cuja conclusão estava prevista para junho de 2012.

No cronograma de trabalho dos processos já concluídos estão atividades como: revisão dos conceitos e da operação do sistema de referência e contrarreferência; aprimoramento da regulação municipal, micro e macrorregional; identificação do papel de cada ponto de atenção das redes; entre outros. Um dos principais aspectos positivos deste processo foi o fato de acontecer dentro das CIR, com a presença maciça dos gestores municipais, o que permitia a pactuação permanente dos encaminhamentos propostos em cada oficina.

Outro fator importante foi a definição da diretriz de Fortalecimento Regional dentro do governo estadual como um todo, o que possibilitou direcionar investimentos para projetos regionais, em especial os 18 hospitais de referência micro e macrorregional, que passaram a receber melhorias estruturais, treinamentos específicos e fortalecimento do apoio financeiro.

Algumas dificuldades foram enfrentadas, como por exemplo: mesmo com a participação de conselheiros municipais nas oficinas, os PDA não foram realmente incorporados como tema de discussão ou mesmo acompanhamento nos Conselhos Municipais de Saúde. Outro desafio é conseguir um papel diferenciado das secretarias de saúde dos municípios-sede de macrorregião (Campo Grande, Dourados e Três Lagoas) no sentido da organização e da garantia de acesso dos serviços de referência macrorregional. Essa tarefa tem sido pauta permanente após o término do planejamento e será o cerne dos Contratos Organizativos de Ação Pública (Coap). Finalmente, o grande desafio da regulação em todos os níveis: local, micro e macrorregional.

Tempos/Cronograma:

- de outubro de 2010 a fevereiro de 2011, foram realizados os levantamentos regionais;
- de fevereiro a outubro de 2011, foi construído o PDA da macro de Dourados;
- de novembro de 2011 a fevereiro de 2012, foi construído o PDA da macro de Três Lagoas;
- em 1.º de março de 2012, iniciou-se o último PDA – da macrorregião de Campo Grande.

Uma discussão importante foi sobre a oportunidade de celebrarmos os Coap. Deveríamos fazê-lo logo após o término da construção do PDA da macro de Campo Grande, em julho de 2012, e, portanto, com os gestores que estão encerrando a gestão municipal, ou aguardar as eleições e os novos gestores? Decidimos pela primeira hipótese, considerando que as equipes atuais participaram de toda a construção desde a celebração do Pacto em 2007. Mesmo aqueles que entraram em 2009 passaram pelo acolhimento realizado pela SES e puderam validar todas as pactuações que se seguiram.

Assim, no início de 2013, novo acolhimento será realizado, garantindo a continuidade necessária.

Avaliação:

Os critérios de avaliação dos processos de planejamento estão baseados na adesão dos gestores municipais e na obtenção dos produtos. A

partir da implantação das redes de atenção, serão utilizados os indicadores relativos ao cuidado. Paralelamente, foi construída uma metodologia para avaliação de desempenho dos hospitais que exercem papel de referência micro e macrorregionais (18 unidades), em uma parceria intermediada pelo CONASS com a Universidade de Montreal, no Canadá, envolvendo a utilização dos indicadores do método EGIPSS, os quais terão sua primeira avaliação em maio de 2012.

MINAS GERAIS

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: A governança das Redes de Atenção à Saúde e o papel das Comissões Intergestores Bipartites na gestão para resultados

AUTORES: Fernando Antônio Gomes Leles e Anaíde Oliveira da Silva.

Apresentação e Justificativa:

Os processos de descentralização de sistemas e serviços de saúde, em geral, apesar de todos os aspectos positivos, em especial relacionados à maior capacidade de resposta tempestiva às necessidades dos cidadãos, apresentam problemas do ponto de vista organizacional, como o enfraquecimento das estruturas centrais levando ao aumento da iniquidade, à multiplicação e à fragmentação de serviços de maior densidade tecnológica, gerando ineficiência e diminuição da qualidade dos serviços, por perda de escala, atomização da programação dos investimentos e aumento dos custos administrativos do sistema (MILLS et al., 2001). Essas fraquezas vêm, conforme indicado por vários autores, estabelecendo no SUS um sistema fragmentado e podem levar ao seu colapso se não trabalhadas.

Para Mendes (2009),

as Redes de Atenção à Saúde são organizações poliárquicas de um conjunto de serviços de saúde que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela Atenção Primária à Saúde, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa, e com responsabilidade sanitária e econômica sobre esta população.

Para tal, devem contar com uma estrutura operacional que compreenda os pontos de atenção primária, secundária e terciária, os sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, os sistemas de apoio logístico e, além destes, com um sistema de governança.

Em um sistema de base federativa, como o SUS brasileiro, as soluções devem também passar pelo processo decisório tripartite, unindo em torno das questões os governos municipais, estaduais e federal. Contudo, há grandes dificuldades nesse sentido, em boa medida resultantes dessa própria base federativa, que paradoxalmente estimula a competição entre os Entes em vez da cooperação (ABRUCIO, 2002). Para a Organização das Nações Unidas, a governança pode ser entendida como o necessário exercício da autoridade política, econômica e administrativa para resguardar os interesses do Estado, incluindo para tal a instituição de complexos mecanismos, relações, processos e instituições, pelas quais os diversos atores sociais expressam e articulam seus interesses, direitos e deveres, buscando intermediar conflitos de interesses (RONDINELLI, 2006).

Segundo Mendes (2009),

a Governança das Redes de Atenção à Saúde é o arranjo organizativo uni ou pluri-institucional que permite a gestão de todos os componentes das redes, de forma a gerar um excedente cooperativo entre os atores sociais em situação, a aumentar a interdependência entre eles e a obter bons resultados sanitários e econômicos para a população adscrita.

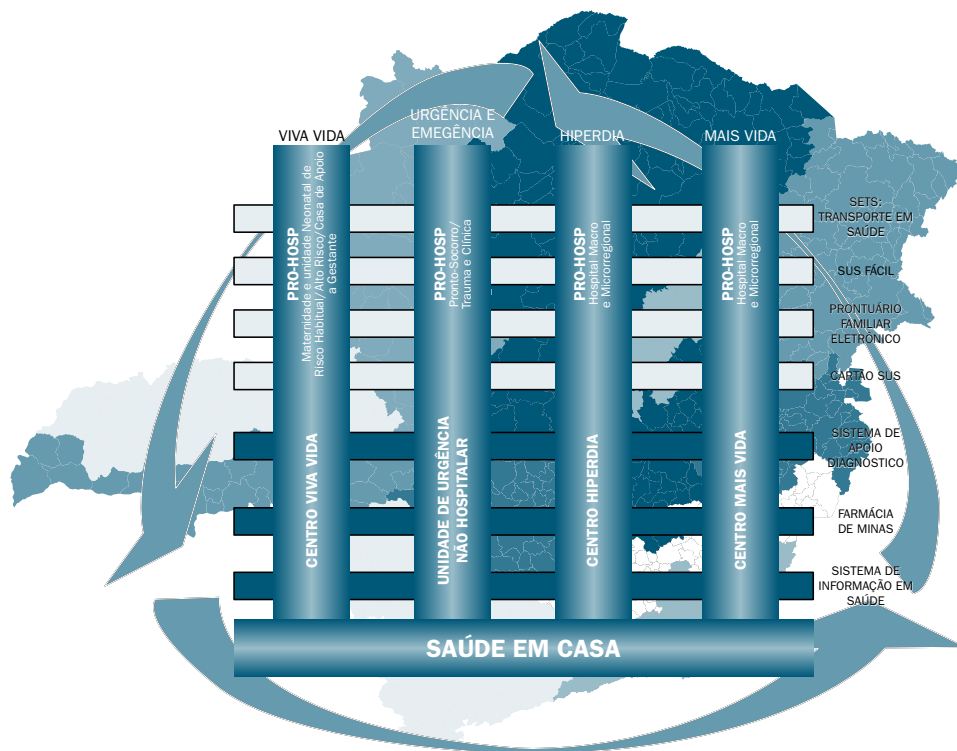
Dessa forma, a governança trata de fazer a gestão das relações entre os pontos, nos diversos níveis de atenção (primária, secundária e terciária), os sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico e os sistemas logísticos.

Objetivos/Descrição das principais estratégias e atividades:

Em Minas Gerais, ao longo da última década (2003-2012), a implantação das Redes de Atenção à Saúde vem sendo tratada como estratégica pelo governo do estado, sendo priorizada por meio de projetos como o Saúde em Casa (de melhoria da qualidade da Atenção Primária), o Prohosp (fortalecimento dos hospitais regionais), o Viva Vida (redução de mortalidade materna e infantil), o Mais Vida (atenção integral aos idosos), a Rede de Urgência e Emergência, o Hiperdia Minas, o Sistema Estadual de Transporte Sanitário (Sets), o Farmácia de Minas, o SUS-Fácil, o Tele Minas Saúde (telessaúde), entre outros, que vêm sendo implantados nas regiões do estado. Nesse contexto, faz-se fundamental fortalecer um sistema de governança que dê conta de “articulá-los em função da missão, da visão e dos objetivos comuns das redes” (MENDES, 2009), tratando-se de complexo sistema de gestão dos diversos componentes desse sistema, devendo esta gestão ser compartilhada pelos vários atores, responsáveis por garantir a provisão de serviços e ações de saúde, por garantir a segurança sanitária e promover a melhoria na qualidade de vida da população.

Em MG, este papel é atribuído às Comissões Intergestores Bipartites, nas quais devem se reunir os gestores municipais (Secretarias Municipais de Saúde) e estadual (Secretaria de Estado de Saúde), com o objetivo de analisar a situação de saúde da população, elaborar políticas para responder às necessidades de saúde, gerir a rede de atenção e avaliar os resultados alcançados, buscando definir estratégias para correção dos rumos sempre que necessário. A inter-relação entre o modelo operacional, a governança das redes e a população/território pode ser visualmente representada pela Figura 1.

FIGURA 1: A Governança da Rede de Atenção à Saúde em Minas Gerais

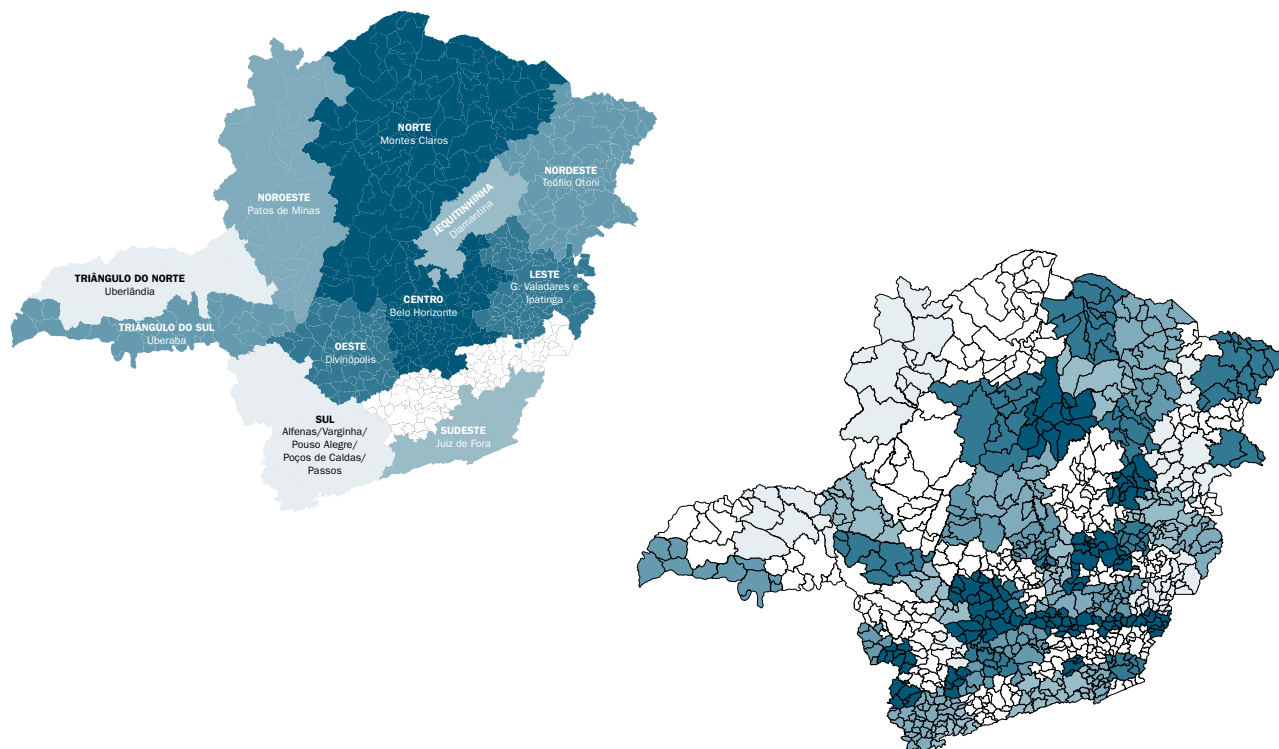


FONTE: LELES, 2009.

A CIB-SUS/MG (“CIB Estadual”) foi instituída em 1993, pela Resolução SES/MG n. 637/1993, constituindo-se foro privilegiado de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS/MG. Logo em seguida, ainda em 1993, foram também criadas CIBs Regionais, considerando a desconcentração administrativa regional da SES/MG (territórios correspondentes às então Diretorias Regionais de Saúde). Todas as decisões desses espaços institucionais são, desde a sua criação, tomadas por consenso entre os segmentos estadual e municipal.

Em 2004, os territórios de atuação das CIBs Regionais foram alterados, passando a coincidir com a lógica assistencial – e não mais a administrativa, como anteriormente –, configurando-se, portanto, em CIBs Microrregionais e CIBs Macrorregionais, por meio da Deliberação CIB-SUS/MG n. 095/2004, conforme a Figura 2.

FIGURA 2: **Comissões Intergestores Bipartites Macrorregionais e Microrregionais. Minas Gerais, 2011**



FONTE: SES/MG, 2011.

A partir disso, a participação dos gestores municipais no processo é fortalecida, uma vez que todos passam a ser membros efetivos das CIBs Microrregionais, sendo sua participação nas CIBs Macrorregionais feita por representação da sede macrorregional e de cada uma das microrregiões que a compõem. Desde então, há no território mineiro forte vinculação entre os processos decisório/gestão (CIBs) e o assistencial (estabelecido pelo Plano Diretor de Regionalização da Atenção à Saúde – PDR), sendo estes indissociáveis. Dessa forma, com o advento do Pacto pela Saúde, em 2006, e a criação dos Colegiados de Gestão Regional (CGRs) como “espaços de decisão através da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006), as CIBs Microrregionais do estado de Minas Gerais foram acolhidas como legítimos

CGRs, uma vez que preenchem, desde a sua concepção e criação, todas as condições previstas nessa nova normatização.

É importante registrar que a coordenação das CIBs micro e macrorregionais é feita por servidores da SES/MG, com o objetivo de criar condições mais favoráveis para o debate, buscando a estabilidade política, a maior imparcialidade possível e neutralizar possíveis disputas locais.

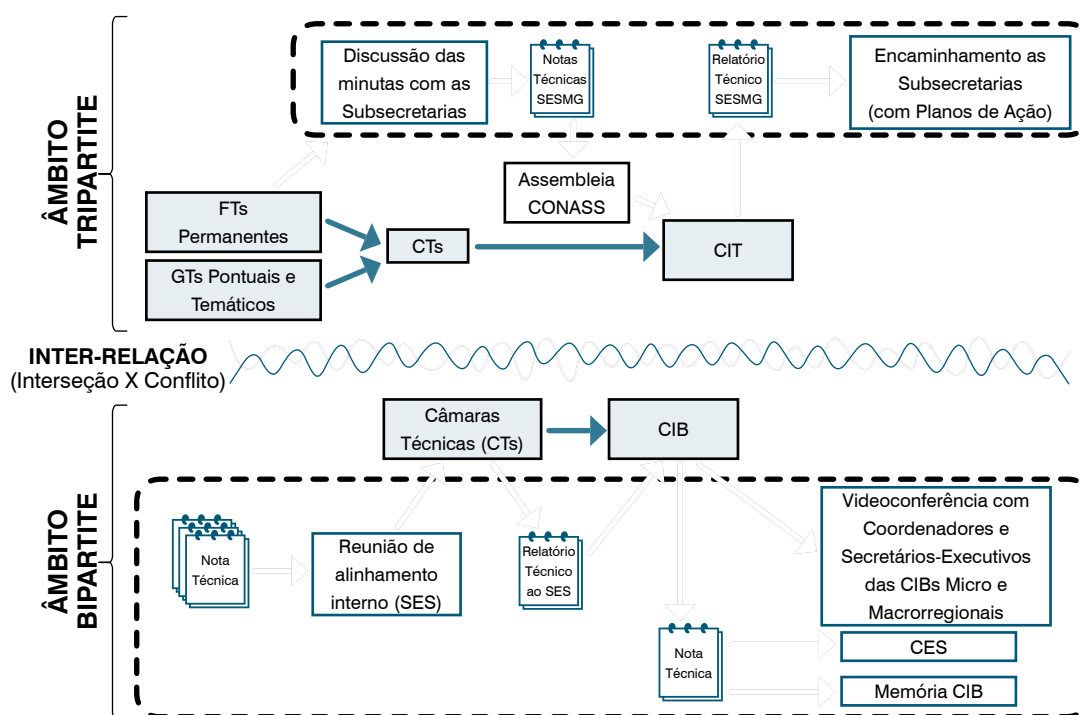
Quanto às competências, as CIBs Macrorregionais devem conduzir a discussão, a negociação e a pactuação das questões do SUS especificamente no que diz respeito à Atenção Terciária (correspondente à Alta Complexidade Assistencial, Média Complexidade Assistencial de nível 3, Média e Alta Complexidade das Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica), a assuntos relativos à formação e à educação permanente de recursos humanos e de ciência e tecnologia, além de outras ações e políticas de saúde de abrangência macrorregional.

Às CIBs Microrregionais compete a discussão, a negociação e a pactuação dos assuntos relativos à Atenção Primária (ou, conforme nomenclatura estabelecida pelo Ministério da Saúde, Atenção Básica) e Secundária (correspondendo à Média Complexidade Assistencial de níveis 1 e 2, Baixa Complexidade das Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica), à formação e à educação permanente de recursos humanos e outras ações e políticas de saúde de abrangência microrregional, buscando sempre a atenção integral, universalizada, equânime, regionalizada e hierarquizada, tendo como eixo a prática do planejamento integrado. Assim, a CIB Microrregional é o mais forte dos elos que proporcionam a cogestão do SUS, em que há o fortalecimento da identidade regional e a mais fluida gestão solidária, por ser a maior responsável pelos processos de identificação das necessidades de saúde da população, de eleição de prioridades e pactuação de estratégias para aprofundamento do processo de implementação e gestão integrada das ações e dos serviços prestados pela Rede de Atenção à Saúde.

O modelo que está sendo construído na realidade mineira, de forma bastante avançada, vem ao encontro das propostas indicadas por Pestana e Mendes (2004) para uma “regionalização cooperativa”, cujo objetivo fundamental é “garantir o acesso pronto dos usuários do SUS a serviços de qualidade, ao menor custo social, econômico e sanitário possível”. Ao longo dos

últimos anos, vem sendo empreendido amplo processo de fortalecimento das CIBs, como “coração” da gestão do Sistema Estadual de Saúde (SES), sendo desenvolvidas estratégias de governança institucional na SES/MG, conforme a Figura 3, no sentido de estreitar as relações entre as pautas da CIT, da CIB-SUS/MG e das CIBs macro e microrregionais e de se qualificar a governança institucional na SES/MG.

FIGURA 3: **Inter-relações entre as Comissões Intergestores e a Organização de Processos Internos na SES para Robustecimento da Governança Institucional. Minas Gerais, 2011**



FONTE: ELABORAÇÃO DOS AUTORES.

Nesse sentido, foi desenvolvido e está sendo implantado um “Sistema de Registro e Comunicação das CIBs”, que vai otimizar o processo de gestão interna da secretaria-executiva, possibilitando a realocação de recursos para sua atividade finalística. Várias outras ações no sentido de qualificar e robustecer a gestão cooperativa bipartite vêm sendo realizadas. Entre elas, as seguintes:

- A reunião da CIB-SUS/MG (“CIB Estadual”), realizada ordinariamente todos os meses, tem tido sua pauta valorizada, sendo realizada em auditório da SES/MG e transmitida ao vivo, via Canal Minas Saúde, para todas as Unidades Básicas de Saúde, hospitais, centros de atenção secundária, Secretarias Municipais de Saúde, Superintendências e Gerências Regionais de Saúde. Isso vem permitindo maior democratização e transparência, uma vez que há ampla participação presencial (até mesmo com apoio do SES para participação dos gestores municipais) ou a distância (com total interatividade por call-center 0800, fax, e-mail ou mensagens SMS).

- Curso de Gestão Microrregional (2010-2011), com os objetivos de fortalecer a identidade regional e discutir instrumentos para melhorar a eficiência e os resultados das regiões.

- Cursos de capacitação para coordenadores e secretários-executivos de CIBs Macro e Microrregionais: Direito Constitucional, Direito Administrativo, Português Instrumental e Arquivologia.

- Aquisição de equipamentos para a realização das reuniões das CIBs micro e macrorregionais.

Vale ressaltar o importante movimento que vem se estabelecendo junto às CIBs macro e microrregionais, com a criação e o funcionamento de Câmaras Técnicas e Comitês Temáticos com os objetivos de:

- dar maior apoio técnico e legitimidade às decisões das CIBs;

- Exemplo: “Comitê Macrorregional de Gestão das Urgências”, na Macrorregião Norte, que tem atividades regulares, incluindo em sua composição, além dos gestores municipais e estadual, representantes dos prestadores de serviços e do controle social, sendo possível, inclusive, criar Grupos Técnicos Temáticos, reunindo especialistas, para discutir e apresentar propostas acerca de assuntos como Trauma Maior, IAM ou AVC (MARQUES, 2011).

- e fortalecer a gestão compartilhada de projetos estratégicos para implantação e melhoria da qualidade das RAS;

- Exemplo: Comissões de Acompanhamento e Avaliação do Saúde em Casa, que têm o papel de fortalecer a contratualização de resultados, analisando o desempenho dos municípios diante das metas e dos objetivos pactuados para melhoria da qualidade da APS e impactando, até mesmo, nos recursos a serem repassados pela SES/MG aos municípios, a título de incentivo financeiro (SCHNEIDER, LIMA E LELES, 2010).

Avaliação e perspectivas:

Há, ainda, desafios importantes para a consolidação da gestão do SUS/MG, por meio das CIBs (CIB-SUS/MG, CIBs macrorregionais e CIBs microrregionais), sendo parte deles intrínseco ao próprio modelo federativo brasileiro. Há de se caminhar rumo à superação do paradigma do “federalismo competitivo”, rumo ao “federalismo cooperativo”, no qual deveria existir a submissão do autointeresse ao interesse coletivo, gerando um excedente cooperativo, não havendo necessidade de separação de competências concorrentes entre os atores sociais, mas importando mais a decisão colegiada, tendo por base a formação de consensos legítimos e embasados. Assim, há de se estabelecer novos mecanismos de desenvolvimento da capacidade institucional das instâncias de gestão regional, para que exercitem as ações de planejamento, monitoramento e avaliação de forma integrada e cooperativa, superando a visão cartorial, por vezes ainda viva, mas tendo como foco os resultados sanitários para a população. Esse é um processo desafiador no sentido de se promover a unidade a partir da diversidade, resguardando os interesses regionais, sem perder de vista as peculiaridades locais.

Referências bibliográficas

ABRUCIO, F. L. **Federação e mecanismos de cooperação intergovernamental**: o caso brasileiro em perspectiva comparada. São Paulo: NPP, 2002.

LELES, F. A. G. et al. Construindo caminhos para a efetivação da governança das Redes de Atenção à Saúde. In: **Oficina de alinhamento da gestão regional**. Caeté: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009.

MARQUES, A. J. S. **Rede de Atenção à Urgência e Emergência**: estudo de caso na Macrorregião Norte de Minas Gerais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. As **Redes de Atenção à Saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

MILLS, A. et al. **The challenge of health sector reform**: what must governments do? Houndmills: Palgrave Publ., 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O Pacto pela Saúde** (série). Brasília, 2006.

PESTANA M. V. C.; MENDES E. V. **Pacto de Gestão**: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2004.

RONDINELLI, D. A. **Governments Serving People:** the changing roles of public administration in democratic governance. New York: Department of Economic and Social Affairs/United Nations, 2006.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS (SES/MG), **Resolução Conjunta n. 002**, de 2 de agosto de 1993, define as atribuições das Comissões Intergestores Bipartites Regionais do SUS/MG, considerando o disposto no art. 5.º da Resolução SES/MG n. 637, de 25 de junho de 1993. Belo Horizonte, 1993.

_____. **Resolução n. 637**, cria a Comissão Intergestores Bipartite no âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, 1993.

_____. **Deliberação CIB-SUS/MG n. 095**, de 17 de maio de 2004, cria, no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do estado de Minas Gerais (CIB-SUS/MG), as Comissões Intergestores Bipartites Macrorregionais e Microrregionais e dá outras providências. Belo Horizonte, 2004.

SCHNEIDER, F. S.; LIMA, H. O.; e LELES, F. A. G. **Saúde em casa:** Atenção Primária à Saúde. In: MARQUES, A. J. S.; MENDES, E. V.; LIMA, H. O. (org.). **O choque de gestão em Minas Gerais:** resultados na saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010. p. 31-60.

MINAS GERAIS

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: Redes de Atenção como estratégia: alinhando as bases conceituais para tornar Minas Gerais o estado em que se vive mais e melhor

TEMA/SUBTEMA: O papel do estado/SES na construção de redes; o estímulo e o apoio aos municípios para se organizarem em redes de atenção.

AUTORES: Antônio Jorge de Souza Marques e Francisco A. Tavares Júnior.

SETORES INSTITUCIONAIS ENVOLVIDOS: Todos os setores da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão, Cosems, CES

Apresentação e justificativa:

A análise da situação epidemiológica em Minas Gerais indica a existência da chamada tripla carga de doenças que envolve, ao mesmo tempo, problemas de saúde relacionados às doenças transmissíveis, predomínio

das condições crônicas e crescimento das causas externas. Diante desse quadro, um sistema fragmentado e desarticulado não dá respostas suficientes aos cidadãos. Assim, em Minas Gerais, alinhado à visão de futuro que é construir um “estado onde se vive mais e melhor”, adotou-se como principal estratégia a implantação das Redes de Atenção. Tais redes foram priorizadas em razão da análise epidemiológica. Desse modo, o grave problema da mortalidade infantil fez que fosse priorizada a Rede Viva Vida; o predomínio dos anos de vida perdidos por causas externas e doenças cardiovasculares induziu o desenho da Rede de Urgência e Emergência e da Rede Hiperdia; o aumento da expectativa de vida deu origem à Rede de Atenção ao Idoso: Mais Vida; e a principal causa de anos perdidos ajustados por incapacidade fez que surgisse uma 5.ª rede prioritária: a Rede de Saúde Mental.

Objetivos:

Com essas estratégias, buscou-se atingir o objetivo descrito na visão de futuro: fazer que os cidadãos mineiros vivessem mais e melhor. Nesse sentido, ter foco é essencial! As redes escolhidas refletem respostas para as principais causas de mortalidade e morbidade no estado. Cada rede encontra-se atualmente em determinado grau de maturação.

Descrição das principais estratégias e atividades:

Além de refletir essas escolhas no Mapa Estratégico da Secretária, fez-se um esforço para alinhar a carteira de programas prevista no Plano Plurianual de Ação Governamental e na Lei Orçamentária. Assim, supera-se o desafio de transformar estratégia em ação. Desse modo, hoje, a carteira de programas priorizados pelo governo de Minas Gerais na área da saúde reflete o que são as grandes linhas de atuação propostas por este governo. As Redes de Atenção são organizadas de forma temática, conforme as condições de saúde, e tem na Atenção Primária à Saúde sua principal porta de entrada e sua instância coordenadora. Assim, é possível estabelecer relação entre os componentes da Rede de Atenção e os Programas Estruturadores da Carteira de Programas da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (Tabela 1).

TABELA 1: **Relação entre a estrutura operacional das redes e os Programas Estruturadores (Fonte: Elaboração própria)**

MISSÃO: IMPLANTAR E MANTER AS REDES DE ATENÇÃO NO ESTADO DE MINAS GERAIS	
ESTRUTURA OPERACIONAL DAS REDES	PRINCIPAIS PROGRAMAS
Atenção Primária	Saúde em Casa
Pontos de Atenção Temáticos da Atenção Secundária e Terciária	Redes Integradas de Serviços de Saúde
Sistemas Logísticos	Saúde Integrada
Sistemas de Apoio	Saúde Integrada

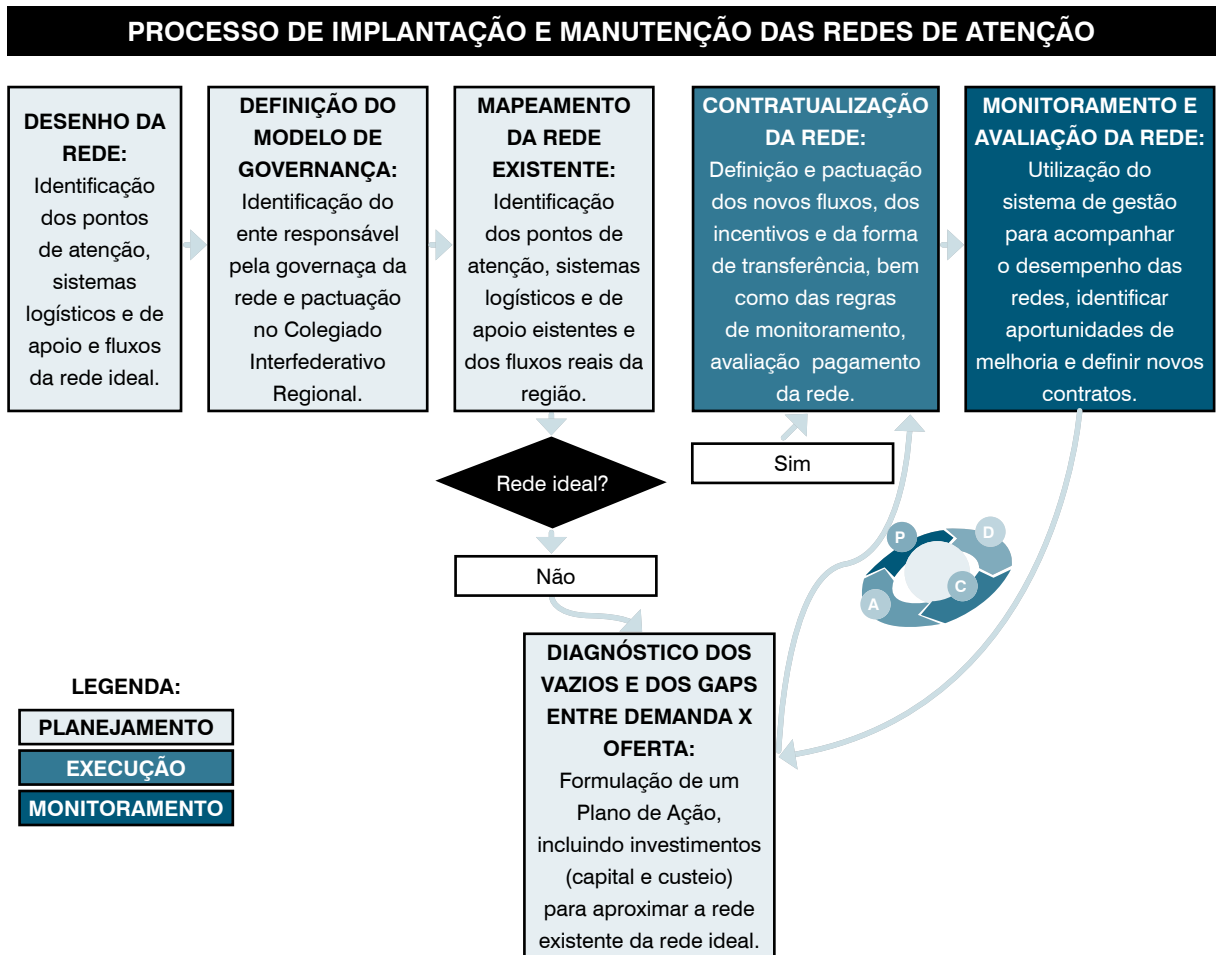
É possível, ainda, estabelecer relação entre os principais problemas de saúde da população identificados e as redes temáticas priorizadas (ações do Programa Redes de Atenção) em nosso estado (Tabela 2).

TABELA 2: **Relação entre os principais problemas de saúde identificados e as redes priorizadas (Fonte: Elaboração própria)**

PROBLEMAS IDENTIFICADOS	REDES TEMÁTICAS PRIORIZADAS (AÇÕES DO PROGRAMA ESTRUTURADOR REDES INTEGRADAS)
Mortalidade por causas externas	Urgência e Emergência
Mortalidade por doenças cardiovasculares	Urgência e Emergência e Hiperdia
Mortalidade infantil (causas perinatais)	Viva Vida
Mortalidade por câncer de colo e mama	Mais Vida
Envelhecimento da população	Mais Vida
Morbidade por doenças psiquiátricas	Saúde Mental

É importante ressaltar que essas ações recebem acompanhamento estreito da unidade de planejamento do governo, com metodologia específica de gerenciamento de projetos (implantação das redes) e gestão de processos (manutenção e funcionamento das redes). A implantação das redes prioritárias obedece a uma lógica que leva em conta as necessidades da população e os serviços de saúde existentes, a fim de conformar a rede ideal necessária no espaço regional (Figura 1).

FIGURA 1: **Processo de implantação das Redes de Atenção em Minas Gerais**



Assim, a atuação conjunta de diversos atores, como: Secretaria de Planejamento e Gestão, Conselho Estadual de Saúde, Colegiado de Secretários Municipais de Saúde, tem permitido avanços significativos na elaboração e na implantação das redes prioritárias em Minas Gerais. Como desafios, destaca-se a abrangência do estado – 853 municípios – que faz que todo este avanço seja ainda mais significativo.

Tempos/Cronograma:

A concepção e a implantação dessas redes iniciaram-se em meados de 2005 e devem se estender até meados de 2018, quando se espera que todas as redes estejam “universalizadas”, ou seja, disponíveis a todos os cidadãos do estado. A primeira rede completa a ser implantada foi a Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte.

Avaliação:

Para efeito de avaliação, cada um dos projetos referentes a essas redes é planejado em cronograma detalhado e acompanhado ao longo do ano. Em geral, os resultados vêm sendo positivos, com redes implantadas com sucesso, como a Rede de Urgência e Emergência na região Norte. Por sua vez, os processos passaram a ser acompanhados com metodologia específica, que visa identificar oportunidades de melhoria no funcionamento das redes. Assim, buscamos qualificar as maiores entregas aos cidadãos e assegurar que Minas Gerais seja o melhor estado para se viver.

MINAS GERAIS

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: Implantação da Rede Estadual de Saúde Auditiva de Minas Gerais

TEMA/SUBTEMA DA EXPERIÊNCIA: O papel do estado/SES na construção de redes; o estímulo e o apoio aos municípios para se organizarem em Redes de Atenção.

AUTORES: Gabriela Cintra Januário, Luana Deva Mendes, Ramon Costa Cruz, Mônica Farina Neves Santos e Marcílio Dias Magalhães.

SETORES/INSTITUIÇÕES ENVOLVIDOS: Secretaria de Estado de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde, Serviços de Atenção à Saúde Auditiva e Serviços de Referência de Triagem Auditiva Neonatal

Apresentação e justificativa:

A Constituição Brasileira e as Legislações que regem o Sistema Único de Saúde garantem ao cidadão o direito à saúde em todos os níveis de atenção. Em algumas áreas, é necessária a formulação de políticas públicas garantindo o acesso à saúde. A Política Nacional de Saúde Auditiva, portanto, vem garantir o direito desde a prevenção ao tratamento das alterações auditivas e suas consequências.

Em Minas Gerais, a Atenção à Saúde tem sido organizada em Redes Assistenciais, sendo a Rede Estadual de Saúde Auditiva o mecanismo de acesso à saúde auditiva para a população mineira. Diante da necessidade de garantir assistência à saúde do usuário com deficiência auditiva, a Secretaria de Estado de Saúde de MG vem implantando e modelando a Rede Estadual de Saúde Auditiva de forma regionalizada e hierarquizada, bem como oferta ao usuário cuidados integrais e integrados no manejo das principais causas da Deficiência Auditiva, com vistas a minimizar o dano dessa deficiência na população e garantir o seu tratamento.

A publicação das Portarias MS n. 587 e 589, de outubro de 2004, que instituem e organizam a implantação da Política Nacional de Saúde Auditiva significou grande marco para a Saúde Auditiva Brasileira. Era grande e considerável a carência de ofertas de procedimentos em audiologia e otorinolaringologia e urgente a necessidade de organização de serviços para o atendimento integral aos usuários com perdas auditivas, principalmente no processo de adaptação de Aparelhos de Amplificação Sonora Individual.

Em Minas Gerais, a implantação da Rede Estadual de Saúde Auditiva foi iniciada em outubro de 2004, logo após a publicação das Portarias e, atualmente, existem 16 Serviços de Atenção à Saúde Auditiva credenciados e habilitados pelo Ministério da Saúde.

Objetivos:

Descrever a organização e a implantação da Rede Estadual de Saúde Auditiva do estado de Minas Gerais. As ações visam organizar e ampliar o acesso à assistência em saúde auditiva na busca por um atendimento integral, equânime, universal, regionalizado e descentralizado aos deficientes auditivos.

Principais estratégias e atividades:

A partir de 2005, foram credenciados 16 Serviços de Atenção à Saúde Auditiva (Sasa) para seleção, adaptação e fornecimento de Aparelho de Amplificação Sonora Individual. Paralelamente, foi definido e publicado em Resolução Estadual o fluxo de referência e contrarreferência, com porta de entrada na Atenção Primária à Saúde. Para tanto, foram identificados os fonoaudiólogos atuantes nos municípios, sendo estes oficializados como Fonoaudiólogos Descentralizados, responsáveis pelo acolhimento e pelo encaminhamento dos usuários, bem como por realizar ações de promoção, prevenção e proteção à saúde auditiva.

Em 2007, a SES/MG implantou o Programa Estadual de Triagem Auditiva Neonatal (TAN), incorporado à Rede Estadual, que objetiva a detecção precoce das alterações auditivas nos neonatos. Os neonatos identificados são referenciados aos demais pontos de atenção para diagnóstico e tratamento adequados. A Resolução n. 1.669, de novembro de 2008, aprova o Programa de Atenção à Saúde Auditiva Microrregional, com atribuições definidas do serviço de Fonoaudiologia Descentraliza (FD), das Juntas de Saúde Auditiva Microrregional (JSAM), responsável pela inclusão dos usuários de sua microrregião no Programa Estadual de Saúde Auditiva, e das Juntas Reguladoras da Saúde Auditiva, complexos reguladores responsáveis pelo controle e pela avaliação dos Serviços de Atenção à Saúde Auditiva.

Em novembro de 2009, MG foi contemplado com a habilitação, pelo MS, de quatro Serviços de Implante Coclear (SIC), por meio da Portaria n. 1.278, de 1999.

Tempos/Cronograma:

A rede ainda está em fase de implantação e de credenciamentos de pontos de atenção. O credenciamento dos Sasa vem ocorrendo desde 2005, os Serviços de TAN desde 2007 e a oficialização dos Fonoaudiólogos Descentralizados desde 2008.

Avaliação:

Minas Gerais foi o estado pioneiro na organização da saúde auditiva em Rede Estadual. Atualmente, são 16 Sasa oferecendo assistência a mais de 17.400 usuários por ano; 31 Serviços de Triagem Auditiva Neonatal (TAN), com avaliação de mais de 43 mil neonatos anualmente; quatro Serviços de Implante Coclear com capacidade de oito cirurgias mensais; e 430 municípios com Fonoaudiologia Descentralizada oficializada.

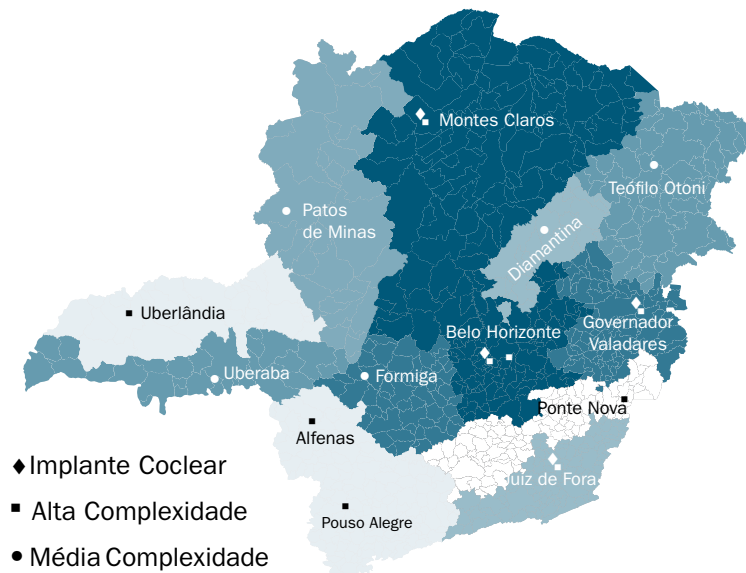
Em dezembro de 2004, Minas Gerais tinha cota de 46 novos atendimentos mensais. Essa cota foi ampliada para 684, em dezembro de 2005, 798, em dezembro de 2006, 958, em 2007, e 1.265, em 2008. Essa ampliação comprova o aumento da oferta. No entanto, ainda existe grande demanda reprimida em várias regiões do estado, o que comprova a necessidade de continuidade dessa ampliação.

Objetivando planejamento, controle e regulação dessa rede, em 2007, a SES/MG realizou vistoria nos serviços, constatando grandes conquistas, como qualidade de prestação de serviço e satisfação dos usuários, e grandes desafios, como necessidade de elaborar estratégias para detecção precoce das deficiências auditivas e de organizar o fluxo de encaminhamento dos usuários para os serviços.

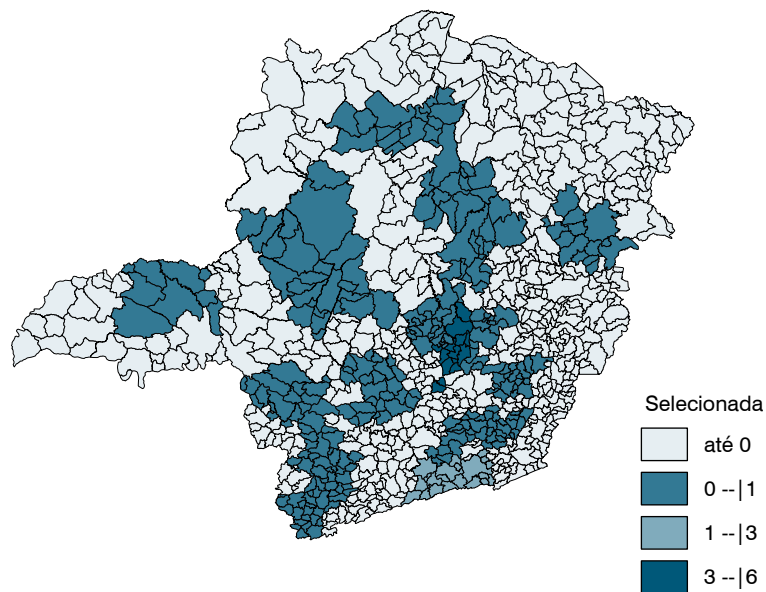
Diante desses desafios, a SES/MG iniciou a implantação do Programa Estadual de Triagem Auditiva Neonatal por meio do credenciamento de 45 maternidades no estado e a implantação da Assistência à Saúde Auditiva Microrregional, instituindo a Fonoaudiologia Descentralizada como estratégia para organização do fluxo de referência e contrarreferência.

Rede Estadual de Saúde Auditiva - MG

n. 25
O estado e as Redes de
Atenção à Saúde –
1ª Mostra Nacional de
Experiências



Serviços de Referência em Triagem Auditiva Neonatal - MG



MINAS GERAIS

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: Sistema Estadual de Transporte em Saúde em Minas Gerais – módulo eletivo

AUTORES: Marta de Sousa Lima e Felipe Braga Ribeiro Rosa.

Apresentação e Justificativa:

A constituição de Redes de Atenção à Saúde tem sido a principal estratégia do governo de Minas Gerais quanto ao estabelecimento de políticas coerentes com o quadro atual da saúde, que revela índice elevado de doenças crônicas. No entanto, para garantir a eficácia das redes, não bastam serviços de saúde alocados em pontos estratégicos, são necessários meios de transporte que levem os pacientes até as unidades assistenciais. Para que sejam atendidos os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), entre os quais está o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, o Sistema Estadual de Transporte em Saúde (Sets) configura-se como um facilitador da garantia do acesso aos serviços de saúde.

Descrição das principais estratégias e atividades:

Para contrapor esse problema, o governo de Minas Gerais criou o Sistema Estadual de Transporte em Saúde (Sets) que tem como objetivos integrar os municípios das microrregiões assistenciais do estado, por meio de planejamento logístico, buscando aperfeiçoar a comunicação entre os diversos pontos de atenção, e assegurar um dos preceitos fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), que é a garantia de acesso aos serviços de saúde.

O Sets foi criado em 2005, a partir de experiência inovadora na Agência de Cooperação Intermunicipal de Saúde Pé da Serra (Acispes), consórcio que integra 23 municípios, localizado no município de Juiz de Fora, trazendo bons resultados para a região. Com isso, o governo de Minas Gerais, por meio da Secretaria de Estado de Saúde, vem disseminando esse serviço com a implantação do Sets nas diversas microrregiões do estado de Minas Gerais, investindo, no período de 2005 a 2011, mais de 97,8 milhões de reais e contemplando mais de 8,5 milhões de habitantes em 525 municípios.

Fundamentado na logística de transporte e na metodologia de gestão de frota, o Sets configura-se como uma completa operação logística de transporte para que os usuários do SUS possam realizar consultas e exames fora de seu domicílio. Essa nova metodologia de transporte cooperado de pacientes faz que o Sets seja resolutivo e financiável aos municípios já contemplados.

Todos os investimentos para a implantação do Sets são de responsabilidade da SES/MG, englobando desde a aquisição dos veículos – tipo micro-ônibus, com capacidade de transportar até 26 pessoas, adaptados com ar-condicionado, poltronas reclináveis, TV e DVD com o intuito de veicular vídeos educativos no período de deslocamento – até o treinamento dos profissionais envolvidos na operação (motoristas e auxiliar de viagem), ficando os municípios com apenas o custeio desse serviço. A utilização de micro-ônibus para a realização deste projeto foi escolhido pela sua praticidade, eficiência em rotas curtas e de médias distâncias e por constituir uma opção econômica e flexível, adaptando-o a cada demanda.

Almejando, prioritariamente, atender aos usuários do SUS e tendo como princípio a racionalização de recursos públicos, os veículos do Sets realizam trajetos previamente definidos, elaborados por meio de sistema de mapas digitais, que visa à comodidade do paciente, a fim de permitir um trajeto mais rápido e seguro.

Tendo como eixos norteadores a racionalidade administrativa e a redução dos custos com transporte de pacientes eletivos, todos os veículos são equipados com um sistema de rastreamento e monitoramento da frota on-line, por meio das centrais de gestão do transporte, estruturadas em cada localidade contemplada com o serviço. Essa central é responsável pela gerência do transporte em determinada microrregião, monitorando e acompanhando a frequência de uso dos veículos e trajetos pactuados pelos gestores municipais de saúde. Juntamente com os equipamentos de rastreamento, o gerente do transporte pode verificar os pormenores de cada veículo de sua frota, como os percursos efetuados, a forma de condução do motorista, o consumo de combustível e programar as manutenções preventivas. Cabe ressaltar que o sistema de rastreamento e monitoramento é interligado ao sistema de agendamento de pacientes que informa a quantidade de pacientes no veículo e para qual estabelecimento de saúde direcionam-se, o que

colabora para um deslocamento regulado, organizado e com maior conforto para os pacientes.

Avaliação:

A forma de avaliação dessa política, é aplicação do PDCA como ferramenta de gerenciamento e aperfeiçoamento e é fundamental para alcançarmos os resultados propostos. Com base nessa ferramenta, são elaborados relatórios gerenciais, que permitem um fluxo de trabalho mais eficaz, melhorando, assim, o acompanhamento das ações pactuadas e permitindo a intervenção em desvios que possam ocorrer no programa. Em conjunto com PDCA, outra ferramenta de medição do desempenho das atividades foi implementada: o Balanced Scorecard (BSC). Mensalmente, relatórios com o desempenho de cada central de gestão do transporte são expedidos pela coordenação estadual, para que cada região identifique a necessidade de alinhamento com a metodologia de operacionalização do Sets.

Nos seis anos de implantação desse serviço, grandes avanços foram alcançados para mais bem atender à população mineira que necessita de transporte para realizar tratamento fora de seu domicílio. Resultados importantes são identificados também em relação aos cofres públicos municipais. No que tange à satisfação dos usuários desse serviço, em 2011, foi aplicado o Índice de Satisfação do Usuário, por meio da Consultoria em Administração Pública João Pinheiro Junior, em 15 microrregiões do estado, e com mais de 6.902 formulários avaliados, chega a um nível de satisfação de 92% dos entrevistados.

Na questão econômica, do serviço foi constatado que implementar um projeto que busca a redução de despesas, em um estado com grandes dimensões como Minas Gerais, não é tarefa das mais simples. Contudo, em 2009, visando identificar o verdadeiro custo dos municípios com o transporte de paciente, a SES/MG realizou uma pesquisa econômico-financeira com objetivo de identificar o valor gasto pelos municípios com o transporte de pacientes antes e depois da implementação do serviço em seu município. Dos 286 municípios contemplados nas 21 microrregiões assistenciais do estado, 164 preencheram os formulários e foi verificado que ocorreu um gasto de R\$ 33.918.024,87 e foram transportadas 1.790.434 pessoas. Após

a implementação do Sets, o gasto para transportar 931.526 pacientes para realização de consultas e exames ficou, em média, R\$ 7.514.418,59, valor 77,85% menor que o pago no ano anterior com utilização da frota própria do município. Verificando o gasto por paciente transportado dos 164 municípios, constata-se que o valor per capita variou de R\$ 31,42 com a gestão municipal para R\$ 8,07 com a gestão do Sets. Os resultados indicam a economia para as prefeituras do estado de Minas Gerais com o modelo de transporte regionalizado, em relação ao modelo de gestão municipal.

MINAS GERAIS

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: Programa Saúde em Casa: estratégia de melhoria da Atenção Primária à Saúde

TEMA/SUBTEMA: O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada e primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde.

AUTORES: Lizziane d'Ávila Pereira e Wagner Fulgêncio Elias.

SETORES INSTITUCIONAIS ENVOLVIDOS: Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde; Subsecretaria de Regulação; Assessoria de Gestão Estratégica; Inovação e Assessoria Jurídica

Apresentação e justificativa:

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), ciente da importância fundamental da Atenção Primária à Saúde (APS) na organização das Redes de Atenção à Saúde, criou o Programa Saúde em Casa na busca do desenvolvimento de ações sistemáticas para a melhoria da qualidade da atenção primária prestada à saúde da população mineira. Acredita-se que sistemas de saúde que orientam e investem prioritariamente na APS de qualidade apresentam melhores resultados na provisão de recursos, na equidade e em eficiência dos serviços de saúde, garantindo continuidade do cuidado, integralidade e satisfação dos usuários. Para tanto, o programa vem desenvolvendo uma série de ações voltadas para investimentos em estrutura e processo de trabalho, tendo como base um diagnóstico de baixa resolutividade em razão da densidade tecnológica, das desigualdades em saúde, das deficiências no transporte das equipes

de saúde, da infraestrutura inadequada, da ausência de diretrizes clínicas e do processo de capacitação dos profissionais fragmentado e sem consistência educacional.

Objetivos:

As ações propostas pelo programa visam ampliar o acesso à atenção primária à população mineira e incrementar a qualidade dos serviços, com ênfase em ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da família, contribuindo para a organização de redes de atenção e para que Minas Gerais seja o estado em que se vive mais e melhor.

Descrição das principais estratégias e atividades:

Trata-se de investimentos em ações de melhoria da estrutura e dos processos de trabalho. No que tange à melhoria da estrutura, os investimentos do governo de Minas envolvem quatro ações.

A primeira refere-se ao financiamento e ao cofinanciamento de Unidades Básicas de Saúde, cujos incentivos são repassados para os municípios que atendem aos pré-requisitos dispostos em resoluções estaduais específicas.

Outro aspecto é a normalização de estrutura física e equipamentos para APS, via publicação do programa arquitetônico de Unidades Básicas de Saúde, o qual especifica os espaços necessários, a descrição física e dos equipamentos adequados à carteira de serviços a serem ofertados pela atenção primária e as necessidades de segurança e funcionalidade. Tais estratégias corroboram para que as unidades de saúde do estado sigam o modelo padrão, garantindo segurança para os profissionais de saúde e qualidade e conforto aos usuários.

Uma terceira estratégia é o repasse do incentivo financeiro às equipes de saúde da família, a ação de cofinanciamento dos serviços da atenção primária, mediante Fator de Alocação, que é o Índice de Necessidade de Saúde e o Índice de Porte Econômico dos municípios, o número de equipes da Estratégia Saúde da Família em funcionamento e o cumprimento de metas, relacionadas à ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família e à atenção à saúde da mulher e da criança – Rede Viva Vida.

Como última estratégia estrutural, menciona-se a doação de veículos na proporção de um veículo para cada cinco equipes de saúde da família ou fração, buscando garantir o acesso dos profissionais das equipes de saúde da família aos domicílios de sua área de abrangência, em especial àqueles usuários com dificuldades de locomoção, idosos e acamados. Também entre o rol de ações, mencionam-se os investimentos em processos, afinal, é premente a importância de se ter bons processos para se atingir qualidade.

Como ação têm-se a elaboração e a divulgação das Linhas-Guias, orientações técnicas com base em evidência e elaboradas a partir dos diferentes ciclos de vida (neonato, criança, adolescente, adulto e idoso) e das condições de saúde (hipertensão/diabetes, hanseníase, tuberculose, HIV/Aids, dengue, saúde bucal e mental), para que todos os profissionais de saúde possam realizar, com qualidade, ações de atenção à saúde, nos diferentes pontos de atenção.

Em 2012, a SES/MG finalizará o processo de atualização de Linhas-Guia, buscando continuar a fornecer aos profissionais de saúde mineiros diretrizes clínicas atualizadas com as melhores práticas existentes. Destacam-se, também, as intervenções educacionais para os profissionais que atuam na atenção primária, com o Programa de Educação Permanente (PEP) para os médicos de família, o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS) para todos os membros da equipe e o Canal Minas Saúde com atividades de informação, educação e comunicação.

O PEP, fundamentado nos princípios da andragogia, é operacionalizado por meio de parcerias firmadas com as escolas de medicina regionais e envolve tutoria, troca de experiências, estudo em grupo e autoaprendizagem reflexiva, visando ao aperfeiçoamento profissional e pessoal dos profissionais, por meio do Grupo de Aperfeiçoamento Profissional (GAP). Os recursos para investimento e para custeio do programa são oriundos da SES/MG, com recursos do tesouro estadual, não havendo qualquer contrapartida financeira dos municípios, nem das escolas médicas parceiras ou dos profissionais da área de saúde participantes.

O PDAPS, principal linha de ação da SES/MG no biênio 2009/2010 para a melhoria da qualidade da atenção primária, foi operacionalizado por meio de 10 oficinas educacionais, realizadas nos municípios e nas microrregiões, com os profissionais que atuam na atenção primária e os gestores

de saúde. Durante as oficinas, foram discutidas e avaliadas as ferramentas de trabalho, tais como: mapeamento, acolhimento, programação local, protocolos e diretrizes clínicas para normatizar processos, ações e condutas na atenção primária no seu território de responsabilidade.

O Canal Minas Saúde é uma rede estratégica multimídia (Canal Minas Saúde de Televisão, Rádio, Web e Educação a Distância) para o desenvolvimento do programa de educação permanente a distância da SES/MG, visando democratizar o conhecimento, estabelecer protocolos, possibilitando que a mesma informação chegue aos profissionais espalhados pelo estado.

Pode-se, ainda, mencionar as ações de assistência a distância por meio do Tele Minas Saúde, um sistema de teleconsultoria em diversas especialidades médicas e um plantão de telecardiologia, realizado por meio de parceria da SES/MG com as universidades regionais, sob a coordenação da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), com o objetivo de reduzir encaminhamentos desnecessários a especialistas, ampliando a resolutividade da atenção primária.

Os municípios não têm gasto algum com o projeto, uma vez que a SES/MG financia os equipamentos e os custos com plantões clínicos nas universidades.

Tempos/Cronograma:

O Programa foi criado em março de 2005, sendo inicialmente concedidos aos municípios os produtos relacionados ao incentivo para custeio das equipes, a realização de obras para construção, a reforma e a ampliação das Unidades Básicas de Saúde e a doação de veículos. Ao longo dos anos, as outras ações do programa foram sendo implementadas pela SES/MG.

Avaliação:

Dados da Secretaria de Estado de Saúde indicam que Minas Gerais é o estado que conta atualmente com o maior número de equipes do país – são 4.310 equipes que atendem a 841 municípios, garantindo uma cobertura de 75,88% da população, além de mais de 26 mil Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

São 1.618 obras de construção ou reforma de UBS finalizadas e/ou em execução, 1.212 veículos doados à disposição das equipes para acesso aos domicílios. Já participaram das ações educacionais mais de 60 mil profissionais.

O Canal Minas Saúde já atinge 839 Secretarias Municipais de Saúde, com 4.453 antenas instaladas e 4.824 pontos de recepção, já atingindo a marca de mais de 1.500 produtos audiovisuais, entre cursos de capacitação e educação a distância, conteúdos jornalísticos, informativos e cobertura de eventos nos últimos três anos.

Até o momento, 507 municípios são beneficiados pelas ações do Tele Minas Saúde, contribuindo para melhoria da qualidade do atendimento à saúde da população, do acesso aos serviços de saúde e da resolutividade da atenção primária.

MINAS GERAIS

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: A avaliação do processo de regionalização da saúde no estado de Minas Gerais, segundo o indicador de resolubilidade

AUTORES: Fernando Antônio Gomes Leles, Ivêta Malachias, Leandro José Barros Lélis

Contextualização:

Minas Gerais possui a 2.^a maior população do Brasil (20 milhões de habitantes) e extensão territorial (586.528 km²) equivalente a países de médio porte, como, por exemplo, a França. O espaço sanitário mineiro é definido por um Plano Diretor de Regionalização (PRD-SUS/MG) que, como instrumento de planejamento e gestão, possibilita a formulação de: cálculos das necessidades, priorização na alocação dos recursos e da descentralização programática e gerencial, de tal forma que os 853 municípios são responsáveis pela Atenção Primária à Saúde (APS), as 77 microrregiões devem ser autossustentáveis em Atenção Secundária (ASS) e as 13 macrorregiões em Atenção Terciária (ATS).

Para tornar esse paradigma realidade, a SES/MG vem implantando projetos estruturadores da RAS.

Componentes estruturadores da RAS:

- APS (saúde em casa);
- Atenção Hospitalar (PROHOSP);
- Redes Temáticas (materno-infantil – Viva Vida, urgência e emergência, aos portadores de doenças cardiovasculares e diabetes – Hiperdia, psicossocial e saúde mental e idoso – Mais Vida);
- Sistemas de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (Farmácia de Minas e Telessaúde – Tele Minas Saúde);
- Logístico (Regulação – SUS fácil, sistema estadual de transporte em saúde – Sets e desenvolvimento de prontuário eletrônico), o que vem representando considerável volume de recursos investidos no SUS/MG.

Uma vez estabelecidos nos planos de governo do estado metas e prioridades, por meio da implantação dos projetos estruturadores da RAS, o monitoramento e a avaliação do alcance dos resultados é o passo subsequente. Este fato, por si, justifica o estudo aqui apresentado, que também responde quanto ao papel do PDR/MG e do indicador de resolubilidade regional na gestão e na avaliação, do desenvolvimento das redes de atenção.

Neste trabalho, fez-se necessário um recorte e a resolubilidade foi analisada com foco na atenção hospitalar às Gestantes de Alto Risco (GAR), a fim de avaliar sua componente materno-infantil – Viva Vida, mas este indicador também pode ser empregado para avaliar a rede hospitalar em geral, uma vez que permite mensurar o atendimento da demanda com referência para atenção secundária, denominada microrregional, e atenção terciária ou macrorregional.

Para implementação do plano plurianual de governo, conhecidas as metas e as prioridades do programa Viva Vida, voltado para redução da mortalidade infantil e materna, expandindo, entre outras ações, o atendimento à GAR, tornou-se necessário efetuar a análise da viabilidade técnica, priorizar e estabelecer o cronograma de implantação dos serviços por região sanitária.

Como resultado, a SES/MG priorizou intervenções em macrorregiões localizadas em áreas com maiores deficiências socioeconômicas, mas também com potencial para habilitação de prestadores a curto e médio prazos. Entre estas, a primeira prioridade coube à Macro Norte de Minas, seguida pela Noroeste, Nordeste e Jequitinhonha. Contudo, todas as macros que apresentassem vazios assistenciais deveriam ser contempladas em longo prazo.

Objetivo e método:

O objetivo do trabalho foi evidenciar os resultados obtidos na descentralização e na superação dos vazios assistenciais hospitalares e das iniquidades regionais por meio do cálculo do indicador de resolubilidade na clínica de atendimento às Gestantes de Alto Risco, por macrorregião do estado no período de 2003 a 2011.

n. 25

*O estado e as Redes de
Atenção à Saúde –
1ª Mostra Nacional de
Experiências*

A opção por essa clínica deu-se em razão da redução da mortalidade materno-infantil constituir uma diretriz política do estado, além de esta refletir avanços na rede temática do programa Viva Vida. Contudo, a tipologia de serviços da carteira do SUS/MG permite, além de avaliar da assistência hospitalar em geral, apurar os efeitos das RAS, uma vez que possibilita a realização de pesquisas por especialidade médica e por nível de regionalização. Dessa forma, por exemplo, para se avaliar os efeitos da rede Urgência e Emergência, aos portadores de doenças cardiovasculares bastaria selecionar os respectivos grupos de procedimentos reunidos em determinadas clínicas por nível de regionalização da assistência.

Propõe-se demonstrar o alcance do indicador de resolubilidade como instrumento de avaliação das redes temáticas, por micro e macrorregião do estado. Além disso, pretende-se ressaltar a importância de o planejamento das redes assistenciais estar de acordo com o PDR, o que contribui para direcionar uma organização mais eficiente e eficaz das políticas de implantação das redes em seus componentes da assistência, que devem observar os princípios das economias de escala, escopo e acessibilidade que são pilares do PDR e são fundamentais para universalização do acesso.

Como indicador,

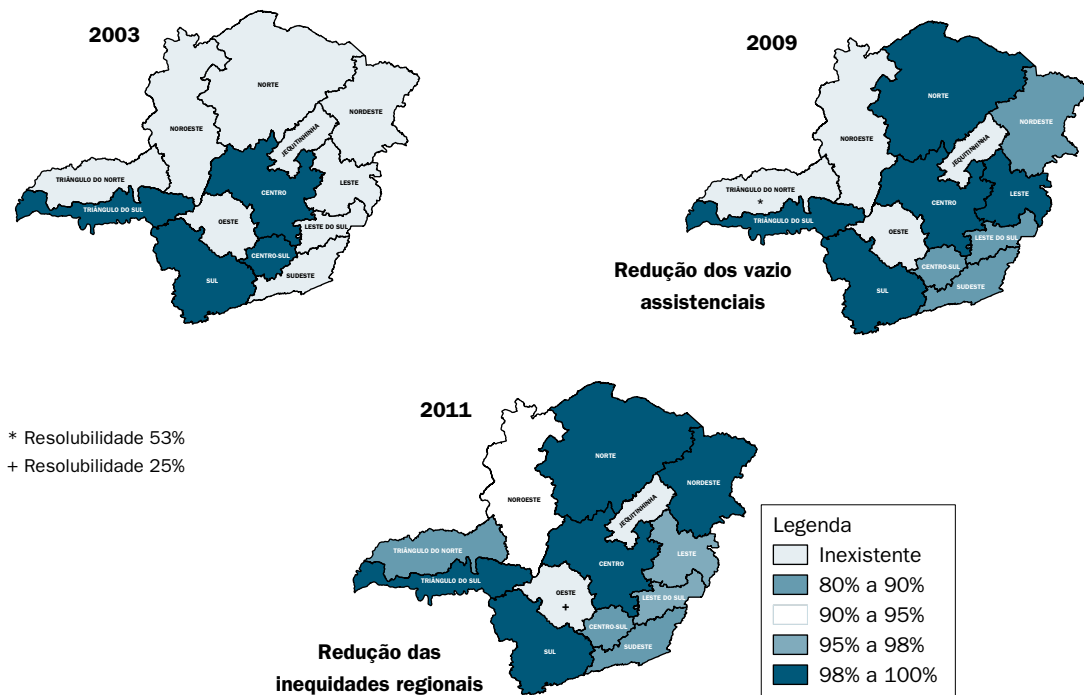
a resolubilidade é a medida percentual da capacidade de atendimento ambulatorial ou hospitalar da população residente em sua própria região, em relação à tipologia definida como referência ideal para o nível de atenção à saúde e regionalização, conforme PDR/MG, na assistência em geral ou no programa (MALACHIAS, 2010).

A fonte de dados foi o Sistema de Informação Ambulatorial e Hospitalar (Siah) do Ministério da Saúde/Datasus.

Resultados:

Os mapas abaixo mostram redução das áreas desprovidas de serviços de nove para uma macrorregião de saúde, o que, conseqüentemente, contribuiu para a redução das inequidades regionais entre 2003 e 2011 na atenção à saúde da Gestante de Alto Risco. Vale destacar que regiões com menores condições de fixação de equipes multiprofissionais e, em especial, médicos intensivistas, permanecem com grandes dificuldades para a oferta desses serviços, sobretudo em Jequitinhonha, que permanece desprovida de tais serviços. Também na Macro Oeste observa-se uma não superação de vazios, embora seja uma região mais favorecida do ponto de vista socioeconômico e geográfico, o que pode sinalizar dificuldades na gestão de recursos.

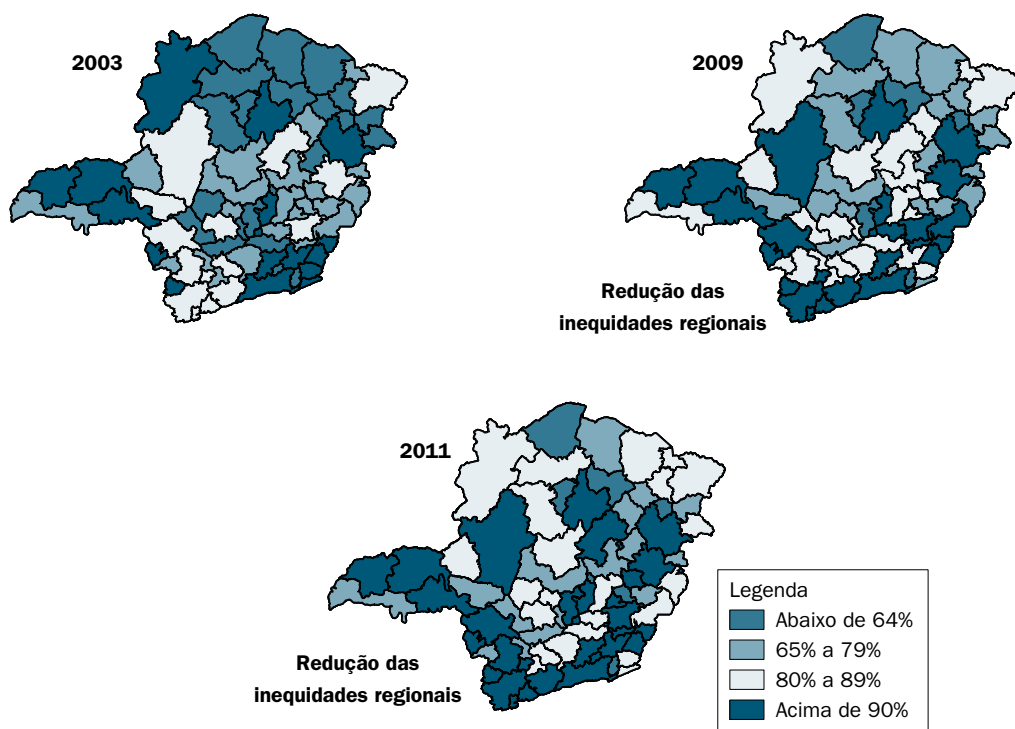
Evolução do Indicador de Resolubilidade da atenção hospitalar de nível terciário ao parto às Gestantes de Alto Risco – Minas Gerais – 2003-2011



FONTE: DEAA /SMACSS – SES/MG; DATASUS 2012.

No que diz respeito à cobertura da demanda por assistência hospitalar de nível microrregional, cabe registrar o pequeno número de regiões que não apresentaram evolução positiva ao longo dos anos, sendo apenas nove das 77 microrregiões (11,69%). Os avanços mais relevantes são os observados nas microrregiões das regiões menos favorecidas e distantes, localizadas ao Norte e ao Nordeste do estado, o que fica evidente no mapa a seguir, quando se demonstra a situação de 2011 a partir de 2003.

Evolução do Indicador de Resolubilidade no elenco de maior densidade tecnológica esperado para a assistência hospitalar de nível microrregional – Minas Gerais – 2003-2011



FONTE: DEAA /SMACSS - SES/MG; DATASUS 2012.

Pôde-se identificar a ampliação da resolubilidade regional, situar regiões nas quais houve maior avanço, indicar regiões e serviços para novos reforços para superação de iniquidades e vazios de serviços prioritários, como foi o caso do atendimento às Gestantes de Alto Risco.

A resolubilidade é um dos instrumentos de avaliação da prestação de serviços assistenciais em uma região e tem permitido, em Minas Gerais, monitorar o cumprimento das metas de expansão e a descentralização regional de serviços, indicar regiões que requerem reforços de investimentos ou monitoria técnica e administrativa mais próxima e mostrar o crescimento dos serviços em regiões, até então, pouco cobertas, equiparando-as às regiões mais ricas.

Os espaços territoriais quando bem estruturados são referenciais que ilustram e facilitam à política pública uma abordagem técnica dos interesses e das diferenças regionais, uma vez que oferecem visualização espacial comparativa dos avanços e das dificuldades das regiões. Assim, pôde-se facilitar o monitoramento e as discussões por indicadores de saúde (Pacto pela Saúde, resolubilidade total e por prioridades). A utilização de tais instrumentos tem contribuído para entendimentos com o CES, com o Cosems e internamente na SES/MG.

MINAS GERAIS

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: Viva Vida de redução da mortalidade infantil e materna em Minas Gerais: compromisso da APS na coordenação da rede
AUTORES: Maria Albertina Santiago Rego e Diana Martins Barbosa.

Apresentação e justificativa:

A taxa de mortalidade infantil, que representa o risco de uma criança vir a morrer no primeiro ano de vida, tem sido historicamente utilizada como um indicador para avaliar as condições de saúde e de vida da população e, mais recentemente, para avaliar o desempenho dos serviços de saúde. A evolução das taxas, com grandes disparidades regionais, vem apresentando queda menor que a esperada e as diferenças em relação às taxas apresentadas por países com adequadas condições de vida e/ou regionalização da assistência perinatal são incontestavelmente altas. Na América Latina, citam-se como exemplo Chile e Cuba.

Em Minas Gerais, como no Brasil, as mortes neonatais, que ocorrem no primeiro mês de vida, representam o maior componente da taxa de morta-

lidade nos primeiros cinco anos de vida. Desde a década de 1990, a maioria dos óbitos é determinada por causas potencialmente evitáveis por meio de intervenções efetivas, como acesso universal ao pré-natal de qualidade, assistência qualificada ao parto, ao nascimento e ao período neonatal.

Os estudos disponíveis de monitoramento da assistência perinatal a partir da década de 1990 identificam falhas na integração da assistência, com fluxos assistenciais e estruturação de serviços que não respondem às demandas clínicas da gestante, da parturiente, da puérpera e do recém-nascido, mesmo com a quase totalidade dos nascimentos ocorrer em hospitais-maternidades e com profissionais habilitados.

Magnitude com taxas altas e com grande desigualdade regional, vulnerabilidade com a maioria dos óbitos evitáveis, transcendência com repercussões sociais e políticas, relevância para definição de políticas públicas e compromisso internacional contemplado na quarta meta do milênio, o enfrentamento desse desafio demanda mudanças importantes tanto no modelo assistencial quanto na organização dos serviços de saúde: de um modelo de atenção voltado para as condições agudas para aquele voltado para as condições crônicas; de um modelo de gestão dos meios para aquele de gestão dos fins; de um modelo de assistência organizado a partir da oferta para aquele organizado a partir da necessidade da população (MENDES, 2009).

A implantação da Rede Viva Vida de organização da assistência perinatal em MG a partir de 2003, seguindo o modelo das outras redes temáticas desenvolvidas paralelamente (Saúde em Casa, Mais Vida, Hiperdia, Urgência e Emergência), coordenadas pela Atenção Primária à Saúde, nos territórios sanitários, recupera uma coerência no enfrentamento da carga de problemas e dá passos consistentes para as mudanças necessárias (Programa Viva Vida, 2003).

Objetivo:

Reduzir a Mortalidade Infantil e Materna em Minas Gerais.

Descrição das principais estratégias, atividades e tempos/cronograma:

A Rede Viva Vida, de atenção à saúde da mulher e da criança, vem sendo instituída desde 2003 por meio do “Programa de Redução da Mortali-

dade Infantil e Materna em Minas Gerais” (Programa Viva Vida) – Resolução SES nº 356, de 22 de dezembro de 2003.

O Programa Viva Vida possui três estratégias principais:

- estruturação da rede,
- qualificação dessa rede; e
- intensificação do processo de mobilização social em todos os municípios do estado de Minas Gerais.

Na estruturação da rede, que tem como centro coordenador a Atenção Primária à Saúde e é perpassada pelos sistemas logístico e de apoio, destacam-se: os Centros Viva Vida de Referência Secundária, para o pré-natal de alto risco e acompanhamento dos recém-nascidos prematuros e doentes; as maternidades que atendem ao fluxo da gestante e dos recém-nascidos de risco, atualmente com número triplicado em relação ao Programa Nacional de Referência às Gestantes de Risco, iniciado em 1998; as Casas de Apoio às Gestantes, em número de sete e em ampliação para 17; as Unidades Neonatais de Cuidados Progressivos para assistência neonatal intensiva e intermediária, no nível microrregional; no nível macrorregional, destacam-se as maternidades de referência para problemas perinatais mais complexos e os Centros e as Unidades Oncológicas de Atenção à Saúde (Cacon e Unacon), para prevenção e tratamento do câncer de mama e de colo de útero (MINAS GERAIS, 2011).

No início do programa, como uma das primeiras ações, foram distribuídos kits de equipamentos relativos à assistência mínima à gestante e às consultas puerperais tanto para unidades de Atenção Primária à Saúde, quanto para maternidades e UTI Neonatais existentes à época até que a rede fosse mapeada e qualificada em um segundo momento.

De 2003 a 2010, foram realizadas diversas ações de qualificação da rede com capacitações de diferentes níveis para profissionais da assistência perinatal dos diversos pontos de atenção da Rede Viva Vida. Para os médicos pediatras e enfermeiros da assistência neonatal das maternidades que assistem às gestantes e aos recém-nascidos de risco foi oferecido curso de especialização em assistência hospitalar ao neonato, com os seguintes resultados: mapeamento da rede perinatal, perfilização das Unidades Perinatais, diagnóstico da estrutura e dos principais processos de trabalho de cada uma das Unidades. Cursos tradicionais foram disponibilizados no Curso de Espe-

cialização em Assistência Hospitalar ao Neonato e independentemente dele: reanimação neonatal; treinamento teórico-prático em acesso venoso central em neonatos; utilização de sistema informatizado de registro da assistência perinatal; emergências clínicas e cirúrgicas obstétricas; Suporte Avançado de Vida em Obstetrícia (Also); aleitamento materno; além de treinamento de parteiras tradicionais e comunicação para mobilização social. Foram elaboradas e distribuídas, em todos os pontos de atenção, as Linhas Guias de Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério; Atenção à Saúde da Criança; Protocolo de Assistência Hospitalar ao Neonato. Finalmente, como outro elemento para maior qualificação da assistência materna e infantil, vêm sendo instituídos, desde 1995, os Comitês de Prevenção de Mortalidade Materna e de Prevenção do Óbito Fetal e Infantil. Esses órgãos têm como objetivo identificar o óbito e investigar a sua causa, levando a uma notificação real e adequada, permitindo o diagnóstico preciso e atualizado da mortalidade materna e infantil, além de nortear correções para as ações planejadas (MINAS GERAIS, 2011a).

Um aspecto fundamental foi a interface com a vigilância epidemiológica para a qualificação da informação coletada e sistematizada nos documentos oficiais de sistemas de informação dos eventos vitais como Sinasc e SIM para análise adequada da situação de saúde do estado.

Na terceira frente de atuação estratégica, de maneira transversal e “considerando que a defesa da vida de mulheres e crianças não depende apenas de alguns grupos, sendo uma questão que deve ser entendida como responsabilidade de toda sociedade” (MINAS GERAIS, 2011b, a rede conta ainda com ações de mobilização social por meio da implantação da Rede Estadual de Defesa da Vida, composta pelos Comitês Estadual e Municipais de Defesa da Vida. Trata-se de um espaço institucionalizado que possibilita atuação intersetorial para o envolvimento da sociedade no enfrentamento do óbito materno e infantil, contando com instituições governamentais e não governamentais. Ao todo, foram implantados 95 Comitês Municipais, entre 2003 e 2009 (MINAS GERAIS, 2011).

Avaliação:

Em toda a rede, foram definidos indicadores de desempenho dos vários pontos de atenção, acompanhados e avaliados continuamente para o repasse

de recursos. Como indicador-síntese do resultado da implantação da Rede Viva Vida apresentam-se as Taxas de Mortalidade Infantil (TMI) e de seus componentes no período 2000-2010.

A TMI global no ano de 2009 (dados fechados), obtidos por método direto em Minas Gerais (MG), foi de 13,97 óbitos infantis por mil nascidos vivos, uma redução de 33,8% em relação à taxa de 2000, sinalizando melhoria das condições de vida e investimentos na área da saúde perinatal, além de ações inter-setoriais no estado. Houve redução dos dois componentes: 30,9% no neonatal, mas com maior queda no pós-neonatal, de 37,2% do total de óbitos no período.

As Taxas de Mortalidade Infantil e de componentes desagregados por macrorregiões de saúde, no ano de 2009. A comparação do desempenho das macrorregiões destaca as regiões Nordeste (23,2 óbitos por mil nascidos vivos) e Jequitinhonha (21,3 óbitos por mil nascidos vivos) com as maiores TMI. As regiões Noroeste (11,2 óbitos por mil nascidos vivos) e Oeste (11,0 óbitos por mil nascidos vivos) destacaram-se com as menores TMI. Altas taxas de MI ainda persistem e com grandes diferenças regionais. Na macrorregião com maior taxa de mortalidade infantil, a mortalidade neonatal representou 67,0% do total de óbitos infantis e na macrorregião de menor taxa, 77,6% do total dos óbitos neonatais.

Além da redução dos altos índices de mortalidade infantil encontrados na maioria das macrorregiões do estado, outro desafio que se impõe é a qualificação da informação dos eventos vitais que pode estar mascarando esses índices.

Apesar do grande avanço alcançado na estruturação e na qualificação da rede Viva Vida, verificam-se ainda vazios assistenciais principalmente nas regiões mais pobres e nas quais os índices de mortalidade infantil ainda são muito altos.

_____ Referências bibliográficas:

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009. 848p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Documento-base do projeto Mães de Minas**, 2011.

_____. _____. **Universalização da Rede Viva Vida**: atendimento com qualidade do pré-natal ao nascimento. Belo Horizonte, 2011a. (Documento interno)

MINAS GERAIS

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: Rede Mais Vida – rede de atenção ao idoso em Minas Gerais

AUTORA: Eliana Márcia Fialho de Sousa Bandeira.

Introdução:

n. 25
*O estado e as Redes de
Atenção à Saúde –
1ª Mostra Nacional de
Experiências*

O rápido envelhecimento da população brasileira resultou em mudança do perfil demográfico e epidemiológico do país, gerando nova realidade no segmento da saúde. A transição demográfica ocorreu de forma acelerada com aumento particularmente da população mais idosa, diminuição do tamanho das famílias, seguridade social inadequada e desigualdade nos níveis de saúde e no acesso aos serviços. Mudam-se paradigmas e surge a necessidade de um sistema que contemple as peculiaridades dessa população, particularmente quanto à abordagem das condições crônicas.

Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes. O conceito de saúde do idoso é abrangente e não se restringe à presença ou à ausência de doença ou agravo e é estimado pelo seu nível de independência funcional e autonomia. A perda da capacidade funcional, ou seja, das habilidades físicas e mentais suficientes e necessárias para realizar as atividades cotidianas, pode afetar o idoso como consequência da evolução da enfermidade ou pelo estilo de vida. Estudos populacionais demonstram que 85% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica e que 10% apresentam pelo menos cinco dessas enfermidades (CEI- RS, 1997; RAMOS et al., 1993). No entanto, esses idosos são capazes de realizar suas atividades cotidianas de maneira independente.

É fundamental instituir uma efetiva organização do sistema de saúde e inserir um novo direcionamento da abordagem das condições crônicas, ampliando o foco atualmente centrado na doença, aumentando-o para a avaliação da funcionalidade. A utilização de novos instrumentos, ferramentas e tecnologias aparecem como uma renovada perspectiva para o gerenciamento da condição de saúde. As ações devem estar direcionadas para a promoção de um estado de

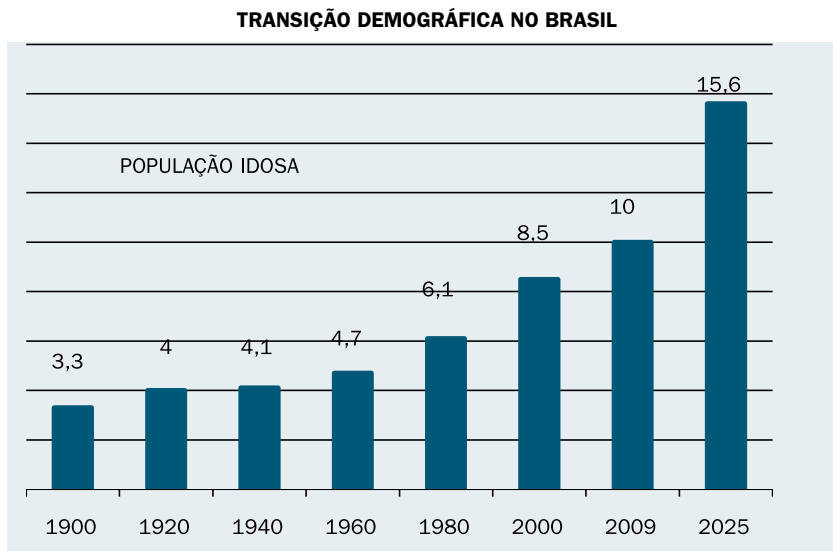
saúde com a finalidade de se conseguir máxima expectativa de vida ativa, na comunidade, junto à sua família, com altos níveis de função e autonomia.

Situação demográfica:

A principal característica da expansão da população idosa no Brasil consiste na rapidez com que vem ocorrendo. Até os anos 1960, todos os grupos etários cresciam de forma semelhante, mantendo a estrutura etária constante. A partir dessa data, o grupo com 60 anos ou mais foi o que mais cresceu proporcionalmente no Brasil, enquanto o contingente de jovens entrou em processo de desaceleração de crescimento. A perspectiva de crescimento da população acima de 60 anos colocará o Brasil, em 25 anos, como a sexta população de idosos no mundo em números absolutos, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS).

O gráfico abaixo descreve a porcentagem crescente da população idosa no Brasil.

Percentual de Idosos no Brasil entre 1900 E 2025 (Ibge, 2009)



IBGE, 2009

A seguir, temos os dados sociodemográficos dos idosos no estado de Minas Gerais:

POPULAÇÃO TOTAL E ACIMA DE 60 ANOS NO BRASIL E EM MINAS GERAIS			
	POPULAÇÃO		
	TOTAL	IDOSOS	%
BRASIL	191.481.045	19.428.086	10.15
MINAS GERAIS	20.034.068	2.216.447	11.06

n. 25

*O estado e as Redes de
Atenção à Saúde –
1ª Mostra Nacional de
Experiências*

FORNTE: DATASUS – IBGE – UNFPA/IBGE 2007-2009; IBGE – ESTIMATIVAS ELABORADAS NO ÂMBITO DO PROJETO UNFPA/IBGE (BRA/4/P31A) – POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO. COORDENAÇÃO DE POPULAÇÃO E INDICADORES SOCIAIS

Dados SUS-MG

NÚMERO TOTAL DE MUNICÍPIOS EM MINAS GERAIS	853
Macrorregiões de saúde	13
Microrregiões de saúde	75
Número de municípios com ESF em Minas Gerais	840
Número total de ESF em Minas Gerais	4.301
Cobertura de ESF em Minas Gerais	75,72%

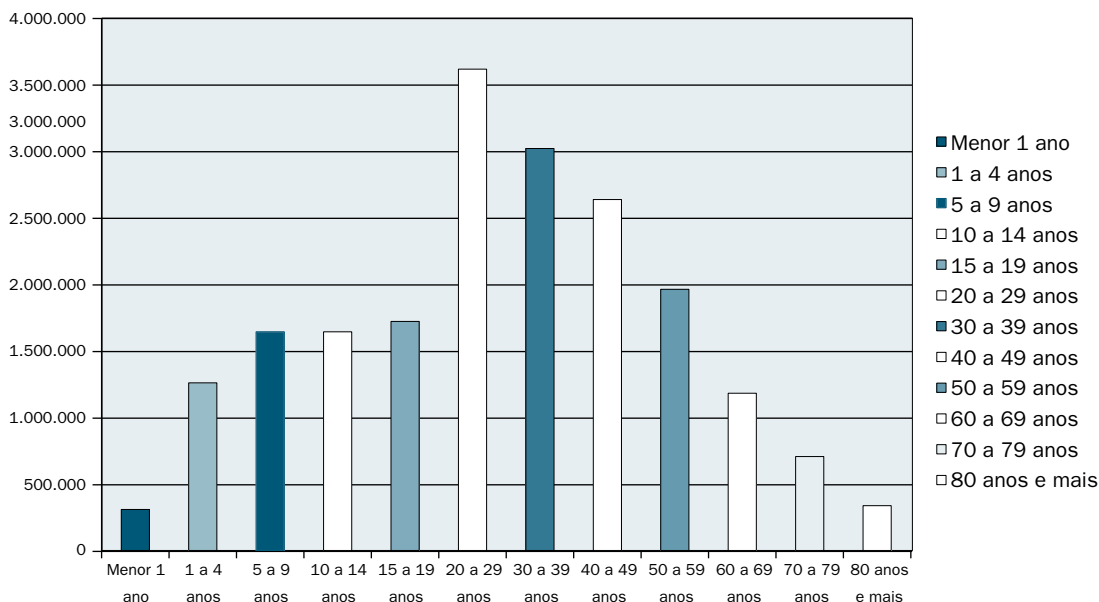
FORNTE: PLANILHA ICMS – SAÚDE EM CASA/SES/MG – DADOS DE DEZEMBRO/2011

Perfil da população residente/Minas Gerais

19.479.356 TOTAL DE HABITANTES
10,42% da população brasileira
11,06% da população são idosos – 2.216.447 habitantes
45,10% do sexo masculino
54,89% do sexo feminino
Esperança de vida ao nascer: 73,74 anos
Índice de envelhecimento: 37,20 para 100 jovens

FORNTE: DATASUS – IBGE – UNFPA/IBGE 2007-2009

População Residente Segundo Faixa Etária -MG (nº absoluto)



Situação epidemiológica:

O rápido processo de envelhecimento da população brasileira dá-se em razão da transição de uma situação de alta mortalidade e alta fecundidade para uma de baixa mortalidade e gradualmente baixa fecundidade, conforme justificam as projeções estatísticas para os próximos anos. Tal mudança configura-se em desafio para as autoridades sanitárias especialmente para a implantação de novos modelos e métodos para o enfrentamento do problema.

Além da rápida transição demográfica, tem sido observada uma rápida e relevante alteração nos perfis de saúde. Observamos um predomínio das doenças crônicas não transmissíveis e a importância crescente de vários fatores de risco para a saúde, alterando o quadro de morbimortalidade no Brasil e que requerem ações preventivas em diversos níveis de atenção. Essa situação de saúde é caracterizada por grandes desafios, como a tripla carga das doenças com 2/3 determinados por condições crônicas, o aumento do número de consultas médicas e hospitalizações e a predominância relativa das condições crônicas com a mortalidade e a morbidade concentra-

das nessas condições. Podemos notar ainda a prevalência de elevada morbidade e mortalidade por condições agudas decorrentes de causas externas e de agudizações de condições crônicas, a elevada incapacidade funcional da população idosa e um sistema fragmentado de saúde, voltado para as condições agudas (NEVES, 2002).

Temos como desafio “restabelecer a coerência entre a situação de saúde e o modelo de atenção do SUS, com a implantação das redes integradas de atenção à saúde”. As ações em saúde devem ser qualificadas e coordenadas pela Atenção Primária à Saúde (APS), contribuindo dessa forma para que “Minas Gerais seja o estado em que se vive mais e melhor”.

Rede Mais Vida – Rede de atenção à saúde do idoso:

O estado de Minas Gerais tem empenhado esforços no sentido de disponibilizar ações qualificadas em saúde com o objetivo de reduzir os fatores de risco, priorizar a promoção de hábitos saudáveis, assim como proceder ao diagnóstico precoce. Tem como propósito diminuir as incapacidades da população idosa e melhorar a sua qualidade de vida, no intuito de “agregar anos à vida e vida aos anos vividos”.

O primeiro marco foi a publicação da Resolução SES n. 1.141, de 26 de agosto de 2002, que cria a Coordenadoria de Atenção ao Idoso (Ceai) e a partir de então iniciou-se o processo de elaboração e implantação das políticas públicas de atenção à saúde do idoso no estado. Posteriormente, foram publicadas a Resolução SES n. 1.583, de 19 de setembro de 2008, que institui o Programa Mais Vida, e a Resolução SES n. 2.603, de 7 de dezembro de 2010, que dispõe sobre o Programa Mais Vida – rede de atenção à saúde do idoso de Minas Gerais e dá outras providências.

A Rede Mais Vida é um projeto estruturador do estado de Minas Gerais na área da saúde e tem como propósito ofertar padrão de excelência em atenção à saúde do idoso com o objetivo de promover o aumento dos anos vividos com independência e autonomia. Fundamenta-se na constituição de uma rede de atenção à saúde do idoso e tem como base a macrorregião sanitária que é construída de acordo com uma base territorial definida no Plano Diretor de Regionalização (PDR) e com as políticas e as estratégias do governo.

Sua visão é ser padrão de excelência em atenção ao idoso, tendo em vista alcançar um aumento dos anos de vida da população, com independência e autonomia. A missão é estruturar a rede de atenção à saúde da população idosa de Minas Gerais, a Rede Mais Vida, por meio de sistema articulado e integrado, com ações qualificadas em saúde. Tem como objetivo manter, melhorar e/ou reabilitar a funcionalidade e a autonomia de cada indivíduo, assegurando os princípios doutrinários do SUS de equidade, universalidade e integralidade. Conta com intervenções nos diversos pontos de atenção tendo como ênfase a promoção da saúde, a educação em saúde, a vigilância e o monitoramento, assim como preparação de recursos humanos para ofertar padrão de excelência nas ações com base em diretrizes clínicas.

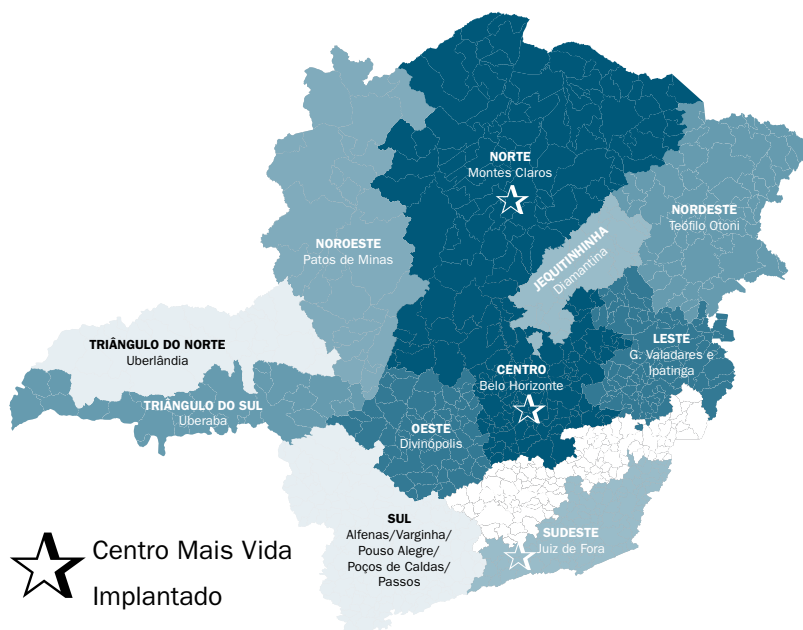
O processo de implantação das redes macrorregionais iniciou-se com a implantação de três redes tendo como estratégia os centros de referência secundária em atenção à saúde do idoso, os Centros Mais Vida (CMVS), o novo ponto de atenção. Optamos pelo fortalecimento das ações na Atenção Primária à Saúde (APS) e, conseqüentemente, priorizamos a implantação dos CMVS, com o propósito de subsidiar positivamente as mudanças de condutas nas ações direcionadas a essa população. Tal propósito tem como estratégia a qualificação dos profissionais da APS, aumentando a resolubilidade nesse nível, assim como a organização da rede, a definição de fluxos e a implantação de um sistema logístico potente e um sistema de apoio que garantam o seu funcionamento como rede.

A Rede Mais Vida da Macrorregião Sudeste, com o centro Mais Vida localizado em Juiz de Fora, foi inaugurada em dezembro/2008. Em abril/2009, o Centro Mais Vida da Macrorregião Norte, localizado em Montes Claros, iniciou suas atividades dando início à implantação da rede na citada macrorregião sanitária, ambas funcionando como projeto piloto. Posteriormente, o programa foi expandido com a rede Microrregional de Belo Horizonte com a implantação do Centro Mais Vida da Macrorregião Centro 1, em julho de 2010. Será implantada uma rede de atenção em cada macrorregião do estado, compondo a rede estadual de atenção ao idoso. As Macrorregiões Centro e Sul, por se tratarem de macrorregiões muito populosas, foram divididas em duas redes.

Podemos observar o mapa do estado de Minas Gerais com a sinalização dos locais onde foram implantados os Centros Mais Vida.

PDR 2003/2006 Macrorregiões de Saúde (Total: 13)

n. 25
O estado e as Redes de
Atenção à Saúde –
1ª Mostra Nacional de
Experiências



FONTE: CENTRO DE PLANEJAMENTO - AGE

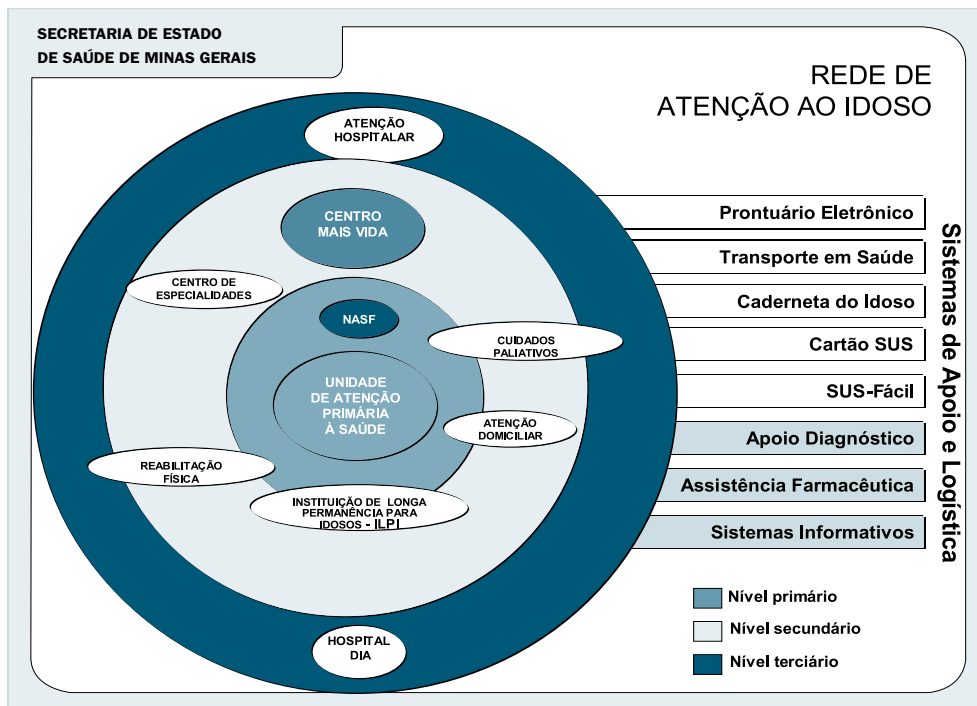
Há necessidade da efetiva organização do sistema de serviços de saúde, que pressupõe o fortalecimento do nível primário de atenção, reforçando a necessidade de ruptura da visão piramidal, e a captação progressiva da população idosa residente na área de abrangência de cada serviço.

Ressaltamos que é fundamental a implantação de sistema logístico robusto para o bom funcionamento dessas Redes de Atenção à Saúde com o fortalecimento do sistema de regulação da atenção para acesso regulado aos procedimentos ambulatoriais eletivos, às urgências e às emergências e às internações hospitalares eletivas. A regulação do Transporte Estadual em Saúde (Sets) com os diversos módulos, como transporte eletivo, material biológico, urgência/emergência e resíduos de saúde, vem reforçar o fluxo dos usuários na rede, facilitando o acesso aos diversos pontos de atenção.

A utilização dos cartões de identificação do usuário, como o Cartão SUS e a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, e a implantação do prontuário eletrônico único, assim como sistemas integrados de apoio diagnóstico,

assistência farmacêutica e sistemas informativos, devem ser robustos e adequados às necessidades dessa parcela da população.

Desenho da rede de atenção ao idoso do estado de Minas Gerais



A rede de atenção à saúde do idoso é composta por diversos pontos de atenção. A APS é a porta de entrada e encaminhamento do idoso para os demais pontos de atenção. Conta com equipe de profissionais de saúde responsável pela população adscrita em determinado território, composta de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS). A atenção hospitalar é direcionada para atendimento à população geral, incluindo os idosos que apresentem processos agudos e que necessitem de cuidados hospitalares. O idoso frágil e os que apresentem comprometimento funcional devem ser acompanhados por equipe interdisciplinar especializada em geriatria e/ou gerontologia e por protocolos específicos. A atenção domiciliar pode ser compreendida como a continuação da linha de cuidado por meio do qual os serviços de saúde são oferecidos ao indivíduo e à sua família em seu local de residência. Tem como objetivo promover, manter ou restaurar a

saúde ou maximizar o nível de independência, reduzindo os efeitos das incapacidades ou doenças (MARRELLI, 1997). É prestada à pessoa idosa com algum nível de dependência por meio de cuidadores de idosos e equipe de saúde da família, particularmente os agentes comunitários no próprio domicílio do idoso. Destina-se a apoiar o idoso e sua família na orientação das atividades da vida diária, articulando uma rede de serviços e praticando técnicas de intervenção profissional focada no apoio psicossocial, pessoal e familiar, na atenção à saúde e na interação com a comunidade. Deve funcionar de forma integrada a Centros de Convivência, Centros-Dia e abrigos. O hospital dia constitui uma forma intermediária de assistência à saúde, propiciando a continuidade da linha de cuidados e a desospitalização de usuários para a realização de procedimentos em caráter ambulatorial quando cessa a necessidade dos cuidados em nível hospitalar. O centro de especialidades é um ponto de atenção da rede que se destina aos usuários que necessitem de interconsulta nas diversas especialidades médicas, aqui incluída a geriatria de referência.

A rede conta também com equipe destinada aos cuidados paliativos com vista à permanência do paciente terminal o maior tempo possível em casa (HURZELE; BARNUM; KLIMAS; MICHAEL, 1997). O objetivo é permitir aos pacientes e a suas famílias viverem cada dia, plena e confortavelmente, tanto quanto possível, ao lidar com o estresse causado pela doença, pela morte e pela dor da perda. Para o cuidado utiliza-se uma abordagem multidisciplinar que enfoca as necessidades físicas, emocionais, espirituais e sociais dos pacientes e familiares. A Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) apesar de não ser propriamente um ponto de atenção à saúde da pessoa idosa é aqui colocada em razão da importância do cuidado à população que apresenta grande fragilidade social. Podem ser instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada ao domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com suporte familiar ou sem ele, em condição de liberdade, dignidade e cidadania.

O Centro Mais Vida é um novo ponto de atenção ambulatorial da rede que disponibiliza ações especializadas em saúde do idoso considerado frágil ou de risco alto, conforme critérios definidos. Devidamente cadastrado como tal, deve dispor de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos específicos e adequados para a prestação de assistência à saúde de idosos de forma integral e integrada.

A equipe multiprofissional do Centro Mais Vida é responsável pela avaliação multidimensional do idoso. Tem como função elaborar o prontuário e complementar o Plano de Cuidado de cada idoso frágil encaminhado pela APS quando do seu referenciamento e encaminhá-lo à unidade de saúde no município de origem para que seja acompanhado pela equipe da APS responsável. A avaliação poderá ser complementada por exames de média e alta complexidade disponíveis na carteira de saúde do CMV, com vistas à avaliação funcional de acordo com necessidades individuais. O usuário deve ser referenciado para o Centro Mais Vida, por meio de marcação de consulta pelo sistema de regulação e garantia do transporte pelo Sistema Estadual de Transporte em Saúde (Sets), para o usuário e seu acompanhante. Deve ser contrarreferenciado para a equipe da APS, na qual será acompanhado com o suporte técnico pela equipe do centro. A capacitação dos profissionais da rede de atenção se dará por meio desse mecanismo de referência e contrarreferência, assim como a educação continuada em parceria com o Programa de Educação Permanente (PEP).

Os Centros Mais Vida de Referência Secundária, como pontos de atenção de média complexidade, deverão atuar de maneira integrada à atenção primária e à atenção terciária, objetivando a atenção integral à saúde do idoso de forma adequada e humanizada. Têm como Visão a busca da excelência em atenção ambulatorial com visão multidimensional ao idoso, tendo como principal foco assegurar a continuidade da vida com independência e autonomia. Disponibiliza ações especializadas à população idosa frágil (em situação de risco), tendo como estratégias a intervenção precoce, a promoção, a recuperação da saúde da população idosa e a identificação de situações de vulnerabilidade.

Carteira de serviços dos Centros Mais Vida:

- equipe multidisciplinar – proporcional ao quantitativo populacional acima de 60 anos no território adscrito. É composta por: assistente social, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico geriatra ou clínico habilitado, psicólogo, terapeuta ocupacional, gerente, assistente administrativo, auxiliar de serviços gerais, porteiro, segurança e limpeza;
- exames de média e alta complexidade;
- alimentação para o idoso e seu acompanhante durante sua estada para atendimento no CMV;

- Casa de Apoio – serviço de hotelaria para o idoso e seu acompanhante, que residam em municípios situados a um raio de distância acima de 100 (cem) quilômetros do Centro Mais Vida, quando de sua estada para atendimento.

População a ser encaminhada para os Centros Mais Vida: subpopulação acima de 60 anos, adscrita a cada macrorregião, referenciada pela rede de APS, de ambos os sexos, considerada de risco alto ou frágil, de acordo com critérios da Linha Guia “Atenção à Saúde do Idoso”, ou que apresente: dúvida diagnóstica, falha terapêutica e/ou complicações.

- Idoso de Risco Alto/Idoso Frágil (segundo critérios da Linha Guia “Atenção à Saúde do Idoso” – Ceai-SES/MG)

- Idoso com ≥ 80 anos ou
- Idoso com ≥ 60 anos que apresente no mínimo uma das características abaixo:

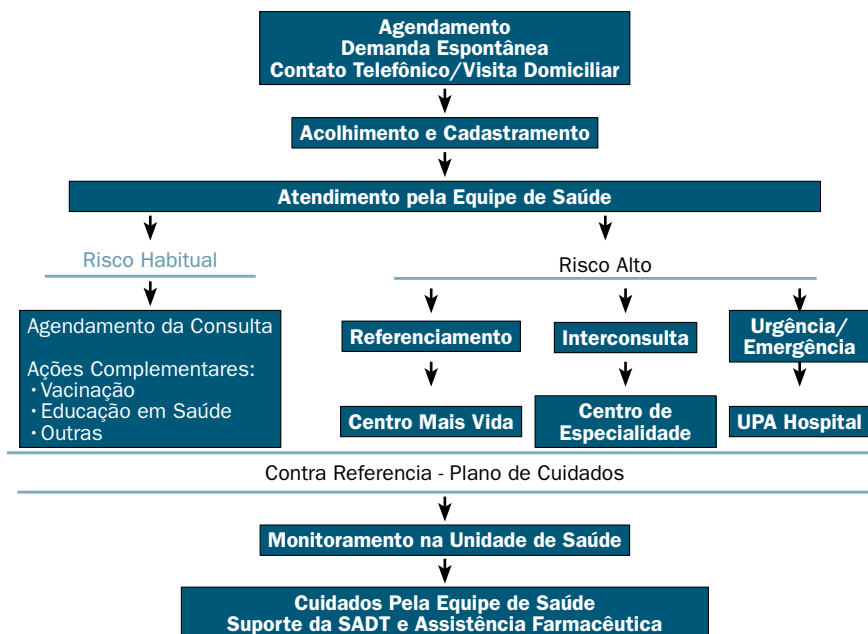
- Polipatologias (≥ 5 diagnósticos) e Polifarmácia (≥ 5 medicamentos/dia)

- Imobilidade parcial ou total
- Incontinência urinária ou fecal
- Instabilidade postural (quedas de repetição)
- Incapacidade cognitiva (declínio cognitivo, síndrome demencial, depressão, *delirium*)

- Idosos dependentes nas atividades básicas de vida diária (ABVDS)

Fluxos de encaminhamento: o fluxo de atendimento ao idoso está mostrado na figura abaixo.

Fluxo de Atendimento ao Idoso na Atenção Primária-MG



Referências bibliográficas:

BRASIL. **Lei n. 8.842**, de 4 jan.1994, dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências.

IBGE/DATASUS. **Censo 2010**.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), 2011.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde (SES/MG). **Dados da Coordenadoria Estadual de Atenção ao Idoso** (Ceai/SRAS/SES/MG).

_____. _____. **Atenção à Saúde do Idoso**. 2.ed, Belo Horizonte: SAS/MG, 2007.

_____. _____. **Manual do prontuário de saúde da família**. Belo Horizonte: SES/MG, 2008.

_____. _____. **Resolução SES n. 1.141**, de 26 de agosto de 2002, cria a Coordenadoria de Atenção ao Idoso/Ceai.

_____. _____. **Resolução SES n. 1.583**, de 19 de setembro de 2008, institui o Programa Mais Vida.

_____. _____. **Resolução SES n. 2.603**, de 7 de dezembro de 2010, dispõe sobre o Programa Mais Vida – rede de atenção à saúde do idoso de Minas Gerais e dá outras providências.

_____. _____. **Análise da situação de saúde**. Belo Horizonte: SES/MG, 2010.

NEVES, Aécio. **Plano de Governo 2003/2006**: prosperidade à face humana do desenvolvimento. Belo Horizonte, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Tradução de Suzana Gontijo. Brasília, DF: OMS, 2005.

n. 25

O estado e as Redes de
Atenção à Saúde –
1ª Mostra Nacional de
Experiências

MINAS GERAIS

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: A rede Hiperdia Minas e a responsabilização da Atenção Primária à Saúde

TEMA/SUBTEMAS DA EXPERIÊNCIA: O papel do Estado/Secretaria Estadual da Saúde (SES) na construção de redes; o estímulo e apoio aos municípios para se organizarem em redes de atenção; o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada e primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde; a definição do rol de ações e serviços, com base nas necessidades da população e nos recursos disponíveis; o estabelecimento dos fluxos e a definição de responsabilidades nas regiões de saúde, visando à coordenação do cuidado aos usuários.

AUTOR: Ailton Cezário Alves Júnior

Apresentação e justificativa:

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o diabetes *mellitus* (DM) é a epidemia mundial do século XXI e afeta 346 milhões de pessoas. Para a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), 10% dos adultos mineiros são diabéticos. Entre as consequências do precário controle do DM no Brasil, a retinopatia diabética é a principal causa de cegueira evitável e a neuropatia diabética é a principal causa de amputações não traumáticas. Estima-se que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) afete 20% da população adulta mineira. Em nível nacional, 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% das mortes por doença arterial coronariana são determinadas pela HAS. As doenças cardiovasculares (DCV), fortemente determinadas pela HAS, são o primeiro grupo de causa de óbitos (quase 1/3 da mortalidade) e o segundo grupo de causa de internação no estado. Segundo relatório do Estudo de Carga de Doença de Minas Gerais (FIOCRUZ, 2011),

referente ao ano 2005, entre as dez principais causas de mortalidade por sexo, quatro são relacionadas à HAS e/ou ao DM; no sexo feminino, essas causas ocupam as quatro primeiras posições. De forma paradoxal, o Sistema Único de Saúde em Minas Gerais (SUS/MG) ainda encontra-se voltado principalmente para as condições agudas.

É sabido que a necessária congruência entre a situação de saúde atual e um sistema de saúde direcionado para a atenção às condições agudas e às crônicas, como a HAS e o DM, somente poderia ser obtida por meio da implantação de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Com a missão de ampliar a longevidade e melhorar a qualidade de vida da população mineira por meio de intervenções capazes de diminuir a morbimortalidade por HAS, DM, DCV e doença renal crônica (DRC), em janeiro de 2009, a Rede Hiperdia Minas tornou-se uma RAS prioritária no estado. Assim, suas ações são pactuadas com a sociedade e acompanhadas pelo Acordo de Resultados do governo de Minas.

Estratégias:

Inicialmente, constituiu-se um grupo de trabalho multiprofissional e interinstitucional, o qual modelou a Rede Hiperdia Minas, no que se refere especialmente à APS e à Atenção Secundária à Saúde (ASS). Todo esse processo foi legitimado pela CIB-SUS/MG. Em nível de APS, elaboraram-se novas diretrizes clínicas baseadas na abordagem populacional da HAS, do DM e da DRC. Essas condições foram estratificadas e, a partir dessas classificações de risco, determinou-se toda a organização da assistência, ou seja, as competências da APS, as atribuições dos seus profissionais e a atenção programada a esses usuários. Em nível de ASS, o governo de Minas optou por modelar, implantar e financiar integralmente centros de referência secundária para os hipertensos e diabéticos, denominados Centros Hiperdia Minas. Esses centros, além de prestar assistência especializada aos usuários com HAS, DM e DRC mais complexos, entre outros objetivos, supervisionam a atenção prestada pela APS a esses usuários e promovem educação permanente aos profissionais da APS.

Alguns dos pilares do cuidado propostos para a Rede são especialmente a atenção programada e multiprofissional (com tecnologias como o

atendimento contínuo, em grupo e por leigos); a elaboração de plano de cuidado individualizado, interdisciplinar e compartilhado com a APS e a responsabilização do usuário pelo seu cuidado.

Lagoa da Prata, município com 46 mil habitantes e cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF) de 81%, localiza-se na microrregião de Divinópolis/Santo Antônio do Monte. Por meio do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde em 2009, 91,73% dos hipertensos estimados foram estratificados. Instrumentos como o Mapa Inteligente (para localização dos hipertensos e diabéticos de cada microárea), os cadernos para o acompanhamento e o cartão de identificação e de programação da assistência para os usuários na Rede Hiperdia Minas foram implantados, de acordo com o princípio de estratificação de risco.

A partir do Modelo de Atenção às Condições Crônicas para o SUS (MACC para o SUS) elaborado por Mendes, 2011 e adotado pela SES/MG, os hipertensos de baixo e moderado grau de risco cardiovascular (segundo estratificação de risco de Framingham modificada), os diabéticos com bom e regular controle metabólico e os usuários com DRC até o estágio 3A foram manejados integralmente de forma programada pela APS de Lagoa da Prata. Os usuários com HAS e DM de maior risco foram encaminhados ao centro de referência secundária de sua microrregião de saúde, localizado em Santo Antônio do Monte, para o compartilhamento do seu cuidado entre a APS e a atenção especializada, por meio de interconsultas programadas.

Acompanhamento:

Um estudo realizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Lagoa da Prata e pelo CHDMSAMONTE, referente ao período de abril/2010 a junho/2011, demonstrou que em um grupo de 201 diabéticos de Lagoa da Prata acompanhados com controle metabólico ruim (hemoglobina glicada > 9% ou glicemia de jejum > 200 mg/dl) não ocorreu nenhuma hospitalização e nenhum óbito por essa endocrinopatia. Estima-se que a economia direta com internações e amputações pelo DM no município alcançou valores próximos de 200 mil reais (2,5 vezes maior que o valor do Piso de Atenção Básica fixo do município, repassado mensalmente pelo governo federal).

No mesmo período, o CHDMSAMONTE e um Centro de Especialidades Médicas Tradicional mineiro, inaugurado anteriormente ao processo de modelagem da Rede Hiperdia Minas, foram comparativamente avaliados. Um acompanhamento de 609 hipertensos e 136 diabéticos assistidos no CHDMSAMONTE de forma compartilhada com a APS demonstrou que o percentual dos usuários hipertensos que alcançaram redução da pressão arterial para níveis ótimos e o percentual de diabéticos que apresentaram redução da hemoglobina glicada para os níveis ideais, após três interconsultas no centro, foi de respectivamente 87 e 71%. De forma antagônica, no Centro de Especialidades Médicas Tradicional para hipertensos e diabéticos avaliado, sem a participação da APS, sistematicamente, não estavam disponíveis informações sobre a resolutividade desse serviço.

No CHDMSAMONTE, somente a organização do serviço de diabetologia no período evitou gastos diretos de R\$ 178.406,68. Para tal, foram investidos pela SES/MG R\$ 145.570,36. Para investimento e custeio do serviço de pé diabético de R\$ 170.000,00, foram evitados gastos acumulados de R\$ 3.139.192,96.

Em 2011, os Centros Hiperdia Minas cobriam 12 microrregiões do estado, beneficiavam 2,6 milhões de mineiros e apresentavam índice de satisfação dos seus usuários de 90,5%.

Futuro:

Indubitavelmente, Minas Gerais aponta para um caminho em que a incoerência estrutural do modelo de atenção organizado para o cuidado dos usuários agudos pode ser gradativamente vencida.

Referências bibliográficas:

World Health Organization. Diabetes [Internet]. Fact sheet n. 312. Media centre; August; 2011 [acesso em 2011 Nov 29]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html>

Ministério da Saúde (Brasil). Caderno de Atenção Básica. Número 16. Série A. Normas e Manuais Técnicos; 2006. p 9.

Ministério da Saúde (Brasil). Caderno de Atenção Básica. Número 15. Série A. Normas e Manuais Técnicos; 2006. p 9.

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. A Saúde dos Mineiros e os Ciclos de Vida. 2008-2009, 2010.

Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Núcleo de Pesquisa em Métodos Aplicados aos Estudos de Carga Global de Doença. Relatório Final do Projeto Carga Global de Doença do Estado de Minas Gerais, 2005. ENSPTEC – Tecnologias em Saúde para Qualidade de Vida. 2011. p 39.

NEVES, Aécio. Prosperidade: a face humana do desenvolvimento. Plano de Governo 2003-2006.

Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte: ESP-MG; 2008.

Mendes EV. Os Modelos de Atenção à Saúde. In: Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. p 244-292.

Secretaria Municipal de Saúde de Lagoa da Prata (Minas Gerais). Consolidado de Hipertensos e Diabéticos, período 2011. Sistema de Informação da Atenção Básica; 2011.

Fundação Dr. José Maria dos Mares Guia, Centro Integrado de Referência Secundária Hiperdia. Consolidado dos pacientes atendidos no Centro Integrado Hiperdia no período de abril de 2010 a junho de 2011. Sistema de Informação MCJ. Planejamento e faturamento; 2011.

MINAS GERAIS

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: A contratualização das Redes de Atenção: alinhando o modelo de gestão ao modelo de atenção

TEMA/SUBTEMA: A organização e a integração das ações e dos serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

AUTORES: Francisco A. Tavares Júnior e Lizziane d'Ávila Pereira

SETORES INSTITUCIONAIS ENVOLVIDOS: Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde; Subsecretaria de Regulação; Assessoria Jurídica.

Apresentação e justificativa:

Mesmo antes de iniciar o processo de implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG) percebia a importância de avançar para uma relação de parceria com os municípios e prestadores de serviço, melhorando o fluxo de transferência de recursos e trabalhando sob a lógica de contratos de resultado. Por fim, a opção feita pelo governo de Minas Gerais de implantar um modelo de

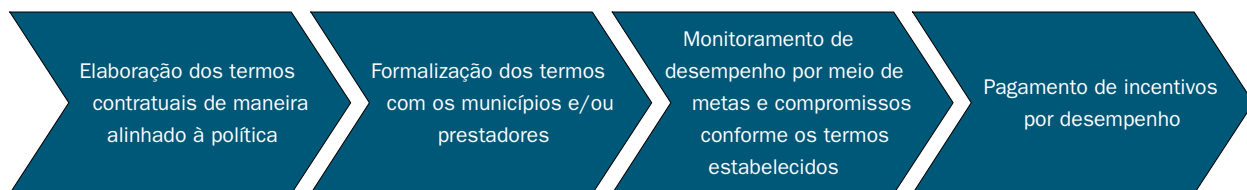
atenção organizado em redes tornou necessário construir um arcabouço de soluções compatíveis no que tange ao modelo de gestão. De nada adianta pensar em redes que visam a um contínuo cuidado da saúde dos cidadãos, se esses resultados não são mensurados e alinhados e até mesmo se não se concebe uma perspectiva de um contrato também organizado e orientado em redes. Instrumentos contratuais isolados com os diversos prestadores geram incentivos fragmentados e contribuem para o desalinhamento do sistema de saúde. Assim, diversos avanços no modelo contratual vêm sendo constituídos ao longo dos anos, na busca de promover o alinhamento e a sinergia entre os incentivos financeiros estaduais e os resultados alcançados.

Objetivos:

O principal objetivo é desenvolver, no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais (SUS/MG), a cultura de resultados, orientada para o fortalecimento das RAS. Como objetivos específicos, pode-se destacar a maior ênfase nas ações de monitoramento, o estabelecimento de relações de parceria com os municípios/prestadores e a busca por mecanismos que agilizem o processo (como a implantação de um sistema de informação).

Descrição das principais estratégias e atividades:

A construção dos avanços no que tange a contratualização no estado de Minas Gerais vem sendo gradativa. A cada nova experiência surgem novas lições aprendidas que apontam para a busca de um modelo mais simplificado, que reforce o conceito de parceria com os municípios e prestadores em prol da geração de valor para os cidadãos. É importante compreender e valorizar cada subprocesso de contratualização.



Para exemplificar os diversos avanços, destacamos a proposta contratual para o cofinanciamento das ações e dos serviços da Atenção Primária

à Saúde (APS) realizada pelo Programa Saúde em Casa em agosto de 2009, a qual vincula o repasse dos incentivos financeiros ao cumprimento de metas, relacionadas à ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família e a atenção à saúde da mulher e da criança – Rede Viva Vida. Firmou-se um termo com cada um dos 853 municípios, com metas variáveis e quadrimestralmente um acompanhamento é realizado, apurando o número de metas cumpridas, podendo o ente municipal apresentar recurso a uma Comissão de Acompanhamento no caso de não cumprimento. Ao fim do ano, a sobra de recursos financeiros do orçamento destinados a essa ação, consequente da parcela não repassada pelo não cumprimento de metas de alguns municípios, é transformada em um Bônus de Desempenho, aos municípios que obtiveram 100% de cumprimento de metas em todas as três avaliações anuais, expressando-se como um prêmio para quem alcançou seu compromisso com os bons resultados assistenciais. Essa nova experiência está agora potencializada e consolidada por meio de um sistema de informação (Sistema de Gerenciamento de Indicadores, Compromissos e Metas, Geicom) que permite que todo o processo seja realizado em meio eletrônico, inclusive a assinatura dos termos de compromisso, o monitoramento e o pagamento.

Tempos/Cronograma:

- 2003 – Início das primeiras transferências fundo a fundo e dos repasses sustentados por resoluções (como o do PROHOSP, cuja forma de monitoramento ainda era complexa e insipiente, com base no Plano de Ajustes e Metas, PAM);
- 2005 – Primeiro contrato do Saúde em Casa, com proposta de termo de compromisso que deve estar vinculado ao pagamento. O excesso de compromissos e metas e a visão de que estes eram semelhantes a convênios (foco em prestação de contas e não em resultados) frustrou essa experiência;
- 2006 – Contratos do Programa Viva Vida, com os municípios polo onde estão alocados os Centros Viva Vida: poucos indicadores, mas de difícil mensuração;
- 2008 – Criação da Assessoria de Contratos Assistenciais;
- 2009 – Nova proposta de contratualização do programa Saúde em Casa, com pagamento por desempenho e criação de bônus vinculados a

quatro indicadores, de mensuração simplificada e vinculados a estratégia do estado;

- 2009 – Publicação do Contrato Único: tentativa de unificação dos diversos instrumentos contratuais em um instrumento único com anexos temáticos;

- 2010 – Publicação do Decreto n. 45.468/2010 e início da implantação dos contratos gerenciados pelo Geicom. Constituiu-se em importante avanço, pois reforçou a gestão por resultados e instituiu um acompanhamento digital, por meio de sistema de informação. Esta nova proposta estimula a *accountability* e a transparência.

Avaliação:

Entre os aprendizados, destacamos:

- trabalhar com indicadores mais estratégicos e mensuráveis;
- trabalhar com um número suficiente de indicadores para acompanhamento do desempenho dos contratantes/parceiros;
- unificar as regras contratuais, reduzindo os estímulos à fragmentação do sistema;
- alinhar os incentivos (pagamento de bônus, descontos) aos contratos.

Essas lições aprendidas, por sua vez, resultam em avanços significativos na implementação das políticas. Nesse sentido, podemos novamente citar o contrato referente ao Programa Saúde em Casa, que, em 2009, reduziu os indicadores para apenas quatro, todos relacionados ao plano estratégico da SES/MG relativo ao estado, como:

- cobertura do Programa Saúde da Família (PSF);
- realização de exames citopatológicos;
- cobertura vacinal;
- percentual de nascidos vivos de gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal.

Nesses indicadores, destacam-se alguns avanços obtidos pelo estado, como aumento da cobertura de PSF, atingindo mais de 70% da população do estado e do percentual de gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal, saindo de cerca de 50%, em 2003, para aproximadamente 68%, em 2010.

Pode-se afirmar que a experiência inovadora proposta pelo estado por meio da contratualização para a APS gera o desenvolvimento, na APS, de uma cultura orientada para os resultados prioritários, discussão dos processos de trabalho, fortalecimento dos espaços regionais de governança do SUS e maior integração entre estado e municípios na organização das RAS. Esse movimento faz que a gestão dos SUS qualifique-se e promova a melhoria da qualidade das ações e dos serviços de saúde. É importante ressaltar que, do ponto de vista da contratualização, ainda há muito que avançar. Trata-se de um processo de construção contínua.

MINAS GERAIS

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: A infraestrutura da APS: suposto para melhoria da qualidade

TEMA/SUBTEMA: A organização e a integração das ações e dos serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

AUTORES: Camilla Teixeira da Silveira e Lizziane d'Ávila Pereira

SETORES INSTITUCIONAIS ENVOLVIDOS: Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde; Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde; Subsecretaria de Inovação e Logística em Saúde; Assessoria de Gestão Estratégica e Inovação; Assessoria Jurídica.

Apresentação e justificativa:

A adoção de um modelo de atenção organizado em redes exigiu a construção de políticas de saúde que buscassem fortalecer o centro coordenador e ordenador dessa estrutura: a Atenção Primária à Saúde (APS). Essas políticas encontram-se, atualmente, concentradas no âmbito do Programa Estruturador Saúde em Casa da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) que, desde 2005, busca fortalecer a porta de entrada do cidadão no sistema de saúde. Uma das estratégias adotadas por esse programa para promover o fortalecimento é o investimento em infraestrutura própria desse nível de atenção, visando melhorar sua qualidade e aumentar sua quantidade, por meio do apoio aos municípios no financiamento e/ou cofinanciamento da construção, reforma e/ou ampliação de unidades básicas de saúde e na aquisição de equipamentos necessários ao seu funcionamen-

to, bem como na distribuição de veículos automotores destinados a ofertar transporte adequado às equipes de saúde.

Objetivos:

Contribuir efetivamente para a ampliação da infraestrutura mineira de APS, assim como para melhoria qualitativa da estrutura física das unidades, do atendimento aos usuários e do acesso aos serviços de saúde prestados nesse nível de atenção.

Descrição das principais estratégias e atividades:

Os avanços na ampliação da infraestrutura do estado de Minas Gerais são gradativos e multifocais. Desde as primeiras ações, relacionadas às contemplações dos anos 2005 e 2006, até as experiências mais atuais, o estado tem atuado de forma direta, no caso da compra e distribuição de veículos, e de forma indireta, por meio de repasse de incentivo financeiro aos municípios a título de financiamento ou cofinanciamento da atuação municipal em torno das unidades básicas de saúde.

Em ambos os casos, os municípios beneficiários foram selecionados a partir do atendimento de critérios previamente definidos, os quais eram pautados, por exemplo, em limites populacionais, em número de Equipes Estratégia Saúde da Família (ESF) em funcionamento no município, no fator de alocação (que pondera a necessidade em saúde com o porte econômico dos municípios) e em restrições aos municípios contemplados anteriormente no mesmo objeto.

No tocante à atuação indireta, o estado possui duas frentes de atuação: a primeira, focada na concessão de recursos aos beneficiários com o intuito de financiar a obra em torno da unidade, estratégia denominada de financiamento; e a segunda, focada na concessão de recursos aos beneficiários do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) com o intuito de complementar os recursos transferidos pelo governo federal para execução das obras, estratégia denominada de cofinanciamento.

Ressalte-se, ainda, que os municípios cuja construção, reforma e/ou ampliação de unidade foi financiada ou cofinanciada com recurso estadual comprometem-se a elaborar seus respectivos projetos arquitetônicos

observando um programa físico mínimo exposto em instrumento normativo específico referenciado no documento legal de contemplação.

Destaca-se que o programa físico mínimo é elaborado conjuntamente por diversas áreas técnicas da SES/MG (APS, vigilância sanitária e rede física) e destina-se a discriminar os ambientes necessários, a descrever fisicamente cada um desses ambientes e a apresentar a carteira de equipamentos adequada às espécies de serviços compatíveis com a APS e com as necessidades de segurança e funcionalidade.

Esse programa físico tem como propósito apoiar os municípios na elaboração do projeto, garantir segurança para os profissionais de saúde e estabelecer um modelo de qualidade e conforto aos usuários. Devido ao fato de a execução das obras ser de responsabilidade do parceiro municipal e de o repasse de recurso financeiro estar atrelado ao alcance de fases de obra, a SES/MG, com o intuito de acompanhar o andamento das obras nos municípios beneficiados, realiza um monitoramento trimestral, mediante a visita de técnicos de edificação lotados nas 28 unidades regionais de saúde a cada um dos endereços contemplados. Por sua vez, a atuação direta envolve a distribuição de veículos aos municípios beneficiários com o intuito de transportar as equipes de saúde até a população, mediante publicação de resoluções específicas. Os veículos são distribuídos na proporção de um veículo para cada cinco equipes de ESF ou fração e buscam garantir o acesso dos profissionais das ESF aos domicílios de sua área de abrangência, bem como a ampliação do alcance da prestação de serviços.

Com o intuito de expandir as ações desse grupo bem como qualificá-las, o estado dedica-se, atualmente, a estudar novas formas de investimento em estrutura física e também a desenhar um novo programa arquitetônico de unidades básicas de saúde. Com os resultados desse estudo e desse desenho, pretende-se ampliar os esforços e padronizar a qualidade das unidades de saúde, visando apoiar a melhoria do atendimento e dos serviços prestados nesse nível de cuidado.

Tempos/Cronograma:

Os primeiros termos de compromisso e de doação direcionados a esse propósito foram firmados em meados de 2005. Especificamente, os in-

vestimentos estaduais (estratégia de financiamento) em unidades de saúde aconteceram nos biênios 2005-2006, 2007-2008, 2009-2010. Em 2010-2011, o estado instituiu a complementação estadual ao recurso repassado aos municípios contemplados com as obras do PAC (estratégia de cofinanciamento), na tentativa de assegurar a observância do programa físico de estrutura adotado por Minas Gerais. Os investimentos em transporte das equipes aconteceram em 2006, 2009, 2010 e 2011.

Pode-se afirmar que, ao longo dos anos, os instrumentos jurídicos e os critérios de contemplação têm se aperfeiçoado, assim como a forma de monitoramento da execução do objeto pactuado. Diante disso, percebe-se que os esforços são contínuos tanto no sentido de fortalecer essas ações quanto no de aprimorar sua forma de realização.

Avaliação:

Os investimentos realizados têm possibilitado a mudança na concepção do modelo de atenção primária, direcionando a atuação no sentido de promover unidades mais amplas, acolhedoras e adequadas às necessidades da população, valorizando os ambientes educacionais e o acesso aos serviços o mais próximo possível da casa das pessoas.

Essa mudança é em parte promovida pelas ações estaduais e, para se ter ideia dos resultados, pode-se dizer que, desde as primeiras contemplações até os dias atuais, foram realizadas 1.618 contemplações das quais mais de 1.197 obras encontram-se concluídas. Ademais, o governo do estado cofinanciou 303 obras a partir da lista de municípios contemplados pelo Ministério da Saúde e distribuiu 1.212 veículos, representando um montante aproximado de 335 milhões de reais em investimentos.

MINAS GERAIS

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: Programa Estadual de Controle Permanente da Dengue do Estado de Minas Gerais – ações intersetoriais de controle e prevenção

TEMA/SUBTEMA DA EXPERIÊNCIA: Atenção Primária à Saúde e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio; intersetorialidade: a rede além da saúde.

AUTORES: Gisele Bicalho, Joney Fonseca, Bruno França e Rodrigo Queiroga.

Apresentação:

O Programa Estadual de Controle Permanente da Dengue do Estado de Minas Gerais foi desenvolvido com a intenção de fortalecer as ações já existentes e, por meio da implantação de ações contínuas, criar estrutura legal que permita ações intersetoriais de controle e prevenção, além de trazer inovações para maior eficácia no combate à transmissão e melhorias nas ações assistenciais.

n. 25

*O estado e as Redes de
Atenção à Saúde –
1ª Mostra Nacional de
Experiências*

Justificativa:

A dengue é uma doença que atinge a população ao longo de todo ano, entretanto o período de maior probabilidade de transmissão ocorre nos meses chuvosos, especialmente no período de outubro a maio.

O fato de os ovos do vetor manterem-se viáveis por um período de até 450 dias torna a missão de interromper esse ciclo uma questão a ser considerada durante todo o ano para que sejam eliminados os possíveis criadouros.

Entre os criadouros e locais mais propensos ao acúmulo de água, podemos destacar: lotes vagos e sujos, caixas de água destampadas, pratos de vasos com água, pneus, copos, garrafas, piscinas não cuidadas, até pequenas poças de água em gavetas causadas pelo gotejar de aparelhos refrigeradores e de ar-condicionado e em marquises.

Apesar das ações desenvolvidas pelos gestores municipais, das supervisões realizadas pelas Unidades Regionais da Secretaria de Estado da Saúde (SES); das campanhas na mídia que esclarecem a população sobre esse agravo e de ações desenvolvidas pelos diversos segmentos da sociedade civil organizada, observamos o quanto é difícil combater essa doença que pode levar ao óbito.

Portanto, é necessário construirmos outras estratégias assegurando que o combate à dengue seja realizado durante todos os dias do ano.

Objetivos:

O objetivo principal do Programa Estadual é: a implantação de uma operação permanente de controle da dengue em todo o estado. Em 2010 e 2011, os objetivos específicos foram:

- desenvolver estrutura interna para eliminação de criadouros e observância do ambiente nas instalações do governo. (O governo do estado deve dar o exemplo antes de solicitar à sociedade que observe e elimine os criadouros em suas casas e organizações);
- desenvolver parcerias com a sociedade civil organizada para criar e ampliar ações intersetoriais de mobilização no combate à dengue;
- estruturar e apoiar ações locais em municípios com maior risco de epidemia, em consonância com as ações ali desenvolvidas, por meio do envio de equipes de mobilização e Força Tarefa para ações vigorosas para o combate à hipertransmissão.

Em 2012, além do objetivo geral e dos objetivos específicos anteriores, foram acrescentados:

- romper o ciclo de hipertransmissão;
- reduzir a letalidade por dengue;
- ampliar a mobilização.

Descrição das principais estratégias e atividades:

Marco Legal:

- criação de Comissões Permanentes de Combate à Dengue nos órgãos estaduais, em atendimento ao Decreto n. 45.494/2010;
- criação do Comitê Estadual de Controle da Dengue envolvendo a estrutura do governo, em atendimento ao Decreto n. 45.495/2010;
- publicação de Lei Estadual n. 19.482/2011.

Eixos de Vigilância e Assistência em trabalho conjunto para:

- Prevenção e controle com o envio de Força Tarefa em regiões de alto risco para:
 - identificação e eliminação de criadouros;
 - tratamentos químicos (focal, espacial e perifocal);
 - educação em saúde para a população (durante as visitas domiciliares).

Monitoramento:

- assessoria técnica aos municípios;
- acompanhamento e supervisão das ações municipais de controle vetorial e de casos;
- ações complementares e suplementares quando necessárias;
- atendimento pelo telefone 155 com registro e acompanhamento de denúncias.

Manejo Clínico:

- atualização do protocolo de tratamento de pacientes;
- cartão de acompanhamento do paciente: 250 mil unidades;
- Guia de Bolso da Dengue para profissionais de saúde: 20 mil unidades;
- capacitações de profissionais de saúde utilizando experiência exitosa do governo de Pernambuco trazida pelo Ministério da Saúde a Minas Gerais de treinamento *in loco* de curta duração para ampliação de cobertura da capacitação visando atingir, no mínimo, 80% dos profissionais mineiros;
- produção de 3 mil kits de capacitação, 20 mil fichas de avaliação para dengue e mil DVDs de manejo clínico;
- contratação de médicos para monitoramento assistencial, revisão de fluxos de atendimento e apoio na investigação de óbitos, além do apoio aos gestores municipais.

Eixo de Mobilização e Comunicação:

- aplicativos para dispositivos móveis, redes sociais, teatro e observatório da *web*;
- parcerias com entidades do primeiro, segundo e terceiro setor, por exemplo, associações de catadores de inservíveis, sindicatos, empresas e igrejas.

Tempos/Cronograma:

O programa foi lançado em 17 de novembro de 2010, com foco na adesão (Pare) para a população, relançamento em 13 de dezembro, com o foco na motivação (Pense/Sinta). O próximo passo será com foco na cooperação (Aja) com previsão de lançamento no fim de 2012.

Avaliação:

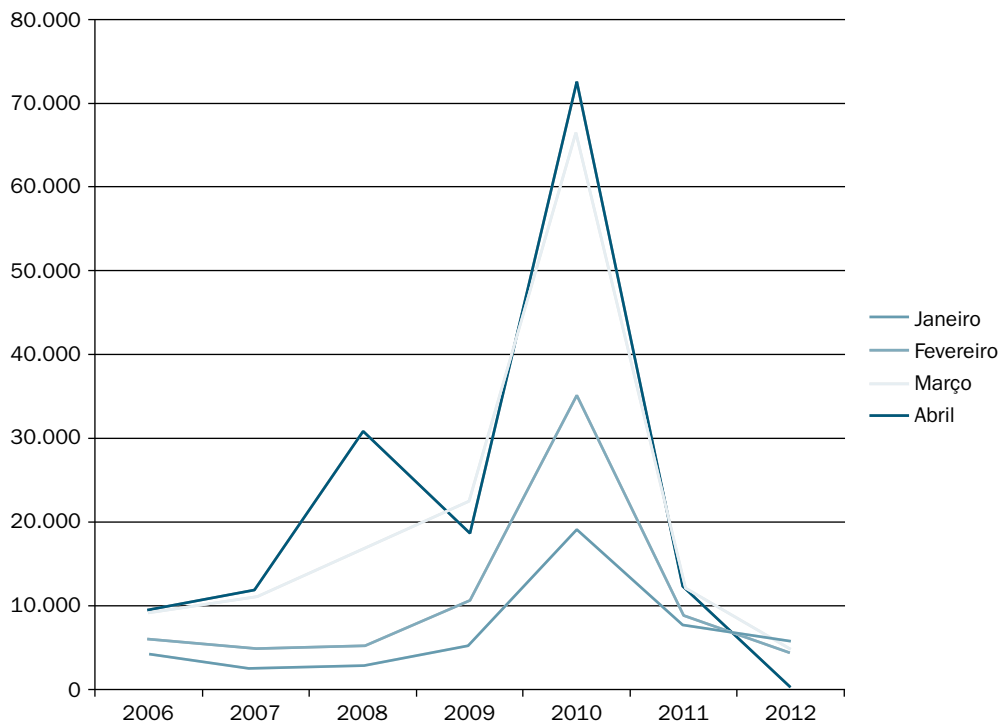
O programa criou 290 Comissões Permanentes de Combate a Dengue (CPCDs), com nomeação e treinamento (incluindo avaliação da capacitação). Em diversos órgãos, houve a criação de subcomissões, no total de 202. Foram capacitadas mais de 1.200 pessoas em todo o governo para combate à dengue dentro dos prédios e imóveis públicos pertencentes ao estado.

Em 2012, já foram estabelecidas mais de 200 parcerias em ações de Força Tarefa nos municípios de alto risco, incluindo a sensibilização de mais de 600 lideranças locais para mobilização. Nessas ações, foram distribuídos mais de 30 mil adesivos da campanha, 165 mil volantes, 114 mil manuais do combatente, 26 mil almanaques e 14 mil cartazes da campanha. Retiramos das residências em 2011 mais de 2 milhões de inservíveis e, em 2012, já foram retirados até o momento mais de 300 mil inservíveis.

Os indicadores epidemiológicos indicam significativa redução na incidência da doença em Minas Gerais, embora ainda haja regiões com situações preocupantes. Em 2011, houve 64.862 casos notificados. Naquele ano, em janeiro e fevereiro houve 17.178 casos de dengue; em 2012, houve 9.753 casos nos mesmos meses. A redução foi de 43%. Quando comparamos os números com 2010, quando o número de casos em janeiro e fevereiro foi de 54.423 casos, a redução é de 78%. Quando comparamos o número de casos notificados dos últimos seis anos, o ano de 2012 apresenta redução significativa, em especial até o momento com os resultados parciais de abril, mês historicamente detentor do maior número de notificações, conforme podemos ver no gráfico a seguir.

Número de casos registrados comparativamente nos últimos seis anos (até o dia 12 de abril de 2012)

n. 25
O estado e as Redes de
Atenção à Saúde –
1ª Mostra Nacional de
Experiências



Casos de Dengue Notificados segundo Mês de Início de Sintomas, Minas Gerais, 2006-2012

MÊS DE INÍCIO DE SINTOMAS	ANO						
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Janeiro	4.361	2.567	2.647	5.323	19.072	7.936	5.724
Fevereiro	5.948	4.857	4.983	10.809	35.351	9.242	4.662
Março	9.324	11.096	16.093	22.715	66.816	12.320	5.032
Abril	9.740	11.995	30.560	18.660	72.628	12.690	391
Maiο	6.645	6.560	15.137	12.448	45.046	9.696	
Junho	1.530	1.904	4.688	3.434	9.023	2.774	
Julho	427	829	888	1.770	2.973	1.474	
Agosto	287	412	554	592	1.823	1.182	
Setembro	256	448	473	372	1.727	1.232	
Outubro	540	970	727	638	1.452	1.711	
Novembro	1.152	1.270	1.281	2.104	2.263	2.258	
Dezembro	1.163	1.267	1.493	4.843	3.741	2.347	
Total	41.373	44.175	79.524	83.708	261.915	64.862	15.809

FONTE: PLANILHA SIMPLIFICADA DVA/SVEAST/SES-MG (2012 DADOS PARCIAIS SUJEITOS REVISÃO)

SINANONLINE - DVA/SVEAST/SES-MG (2011/2012 DADOS PARCIAIS SUJEITOS REVISÃO)

MINAS GERAIS

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: O Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (PROHOSP) e suas contribuições para a consolidação das Redes de Atenção à Saúde no estado

AUTORES: Bruno Reis de Oliveira, Elizabeth Stehling e Tiago Lucas da Cunha Silva.

Apresentação e justificativa:

O PROHOSP é um Programa do governo de Minas Gerais que modifica, de forma inovadora no país, a relação entre o estado e os hospitais públicos e privados sem fins lucrativos que prestam serviços ao SUS, porque

altera a lógica da relação convencional para a relação contratual, com base no cumprimento de compromissos e metas.

O PROHOSP foi elaborado dentro da proposta de reorganização das redes integrais de saúde do estado, buscando superar o paradigma inadequado do modelo hospitalocêntrico por meio da implantação de um modelo organizacional em redes de atenção integral à saúde, cuja porta de entrada deve ser, preferencialmente, a Atenção Primária à Saúde (APS) e não os hospitais.

A abrangência do Programa, por seguir a mesma coerência do Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais, procurou consolidar a política estadual de regionalização da saúde, investindo nas 75 microrregiões e 13 macrorregiões sanitárias do estado, levando em conta a base territorial e populacional a ser atendida em suas necessidades de saúde e a carteira de serviços oferecida pelos hospitais. Dessa forma, a rede do PROHOSP constitui-se em hospitais de referência macrorregional, que atendem ao elenco de procedimentos denominados de alta e média complexidade hospitalar especial (AC/MCHE) e hospitais de referência microrregional, que ofertam o grupo de procedimentos denominados de média complexidade níveis 1 e 2 (MCH1 e MCH2), segundo os critérios da Carteira de Serviços Hospitalares do SUS/MG.

Assim, o desenho da rede de hospitais do PROHOSP propicia ao usuário se deslocar na menor distância possível entre seu município de residência e a unidade hospitalar imprescindível para atender a sua necessidade de saúde, evitando, sempre que possível, o seu traslado para os hospitais de grandes centros ou para a capital.

Além de promover a regionalização da saúde e preencher os vazios assistenciais nas macro e microrregiões, o PROHOSP tem como estratégia principal fortalecer as redes prioritárias do estado – Rede Saúde Mental, Rede Viva Vida e Rede de Urgência e Emergência – principalmente com o pagamento extra de incentivos financeiros aos hospitais que obtiverem os resultados esperados nas áreas materno-infantil e de urgência.

Desde a implantação do Programa, em 2003, foram investidos mais de 700 milhões de reais provenientes do Tesouro do Estado e a transferência desses recursos para as unidades hospitalares é efetivada de acordo com o cumprimento de metas assistenciais e gerenciais preestabelecidas, formalizadas nos Termos de Compromisso e de Metas.

A base de cálculo para a transferência dos recursos é *per capita*, mas também leva em consideração a realidade socioeconômica de cada região. Dessa forma, as áreas mais carentes recebem, proporcionalmente, maior aporte de investimentos, buscando equidade na alocação desses recursos.

O acompanhamento do PROHOSP é realizado por meio de indicadores de evolução do Programa que medem aspectos dos resultados finalísticos. Os indicadores escolhidos estão relacionados a uma resposta assistencial hospitalar mais coerente com a lógica das Redes de Atenção à Saúde (regionalização da assistência e resolubilidade), principalmente em relação às redes prioritárias do estado, em que os hospitais desempenham papel importante como pontos de atenção nos níveis terciário e secundário.

Para esse monitoramento, os hospitais do Programa foram estratificados de acordo com o elenco de serviços esperados para cada nível de regionalização assistencial e foram utilizados indicadores diferentes para cada nível de estratificação, de acordo com a carteira de serviços que oferecem ao SUS e com os objetivos macropolíticos do Programa.

O acompanhamento da regionalização da assistência e da resolubilidade dos hospitais proporciona uma análise individual e comparativa das diferentes regiões sanitárias do estado, bem como permite a visualização da evolução positiva (ou negativa) do Programa.

No processo de escolha dos hospitais participantes do PROHOSP, além da exigência primeira de serem hospitais públicos, privados sem fins lucrativos, filantrópicos ou universitários, foram adotados critérios técnicos baseados no porte, no âmbito de cobertura, no número de leitos SUS e na carteira de serviços oferecida, com os objetivos de preencher os vazios assistenciais e descentralizar os serviços. É um processo de escolha democrático, porque envolve os pareceres dos secretários municipais de saúde, no âmbito das CIBs, os relatórios técnicos das Regionais de Saúde e os estudos técnicos realizados pela SES.

O parque hospitalar de Minas Gerais é composto por 541 hospitais, dos quais mais de 85% prestam serviços ao SUS. Desse elenco, o PROHOSP beneficia uma carteira de 135 hospitais, espalhados estrategicamente em 106 municípios, representando mais de 53% de todos os procedimentos SUS do estado.

Dessa carteira de hospitais do Programa, 38 são hospitais de referência macrorregional e o restante, de referência microrregional. Juntos, os hospitais do PROHOSP representam 52% dos hospitais do estado que atendem alta complexidade, 93% dos hospitais do estado que são referência para gestante de alto risco, 64% dos hospitais que possuem UTI adulto, 78% dos hospitais que possuem UTI pediátrica e 79% dos hospitais que possuem UTI neonatal.

Em 2011, realizaram 55% das internações SUS de média complexidade, 65% das internações SUS de alta complexidade, 65% das internações SUS de cirurgia, 61% das internações SUS de obstetrícia, 55% das internações SUS de pediatria e 80% das internações SUS em UTI neonatal (fonte: DATASUS TABWIN, 2011).

Realizaram 114.579 partos pelo SUS em 2011 (61% dos partos de Minas Gerais) e 46.583 internações SUS em UTI (64% das internações do estado) (fonte: DATASUS, TABWIN, 2011).

Para cumprir seus objetivos, o PROHOSP trabalha de maneira transversal com todos os outros Programas Estruturadores do estado, alinhando, dessa forma, a visão, a missão e os macrorresultados a serem alcançados, preconizados no Plano Estratégico de Minas Gerais.

MINAS GERAIS

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: Programa Aliança pela Vida: Minas Gerais e a Atenção ao Usuário de *crack* e outras drogas

TEMA/SUBTEMA DA EXPERIÊNCIA: A organização e a integração das ações e dos serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

AUTORES: Tanit Jorge Sarsur e André Luiz Pereira.

SETORES/INSTITUIÇÕES ENVOLVIDOS: Assessoria de Articulação, Parceria e Participação Social (AAPPS), do Governo do Estado/MG; Secretaria de Estado de Governo (Segov); Secretaria de Estado de Casa Civil e de Relações Institucionais (SECCRI); Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão (Seplag); Secretaria de Estado de Defesa Social (Seds); Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social (Sedese); Secretaria de Estado de Educação (SEE); Secretaria de Estado de Saúde (SES); Secretaria de Estado de Esportes e da Juventude (Seej); Secretaria de Estado de Trabalho e Emprego (Sete);

Secretaria de Estado de Desenvolvimento dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri e do Norte de Minas Gerais (Sedvan); Secretaria de Estado Extraordinária de Gestão Metropolitana (Segem); e Controladoria-Geral do Estado (CGE).

Apresentação e Justificativa:

O estado de Minas Gerais lançou, em agosto de 2011, o Programa Aliança pela Vida, uma parceria do governo com entidades da sociedade civil para fortalecer a luta contra as drogas e implementar ações e medidas de enfrentamento aos problemas relacionados ao consumo e tráfico, sobretudo ao *crack*. O governo de Minas possibilitou a integração de uma equipe multidisciplinar. Foi criado o Comitê Coordenador da Agenda Intersetorial de Prevenção ao Uso Indevido de Álcool e Drogas e o Núcleo Técnico que assumiu o trabalho operacional em cada Secretaria de Estado. A força tarefa focou-se em um objetivo comum: maximizar esforços e recursos a serem aplicados na prevenção ao uso indevido de álcool, *crack* e outras drogas, que se constituam em ações de enfrentamento aos problemas integrados à sociedade civil.

A relação estabelecida entre o estado e os municípios nas práticas cotidianas da Secretaria de Estado de Saúde indicava que, se o estado desejasse expandir o Programa Aliança pela Vida, ele não poderia mais ser o prestador direto desses serviços: era necessário planejar e pactuar as ações com os gestores municipais. Somente a adesão dos municípios garantiria êxito à nova proposta. Desse modo, tornou-se necessária a construção de uma rede de atenção voltada para o enfrentamento do consumo de álcool, *crack* e outras drogas, na qual os profissionais da saúde, da assistência social, da educação e da defesa social e seus respectivos dispositivos e equipamentos estivessem ligados e referendados: a rede mineira Aliança pela Vida.

Objetivos:

Coordenar órgãos de governo e sociedade, visando fomentar estratégias de implantação, efetivação, melhoria de programas, ações, atividades de redução da demanda, danos sociais e à saúde, alcançando a qualidade de vida do usuário, visando à prevenção ao uso indevido de álcool, *crack* e outras drogas.

Objetivos específicos:

- fomentar as práticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde do usuário;
- estabelecer estratégias focadas em implantação, efetivação, melhoria de programas e ações de redução da demanda (prevenção, tratamento e reinserção social) e dos danos sociais e à saúde;
- avaliar, monitorar e propor mudanças na rede de atenção socioassistencial e iniciativas terapêuticas com foco no usuário e na família;
- articular e apoiar ações de educação, informação, capacitação, formação da sociedade e governo visando à efetiva redução da demanda, oferta, danos sociais e à saúde;
- desenvolver e definir indicadores e metas de avaliação de impacto do Programa Aliança pela Vida nos diferentes setores participantes da ação no estado.

Descrição das principais estratégias e atividades:

▪ Ações e resultados de 2011

Os resultados obtidos com o Programa, em 2011, em seu primeiro semestre de existência, trouxeram o tema à tona, criaram espaços para o debate e ações integradas e possibilitaram validar metodologias e tecnologias para que, em 2012, se alcance a necessária abrangência.

As principais ações realizadas foram:

- Curso Educação a Distância – Prevenção em Pauta no Canal Minas Saúde: Ampliação da transmissão do sinal da TV Canal Minas Saúde para mais de 11 mil pontos no estado; 20 mil servidores capacitados em 2011 nas áreas de Saúde, Educação, Defesa e Desenvolvimento Social pelo Portal Minas Saúde; Lançamento do curso *off-line* (videoaulas em DVD).
- Seleção de projetos para prestação de serviços de mobilização social, protagonismo juvenil, promoção de saúde e prevenção ao uso/abuso de álcool e outras drogas (Edital “MG” 4/8/2011 – Edição Extraordinária) – projetos avaliados pelo Núcleo Técnico da Agenda Intersetorial. Para assinatura do Convênio de Cooperação Técnica de acordo com a área temática do projeto selecionado; Foram selecionados 71 projetos e destinados R\$ 4.970.000,00 no total.

- Rua Livre de Drogas – acolhimento e orientação a dependentes químicos e seus familiares; orientação ao tratamento em centros, grupos, clínicas e comunidades terapêuticas; e agendamento de visitas técnicas a dependentes e seus familiares. Ação realizada em seis municípios do estado de Minas Gerais: Belo Horizonte, Santa Luzia, Contagem, Jaboticatubas, Lagoa Santa e Lagoa da Prata.

- SOS Drogas (Ligue 155) – *Call Center* de referência para usuários e familiares sobre álcool, *crack* e outras drogas; aumento do número de ligações de 200 para 3 mil por dia após do lançamento do Programa Aliança pela Vida.

- Cartão Aliança pela Vida (instituído pelo Decreto n. 45.739, de 22 de setembro de 2011) – criação do Cartão Aliança pela Vida (valor do benefício de R\$ 900,00 por mês de internação do usuário de álcool ou outras drogas), mediante os critérios para a concessão de benefício no âmbito do Programa Social Rede Complementar de Suporte Social e Atenção ao usuário de álcool ou outras drogas.

- Ampliação da Rede CAPS-AD repasse de recursos no valor de R\$ 100.000,00 a 20 municípios para a implantação de CAPS ad conforme a Resolução SES/MG n. 2.938, de 21 de setembro de 2011, perfazendo um total de R\$ 2.000.000,00.

- Ações para 2012-2014

As ações empreendidas em 2011 serviram para validar as metodologias e, a partir daí, pretende-se ampliar a abrangência das ações realizadas. A seguir, apresentam-se as ações a serem implantadas visando à consolidação da Rede Mineira Aliança pela Vida, construídas a partir de uma perspectiva intersetorial.

Conforme portaria do Ministério da Saúde, que enfatiza a atenção ao usuário de álcool e outras drogas, o Programa Aliança Pela Vida investiu seu esforço em um plano de ação plurianual com início em 2012, como foco no cuidado do usuário e da família, priorizando a estruturação da rede de saúde mental, em especial álcool e drogas, referenciando todo o tratamento no Centro de Atenção Psicossocial (Caps), expandindo o atendimento para 24 horas com retaguarda em leitos em hospital geral. Os Centros de Referência de Assistência Social (Cras) e os Centros Especializados de Referência de Assistência Social (Creas) são parte integrante dessa rede.

Haverá incentivo e suporte técnico para os municípios criarem ou transformarem os CAPS ad I ou II em CAPS ad III para a extensão de cober-

tura 24 horas. A APS em sintonia com o Caps de referência da sub-rede de atenção aos dependentes poderá facilitar o diagnóstico precoce, intervir no comportamento de uso de risco e alertar a família, além de integrar os demais serviços.

Os hospitais gerais farão o acolhimento em horário noturno de usuários em crise por meio dos serviços de Urgência e Emergência (UeE), intervenções de desintoxicação e manejo da Síndrome de Abstinência aos casos referenciados. Serão contrarreferência de casos de alta para tratamento e avaliação. As Unidades de Atendimento (UA) terão um papel de suporte clínico e psicossocial de retaguarda para o tratamento. Abrigarão temporariamente os usuários em tratamento que por motivo de vulnerabilidade social ou situação clínica necessitem estar abrigados. A Equipe de Consultório de Rua (ECR) terá a função de abordagem de usuários em situação de rua ou em locais de vulnerabilidade para o consumo de *crack* e outras drogas.

O Cartão Aliança pela Vida consiste no financiamento do tratamento em Comunidades Terapêuticas (CTs) devidamente cadastradas. As CTs na Rede Mineira cuidarão da reabilitação e reinserção social de casos referenciados pelo CAPS ad.

Tempos/Cronogramas:

O Programa Aliança pela Vida tem duas ações prioritárias de janeiro de 2012 a dezembro de 2015.

Avaliação:

O programa será avaliado anualmente, por um representante de cada secretaria de estado de Minas Gerais. Em conjunto, irão elaborar documento-base sobre as ações realizadas pelo programa.

MINAS GERAIS

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: Ações educacionais na saúde: fortalecendo a atenção primária como ordenadora das Redes de Atenção à Saúde

AUTORES: Wagner Fulgêncio Elias e Lizziane d'Ávila Pereira.

SETORES INSTITUCIONAIS ENVOLVIDOS: Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde; Assessoria de Normalização de Serviços de Saúde; Superintendência de Gestão de Pessoas; Canal Minas Saúde.

Apresentação e justificativa:

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), na implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), entende que a formação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) para a organização dos processos de trabalho e para a gestão do cuidado é fundamental. O Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS) é caracterizado pelo esforço conjunto de profissionais, gestores e cidadãos no fortalecimento da APS, por meio do planejamento, da operacionalização e do monitoramento de ações que visam à melhoria dos indicadores de saúde, à qualidade e à resolubilidade da assistência. O Programa de Educação Permanente para Médicos de Família (PEP) propõe metodologias de educação que auxiliam os profissionais médicos a encontrarem, em conjunto e com o apoio de tutores, soluções para dúvidas do cotidiano profissional, e o Curso de Especialização em Gestão da Clínica capacitou milhares de profissionais da APS nas Diretrizes Clínicas do estado.

Objetivos:

- Auxiliar no desenvolvimento de profissionais e equipes de saúde e na implantação de ferramentas de organização dos processos de trabalho, por meio de oficinas educacionais, encontros e capacitações com vistas ao fortalecimento da APS e à construção das redes integradas de atenção à saúde.
- Desenvolver capacidade de autoavaliação da prática atual e de construção de novos conhecimentos.

Descrição das principais estratégias e atividades:

Na estruturação das oficinas do PDAPS, têm-se três atores fundamentais: o tutor, o facilitador e os participantes locais. Os tutores são profissionais das universidades ou de instituições de saúde que orientam a implantação do PDAPS nas microrregiões e assumem a condução da oficina com os facilitadores.

Os facilitadores são profissionais vinculados à APS nos municípios, que assumem a função de replicar as oficinas para os participantes no nível local, auxiliar na implantação dos produtos das oficinas e consolidar os dados. Os participantes são os profissionais da APS nos municípios que, após a participação nas oficinas, devem desenvolver e implementar os produtos nas suas unidades de saúde.

Durante as oficinas são discutidas e avaliadas as ferramentas de trabalho, tais como mapeamento, acolhimento, programação local, protocolos e diretrizes clínicas. O PEP é estruturado em comunidades de prática chamadas GAPs (Grupo de Apoio Profissional) formados por oito a 12 médicos, coordenados por um supervisor. A partir dos problemas e dificuldades cotidianos, os profissionais trocam experiências e estudam em conjunto, visando ao aperfeiçoamento de suas práticas e habilidades clínicas.

Grandes eixos principais: o Círculo de Aperfeiçoamento da Prática Profissional (CAPP) – pequenos grupos, baseados na metodologia da revisão entre pares (*peer review*), destinados à reflexão sobre a prática corrente e promoção da melhoria de qualidade do cuidado; o Plano de Desenvolvimento Pessoal (PDP) – estratégia educacional com foco no desenvolvimento de metacognição, prática reflexiva e aprendizagem autodirigida; o Módulo de Capacitação (Módulos *Top*) – para grandes grupos, com o apoio de especialistas, é destinado à difusão rápida de informações e de conhecimento factual; o Treinamento em Serviço – destinado ao desenvolvimento de habilidades clínicas básicas ou especiais, por meio de treinamento da prática, na unidade de APS ou unidades de referência.

O Curso de Gestão da Clínica foi estruturado em aulas gravadas e transmitidas pelo Canal Minas Saúde e por conteúdo autoinstrucional no Ambiente Virtual de Aprendizagem, com o apoio de tutores e com foco nas Linhas-Guia de Atenção à Saúde da SES/MG.

Tempos/Cronograma:

A implantação do PDAPS ocorreu em três fases. Na fase 1, as oficinas foram realizadas nos municípios de Itabira e Uberlândia e nas microrregiões de saúde de Montes Claros/Bocaiúva e Janaúba/Monte Azul. A fase 2

abrangeu um conjunto de nove macrorregiões e, na fase 3, as quatro macrorregiões restantes do estado. O PEP existe desde 2007 e hoje está em 11 das 13 macrorregiões de saúde de MG. São mais de 300 grupos que se encontram periodicamente. O curso de Gestão da Clínica ocorreu entre os anos 2007 e 2008, em cujas aulas cerca de 3 mil profissionais foram inscritos.

Avaliação:

O PDAPS oportunizou aos profissionais de saúde o conhecimento e a aplicação dos diferentes temas e instrumentos que orientam a prática na atenção primária, impactando na organização dos processos de trabalho e qualificação dos profissionais, por exemplo: o papel da APS nas RAS; a territorialização e o cadastro da população; a estratificação familiar de risco; a programação local; a agenda da equipe de saúde; o acolhimento à demanda espontânea; a abordagem familiar; o prontuário familiar; os contratos de gestão; e o monitoramento. Aproximadamente 60 mil profissionais de saúde, de nível médio e superior, passaram pelas Oficinas do PDAPS, em uma iniciativa que abrangeu mais de 400 equipes de saúde.

O Curso de Gestão da Clínica permitiu maior disseminação das Diretrizes Clínicas de Atenção à Saúde. Todas as Linhas-Guia publicadas pela SES foram apresentadas e discutidas com os alunos.

O PEP tem provado ser uma ferramenta de atualização, aperfeiçoamento da prática profissional e de interação entre profissionais, contribuindo para o melhor cuidado à população. Dificuldades foram encontradas na fidelização do profissional médico à participação nos grupos e na adesão à metodologia de trabalho. O percentual de participação de profissionais não é uniforme no estado.

Para o ano de 2012 está prevista a ampliação do programa para todo o estado. Outras ações são: um monitoramento mais efetivo, com a inclusão de ações de incentivo à manutenção de grupos com no mínimo oito participantes, a criação do *site* do PEP, com espaço de interação entre profissionais e publicação de produtos realizados e a educação permanente dos tutores.

MINAS GERAIS

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: Farmácia de Minas: uma estratégia para ampliar o acesso e o uso racional de medicamentos no SUS

TEMA/SUBTEMA DA EXPERIÊNCIA: O papel do estado/SES na construção de redes; o estímulo e o apoio aos municípios para se organizarem em Redes de Atenção à Saúde (RAS); a presença dos elementos estruturais das RAS.

AUTORES: Renata Cristina Resende Macedo do Nascimento; Daniel Rezende Faleiros; Liziane Silva; Grazielle Dias da Silva.

SETOR/INSTITUIÇÃO ENVOLVIDA: Superintendência de Assistência Farmacêutica.

n. 25

*O estado e as Redes de
Atenção à Saúde –
1ª Mostra Nacional de
Experiências*

Apresentação e Justificativa:

Apesar dos esforços políticos e financeiros para a consolidação da Assistência Farmacêutica (AF) no SUS, permanece o desafio de garantir à população acesso e uso racional dos medicamentos prescritos. Para tanto, são determinantes a organização e qualificação dos serviços farmacêuticos e a mudança do modelo vigente, constituído por pontos de dispensação distribuídos de forma heterogênea entre as várias unidades de saúde municipais.

Em consonância com a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, com a Nota Técnica Conjunta do Ministério da Saúde, Conasems e CO-NASS (2008) e entendendo que a AF é um sistema de apoio e, por isso, parte fundamental da estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), Minas Gerais elaborou, em 2008, um plano de reestruturação da AF, com a implantação da Rede Farmácia de Minas (RFM).

Formada por farmácias públicas, construídas em parceria com os municípios, a proposta estrutura uma rede de Farmácias Comunitárias no SUS. Essas farmácias, sob supervisão de profissionais farmacêuticos, compõem a rede municipal de saúde e prestam serviços de saúde qualificados à população.

Objetivos:

O objetivo principal dessa estratégia é o de garantir o acesso (abastecimento regular com uso racional) aos medicamentos pela população, por

meio da organização da AF para atenção à saúde, maximizando os recursos financeiros e aprimorando as atividades técnico-gerenciais.

Destacam-se os seguintes objetivos específicos: garantir o abastecimento contínuo e regular de medicamentos; dispensar medicamentos dos três componentes da AF; implantar o Sigaf, sistema de gerenciamento da AF do estado que registra as etapas de programação, armazenamento, dispensação e acompanhamento farmacoterapêutico; humanizar o atendimento ao paciente, contribuindo para garantir a integralidade das ações em saúde; trabalhar de forma articulada com a rede de atenção à saúde e possibilitar o reconhecimento da Farmácia como estabelecimento de saúde no SUS.

Descrição das principais estratégias e atividades:

O estado de Minas Gerais pactuou em CIB a transferência Fundo a Fundo de um incentivo financeiro estadual para a construção e montagem de farmácias municipais. Além disto, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) repassa um valor mensal para custeio, a fim de promover a fixação do farmacêutico na unidade.

Para definição do parâmetro de implantação das farmácias, foi considerada a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) de uma farmácia para cada 20 mil habitantes em municípios de até 100 mil habitantes e uma farmácia a cada 30 mil habitantes em municípios acima de 101 mil habitantes. Considerando o princípio da equidade, o primeiro edital da Rede Farmácia de Minas priorizou os municípios menores de 10 mil habitantes. O segundo ampliou a cobertura para municípios até 30 mil habitantes e o terceiro permitiu a inscrição dos municípios não contemplados nos dois primeiros editais, sem limite populacional.

Mesmo sendo uma estratégia que conta com adesão dos gestores municipais, até o momento, em 2012, são 627 municípios contemplados para construção de uma farmácia, demonstrando a convergência dos esforços dos gestores do SUS/MG no sentido da conformação das RAS no estado.

Entre os municípios contemplados, destacam-se sete municípios, sedes de microrregião de saúde, que foram contemplados com uma planta ampliada para atendimento dos três componentes da AF: Básico, Estratégico e Alto Custo. Nesse modelo, a farmácia oferece atendimento no que diz res-

peito aos medicamentos básicos e estratégicos para os usuários do município sede e garante maior capilaridade do acesso aos medicamentos de Alto Custo aos munícipes de sua microrregião. Essas unidades são chamadas de Farmácias Integradas.

Para garantir a identidade visual, foram definidas plantas padrão para as farmácias e uma relação de equipamentos, que são adquiridos de forma centralizada pelo estado. O acompanhamento da execução das obras é realizado por meio de relatório fotográfico desenvolvido no Picasaweb, conforme padrão estabelecido pela Superintendência de Assistência Farmacêutica (SAF).

Vale ressaltar que, para o recebimento dos recursos do programa, é necessária a contratação de um farmacêutico pelo município para acompanhar a construção da farmácia e executar sua implantação e manutenção dos serviços de AF. O relatório é elaborado por esses farmacêuticos e o município é autorizado a receber os equipamentos e mobiliários e a inaugurar a farmácia após o aceite da equipe técnica da SAF da SES/MG.

Entre as dificuldades encontradas na fase de construção das farmácias, podem-se destacar: dificuldade de disponibilidade de terreno para construção das unidades por parte dos municípios, necessidade de profissionais e estagiários da área de engenharia ou arquitetura para acompanhamento das obras na SES/MG, pouca disponibilidade de farmacêuticos para atuação no setor público, gerando alta rotatividade deste profissional nos municípios e demora no processo de licitação das obras municipais.

Para além da construção física de farmácias padronizadas, o grande desafio dessa proposta é o de transformar a realidade local ao inserir o farmacêutico na equipe de saúde dos municípios. Esse profissional, historicamente desvinculado do cuidado, passa a prestar uma assistência farmacêutica de qualidade e em consonância com a lógica de RAS.

Outro desafio enfrentado durante a implantação desse serviço diferenciado é a diversidade de formação dos profissionais farmacêuticos, muitos sem experiência em serviço público. A essa realidade soma-se a estrutura de assistência farmacêutica municipal instituída, com serviços prestados por profissionais de outras áreas da saúde e de forma pulverizada nas unidades básicas de saúde. O projeto, nesse aspecto, apresenta uma mudança

de paradigma, com alteração da cultura da medicalização e a implantação de dispensação orientada em substituição à simples entrega de medicamentos.

Para que esse profissional tenha entendimento do seu papel no sistema de apoio às redes, são realizadas capacitações com foco na atualização de conhecimentos que vão da gestão à clínica. O primeiro seminário da RFM foi realizado em 2008 e contou com a participação de, aproximadamente, 100 pessoas entre farmacêuticos da rede e palestrantes convidados. O segundo seminário, realizado em 2010, contou com a participação de, aproximadamente, 500 pessoas, sendo 450 farmacêuticos que representaram 450 municípios do estado. O terceiro, realizado em 2011, contou com a participação de 600 farmacêuticos da RFM e premiou as melhores experiências dos farmacêuticos da Rede Farmácia de Minas, incluindo sua atuação em rede.

Além dos seminários, em 2011 foi realizado um curso *on-line* por meio do Canal Minas Saúde para 1.200 profissionais. Entre os temas abordados nas capacitações incluem-se: orientações para construção e montagem das farmácias, inauguração e funcionamento das unidades; boas práticas em farmácia; relação da farmácia com as equipes de saúde e acompanhamento farmacoterapêutico.

Tempos/Cronograma:

A RFM iniciou-se com a publicação do Plano Estadual de Assistência Farmacêutica do Estado de Minas Gerais, em 2007. Até 2011, com três anos de programa, foram contemplados 627 municípios do estado e inauguradas 310 farmácias. Apesar das dificuldades encontradas no processo de implantação da Rede Estadual de AF de Minas Gerais, ao fim de 2012, espera-se que mais 200 unidades sejam inauguradas e que o estado possa contar com uma rede de mais de 500 farmácias comunitárias públicas para atendimento à população.

A proposta é que, ainda neste ano, sejam contemplados mais 128 municípios e, em 2013, outros 91 municípios. Dessa forma, a expectativa é a constituição de uma rede composta por, aproximadamente, mil farmácias de Minas em funcionamento nos 853 municípios distribuídos por todo o estado até o ano de 2015.

Avaliação:

Para acompanhamento e monitoramento das obras, foi pactuado um indicador de tempo de execução da construção, que deve ser concluída em até 180 dias após o repasse financeiro pela SES/MG.

Para o monitoramento dos serviços em Rede foi implantado o Sigaf. Este sistema de gerenciamento possibilita o acompanhamento de todas as etapas do ciclo da AF, desde a aquisição de medicamentos até sua dispensação ao usuário e sua utilização correta. O módulo de acompanhamento farmacoterapêutico, em implantação em 2012, pressupõe que o farmacêutico interaja em RAS e com toda a equipe de saúde para garantir o uso correto e racional dos medicamentos pelo usuário.

Atualmente são acompanhados dois indicadores: utilização do Sigaf e manutenção de estoque mínimo de medicamentos em cada unidade. Os indicadores para avaliação da qualidade do serviço prestado encontram-se em fase de elaboração pela SAF, em conjunto com as Superintendências/Gerências Regionais de Saúde e municípios parceiros.

MINAS GERAIS

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: Integralidade: a Vigilância em Saúde nas Redes de Atenção em Minas Gerais

TEMA/SUBTEMA DA EXPERIÊNCIA: Vigilância em Saúde e Redes de Atenção.

AUTORES: Carlos Alberto Pereira Gomes, Romulo Batista Gusmão, Nayara Dornella Quintino, Elice Eliane Nobre Ribeiro e Vanessa Coelho.

SETORES/INSTITUIÇÕES ENVOLVIDOS: Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde; Superintendência de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador; Superintendência de Vigilância Sanitária; Superintendências e Gerências Regionais de Saúde da SES/MG.

Justificativa/Objetivos/Descrição das principais estratégias e atividades:

A Vigilância em Saúde (VS) é um elemento fator crítico ao sucesso de todo sistema de saúde focado em resultados e que se preste ao controle de determinantes, riscos e danos à saúde da população. Deve ser

organizada o mais próximo possível do território, pois o conhecimento aprofundado de sua dinâmica permite ao ambiente gestor identificar necessidades, informação essencial ao planejamento e à execução de ações articuladas de proteção, promoção e recuperação da saúde, e de prevenção de riscos e agravos. Inserir-na nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) é condição obrigatória para construção da integralidade na atenção e para o alcance de resultados, com desenvolvimento de um processo de trabalho condizente com as necessidades da realidade local.

A organização e a qualificação das redes, objetivando-se a integralidade da atenção, demandam a implementação de um sistema de VS que perpassa todos os pontos de atenção, integrando os processos de trabalho, planejamento, programação, monitoramento e avaliação e fomentando ambientes de Saúde Pública Baseada em Evidências.

Em Minas Gerais, importantes iniciativas têm sido desenvolvidas com o objetivo de assegurar aos cidadãos serviços de saúde efetivos e de qualidade. A principal estratégia do governo é a construção das RAS nos territórios micro e macrorregionais. Nesse sentido, alguns avanços foram conquistados: implantação de centros especializados e de sistemas logísticos e de apoio aos pontos de atenção da rede; diminuição da mortalidade infantil; melhoria da qualidade de vida da população idosa; implantação de uma rede hospitalar socialmente necessária nas micro e macrorregiões etc.

No entanto, desafios ainda persistem: incipiência quanto à integralidade das redes de atenção; abordagem assistencial prevalente em detrimento à promoção e proteção à saúde da população; desvinculação dos processos de trabalho da Vigilância em Saúde da estrutura das Redes Assistenciais.

Nesse sentido, a proposta apresentada traz como objetivos:

- integrar os processos de trabalho da Vigilância em Saúde às rotinas dos pontos de atenção da rede, bem como dos sistemas logísticos e de apoio;
- imprimir às redes assistenciais do estado de Minas Gerais potencial de resultado a partir de uma visão mais abrangente e sistêmica da abordagem do risco nos territórios sanitários.

Para atingi-los, teve início em janeiro de 2012 a seguinte estratégia:

- Organização de uma estrutura gestora no âmbito das Superintendências e Gerências Regionais de Saúde do estado: esta estrutura, composta por coordenações regionais de Vigilância em Saúde – área temática –,

Núcleos Microrregionais e Municipais de Vigilância em Saúde, possibilita o monitoramento e o apoio à execução das ações de Vigilância em Saúde nos municípios, facilita o intercâmbio de informações quanto ao desempenho e à *performance* dos sistemas microrregionais de VS, bem como o avaliação do grau de implantação dos processos de trabalho das áreas de Vigilância Epidemiológica, Ambiental, Sanitária, Vigilância da Situação de Saúde, Vigilância à Saúde do Trabalhador e Promoção da Saúde nos pontos de atenção, sistemas logísticos e de apoio do território.

- Modelagem da sala de situação regional: ferramenta que disponibiliza ao ambiente gestor regional informações suficientes para tomada de decisão gestora no âmbito de todas as redes temáticas (Viva Vida, Mais Vida, Hiperdia, Urgência / Emergência e Saúde Mental), permitindo visualização de indicadores de resultado, bem como da dinâmica de risco no território, e, conseqüentemente, maior assertividade nos investimentos planejados.

Organização de processos de trabalho da VS integrados às Redes Assistenciais: proposta de um ciclo de formação que envolve profissionais de nível médio (Agentes Comunitários de Saúde, Agentes de Endemias, Fiscais Sanitários) em ambiente de Educação a Distância na operacionalização de uma proposta de promoção e proteção à saúde da população no nível local; profissionais de nível técnico (Técnicos de Vigilância em Saúde) em atividade de formação presencial, facilitando a abordagem do risco no território municipal; e de nível superior, com a formação de especialistas, para a disseminação de uma visão gestora dos processos da Vigilância em Saúde e de mestres (mestrado profissionalizante), que subsidiarão o Sistema Estadual de Vigilância em Saúde com novas tecnologias e abordagens próprias dessa área.

- Incentivo financeiro aos municípios: esse produto incentiva a descentralização das ações de Vigilância em Saúde nos municípios, por meio de um processo de pactuação de elencos de ações da área assumidos pelo gestor municipal, aproximando-a do cidadão.

O papel da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) é desenvolver a gestão dos produtos mencionados, alinhando-os para a operacionalização, na prática, de uma VS integrada, inserida nas redes, com base em evidências e trabalhada em razão de resultados nos territórios.

FASE	PERÍODO (2012)	AÇÃO
1	janeiro a março	Organização do ambiente gestor da VS nas Superintendências e Gerências Regionais de Saúde – Áreas Temáticas de Vigilância em Saúde (28 Unidades), dos Núcleos Microrregionais (76 Unidades) e Municipais (853 Unidades) de Vigilância em Saúde.
2	janeiro e fevereiro	Start do produto “Incentivo Financeiro” aos municípios
3	fevereiro e março	Modelagem e disponibilização às Regionais de Saúde da ferramenta “Sala de Situação Regional”
4	fevereiro a abril	Organização dos produtos para estruturação dos processos de trabalho

Avaliação:

Para monitoramento dos resultados, foram definidas metodologias de verificação do grau de implantação das ações de Vigilância em Saúde nas Redes Assistenciais prioritárias do estado, tendo-se, ainda, como ferramenta de gestão à vista, Painel de Bordo regional específico, que veicula informações de *performance* e desempenho dos sistemas microrregionais de VS trabalhados sistematicamente junto aos *stakeholders* da proposta.

MINAS GERAIS

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: A elaboração de instrumentos de normalização – Linhas-Guia para a Implantação de Redes de Atenção à Saúde

AUTORES: Marco Antônio Bragança de Matos, Luciana Maria de Moraes Pereira e Fernando Antônio Gomes Leles.

Justificativa/Objetivos/Descrição das principais estratégias e atividades:

Os sistemas de saúde são caracterizados por singularidades organizacionais (segundo MINTZBERG, trata-se de uma “organização profissional”) e econômicas (para MENDES, 2002, há uma indução da demanda pela oferta), além de leis e princípios gerais (Leis de Wildavsky, de Roemer, da Caneta do médico e da Concentração da severidade e dos gastos com as doenças e Princípio da Variabilidade na prestação dos serviços, conforme MENDES, 2002), que afetam o seu funcionamento ótimo.

Cabe assim aos gestores desses sistemas compreendê-los e buscar mecanismos para gerenciá-los, reduzindo os possíveis efeitos prejudiciais e buscando maximizar os pontos positivos. Nessa perspectiva, vários países constataram que o meio de obter o ganho de eficácia e eficiência nos sistemas de saúde, quando comparado à clássica gestão de meios (centrada apenas em recursos humanos, materiais e financeiros), é a utilização crescente da gestão da clínica (DEPARTMENT OF HEALTH, 1998).

A Gestão da Clínica compreende a “aplicação de tecnologias de microgestão dos serviços de saúde com a finalidade de assegurar padrões clínicos ótimos, de aumentar a eficiência, de diminuir os riscos para os usuários e para os profissionais, de prestar serviços efetivos e de melhorar a qualidade da atenção à saúde” (MENDES, 2002). Assim, permite integrar os diversos pontos de atenção e seus recursos (materiais, humanos e insu- mos), com o objetivo de prestar uma atenção integral aos usuários, no lugar certo, no tempo certo, com o custo certo e a qualidade certa.

Para isso, a gestão da clínica dispõe, entre outras tecnologias, de instrumentos de normalização – as diretrizes clínicas –, recomendações preparadas de forma sistemática, com base em evidências científicas, com o propósito de influenciar as decisões dos profissionais de saúde e dos pacientes a respeito da atenção apropriada, em circunstâncias clínicas específicas. Esses instrumentos podem se apresentar de dois tipos: as linhas-guia e os protocolos clínicos.

Enquanto os protocolos normalizam o padrão de atenção em um ponto, as linhas-guia (LG) são mais abrangentes e normalizam todo o processo de atenção à saúde referente à determinada condição ou a determinado ciclo de vida. Portanto, contemplam as ações de Atenção Primária, Secundária e Terciária à Saúde, fornecendo apoio à decisão clínica e à organização dos processos de trabalho, sendo coordenadas pela Atenção Primária à Saúde (APS), com o objetivo estabelecer as competências e as responsabilidades dos diversos pontos, equipes e profissionais.

Desde 2003, a SES/MG estabeleceu como prioridade a elaboração de LG para as principais condições de saúde/ciclos de vida do estado. O processo de elaboração das LG na SES/MG foi coordenado pela Assessoria de Normalização e contou com a parceria das áreas técnicas da SES/MG com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), considerando-se o necessário

rigor científico, a corresponsabilidade das equipes de saúde, os objetivos de que sejam instrumentos de comunicação da rede, que sejam base para a decisão de profissionais e usuários e visando à excelência no atendimento. Ao fim do processo, cada uma das LG foi validada pelas respectivas sociedades de classe.

Foram elaboradas 10 LG, para os seguintes ciclos de vida e/ou condições de saúde:

- Pré-Natal, Parto e Puerpério;
- Criança;
- Adolescente;
- Idoso;
- Hipertensão e Diabetes;
- Tuberculose;
- Hanseníase;
- HIV/Aids;
- Saúde Mental;
- Saúde Bucal.

Na lógica da construção de Redes de Atenção à Saúde (RAS), as LG basearam-se no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MENDES, 2002), que se fundamenta na organização dos serviços a partir das necessidades de saúde da população e nas ações que produzem resultados nos vários níveis de intervenção.

As LG publicadas pela SES e, atualmente, em revisão vêm cumprindo os objetivos esperados:

- Possibilitar a mudança de comportamento dos profissionais:
 - As LG foram distribuídas para todos os profissionais da APS, aproximadamente 20 mil exemplares de cada LG.
- Foram implementadas por meio das seguintes ações:
 - Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde (PDAPS);
 - Programa de Educação Permanente para Médicos de Família (PEP);
 - Curso de Especialização em Gestão da Clínica na APS pelo Canal Minas Saúde;
 - Oficinas de Implantação das Redes Temáticas;
 - Seminários de discussões clínicas realizados nos municípios e nas Gerências Regionais de Saúde.

- Definição de elementos ou aspectos gerenciais que possibilitaram a organização da APS e da RAS nos territórios sanitários (município, microrregião e macrorregião):
 - territorialização com identificação da população-alvo;
 - estratificação de risco dessa população;
 - dimensionamento da necessidade de saúde;
 - definição do fluxo assistencial, da competência da APS e dos demais pontos de atenção da rede, assim como dos sistemas de apoio e logístico.
- Programação das ações pela APS:
 - foram desenvolvidas as Planilhas de Programação, instrumento que possibilitou às equipes de APS organizar suas ações tendo como ponto de partida sua população adscrita;
 - a planilha contempla as ações definidas em cada LG, calcula quantas atividades (consultas, grupos, visitas) são esperadas para cada condição/ciclo de vida já estratificadas por grau de risco;
 - possibilita às equipes organizar a agenda garantindo as ações programadas sem prejuízo do atendimento à demanda espontânea.
- Contratualização das equipes de APS:
 - as LG ofereceram elementos para que as equipes definissem suas metas considerando a necessidade de saúde da sua população-alvo diante da capacidade operacional de cada equipe da APS.

PARÁ

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: Processo de implantação da Atenção Primária à Saúde no estado do Pará: o caso da Macrorregião Sul

TEMA/SUBTEMA DA EXPERIÊNCIA: A Secretaria de Saúde do Estado do Pará (SES/PA) planifica a Atenção Primária à Saúde (APS) para sustentação da construção de Redes de Atenção à Saúde (RAS); o estímulo e o apoio às comissões intergestoras regionais à governança das RAS.

AUTORES: Jane Monteiro Neves, Marilda Fernandes, Mylenna Silva e Syane Costa de Paula Lago.

Apresentação:

A planificação da APS tem representado novo encontro com novos e velhos conceitos, teorias, fazendo a tessitura de um novo caminho e afirmando pressupostos constitucionais que norteiam o Sistema Único de Saúde. Essa prioridade tecnológica, política e ideológica conduzida pela APS tem revigorado as energias daqueles que acreditam que a saúde começa com o autocuidado e indicado que as pessoas e famílias empoderadas de saberes sobre o cuidar de si e das outras pessoas podem mudar a evidência epidemiológica de sua determinada região.

A valorização da APS por meio do processo de planificação abre a possibilidade de mudar posturas antigas em relação ao modelo de atenção à saúde praticadas pelos profissionais de saúde por novas atitudes e novas práticas de cuidado com a saúde da população.

A APS é entendida, portanto, como alicerce essencial para a mudança do modelo de atenção, coordenando o conjunto de intervenções individuais e coletivas que constituem, na RAS, as dimensões de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, além de levar à superação das dificuldades biológicas e sociais das famílias de determinado território.

Justificativa:

O estado do Pará possui uma população 7.581.051 habitantes e 143 municípios (na perspectiva de 144, esse último faltando oficializar). A SES/PA está organizada em oito macrorregiões de saúde e em 13 regionais da gestão estadual da secretaria. A Macrorregião Sul, composta pelas Regiões de Saúde do Araguaia, Planalto do Araguaia, Entre Rios e Araguaia-Xingu, é composta por 15 municípios, sendo os mesmos da gestão estadual que compõem o 12.º Centro Regional de Saúde da SES/PA, são eles: Água Azul do Norte, Bannach, Conceição do Araguaia, Cumarú do Norte, Floresta do Araguaia, Ourilândia do Norte, Pau D'Arco, Redenção, Rio Maria, Santa Maria das Barreiras, Santana do Araguaia, São Félix do Xingu, Sapucaia, Tucumã, Xinguara.

A população total dessa macrorregião é de 472.933 habitantes, cuja cultura é marcada pelo encontro de identidades culturais de famílias advindas de todas as regiões do Brasil. É, portanto, constituída das diferenças regionais encontradas na sociedade brasileira, na qual houve o encontro do chimarrão e do churrasco gaúcho com o arroz com pequi goiano, o cuscuz e a tapioca cearense, o leite de coco de babaçu maranhense, o feijão tropeiro mineiro, a *pizza* paulista, o açaí paraense, e pela qual foi se dando a construção da identidade cultural das famílias da região (FEITOSA, 2011).

Perfil sociodemográfico e epidemiológico:

O perfil epidemiológico da Macrorregião Sul despertou a atenção para o processo de Planificação da APS. A principal causa de mortalidade total, considerando todas as faixas etárias na região, é por causas externas (25,53%), atingindo principalmente a população de 20 a 39 anos, perfazendo o total 62,2% dessa faixa etária. A segunda causa de óbito é por doenças do aparelho circulatório (23,52%), afetando a faixa etária de 50 a 79 anos (39,5%). Se calcularmos a causa de mortalidade sem as causas externas, o percentual do total de óbitos por doença do aparelho circulatório sobe para 31,60%, passando a ser a principal causa. A terceira causa de morte é por sintomas e sinais e achados anormais, externos, clínicos e laboratoriais. Entre a população menor de um ano de idade encontra-se como principal causa de óbito as doenças classificadas em algumas afecções originadas no período perinatal, com 66,47% dos casos nessa faixa etária.

Há baixo número de gestantes que realizam sete ou mais consultas (6,94%), sendo que as gestantes (48,61%) da região realizam entre quatro e seis consultas durante o pré-natal. A região apresenta baixo número de gestantes que realizam o pré-natal. Somente 1,91% do total de número de partos são de gestantes que realizaram o pré-natal. O número de partos na faixa etária entre 10 a 19 anos perfaz o total de 35,78% do total de partos realizados na região, em 2009, com coeficiente de natalidade de 32%. Do total de nascidos vivos na Macrorregião Sul (3.753 partos realizados), em 2009, 52,22% foram do tipo parto vaginal (1.960) e 47,69% foram do tipo parto cesário (1.790), sendo que no município de Rio Maria, 77,4% dos partos foram realizados por meio de cesariana. Observa-se que o alto o índice

de cesarianas na região está muito acima do que é preconizado pelo Ministério da Saúde. O coeficiente de mortalidade materna é 72,69%, entretanto, em 2009, ocorreram óbitos maternos em apenas dois municípios dessa Macrorregião, em que o coeficiente de natalidade é de 32,08% e a taxa de fecundidade, de 0,06%.

Objetivos:

- socializar estratégias adotadas para a planificação da APS no Pará;
- descrever o processo da planificação da APS na Macrorregião Sul;
- apresentar os encaminhamentos do processo de implantação da planificação da APS na Macrorregião Sul.

Principais estratégias e atividades:

A planificação no estado do Pará foi iniciada em 2011 por meio da primeira oficina, intitulada “Redes de Atenção Primária à Saúde para os trabalhadores da Secretaria de Estado de Saúde Pública (SES/PA)”. Todavia, a sensibilização do secretário estadual e dos secretários municipais de saúde foi fundamental para o sucesso da ação. Foram disponibilizadas vagas para todos os setores da SES/PA.

Dos 80 participantes dessa oficina, 35 foram selecionados para serem facilitadores da Planificação nas Regiões de Saúde. Várias reuniões de trabalho foram realizadas com vistas à pactuação da programação e à definição de comissões, sobretudo, a sensibilização junto às forças técnicas e políticas do Sistema de Saúde no estado sobre os benefícios da construção de RAS. Durante as reuniões, foram definidos os grupos de trabalho para a realização de certas atribuições, sendo o grupo condutor responsável pela gestão do processo, conduzindo-o.

Na Macrorregião Sul, a planificação da APS foi iniciada em março de 2012 com a realização da 1.^a Oficina – Redes de Atenção Primária à Saúde. A mobilização prévia junto aos profissionais de saúde municipais para participarem dessa primeira oficina foi de fundamental importância para adesão ao processo. A realização das oficinas e a orientação e o acompanhamento da atividade de dispersão são as principais estratégias de convencimento para o comprometimento dos profissionais de saúde municipais.

Cronograma das atividades realizadas e planejadas:

Formação de Facilitadores Estaduais

- Setembro de 2011 – 1.ª Oficina – Redes de Atenção à Saúde;
- Dezembro de 2012 – 2.ª Oficina – Atenção Primária no Estado;
- Janeiro de 2012 – 3.ª Oficina – História das Políticas de Saúde no Brasil;
- Maio de 2012 – 4.ª Oficina – Território.

Formação de Facilitadores Regionais e Municipais

- Março de 2012 – 1.ª Oficina – Redes de Atenção à Saúde;
- Abril de 2012 – Orientação e Acompanhamento da Atividade de Dispersão;
- Maio de 2012 – 2.ª Oficina – Atenção Primária no Estado.

Avaliação:

A planificação da APS representa um aprendizado sobre a atenção primária, que refletirá no fortalecimento da saúde na região, e significa uma perspectiva de transformação da realidade, que se opõe à grande resistência dos profissionais de saúde municipais, causando receio dos facilitadores regionais. Os conhecimentos adquiridos são passíveis de aplicação imediata na realidade. Ressalta-se a participação de profissionais de saúde que atuam na assistência, principalmente dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF), em razão comumente de estes ficarem à margem das atividades de planejamento das ações que executam.

Verifica-se a necessidade de ampliar o tempo de debate, principalmente por abordar assuntos, teorias e conceitos novos; a participação ativa dos facilitadores regionais foi um ponto alto do processo na Região Sul do Pará. Contudo, os saberes sobre os quais houve diálogo na oficina trouxeram nova perspectiva, causando impacto nos profissionais de saúde da região.

PARÁ

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: A Planificação da Atenção Primária à Saúde no estado do Pará: os primeiros passos do processo

TEMA/SUBTEMA DA EXPERIÊNCIA: O papel do estado e da Secretaria de Estado de Saúde (SES) na construção de redes; o estímulo e o apoio aos municípios para se organizarem em Redes de Atenção à Saúde.

AUTORES: Jane Monteiro Neves, Ana Paula Arbage, Sílvia Correa e Vera Canto.

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS: Secretaria Estadual de Saúde do Pará (SES/PA); Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS); Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems); Universidade Estadual do Pará (Uepa).

Apresentação e Justificativa:

A planificação da Atenção Primária à Saúde (APS) é um dos componentes do Plano Estadual da Secretaria de Saúde do Estado do Pará (SES/PA). A SES/PA, ao realizar a análise da situação de saúde no estado, inicia uma trajetória de busca de superação diante dos seguintes “considerandos”:

- Considerando que a morbimortalidade da população paraense é 66% (IBGE, 2010) pelas condições crônicas.
- Considerando que os serviços de saúde estão organizados sob uma lógica verticalizada.
- Considerando a baixa cobertura da estratégia saúde da família (42% SCNES competência fevereiro 2012).
- Considerando que as unidades básicas não estão territorializadas.

A SES/PA busca, junto à câmara técnica do CONASS, a planificação da APS.

Objetivos:

- Descrever a experiência da SES/PA com o processo de planificação da APS junto às regiões de saúde do estado.
- Socializar a identificação de estratégias adotadas para adesão da planificação da APS nas regiões de saúde.
- Compartilhar o processo de avaliação com as Comissões Intergestores Regionais (CIR) nas regiões de saúde Metropolitana III e Araguaia.

Principais estratégias e atividades:

- Compor grupo condutor da Planificação da APS no estado (Portaria).
- Realizar oficinas com técnicos do nível central da SES/PA e docentes das universidades públicas (tutores).
- Envolver a Regional (SES/PA) da Região de Saúde.
- Apresentar na CIR a proposta da planificação por meio de um ponto de pauta da Regional.
- Pela CIR, organizar encontro entre o secretário estadual de Saúde, o Cosems e os prefeitos da região de saúde com respectivos secretários municipais de saúde.
- Construir o plano da planificação junto a CIR correspondente a cada Região.
- Desenvolver o plano com acompanhamento de cada CIR.
- Diante da situação de saúde apresentada e discutida em cada CIR, é apontada a rede de prioridade da determinada Região, embora a SES/PA recomende a rede materna e infantil.
- A SES/PA como corresponsável e gestora estadual única tem o compromisso de assumir o maior aporte financeiro e acompanhar o curso de especialização em gestão da APS desenvolvido em cada Região em conjunto com as duas universidades públicas (Uepa e Universidade Federal do Pará, UFPA).

Principais dificuldades encontradas:

A demora da normalização do repasse do cofinanciamento da APS aos municípios.

Período do desenvolvimento do processo:

- Fase preparatória: julho/2011
- Início das oficinas: agosto/2011

PARANÁ

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: Rede de Atenção Mãe Paranaense
AUTOR: Márcia Cecília Huçulak.

Justificativa:

A Rede Mãe Paranaense foi definida como uma rede prioritária no Plano de Governo para a Saúde 2011 a 2014 do governador Beto Richa. Essa prioridade foi estabelecida com base na análise dos indicadores de mortalidade infantil e materna, que, apesar da redução ao longo dos últimos anos, apresenta indicadores muito desiguais entre as regiões de saúde do estado do Paraná, um elevado percentual de óbitos maternos (81%) e infantis (61%) evitáveis e a ausência de todos os pontos de atenção organizados para atender às gestantes e às crianças.

A razão de mortalidade materna no Paraná, no período de 2004 a 2008, foi de 62,8/100.000 nascidos vivos (NV); em 2010, foi de 63,8/100.000 NV, o que demonstra uma estagnação no indicador. A Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) e as hemorragias são as causas mais frequentes, representando 32,2% das mortes registradas no período.

O coeficiente de mortalidade infantil em 2002 foi de 16,4/1000 NV; em 2007, 13,2/1000 NV; e, em 2010, o coeficiente foi de 12,12/1000 NV. A maior concentração de óbitos em menores de um ano de idade ocorreu no período perinatal, revelando a estreita relação desses eventos com a qualidade de atenção à saúde da gestante, ao parto e ao recém-nascido.

Estratificação de risco da gestante e da criança:

De acordo com essa análise, verificou-se a necessidade de se estabelecer na Rede Mãe Paranaense a estratificação de risco da gestante e da criança como elemento orientador para organização da atenção nos seus diversos níveis.

Com base nesse estudo, definiram-se três graus de risco da gestante e da criança, risco habitual, risco intermediário e alto risco. Vale a pena esclarecer que o nível intermediário refere-se a gestantes que apresentam fatores de riscos relacionados às características individuais como raça, etnia e idade, dados sociodemográficos como a escolaridade e história reprodutiva anterior.

A melhoria da Atenção Primária à Saúde é pressuposto para a organização da rede Mãe Paranaense, considerando que a captação precoce da gestante e o acompanhamento da criança são elementos fundamentais

para uma atenção de qualidade, assim como a classificação de risco da gestante e da criança vinculando-os aos serviços especializados.

O que é a Rede Mãe Paranaense:

A Rede Mãe Paranaense propõe a organização da atenção materno-infantil nas ações do pré-natal, parto e puerpério e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, em especial no seu primeiro ano de vida.

É um conjunto de ações que envolvem a captação precoce da gestante, o seu acompanhamento no pré-natal, com no mínimo sete consultas, a realização de 17 exames no período do pré-natal, a classificação de risco das gestantes e das crianças, a garantia de ambulatório especializado para as gestantes e crianças de risco, a garantia do parto por meio de um sistema de vinculação ao hospital conforme o risco gestacional.

O público-alvo desse programa são as mulheres em idade fértil e crianças menores de um ano de idade, o que, segundo dados do IBGE/2010, representa uma população de 177.557 mulheres e, de acordo com dados do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (Sinasc), 152.350 nascidos vivos no estado do Paraná no ano de 2011.

Embora a Rede Mãe Paranaense tenha como público-alvo as mulheres e as crianças, é importante destacar que ações implantadas deverão promover a qualidade de vida de toda a Família Paranaense.

Componentes da Rede Mãe Paranaense:

Uma rede de atenção se consolida a partir da implantação dos seus cinco componentes. Por isso, o governo do Paraná está investindo na consolidação da Rede Mãe Paranaense com as seguintes ações:

- A APS organizada em todos os 399 municípios do Paraná é pressuposto para a implantação da Rede Mãe Paranaense. Por meio do Programa APSUS, o governo do estado está alocando recursos financeiros para:
 - Melhorar a estrutura dos serviços de APS, investindo na construção, reforma, ampliação de equipamentos para as Unidades Básicas de Saúde (UBS).

- Entregar a 391 municípios de acordo com critérios de vulnerabilidade epidemiológica e social incentivo financeiro para custeio das equipes de saúde que atuam na APS.

- Implantar a segunda opinião e o telessaúde para apoiar os profissionais das equipes de APS.

- Ampliar as ações na área de saúde bucal, em especial à gestante e à criança.

- Apoiar os municípios para a realização do acompanhamento das crianças de risco até um ano de vida.

- Na atenção secundária e terciária, efetivar:

- A implantação dos ambulatórios para atendimento da gestante e criança de risco nas 22 regiões de saúde do estado, por meio do Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde (COMSUS).

- A garantia da referência hospitalar para a realização do parto de modo seguro e solidário, o mais natural possível, de acordo com o grau de risco da gestante, por meio de um sistema de vinculação da gestante, por meio do Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do SUS Paraná (HOSPSUS).

- A alocação de recursos para a ampliação de leitos de unidade de terapia intensiva (UTI) adulto, neonatal e pediátrica, bancos de leite humano e a melhoria das condições das salas de parto, nos hospitais vinculados.

- A instituição do incentivo de qualidade do parto para os hospitais que atendem aos critérios para uma adequada atenção ao parto.

- Os sistemas de apoio diagnóstico visam:

- À garantia dos exames de pré-natal e do acompanhamento da criança.

- À viabilização dos insumos necessários para o funcionamento da Rede de Atenção Materno-Infantil.

- Os sistemas logísticos devem:

- Padronizar e disponibilizar a carteira da gestante e da criança em todo o estado.

- Implementar transporte sanitário eletivo e de urgência para gestantes e crianças de risco menores de um ano.

- O sistema de governança da rede, por meio das Comissões Intergestores Bipartites (CIB) Regionais deve:

- Implantar o sistema de monitoramento da Rede Mãe Paranaense em todas as regiões de saúde do estado (central de monitoramento das gestantes e das crianças de risco).
- Qualificar os profissionais que atuam nos pontos de atenção da rede por meio de programas de educação permanente.
- A Secretaria de Estado da Saúde estabeleceu parceria com a Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Paraná (Sogipa), a Sociedade de Pediatria do Paraná e a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn-Pr), para a realização de cursos e de atualização profissional das equipes.

Mapa Estratégico da Rede Mãe Paranaense

MISSÃO	Garantir acesso e atenção à saúde, promovendo o cuidado seguro e de qualidade na gestação, parto, puerpério e as crianças menores de um ano de idade.
VISÃO	Ser, até 2020, o estado com uma Rede de Atenção Materno-infantil que apresenta padrões de qualidade, organizada em todas as regiões do estado com equidade e com a mínima ocorrência de óbito maternos e infantis.
VALORES	<div style="display: flex; justify-content: space-around; padding: 10px;"> <div style="border: 1px solid white; padding: 5px; background-color: white; color: #005680;">Compromisso</div> <div style="border: 1px solid white; padding: 5px; background-color: white; color: #005680;">Ética</div> <div style="border: 1px solid white; padding: 5px; background-color: white; color: #005680;">Vínculo</div> <div style="border: 1px solid white; padding: 5px; background-color: white; color: #005680;">Humanização</div> </div>
SOCIEDADE	Reduzir a mortalidade materna e infantil. Garantir o funcionamento da rede de atenção materno e infantil em todo o estado.
PROCESSO	<ul style="list-style-type: none"> • melhorar a qualidade e a resolubilidade na assistência ao pré-natal parto e puerpério; • implantar e implementar a Linha-Guia da Atenção Materno-infantil; • implantar a estratificação de risco em todos os níveis de atenção para a gestante e para a criança; • vincular as gestantes aos hospitais de referência, conforme estratificação de risco, promovendo a garantia do parto, estabelecendo padrões de qualidade e segurança; • melhorar a assistência ao pré-natal de alto risco e o acompanhamento das crianças de riscos menores de um ano; • implementar transporte sanitário eletivo e de urgência para gestantes e crianças de risco menores de um ano; • disponibilizar os exames de apoio e diagnóstico e medicamentos de pré-natal padronizados pela linha-guia.

GESTÃO	<ul style="list-style-type: none"> • contratualizar os hospitais para vinculação ao parto; • implantar Central de Monitoramento do Risco Gestacional e Infantil; • capacitar profissionais de saúde de todos os níveis de atenção da Rede de Atenção Materno-Infantil; • viabilizar os insumos necessários para funcionamento da Rede de atenção Materno-Infantil; • consolidar sistema de governança da rede de Atenção Materno-Infantil - Mãe Paranaense.
FINANCEIRA	<ul style="list-style-type: none"> • garantir incentivo financeiro para os municípios que aderirem à Rede Mãe Paranaense e realizarem o acompanhamento das gestantes e crianças, conforme critérios estabelecidos; • garantir Incentivo da Qualidade ao Parto para os hospitais de referência com garantia da vinculação do parto.

A mudança dos indicadores de mortalidade materna e infantil requer a ação contínua e conjunta de todos, profissionais de saúde, gestores, prestadores de serviços, sociedades científicas, universidades e organizações sociais. E é isso que a Secretaria de Saúde do Estado do Paraná propõe com a Rede Mãe Paranaense, a conjugação de esforços de todos para que a vida que nasce no Paraná nasça com Saúde.

PERNAMBUCO

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: Programa Mãe Coruja Pernambucana: construindo Redes Sociais de Atenção ao Cuidado da Mulher e da Criança

TEMA/SUBTEMA DA EXPERIÊNCIA: intersectorialidade: a rede além da saúde.

AUTORES: Ana Elizabeth Andrade Lima e Lusanira Maria da Fonsêca de Santa Cruz.

SETORES/INSTITUIÇÕES ENVOLVIDOS: Secretaria Estadual de: Educação; Saúde; Agricultura; Criança e Juventude; Planejamento e Gestão; Trabalho, Qualificação e Empreendedorismo; Desenvolvimento Social e Direitos Humanos; Mulher e Governo; 103 municípios pernambucanos, sociedade civil organizada, Pastorais da Criança, Save the Children/Fundação Abrinq, Rede Nacional da Primeira Infância, Unicef. Gerência de Saúde da Criança, Gerência da Saúde da Mulher, Superintendência da Atenção Primária, Diretoria Geral de Assistência à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde.

Apresentação e Justificativa:

A estruturação de redes de enfrentamento à mortalidade infantil – entendida como atenção ao cuidado, abordando suas causas intersetoriais e transdisciplinares – apresenta grande desafio para o SUS. Pernambuco tem um quadro sanitário caracterizado por redução da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e aumento por doenças crônicas degenerativas. A taxa de mortalidade infantil apresenta tendência decrescente, tendo, no entanto, distribuição heterogênea em seu território. Este estudo vem discutir a formação de rede de proteção social materno-infantil por meio de uma política de saúde pública: Programa Mãe Coruja Pernambucana.

Diante desse cenário, o governo estadual e o municipal estabeleceram um pacto para redução da mortalidade infantil e materna nos municípios de Pernambuco, enfrentando os problemas encontrados de forma intersetorial e interdisciplinar em 103 municípios do estado.

Os princípios fundamentais que nortearam o Programa Mãe Coruja Pernambucana (PMCP) foram:

- Atendimento às necessidades das gestantes e das crianças de 0 a 5 anos de idade.
- Estruturação de redes por meio de linhas de cuidado.
- Integração e matriciamento dos serviços de prestação de assistência social e de saúde.
- Aprofundamento do processo de análise situacional nas necessidades do território de cada município.
- Respeito à autonomia dos atores envolvidos no processo do território.
- Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) e seu diálogo com os outros níveis de atenção.
- Estabelecimento de cogestão participativa entre gestor estadual e municipal.

Este trabalho relata a experiência de implementação da atenção integral às gestantes usuárias do SUS, bem como aos seus filhos e famílias, criando uma rede solidária articulada nos eixos da saúde, educação, desenvolvimento e assistência social para redução da mortalidade infantil e materna. Da rede de atenção ao cuidado da gestante e das crianças de 0 a 5 anos de idade cadastradas no PMCP, constituída por 103 municípios, atualmente

n. 25

*O estado e as Redes de
Atenção à Saúde –
1ª Mostra Nacional de
Experiências*

o programa tem 69.932 gestantes cadastradas e 30.419 crianças de 0 a 5 anos de idade acompanhadas.

Objetivos:

- Constituir uma rede de atenção integral do cuidado à gestante e à criança.
- Definir e articular instância de cogestão do cuidado no território municipal.
- Programar linhas de cuidado priorizadas no programa.
- Fortalecer a Atenção Básica.
- Desenvolver práticas sanitárias integrais, buscando a intersectorialidade dos problemas.
- Qualificar os Cantos da Mãe Coruja como estrutura matricial indutora do cuidado.

Principais estratégias e atividades:

A estratégia utilizada foi a articulação de políticas integrais com envolvimento de nove secretarias de governo no território municipal para implantar e organizar a rede de atenção materno-infantil, estruturando necessidades intersectoriais de uma população-alvo constituída por mulheres gestantes, usuárias do SUS, e crianças de 0 a 5 anos de idade.

Os indicadores trabalhados na análise foram: acesso a seis consultas do pré-natal e uma do puerpério, cobertura vacinal, implantação dos Cantos Mãe Coruja e acesso a políticas públicas inclusivas disponíveis.

Cantos Mãe Coruja são os espaços físicos que estão presentes em todos os municípios com mortalidade acima de 25 para cada 1000 nascidos vivos.

Cada canto Mãe Coruja conta com dois profissionais para cadastrar e acompanhar as gestantes e seus filhos, articulando as ações das diversas secretarias estaduais, municipais, sociedade civil organizada e parceiros, criando assim uma rede solidária para o cuidado integral da gestante, filho e família. No sentido de monitorar, visualizar necessidades e encaminhamentos, foi criado um sistema de informação por onde se faz o monitoramento das ações.

Foram implantados 103 cantos nos municípios que apresentaram mortalidade infantil acima de 25/1.000 nascidos vivos, com dois profissionais com prática instituída de análise situacional, monitoramento e intervenção no território municipal.

O Canto Mãe Coruja assumiu a prática de matriciamento que pressupõe quatro aspectos básicos: o primeiro é um trabalho em equipe e a noção de referência; o segundo é o compromisso de estabelecer o cuidado com a vida; o terceiro é a promoção de conhecimento para as gestantes e suas famílias; e o quarto é o empoderamento das pessoas, considerando os sujeitos nos seus contextos, na sua família e na sua comunidade.

O papel da equipe matriciadora e articuladora no território de cada município passa pelo suporte técnico-pedagógico como retaguarda aos diversos serviços e profissionais da Atenção Básica, vislumbrando potencializar a interatividade resolutiva entre esses atores da Atenção Básica e os dos demais serviços do município (de saúde, educativos, jurídicos, assistenciais, esportivos, renda, sustentabilidade, inclusão social...), formando, assim, grande rede de serviços não burocratizada e eficaz. A esse movimento dá-se o nome de cuidado como prática política, que não perde de vista a importância do acolhimento e do vínculo e o monitoramento entre o profissional cuidador e a gestante e família assistida.

Tempos/Cronograma:

O programa teve início em duas regionais de saúde em 2007, estando hoje presente em 12 regionais e beneficiando 103 municípios com Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) acima de 25/1.000 nascidos vivos. O eixo da saúde instituiu o desenho da rede de atenção ao parto articulado ao diálogo da APS e os outros níveis de atenção, qualificando o pré-natal e estabelecendo fluxos de referência e contrarreferência, atualmente em parceria com a Estratégia da Rede Cegonha. O eixo educação utiliza o círculo de cultura no enfrentamento do analfabetismo e a garantia de cidadania. O eixo desenvolvimento social articula a inclusão da gestante em políticas públicas intersetoriais de inclusão social por meio dos Centros de Referência de Assistência Social (Cras).

Avaliação:

Foram definidos critérios de avaliação em todos os eixos do programa que vêm sendo monitorados por meio de reuniões sistemáticas e no monitoramento de metas estratégicas e prioritárias do governo do estado. As reuniões são realizadas mensalmente com participação dos profissionais dos cantos da Mãe Coruja, de regionais de saúde e nível central e sociedade civil organizada. Entre outros avanços, observa-se a redução na mortalidade infantil de Pernambuco, principalmente nos municípios no quais o Programa está implantado, a exemplo do sertão do Araripe, com redução de 22%.

O processo de implantação da rede social do programa levou à pactuação com os serviços e os gestores do território em que há novos problemas e desafios, podendo-se afirmar com certeza que haverá contribuições para as discussões e as formulações de novas práticas e estratégias para a implantação de redes de atenção solidária.

A seguir, podem-se observar os níveis de gestão dos eixos do programa:

- Reunião semanal do comitê de assessoramento – participação dos gestores das oito secretarias de governo estadual.
- Comitê regional do programa – participação de todos os atores envolvidos com os problemas analisados.
- Reunião mensal de monitoramento-participação de gestores municipais e estaduais com profissionais do Canto da Mãe Coruja).
- Fortalecimento dos comitês de vigilância do óbito infantil e materno na regional.
- Fortalecimento da APS e dos serviços de rede do cuidado.
- Fortalecimento da construção coletiva ,nos Canto da Mãe Coruja, com instalação de sala de situação.

PERNAMBUCO

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: Mapa da Saúde: instrumento de planejamento na organização regional

TEMA/SUBTEMAS: Mapa da Saúde – instrumento de planejamento na organização regional; o estabelecimento dos fluxos e a definição de res-

responsabilidades nas regiões de saúde, visando à coordenação do cuidado aos usuários; o processo de definição das regiões de saúde, com estabelecimento de limite geográfico e população usuária; a organização e a integração das ações e dos serviços que compõem a Rede de Assistência à Saúde (RAS).

AUTOR: Míriam de Oliveira Ávila Moreira.

Apresentação e Justificativa:

n. 25

*O estado e as Redes de
Atenção à Saúde –
1ª Mostra Nacional de
Experiências*

De acordo com as considerações do Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, o processo de organização do SUS evidencia a importância do fortalecimento de políticas capazes de garantir a assistência integral à saúde.

O Decreto n. 7.508/2011 concorda com as propostas da Política de Qualificação da Atenção à Saúde que propõe um conjunto de ações voltadas para a melhoria da qualidade da assistência prestada à população. A construção do mapa sanitário permite a efetivação de mecanismos e instrumentos capazes de apoiar e organizar o processo de estruturação das redes, enfatizando que, nos princípios norteadores do SUS, a integralidade é uma diretriz que implica a possibilidade de acesso a todos os serviços de saúde segundo a necessidade do usuário.

Cabe ressaltar, no entanto, que a articulação entre as Regiões de Saúde facilita a regulação de acesso em busca de resoluções no âmbito da saúde. Esse reconhecimento otimiza recursos e dá celeridade e resolubilidade à assistência prestada, pois, além de buscar atender à necessidade de saúde dentro do próprio território, possibilita interação e parcerias entre municípios vizinhos. A identificação da capacidade de estabelecimentos instalada e das categorias profissionais disponíveis na região torna visível a capacidade de resoluções de cada município.

Objetivo:

Este estudo tem o objetivo de descrever o processo de construção do mapa sanitário e sua utilização no âmbito da saúde na VII Região de Saúde do estado de Pernambuco.

Descrição das principais estratégias e atividades:

A VII Região de Saúde é constituída por sete municípios: Salgueiro, Terra Nova Serrita, Belém de São Francisco, Verdejante, Mirandiba e Cedro, totalizando população adscrita de 120.388 habitantes (IBGE 2010) com densidade demográfica de 17,65 hab./km².

Dados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) de cada município foram avaliados e atualizados. Em seguida, foi analisado o quantitativo de estabelecimentos de saúde com seus respectivos profissionais por categoria. Posteriormente à obtenção dos mapas-base dos municípios, foram pontuados todos os estabelecimentos existentes, tanto públicos como privados (Figura 1).

Para o desenho dos mapas levou-se em consideração as metodologias de Martinelli (1999), autor que versa geografia e cartografia temática. Imagens por satélite permitiram a precisão na visualização dos pontos onde se localizam estabelecimentos de atenção à saúde local (Figura 2).

Desafios:

Como dificuldades para a concretização do mapa, a divergência entre as informações do SCNES e a realidade de estabelecimentos instalados e profissionais atuantes na região e o tempo para o levantamento de dados municipais, tendo em vista as peculiaridades de cada município, foram as mais relevantes.

Avanços:

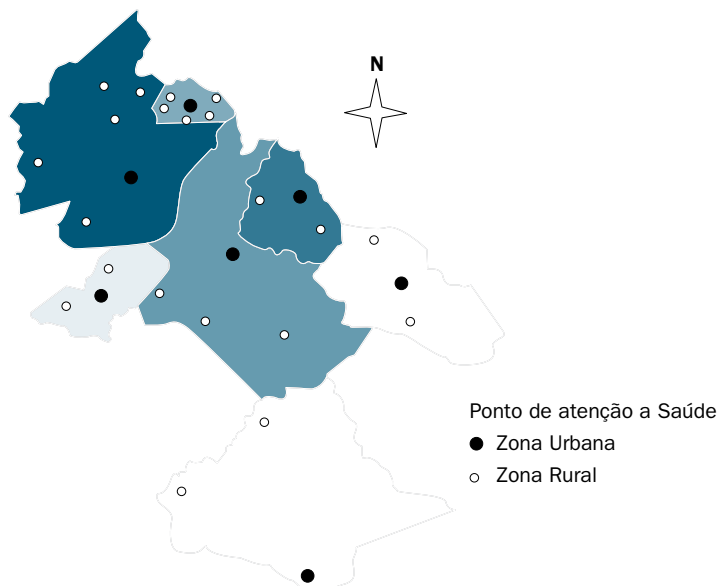
A construção do Mapa da Saúde tem propiciado a interação de conhecimento entre o estado e os municípios, buscando por meio de estudos, estratégias viáveis que apontem para nova perspectiva no crescente processo de direcionamento das ações e dos serviços de saúde. A Atenção Primária à Saúde (APS) da VII Gerência Regional de Saúde, por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), utilizou-se do material confeccionado para a apresentação territorial da APS e, recentemente, houve a solicitação do Programa Mãe Coruja Pernambucana para a utilização dos mapas no contexto do seu trabalho.

Cronograma de execução:

CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES REFERENTES À CONSTRUÇÃO DO MAPA SANITÁRIO						
MESES	JAN.	FEV.	MAR.	ABR.	MAIO	JUN.
Capacitação estadual: oficina de acolhimento para os sanitaristas	x					
Levantamento de dados municipais	x					
Solicitação de atualização e revisão do SCNES dos municípios		x				
Análise dos profissionais e estabelecimentos existentes		x	x			
Desenho dos mapas municipais e posteriormente o da VII Região de Saúde			x	x		
Apresentação do Consolidado Sanitário Regional				x	x	
Discussão dos resultados, pactuação e encaminhamentos na CIR da VII Região de Saúde					x	x

n. 25
O estado e as Redes de
Atenção à Saúde –
1ª Mostra Nacional de
Experiências

FIGURA 1 **Pontos de Atenção à Saúde da VII Região Pernambuco (2012)**



FONTE: MAPA DA SAÚDE DA VII GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE – MÍRIAM ÁVILA/SANITARISTA

FIGURA 2 **Imagens por satélite dos estabelecimentos de saúde do município de Mirandiba/PE**



FONTE: GOOGLE EARTH

Avaliação:

A mensuração da importância desse instrumento será possível após a análise de dados que possibilitem relacionar a necessidade existente e a capacidade de resolução de questões de saúde desta região. O fluxo de serviços e ações entre os municípios da VII Geres será avaliado por meio do consolidado desses dados, seguido de discussão, encaminhamentos e pactuação para a Comissão Intergestores Regional (CIR).

PERNAMBUCO

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: Central de Regulação Interestadual de Leitos PE/BA: a pioneira no território brasileiro

TEMA/SUBTEMA: O papel do estado/Secretaria Estadual de Saúde na construção de redes; o estímulo e o apoio aos municípios para se organizarem em Redes de Atenção à Saúde; o processo de definição das regiões de saúde, com estabelecimento de limites geográficos e população usuária; a organização e a integração das ações e dos serviços que compõem a RAS; o estabelecimento dos fluxos e a definição de responsabilidades nas regiões de saúde, visando à coordenação do cuidado aos usuários.

AUTORIA: Vanessa Santos Sá; Nancy Oliveira Brandt; Cláudia Cavalcanti Galindo; José Denes Araújo Rufino; Mirelly Leite de Souza.

Apresentação e Justificativa:

Nos últimos anos, o processo de descentralização e regionalização tem avançado em todo o Brasil, com a formação de Redes de Atenção à Saúde (RAS) que venham assistir a população de uma região de saúde constituída. Nesse contexto, a Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco surge como exemplo de Região de Saúde Interestadual instituída por ato conjunto de diferentes estados em articulação com os municípios.

A Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco, também conhecida como REDE PE/BA, compreende os estados de Pernambuco (macrorregião de Petrolina) e Bahia (macrorregião de Juazeiro) e abrange, ao todo, 52 municípios. Sua composição deu-se pela necessidade de garantir o acesso à saúde em uma região que compreende unidades federativas diferentes separadas e ao mesmo tempo unidas apenas por uma ponte. Com a REDE PE/BA veio a implantação da Central de Regulação Interestadual de Leitos (Cril), pioneira em todo o país, responsável pela regulação de 100% dos leitos dos hospitais da rede SUS de Juazeiro/BA e Petrolina/PE.

A implantação da Cril possibilitou a redução de encaminhamentos, para as capitais dos estados, de pacientes provenientes dessa região, a melhoria do acesso hospitalar comprovado pelo crescimento exponencial das solicitações/atendimentos, e elevado índice de resolução dentro da Rede.

Objetivos:

- Garantir agilidade no acesso aos serviços de saúde da população na área de abrangência dos 52 municípios que constituem a REDE PE/BA.
- Fortalecer a rede de serviços hospitalares na região, respeitando a hierarquização e o nível de complexidade, e identificar potencialidades e fragilidades para que os gestores possam direcionar os investimentos em saúde, com economia de escala e escopo.
- Apresentar resolutividade dentro da Região Interestadual de Saúde, reduzindo o volume de transferências de pacientes para outras regiões.

n. 25

*O estado e as Redes de
Atenção à Saúde –
1ª Mostra Nacional de
Experiências*

Descrição das principais estratégias e atividades:

O processo de construção da primeira Rede Interestadual de Saúde do país teve início com a contratação, pelo Ministério da Saúde, do Imip/PE, com a finalidade de apoiar os estados envolvidos (PE e BA) na elaboração e execução do projeto que culminou na constituição desta Rede.

Uma equipe de consultores (um para cada microrregional) foi responsável pela realização do diagnóstico situacional, em que foram coletados dados relativos à capacidade instalada dos equipamentos de saúde, perfil assistencial dos hospitais, indicadores de saúde e recursos humanos. Importante destacar o papel de gestores e técnicos dos municípios envolvidos, das Diretorias Regionais da Saúde (Dires) da BA e Geres de PE, assim como dos técnicos das SES na disponibilidade e no fornecimento das informações necessárias.

A realização do diagnóstico encontrou limitação quando da atualização do CNES, principalmente no que se refere a recursos humanos e leitos. Para cada etapa de construção do diagnóstico foram realizados fóruns, com a participação de gestores e técnicos dos 52 municípios, para análise e aprovação. No total foram realizados três fóruns, tendo como marco decisório para constituição da Rede a implantação da Cril.

No que tange às instâncias de governo, todas as decisões tomadas em fóruns foram aprovadas pelas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) dos dois estados e, em 19/3/2010, foi composta a instância colegiada interestadual, o Colegiado de Cogestão Interestadual (Crie), pelos secretários estaduais de PE e BA, secretários municipais de saúde das sedes de microrregião, mais um secretário eleito por microrregião, com objetivo de construir consensos e definir compromissos coletivos.

Tempos/Cronograma:

- Abril/ 2008 – Secretários municipais de saúde de Juazeiro/BA e Petrolina/PE discutem com secretário estadual de saúde da Bahia a formulação e a pactuação entre os municípios da região dos dois estados.

- Junho/2008 – Definida a importância de parceria com uma instituição que pudesse conduzir o processo, a qual tivesse *expertise* em conhecimentos do SUS na área de educação. Foi sugerido o Imip por ser parceiro do Ministério e possuir qualificação para esse fim.

- Novembro/2008 – Aprovado o projeto para implementação da Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Médio do Vale do São Francisco. O Imip foi convocado para assinar o Termo de Convênio n. 1.396/2008.
- Fevereiro/2009 – Contratada consultoria, por meio de seleção pública simplificada, para realizar atividades de campo. Início de reuniões mensais para acompanhamento dos dados coletados na elaboração do diagnóstico.
- Abril/2009 – Assinatura da Carta do Vale do Médio São Francisco.
- 16 e 17/4/2009 – I Fórum Macrorregional para Implementação da Rede Interestadual de Atenção à Saúde, em Juazeiro/BA.
- Maio/2009 – Assinatura do Termo de Compromisso entre os estados sobre a Rede de Alta Complexidade em Oncologia.
- 10 e 11/12/2009 – II Fórum Macrorregional – Implementação da Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco.
- Março/2010 – Início do processo de discussão para formulação da PPI Interestadual. Apresentação das Diretrizes para o Plano Diretor de Investimentos – PDI 2010/2013.
- 19/3/2010 – Instituição do Colegiado de Cogestão Interestadual (Crie).
- Maio/2010 – Início da elaboração dos projetos de acordo com as prioridades elencadas no PDI.
- 28/1/2011 – III Fórum Macrorregional Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco.
- Março/2011 – Definida a Implantação da 1.ª Central de Regulação Interestadual de Leitos do Brasil, em reunião do Crie.
- 5/8/2011 – Inauguração da 1.ª Central de Regulação Interestadual de Leitos.

Avaliação:

Foram consideradas importantes conquistas, durante esse período: a definição da instância de cogestão da macrorregião interestadual reconhecida pelos 52 municípios participantes da RAS; a implantação da Cril; e a identificação dos principais problemas da região.

Como soluções para os problemas identificados, foram sugeridos a implementação das linhas de cuidado e atenção, priorizadas no Pacto pela Saúde, e o fortalecimento da Atenção Básica, assim como o redimensiona-

mento do Guia de Serviço Profissional / Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT). Tomadas essas medidas, pressupõem-se ações integradas da assistência de média complexidade para a população, destinando-se aos polos de micro e macrorregião apenas as ações de maior complexidade.

O efetivo funcionamento da Cril proporciona dados passíveis de interpretação, conforme tabelas a seguir. Nos primeiros seis meses (agosto/2011 a janeiro/2012) foram reguladas 9.580 solicitações de transferência, das quais 3.117 (32,54%) originaram-se de Pernambuco e 6.463 (67,46%) da Bahia.

TABELA 1 Percentual de regulações realizadas pela Cril por estabelecimento executante, segundo caráter de internação – Urgência. Agosto a Novembro/2011.

ESTABELECIMENTOS	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	%
Hospital Regional	46,24	30,58	29,86	36,99	34,97
Sote	63,47	73,56	113,3	105,6	88,56
Promatre	78,05	54,64	94,74	114,9	82,59
Maternidade	6,96	18,55	69,9	85,37	39,45
Sanatório	11,79	14,53	9,95	46,6	20,63
Hospital da Criança	6,50	15,12	6,58	13,33	9,85
Hospital de Traumas	17,6	31,81	39,45	51,74	34,46
Hospital Dom Malan	13,57	25,48	21,04	21,8	20,26
Hospital Memorial	0	0	0	20	5,26

FONTE: RELATÓRIOS DA CRIL/TABWIN

A Tabela 1 revela a evolução das regulações feitas em relação ao número de pacientes internados, no mesmo período, pelo caráter de urgência. Observa-se o crescimento do processo de regulação, o qual reflete a aceitação da Cril pelos estabelecimentos executantes como ordenadora do acesso ao serviço de urgência na região.

TABELA 2 **Número e percentual de regulações realizadas no período de Agosto/2011 a Janeiro/2012.**

REGULAÇÕES	AGO./11		SET./11		OUT./11		NOV./11		DEZ./11		JAN./12	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
TOTAL REGULADAS e Encaminhadas	732	82,8	1070	82,5	1380	86,0	1513	85,6	1736	90,4	1904	90,5
CANCELADA	84	9,50	122	9,4	114	7,1	98	5,5	60	3,1	61	2,9
NEGADA	47	5,32	71	5,5	62	3,9	113	6,4	82	4,3	81	3,8
VAGA ZERO	21	2,38	34	2,6	49	3,1	44	2,5	43	2,2	59	2,8
TOTAL GERAL	884	100	1297	100,0	1605	100,0	1768	100,0	1921	100,0	2105	100,0

FONTE: RELATÓRIOS DA CRIL

A Tabela 2 reflete o total de regulações realizadas nos primeiros seis meses de funcionamento da Cril. As solicitações canceladas e/ou negadas representam os casos nos quais o médico regulador, em articulação com o médico solicitante, define que o paciente deve ser mantido em seu hospital de origem, assim como aqueles regulados onde são realizados tratamentos conservadores quando da sua entrada no hospital executante.

PERNAMBUCO

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: Implantação de Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco: algumas questões para discussão

TEMA/SUBTEMA DA EXPERIÊNCIA: O processo de definição das regiões de saúde, com estabelecimento de limites geográficos e população usuária.

AUTORA: Ana Paula Menezes Soter.

SETORES/INSTITUIÇÕES ENVOLVIDOS: Secretarias Estaduais de Saúde de Pernambuco e da Bahia; 52 Secretarias Municipais de Saúde; seis CIR; Cosems/PE e BA.

Apresentação e Justificativa:

A estruturação de Redes de Atenção à Saúde (RAS) ocupa na atualidade posição de destaque na pauta da saúde coletiva e no cotidiano das discussões dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS). A descentralização do sistema e dos serviços de saúde implementada em nosso país na década de 1990 representou um estratégico e importante avanço na construção do SUS, observado pela ampliação do acesso aos serviços de saúde, pelo fortalecimento do controle social e pela criação de instâncias de pactuação.

Porém esse processo foi marcado, fortemente, pelo seu caráter excessivamente normativo, o que acarretou limitações na operacionalização de um processo de descentralização que levasse em consideração as realidades locais e regionais, além disso, o não empoderamento da esfera estadual para exercer o seu papel de coordenador dos processos de regulação e de planejamento, também contribuiu, entre outros aspectos, para a baixa integração dos municípios nesse processo de descentralização.

Nesse contexto, apresentam-se como desafio para o SUS a continuidade e o fortalecimento do processo de descentralização e construção de estratégias para a integração nos espaços regionais das ações e dos serviços de saúde. Uma das formas de enfrentar a fragmentação da atenção e da organização dos serviços de saúde são as RAS, que se constituem no arranjo organizativo capaz de integrar, nos territórios, as ações da Atenção Básica aos serviços de urgência e à atenção especializada, além das ações de vigilância em saúde, para assegurar o acesso ao cuidado integral, à melhoria da gestão clínica, à promoção da saúde e ao uso racional dos recursos.

Diante desse cenário, os gestores estaduais e municipais de Pernambuco e da Bahia propuseram-se a enfrentar os problemas encontrados na região fronteira entre os dois estados. Os fundamentos que nortearam os esforços para superação da situação encontrada foram: atendimento às necessidades da população; estruturação de redes por meio de linhas de cuidado; integração, sem fusão, dos serviços de prestação de assistência à saúde; aprofundamento do processo de descentralização do SUS; respeito à autonomia federativa; fortalecimento da esfera estadual de gestão e decisões colegiadas, por consenso.

Este trabalho relata a experiência de implementação da Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco, composta pelas macrorregiões de Juazeiro/BA e Petrolina/PE, constituída por 53 municípios e 1,9 milhão de habitantes.

Objetivos:

- Constituir macrorregião interestadual de saúde.
- Definir instância de cogestão interestadual.
- Implementar linhas de cuidado prioritizadas no Pacto pela saúde.
- Fortalecer a Atenção Básica.
- Desenvolver mecanismos macrorregionais para integrar a regulação.

Principais estratégias e atividades:

Foi instituído grupo de trabalho por meio de Portaria Ministerial (2009), formado por representantes das Secretarias Estaduais e Municipais (Juazeiro, Senhor do Bonfim, Paulo Afonso, Petrolina, Ouricuri e Salgueiro) e a Universidade do Vale São Francisco (Univasf). A estratégia de operacionalização contou com a realização de Fóruns Macrorregionais, tendo as regiões de saúde como unidade de formulação e implementação das ações prioritárias.

O projeto foi iniciado em 2008 e vem sendo desenvolvido na sua plenitude, inclusive com funcionamento regular do Colegiado de Gestão Regional Interestadual (Crie), que acompanha o cumprimento dos planos estratégicos de ação. Como resultados alcançados podem-se indicar a instituição dessa instância de cogestão – o Crie – e a criação da Central de Regulação Interestadual de Leitos (Cril). Essa central de leitos foi inaugurada há sete meses e reduziu em 34,4% os encaminhamentos de pacientes para fora da macrorregião interestadual.

Recomendações preliminares: O processo de regionalização interestadual deve aprofundar a descentralização, com fortalecimento do papel da esfera estadual de gestão e respeito às autonomias federativas; devem ser respeitadas as instâncias colegiadas do SUS e o foco principal deve ser a necessidade da população, orientando ofertas/demandas e regulação.

n. 25

*O estado e as Redes de
Atenção à Saúde –
1ª Mostra Nacional de
Experiências*

Avaliação:

O processo de implantação da rede interestadual levou a acertos e ao estabelecimento de novos desafios, que podemos afirmar que, com certeza, trarão contribuições para as discussões e formulações de novos arranjos e estratégias para a implantação de redes de atenção solidária, cooperativa e responsável.

Acertos – Governança:

- Fóruns Macrorregionais – participação de todos os interessados.
- Fortalecimento dos Colegiados Regionais.
- Instituição do Crie.
- Fortalecimento das Câmaras Técnicas.
- Fortalecimento das Geres.
- Construção coletiva por região com apoiadores de campo/Geres e Diretorias Regionais de Saúde (Dires) (PE/BA).

Desafios na gestão:

• O primeiro diz respeito à unicidade de comandos entre entes federativos igualmente empoderados e autônomos.

• É necessário/possível a criação de nova estrutura unificando os comandos ou trata-se de uma integração de compromissos e responsabilidades firmados por instrumentos de cogestão Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (Coap)?

• Na regionalização, destaca-se a questão da interdependência como uma premissa para relações de controle mútuo – provedor X formulador.

• No caso das regiões interestaduais, essa interdependência pode ser observada na organização dos serviços, mas não se reflete nos aspectos políticos e de governança.

• O que pauta então esse controle mútuo – vontade política?

• Como a governança pode traduzir essa vontade política, garantindo maior capacidade de gestão e maior irreversibilidade?

• Como os mandatos de duas Secretarias Estaduais de Saúde/Municipais podem ser traduzidos e partilhados no nível regional?

Recomendações:

Como recomendações preliminares, pode-se destacar:

- O processo deve representar um aprofundamento da descentralização do sistema de saúde, com fortalecimento do papel da esfera estadual de gestão e respeito às autonomias federativas.
- A construção deve-se dar coletivamente, respeitando-se as instâncias colegiadas do SUS.
- O foco principal da intervenção deve ser a necessidade da população, orientando ofertas/demandas e regulação.

PERNAMBUCO

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: A revisão da Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária em Pernambuco

AUTORES: Afra Suassuna Fernandes, Ana Carolina Almeida, Eroneide Valéria, Juliana Lopes, Michelle Reis, Patrícia Carneiro, Rodrigo Lima, Rogéria Amaral, todos da Diretoria de Atenção Primária da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

Apresentação:

A Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE) investe recursos próprios na Atenção Primária à Saúde (APS) nos municípios do estado desde 2007, quando foi instituída a Política Estadual do Fortalecimento da Atenção Primária (Pefap), que implantou sistema de avaliação e certificação de Equipes de Saúde da Família (ESF), com repasse financeiro fundo a fundo aos municípios que tivessem ESF certificadas atendendo à nova política. A continuidade do repasse estava ligada ao desempenho em indicadores selecionado previamente, em avaliações anuais.

Após dois anos de implantação (Decreto n. 30.353/2007 e Portaria n. 720/2007 da SES/PE), a SES concluiu que a Política não alcançou plenamente os objetivos programados, basicamente porque os critérios de certificação tornavam-na. Na ocasião, apenas 39 dos 185 municípios do estado haviam sido contemplados, em um total de 290 ESF (das 1.875 implantadas no estado).

Objetivos:

- Identificar pontos fortes e frágeis na política vigente.
- Instituir espaços de discussão entre as gestões estadual e municipais.
- Implantar critérios que possibilitem a inclusão de todos os municípios do estado.
- Reduzir iniquidades por meio do financiamento diferenciado aos municípios mais vulneráveis.
- Ampliar o volume de recursos do cofinanciamento estadual para a APS.
- Instituir mecanismos de financiamento *per capita* (Piso Estadual de Atenção Primária) e por desempenho municipal em indicadores selecionados.
- Ampliar monitoramento e avaliação da APS.

Principais estratégias e atividades:

A Superintendência de Atenção Primária elaborou uma proposta inicial em 2010, construída a partir da contribuição das diversas áreas técnicas relacionadas com a APS (Saúde da Mulher, Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde do Homem e do Idoso, Saúde Mental, Saúde do Trabalhador, Saúde Bucal, Doenças Crônicas Degenerativas, Saúde da Pessoa com Deficiência, Saúde da População Negra, Indígenas, Quilombolas e Assentados, Segurança Alimentar e Nutricional, Programa de Imunizações, Saúde do Sistema Penitenciário, Tuberculose e Hanseníase).

Essa proposta foi discutida nos 11 Colegiados Regionais de Gestão (atualmente CIR) no mesmo ano. Ainda no fim de 2010 foi garantido o orçamento necessário para a implantação da proposta no ano seguinte. Durante o primeiro semestre de 2011 foi discutida na Câmara Técnica da Comissão Intergestores Bipartite (CT-CIB), até atingir o consenso entre a SES/PE e o Cosems, sendo finalmente lançada em novembro de 2011.

O montante de recurso do cofinanciamento estadual, que era da ordem de R\$ 4 milhões anteriormente, passou a ser de R\$ 24 milhões, ou seja, seis vezes maior.

Avaliação:

O Piso Estadual de Atenção Primária consiste em dois componentes de financiamento, um destinado a todos os municípios e outro aos municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) menor que o IDH estadual (0,705 – um total de 168 dos 185 municípios do estado). Os recursos são repassados mensalmente, fundo a fundo, regulamentados pela Portaria n. 640/2011 da SES/PE.

n. 25

O estado e as Redes de
Atenção à Saúde –
1ª Mostra Nacional de
Experiências

As avaliações de desempenho municipal a partir de indicadores de saúde foram regulamentadas pela Portaria n. 108/2012 da SES/PE, sendo realizadas semestralmente. A primeira delas ocorreu em março de 2012. Os indicadores selecionados foram:

- Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados.
- Percentual de óbitos infantis investigados.
- Percentual de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal.
- Percentual de portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica acompanhados.
- Percentual de portadores de Diabetes *Mellitus* acompanhados.
- Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos de idade e a população feminina nessa faixa etária.
- Percentual de cura de casos novos de Hanseníase.
- Percentual de cura de casos novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera.
- Cobertura vacinal com a vacina tetravalente (DPT+HIB) em crianças menores de um ano.
- Percentual de desnutrição em crianças menores de dois anos.

Os parâmetros de avaliação foram estabelecidos a partir de referências técnicas e do Pacto pela Saúde e acordados entre a SES/PE e o Cosems na CT-CIB. Observou-se, antes da primeira avaliação, intensa movimentação dos municípios com o objetivo de se adequarem aos indicadores propostos, gerando melhorias que vão desde o fortalecimento dos sistemas de informação até a organização dos processos de trabalho junto às ESF nos municípios. Em continuidade, está prevista a realização de seminários regionais de avaliação da Atenção Primária à Saúde (APS), que irão discutir os indicadores e os resultados obtidos no contexto das realidades locais. Assim, espera-se

contribuir com a institucionalização da avaliação nas gestões municipais e estadual, levando ao fortalecimento da APS em Pernambuco.

RIO DE JANEIRO

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: O cofinanciamento da Atenção Básica no estado do Rio de Janeiro e o fortalecimento da Rede Cegonha: acesso, continuidade do cuidado e produção de informação da gestante na Atenção Básica

TEMA/SUBTEMA DA EXPERIÊNCIA: O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada e primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde.

AUTORES: André Schimidt da Silva, Mônica Almeida, Rita Padilha.

SETORES/INSTITUIÇÕES ENVOLVIDOS: Superintendência de Atenção Básica, Área Técnica de Saúde da Mulher e Subsecretaria de Atenção à Saúde.

Apresentação e justificativa:

O estado do Rio de Janeiro, desde o mês de setembro de 2007, vem repassando recursos para o cofinanciamento da atenção básica aos municípios de seu território. A partir do ano de 2011, a Superintendência de Atenção Básica/SES/RJ (SAB) condicionou o repasse dos recursos ao envio de planos de trabalho pelos municípios. Para a estruturação desses planos foram eleitos cinco indicadores, entre eles, o percentual de gestantes com seis ou mais consultas de pré-natal. A inclusão desse indicador foi fundamental para subsidiar as ações do Componente Pré-natal e a produção de informação no âmbito da Rede Cegonha e indica uma sinergia entre o trabalho que já vinha sendo produzido pela SAB e a nova política.

Nesse processo, destacam-se:

- A eleição do Sispre natal como fonte para o monitoramento, a avaliação e o condicionamento de recursos.
- O diálogo estabelecido entre técnicos da SAB da SES e as Coordenações Municipais de Atenção Básica para definição de ações e dos recursos necessários para incremento do pré-natal nas unidades básicas de saúde.

- O fortalecimento da Atenção Básica como porta de entrada preferencial do sistema e ordenadora do cuidado, atuando na captação precoce da gestante para o pré-natal e sua vinculação à unidade básica.

Objetivos:

Qualificar a atenção ao pré-natal e consolidar a Atenção Básica como porta de entrada preferencial da rede de saúde e coordenadora do cuidado em todos os pontos de atenção.

Descrição das principais estratégias e atividades:

No início do ano de 2011, os municípios fluminenses foram convocados para elaborar planos de cofinanciamento, contemplando atividades relacionadas à melhoria de indicadores no âmbito da saúde da mulher, atenção à tuberculose, rede de atenção psicossocial, prevenção e detecção precoce do câncer e internações por acidente vascular cerebral.

Na saúde da mulher, optou-se por trabalhar com o percentual de gestantes com seis ou mais consultas de pré-natal, avaliado pelo Sisprenatal. O trabalho que já vinha sendo realizado pela Área Técnica de Saúde da Mulher para consolidação do sistema de informação, como recuperação das bases de dados de municípios, capacitação de técnicos e gestores e contatos telefônicos para solicitação do envio das bases de dados, passou nos últimos anos a enfatizar aos municípios que não alimentavam o sistema. Até 2008, apenas 54 dos 92 municípios alimentavam regularmente o Sisprenatal. Hoje, essa perspectiva mudou, e todos os municípios têm alimentado o sistema.

Por outro lado, a elaboração dos planos se deu com ampla discussão entre técnicos da Superintendência de Atenção Básica do estado e os profissionais dos municípios. Nesse percurso, a procura por garantir as seis consultas provocou o desenvolvimento de ações relacionadas à captação precoce/busca ativa, vinculação à unidade básica e o acompanhamento de todo o período gestacional.

Tempos/Cronograma:

A publicação da resolução estadual tratando do cofinanciamento da Atenção Básica para o ano de 2011 ocorreu em abril daquele ano. Entre os meses de abril e julho, os municípios elaboraram e enviaram planos de cofinanciamento, que foram analisados, debatidos e qualificados pelos técnicos do estado junto aos municípios. Em dezembro de 2011 foram realizadas oficinas de apoio, monitoramento e avaliação do cofinanciamento em todas as regiões de saúde do estado, com a participação de secretários Municipais de Saúde, coordenadores e técnicos da Atenção Básica e da vigilância em saúde. Nessas oficinas, todos os municípios foram chamados para apresentar a execução das ações previstas em seus planos.

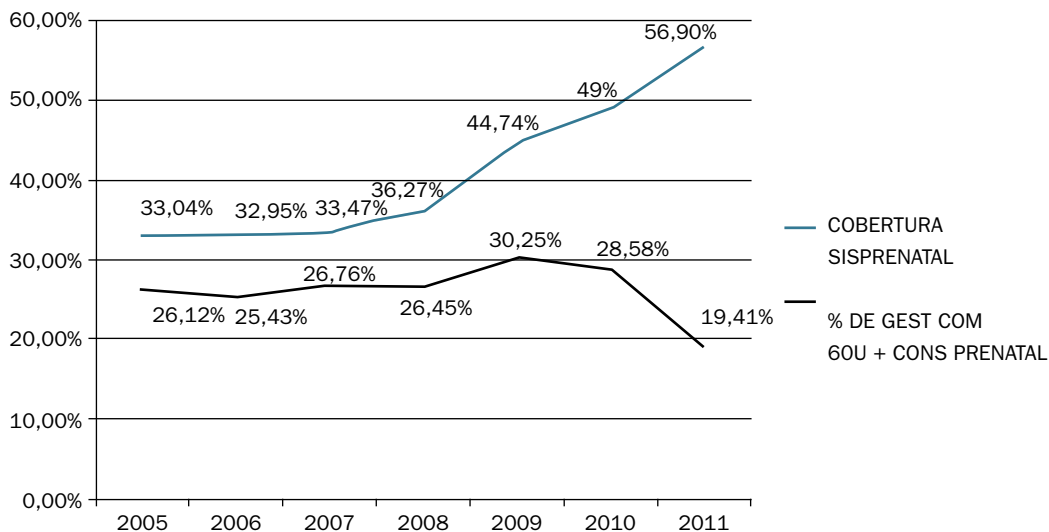
Avaliação:

A meta estabelecida para os municípios no ano de 2011 para o cofinanciamento da Atenção Básica foi de 30% de gestantes com seis ou mais consultas de pré-natal. O resultado no âmbito do estado, no entanto, mostra redução importante do percentual das gestantes com esse número de consultas, como pode ser visto no gráfico. Uma explicação possível reside na atualização do Sis prenatal para a versão 2.16, que ocorreu em setembro de 2011.

Nessa nova versão, a alimentação do sistema tornou-se dependente da inclusão do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) dos profissionais responsáveis pela consulta, sendo o cadastro desses profissionais ainda um problema em alguns municípios de nosso estado. Observa-se, também, aumento expressivo no percentual de gestantes cadastradas no Sis prenatal. O quantitativo de gestantes cadastradas aumenta por uma via; por outra, o acompanhamento das gestantes e a qualificação das informações ainda são desafios.

Cobertura do Sisprenatal Percentual de Gestantes com 6 ou mais Consultas Prenatal (2005 A 2011)

n. 25
O estado e as Redes de
Atenção à Saúde –
1ª Mostra Nacional de
Experiências



RIO DE JANEIRO

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: O processo de implementação da Rede de Urgência e Emergência (RUE) no estado do Rio de Janeiro

TEMA/SUBTEMA DA EXPERIÊNCIA: O papel do estado e da Secretaria de Estado da Saúde (SES) na construção de Redes de Atenção à Saúde (RAS); o estímulo e o apoio aos municípios para se organizarem em RAS.

AUTORES: Manuela Gobbi Lopes da Costa; Daniel da Silva Junior; Alfredo Scaff; Henrique Sant'Anna Dias; Waleska Guerra; Amanda Almeida; Vívian Studart.

SETORES/INSTITUIÇÕES ENVOLVIDOS: da própria SES, municípios, Comissões Intergestores, outras secretarias estaduais; Ministério da Saúde; Subsecretaria de Atenção à Saúde da SES/RJ; Coordenação de Urgência e Emergência; Subsecretaria de Unidades Próprias da SES/RJ; Cosems/RJ; municípios que compõem a Comissão Intergestores Regionais (CIR) das Regiões Metropolitanas I e II do estado do Rio de Janeiro.

Apresentação e Justificativa:

Torna-se cada vez mais evidente a dificuldade de superar a intensa fragmentação das ações e dos serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual. Os Sistemas de Atenção à Saúde estão em sua maioria organizando-se por meio de um conjunto de pontos de atenção isolados e sem comunicação uns com os outros. Para que isso seja superado, são necessárias mudanças profundas e essas mudanças se darão a partir da implementação de Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Segundo Mendes, 2011, o enfrentamento da organização do sistema de atenção à saúde, para responder às necessidades colocadas pelas condições agudas e pelos eventos agudos das condições crônicas, implica, na perspectiva da RAS, a construção de uma linguagem que permeie todos os sistemas, estabelecendo o melhor local para determinada situação.

Entre as redes de atenção prioritárias do Ministério da Saúde, a Rede de Urgência e Emergência foi constituída considerando que o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsavelmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, organizado em redes regionais de atenção às urgências como elos de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade (Portaria MS/GM n. 1.600, de 7 de julho de 2011).

Constituem a base do processo e dos fluxos assistenciais, de toda a Rede de Atenção às Urgências, o acolhimento com classificação do risco, a qualidade e a resolutividade na atenção, que devem ser requisitos de todos os pontos de atenção.

O processo de implementação da Rede de Urgência e Emergência (RUE) no estado do Rio de Janeiro iniciou-se em novembro de 2011.

Objetivos:

A implementação da RUE no estado do Rio de Janeiro visa à articulação e integração, no âmbito do SUS, de todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna.

Descrição das principais estratégias e atividades:

Nesse sentido e como forma de potencializar a Rede de Atenção às Urgências (RAU), o governo do Rio de Janeiro, criou a Força Estadual de Saúde, mobilizando voluntários para atuarem nesses cenários, em consonância com a Força Nacional do SUS.

No Rio de Janeiro, dois hospitais foram eleitos para o projeto “SOS Emergência” do Ministério da Saúde: Hospital Miguel Couto (SMSDC) e Albert Schweitzer (SES), ambos contemplados com recursos financeiros e contam com o apoio de profissionais do Ministério que auxiliam na elaboração dos planos de reestruturação dos setores de emergência dessas unidades.

Ainda no âmbito da RAU, foi criada a Câmara Temática de Ações de Saúde para a Copa do Mundo de Futebol Fifa 2012. O principal objetivo é promover discussões acerca das ações de vigilância e atenção à saúde para as cidades-sede do mundial.

A adesão do estado do Rio de Janeiro à RAU ocorreu em novembro de 2011, definindo como regiões prioritárias para início da implantação as regiões Metropolitanas I e II e instituição do Grupo Condutor Estadual de Atenção às Urgências. Esse processo deu-se em sintonia com as atividades do Comitê Gestor de Atenção às Urgências do estado do Rio de Janeiro, que, a partir de 2009, coordenou a criação e implantação dos Comitês Gestores de Urgência e Emergência em todas as regiões de saúde do estado.

A Secretaria Estadual de Saúde (SES/RJ) vem coordenando o processo da implementação da RAU em parceria com o Cosems/RJ e o Ministério da Saúde.

Deu-se início ao Plano de Ação Regional da Região Metropolitana (I e II), com a elaboração da análise situacional das regiões prioritárias, o levantamento dos dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda e da oferta assistenciais fornecidos pelos municípios das regiões Metropolitanas I e II. Posteriormente, levantamos as necessidades de ampliação da Rede e desenhamos a Linha de Cuidado de Urgência e Emergência das Regiões.

Realizamos o I Fórum de Urgência e Emergência das Regiões Metropolitanas I e II com a presença dos Gestores Municipais de saúde, técnicos

da área de urgência e emergência e Diretores dos Hospitais de emergências das regiões, com o objetivo de discutir os Planos de Ação das regiões em janeiro de 2012.

Um dos desafios encontrados foi o processo de consenso entre os entes federados. Sendo assim, foram necessárias diversas reuniões nas CIRs das regiões metropolitanas I e II para discussão e pactuação do Plano de Ação da RAU, Reuniões do Grupo Condutor Estadual e negociações constantes com a equipe do Ministério da Saúde com o objetivo de serem atingidos os pleitos solicitados pelas regiões.

O Rio de Janeiro possui uma característica singular: em seu território, há unidades hospitalares pertencentes às três esferas governamentais (municipal, estadual e federal). Isso criou a obrigação de se estabelecer estratégia de negociação entre os diversos atores envolvidos nesse processo.

Tempos/Cronograma:

O processo de implementação da RAU do Rio de Janeiro iniciou-se em novembro de 2011 e terá prosseguimento até o ano de 2018. O plano de Ação da RUE foi aprovado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do mês de abril e, no momento, espera-se publicação da Portaria Ministerial com o repasse dos recursos federais para as Regiões Metropolitanas I e II do estado do Rio de Janeiro.

Avaliação:

Os próximos passos serão as elaborações dos Planos de Ação da RUE das demais regiões do estado e a previsão de critérios de monitoramento e avaliação dos resultados esperados dos planos já implementados.

RIO DE JANEIRO

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: Rede Cegonha alçando voo nas Regiões Metropolitanas do Rio de Janeiro

TEMA/SUBTEMA: O papel do estado e da Secretaria de Estado de Saúde (SES) na construção de redes; o estímulo e o apoio aos municípios para se organizarem em Redes de Atenção à Saúde (RAS).

AUTORES: Amanda Almeida Mudjalieb; Waleska Muniz Lopes Guerra; Alfredo José Monteiro Scaff; Vivian Ferraz Studart; Henrique Sant’anna Dias; Manuela Gobbi; Mônica Morrissy Martins Almeida; Felisbela Costa; Tomaz Pinheiro da Costa.

SETORES/INSTITUIÇÕES ENVOLVIDOS: Coordenação de Apoio e Área Técnica de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente da Superintendência de Atenção Básica da SES/RJ; Subsecretaria de Atenção à Saúde da SES/RJ; Subsecretaria de Unidades Próprias da SES/RJ; Cosems/RJ; municípios que compõem as Comissões Intergestores Regionais (CIR) das Regiões Metropolitanas I e II do Rio de Janeiro; Ministério da Saúde.

Apresentação e Justificativa:

A partir dos princípios e das diretrizes do Sistema Único de Saúde, colocou-se a necessidade de operar uma reorganização e um fortalecimento da gestão e da atenção dos serviços de saúde existentes no território brasileiro. Diante de um cenário de fragmentação entre os serviços de saúde, de pouca qualificação e continuidade da atenção e da gestão, tornou-se fundamental o investimento na articulação dos serviços em rede e no aprimoramento dos mecanismos e ferramentas de gestão.

A instituição da Rede Cegonha por meio das Portarias GM/MS n. 1.459, de 24 de junho de 2011, e n. 650, de 5 de outubro de 2011, indica maior articulação entre os pontos de atenção à saúde materno-infantil, investindo em uma rede que garanta acolhimento e resolutividade à gestante e à criança até dois anos de idade.

A Rede Cegonha tem como principal objetivo fortalecer essa rede de cuidados, visando assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

Através da qualificação dos serviços do SUS na área materno-infantil – da confirmação da gravidez, passando pelo pré-natal e o parto, até os dois primeiros anos de vida do bebê – pretende-se implementar novo modelo de atenção, organizando a Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil para garantia do acesso, acolhimento e resolutividade das ações voltadas para as

gestantes e crianças até dois anos de idade, visando especialmente à redução da mortalidade materna e infantil, que ainda permaneçam elevadas no Brasil.

Descrição das principais estratégias e atividades:

O processo de implementação da Rede Cegonha no estado do Rio de Janeiro iniciou-se em julho de 2011, e o estado foi pioneiro na construção dos Planos de Ação Municipais por meio do Sispart – Módulo Cegonha. Para avançar na implementação da Rede, foram realizadas reuniões das CIR, em que foi debatida e aprovada a adesão a esta Rede; reuniões do Grupo Conductor Estadual da Rede Cegonha, instituído como lócus para elaboração das estratégias de implementação da Rede; dois Fóruns e duas Oficinas regionais com as Regiões Metropolitanas I e II, definidas como regiões iniciais de implantação da Rede Cegonha.

O investimento na construção conjunta da Rede Cegonha deu-se por meio do diálogo entre a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ), as Secretarias Municipais de Saúde das Regiões Metropolitanas I e II e o Ministério da Saúde, com aproximação de gestores e técnicos em prol da melhoria da organização da linha de cuidado materno-infantil nas regiões definidas como prioritárias. Nos Fóruns realizados pela SES, foi elaborado o desenho regional para implementação da Rede Cegonha nos 19 municípios envolvidos – que foi a base para a elaboração dos Planos de Ação Regionais – e foi pactuada a programação físico-financeira da Rede.

Nas Oficinas, o objetivo foi de qualificação dos Planos de Ação das Regiões Metropolitanas, com aprofundamento das discussões sobre as linhas de cuidado materno-infantil nos municípios, o desenho regional da Rede Cegonha e a necessária articulação entre os municípios para que, de fato, se viabilize a implantação da Rede de forma regional.

As Oficinas foram organizadas por membros da Subsecretaria de Atenção à Saúde (SAS) e da Superintendência de Atenção Básica (SAB) da SES/RJ e contaram com dois dias de imersão dos técnicos da SES e das equipes das Secretarias Municipais de Saúde – secretários, coordenadores de Atenção Básica / Saúde da Família, da Saúde da Mulher e da Criança, das Centrais de Regulação, de Departamentos de Controle e Avaliação e

coordenadores das maternidades da região. A SES teve papel decisivo para ampla divulgação da Rede Cegonha para os gestores municipais e investiu na articulação e aproximação dos gestores para debate aprofundado sobre os componentes da Rede.

Dificuldades:

As principais dificuldades encontradas na implementação da Rede Cegonha até o abril de 2012 estão ligadas à concretização da solidariedade regional no estado, com entraves nas pactuações intermunicipais, nas diferenças político-partidárias entre os municípios, na pouca comunicação e articulação entre os serviços e na fragilidade da formação dos profissionais para o SUS. Uma questão que perpassa as dificuldades na implementação das Redes diz respeito às relações interfederativas envolvendo governo federal, estados e municípios, que ainda necessitam de articulação e comunicação mais afinada para levar a cabo as mudanças desejadas.

Avanços:

Sobre o processo interno na SES provocado pela instituição da Rede Cegonha, destaca-se o investimento na aproximação entre os diversos setores que compõem a Secretaria: a Área Técnica de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, a equipe da SAB, da SAS, a Superintendência de Regulação, a Superintendência de Unidades Próprias, a Assessoria de Humanização, a Assessoria de Integração Regional etc. O trabalho conjunto desenvolvido pelas diferentes subsecretarias, superintendências e áreas técnicas é crucial para que as Redes de Atenção à Saúde sejam de fato estabelecidas em todo o estado, oferecendo acesso e resolutividade para os usuários do SUS.

Avaliação e monitoramento:

Para monitoramento e avaliação do processo de implementação da Rede Cegonha no estado, foram definidos indicadores presentes no Pacto pela Saúde e na Portaria GM/MS n. 650, de 5 de outubro de 2011, da Rede Cegonha, e metas a serem atingidas pelos municípios e regiões. Além da avaliação prevista por meio de indicadores quantitativos, têm sido realizadas

avaliações periódicas de caráter qualitativo, por meio de reuniões do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha, reuniões internas na SES e encontros com os municípios envolvidos.

RIO DE JANEIRO

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: O Projeto QualiSUS-Rede como instrumento de apoio à organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) da Região Metropolitana do Rio de Janeiro

AUTORES: Henrique Sant’Anna Dias; Alfredo José Monteiro Scaff; Waleska Muniz Lopes Guerra; Manuela Gobbi Lopes da Costa; Vivian Ferraz Studart Pereira; Amanda Almeida Mudjalieb.

Apresentação e Justificativa:

O Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede Atenção à Saúde (QualiSUS-Rede), criado pelo Ministério da Saúde em 2011, tem como finalidade o apoio à organização das redes de atenção, por meio do aprimoramento dos mecanismos de gestão do sistema de saúde e dos elementos relacionados ao cuidado integral. Trata-se de projeto de cooperação desenvolvido no âmbito de um acordo de empréstimo entre o Banco Mundial e o Ministério da Saúde, que pretende operar experiências de melhoria da qualidade na organização das redes regionais de saúde. Propõe, dessa forma, realizar 15 subprojetos regionais pelo país, sendo 10 em regiões metropolitanas e cinco em regiões não metropolitanas.

Descrição das principais estratégias e atividades:

A adesão ao projeto QualiSUS-Rede iniciou-se em julho de 2011 quando a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ) considerou estratégica a participação no projeto, objetivando desenvolver ações que apoiassem a estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Ao longo dos meses de julho e agosto de 2011 foi realizada definição da região prioritária, bem como se criou o Grupo Condutor Estadual do subprojeto regional. Todo o processo foi objeto de pactuação regional pela CIR e Bipartite (estado e municípios) pela CIB.

Nesse momento da adesão, foram relevantes as experiências com as Redes Cegonha e de Atenção às Urgências, as quais se configuraram estratégicas para a adesão ao projeto, uma vez que poderiam ser trabalhadas algumas lacunas dos planos regionais que vinham sendo elaborados, sob condução do estado. A escolha da região foi fruto de reflexão ampla sobre indicadores sociodemográficos e de saúde, realizada no âmbito dos diagnósticos realizados para o desenho e a organização das redes temáticas, além de considerar os critérios predefinidos pelo Ministério da Saúde (populacional, por exemplo). Outro aspecto importante era a necessidade da presença da capital na região a ser escolhida. Desse modo, optou-se pela Região Metropolitana I do Rio de Janeiro, que corresponde a uma subdivisão, de relevância para a saúde, do Grande Rio (também composta pela Metropolitana II). A Metropolitana I é composta por 12 municípios, sendo um deles a capital Rio de Janeiro e os outros onze compõem a Baixada Fluminense.

A concepção do subprojeto regional da Metropolitana I desenvolveu-se em consonância com as orientações do Ministério da Saúde, por meio da disponibilização de manuais norteadores das etapas previstas. Sob condução da SES/RJ, foram realizadas três oficinas regionais entre setembro 2011 e janeiro de 2012, quando os seguintes elementos foram trabalhados:

- Alinhamento conceitual, diagnóstico da região e definição de agenda de trabalho.
- Mapeamento das prioridades regionais.
- Elaboração do subprojeto.

A construção do subprojeto contou com o envolvimento de representantes de todos os municípios da Metropolitana I, em parceria com o Cosems/RJ, além do apoio do Ministério da Saúde. Buscou-se incluir nas pautas da reuniões ordinárias da CIR Metro I e CIB/RJ, pontos relativos à apreciação e validação dos passos de concepção do subprojeto.

Como forma de garantir ampla participação na elaboração do subprojeto, foi criado um Grupo de Trabalho para elaboração do Subprojeto Regional que veio a se constituir em importante espaço de debate e discussão, pelo qual foram realizados diversos encontros de trabalho envolvendo os municípios, técnicos da SES/RJ e das diversas coordenações e áreas técnicas das Secretarias Municipais de Saúde (SMS).

No mês de fevereiro de 2012 o Subprojeto Regional foi concebido, estruturando-se em três linhas prioritárias de ação e onze objetivos estratégicos. As linhas de ação prioritárias, apontadas nas oficinas regionais foram:

- Garantir a conectividade do sistema de saúde por meio da incorporação de tecnologias da informação.
- Fortalecer a gestão da assistência farmacêutica.
- Aprimorar os fluxos de regulação assistencial na região destacada.

Considera-se que essa experiência proporcionou rica análise de indicadores socioeconômicos, demográficos, epidemiológicos e de gestão, os quais evidenciaram as demandas/necessidades da região. Foi possível observar a promoção de ampla e coletiva mobilização, tendo como centralidade o planejamento, a cooperação e a governança regional. Outro ponto a se destacar é os esforços de integração dos planos regionais das redes temáticas e de convergência do subprojeto com iniciativas operadas pelos ente estadual e pelos entes municipais no território. Verificou-se, ainda, que foi constituído um ambiente propício à aproximação entre os atores mobilizados, avançando no diálogo e nas negociações e permitindo maior conhecimento do cenário regional da saúde.

Quanto ao papel do gestor estadual da saúde, cabe destacar a sua condição de condutor do processo, caracterizando-se em espaço privilegiado capaz de conferir um olhar ampliado do território (nesse caso, a região de saúde), bem como a sua atuação protagonista no que se refere à articulação intergestores. No caso do QualiSUS-Rede, a SES/RJ teve relevante participação, também, no fornecimento de subsídios técnicos de relevância para o subprojeto e na valorização da perspectiva de construção regional de redes assistenciais.

Dificuldades:

Como dificuldades postas no processo, pode-se mencionar o curto tempo para aprofundamento das discussões prévias ao desenho do plano regional e a existência de descontinuidades no apoio institucional do Ministério da Saúde, que, embora importante, ainda se apresenta “em construção”. Permanece ainda o desafio em conformar canais de diálogo intra e interinstitucionais mais estáveis e propositivos.

Futuro:

Por fim, a concepção do subprojeto regional do QualiSUS-Rede para a Metropolitana I evidenciou os caminhos possíveis de construção das redes de saúde, considerando estratégias e instrumentos de cunho regional, mais valorizados no cenário recente de implementação da política de saúde brasileira. A experiência descrita configura-se como exemplo a ser tomado nas etapas seguintes de implantação do projeto, que certamente envolverão decisões coletivas, dependentes das pactuações intergestores. É nesse sentido que se mantém relevante o papel condutor da SES, no mapeamento dos atores e das instituições envolvidos e no estabelecimento de ações de apoio e incentivo às redes regionais.

Espera-se, portanto, que a implementação do QualiSUS-Rede na Região Metropolitana I do Rio de Janeiro contribua para a consolidação de novo modelo de atenção à saúde, valorizando o cenário de governança regional do SUS.

RIO DE JANEIRO

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: A implementação da Rede de Atenção Psicossocial no estado do Rio de Janeiro: o papel da gestão estadual

TEMA/SUBTEMA DA EXPERIÊNCIA: O papel do estado e da Secretaria de Estado de Saúde (SES) na construção de redes; o estímulo e o apoio aos municípios para se organizarem em Redes de Atenção à Saúde (RAS).

AUTORES: Vivian Studart; Laura Ferreira; Ingrid Jann; Cláudia Tallemberg; Leila Vianna; Alfredo Scaff; Henrique Dias; Manuela Gobbi; Amanda Almeida; Waleska Guerra.

SETORES/INSTITUIÇÕES ENVOLVIDOS: Assessoria Técnica da Subsecretaria de Atenção à Saúde da SES/RJ; Gerência de Saúde Mental da Superintendência de Atenção Básica da Subsecretaria de Atenção à Saúde da SES/RJ; Subsecretaria de Unidades Próprias da SES/RJ; Conselho de Secretarias Municipais do Estado do Rio de Janeiro; Assessoria de Integração Regional da Subsecretaria Geral da SES/RJ; Comissões Intergestores Regionais de todas as Regiões de Saúde do estado do Rio de Janeiro.

Apresentação e justificativa:

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010).

A Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ), com base na proposta da RAS, está reorganizando a atenção à saúde no estado. Com a publicação da Portaria GM/MS n. 3.088, em dezembro de 2011, no Diário Oficial da União, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, a Subsecretaria de Atenção à Saúde também iniciou o processo de implementação dos dispositivos de cuidado previstos nesta Rede.

O papel da SES nesse processo é apoiar a implementação da Raps, coordenar o Grupo Condutor Estadual da Raps, participar do cofinanciamento, realizar a contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitorar e avaliar a Rede no território estadual de forma regionalizada.

Objetivos:

A Raps tem como principal objetivo ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, com a expansão dos serviços, onde há déficit, e a melhor articulação entre seus componentes.

Busca-se promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção.

A implantação da Raps no estado do Rio de Janeiro visa garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Descrição das principais estratégias e atividades:

A equipe da Gerência de Saúde Mental e a Assessoria Técnica da Subsecretaria de Atenção à Saúde, responsável, em conjunto com as áreas técnicas, pela gestão das RAS do estado, elaboraram matrizes diagnósticas da atual capacidade instalada, em conjunto com as Coordenações Municipais de Saúde Mental, de forma direta com os municípios ou a partir dos Fóruns Regionais de Saúde Mental. Em seguida, entre os dias 15 de fevereiro e 1.º de março, esses atores percorreram as Comissões Intergestoras Regionais (CIR) de todas as Regiões de Saúde, pactuando uma proposta de Desenho da Raps.

Na reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), realizada em 8 de março de 2012, foram homologadas:

- A adesão do estado do Rio de Janeiro à Rede de Atenção Psicossocial.
- Sua implantação em todas as Regiões de Saúde concomitantemente.
- A instituição do Grupo Condutor Estadual, formado por cinco representantes da SES/RJ, cinco representantes do Cosems/RJ e um representante do Ministério da Saúde.
- A aprovação do desenho da Raps nos municípios e nas regiões.

A partir dessas deliberações, foi dado início à elaboração dos Planos de Ação Municipais e Regionais da Raps, que serão concluídos até maio de 2012 e enviados ao Ministério da Saúde.

Aspectos facilitadores e dificuldades:

Os Fóruns Regionais de Saúde Mental, que são realizados trimestralmente desde 1999, com a participação dos técnicos da Gerência de Saúde Mental da SES e profissionais das redes municipais de saúde mental, constituíram-se como espaços privilegiados para a discussão da conformação da Raps, uma vez que os gestores municipais de saúde mental já têm bem consolidada a compreensão do trabalho em rede regional. Nesse sentido, as CIR também se mostraram fundamentais para a elaboração do diagnóstico e do desenho regional.

O apoio institucional do Ministério da Saúde, responsável pela formulação da Política Nacional de Saúde Mental e pela indução à conformação

das Redes de Atenção à Saúde, por meio de orientação, financiamento e monitoramento, é fundamental para a implementação da Raps. Nesse contexto, faz-se necessária maior articulação entre os entes federativos para que a circulação de informações seja mais fluida e eficiente, garantindo a sustentabilidade e efetividade das ações pactuadas, no fortalecimento da política pública e do SUS.

Resultados esperados:

- A ampliação do acesso à rede de atenção psicossocial e melhorar a qualidade do atendimento às pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas e suas famílias, a partir da expansão dos dispositivos da Raps, especialmente das equipes de consultórios na rua e das equipes de matriciamento na Atenção Básica para qualificação de ações em saúde mental.

- A diminuição das internações psiquiátricas, devido à ampliação do número de Caps e leitos para cuidados em saúde mental nos hospitais gerais, preconizados em portaria e pactuados na Matriz Diagnóstica Estadual.

- A expansão dos Serviços Residenciais Terapêuticos, para promover a inclusão social de pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas egressas de longa permanência em hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia.

- A inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho de pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas por meio de iniciativas de geração de trabalho e renda.

Tempos/Cronograma:

- Fevereiro – Realização do desenho e pactuação da Matriz Diagnóstica Regional feita em conjunto pelas CIR e SES.

- 8 de março – Formalização do processo na CIB.

- Março, abril e maio – elaboração dos Planos de Ação Municipais e Regionais da Raps.

Avaliação:

O trabalho de implantação da Raps no Rio de Janeiro está em um estágio inicial, e a definição dos critérios e indicadores para monitorar e avaliar os resultados da organização dos serviços em Rede está em fase de elaboração. Entretanto, a SES, por meio da equipe técnica da Gerência de Saúde Mental, já realiza um trabalho de apoio institucional contínuo, oferecendo suporte aos profissionais e gestores municipais, monitorando e avaliando a rede, a partir dos Fóruns Regionais, Fórum de Álcool e Drogas, Fórum de Infância e dos contatos frequentes com os municípios.

RIO DE JANEIRO

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: Desafios para a materialização da Rede Cegonha nas Regiões Metropolitanas do estado do Rio de Janeiro

TEMA/SUBTEMA DA EXPERIÊNCIA: O papel do estado e da Secretaria de Estado de Saúde (SES) na construção de redes; o estímulo e o apoio aos municípios para se organizarem em Redes de Atenção à Saúde (RAS).

AUTORES: Waleska Muniz Lopes Guerra; Alfredo José Monteiro Scaff; Amanda Almeida Mudjalieb; Vivian Ferraz Studart; Henrique Sant’anna Dias; Manuela Gobbi; Mônica Morrissy Martins Almeida; Felisbela Costa; Tomaz Pinheiro da Costa.

SETORES/INSTITUIÇÕES ENVOLVIDOS: Da própria SES, municípios; Comissões Intergestores; outras Secretarias Estaduais; Coordenação de Apoio e Área Técnica de Saúde da Mulher da Superintendência de Atenção Básica da SES/RJ; Subsecretaria de Atenção à Saúde da SES/RJ; Subsecretaria de Unidades Próprias da SES/RJ; Cosems/RJ; municípios que compõem as Comissões Intergestores Regionais (CIR) das Regiões Metropolitanas I e II do estado do Rio de Janeiro.

Apresentação e Justificativa:

Em junho de 2011 foi publicada, no Diário Oficial da União, a Portaria n. 1.459, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha visando “assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo

e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis”. Entre seus objetivos está a melhoria da qualidade dos serviços do SUS na área de atenção à saúde das mulheres e crianças, da confirmação da gravidez, passando pelo pré-natal e pelo parto, até os dois primeiros anos de vida do bebê.

A Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ), entendendo a importância do trabalho em Rede e seu papel no apoio à sua implementação, realizou sua pré-adesão a Rede Cegonha em 14/07/11. Após várias reuniões nos Colegiados Intergestores Regionais (CIR) e, com base em critérios epidemiológicos (Taxas de Mortalidade Infantil e Razão de Mortalidade Materna) e demográficos (densidade populacional), foram definidas, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB/RJ) de 21/07/2011, as Regiões Metropolitanas I e II como prioritárias para o início da implantação da rede.

Essas regiões compõem o grande arco metropolitano do estado, contemplam cerca de 75% da população do estado e apresentam as maiores densidades demográficas e as piores taxas de mortalidade materna e infantil do estado.

Descrição das principais estratégias e atividades:

Após tal definição, o Grupo Conductor Estadual da Rede Cegonha, coordenado pela Subsecretaria de Atenção à Saúde da SES/RJ, utilizou como estratégias para elaboração dos Planos de Ação regionais (fase II de operacionalização da Rede), a realização de fóruns da Rede Cegonha e oficinas de trabalho regionais, com atores dos três entes federados, culminando na definição dos planos regionais e da programação físico-financeira da Rede, que, aprovadas pelos respectivos Colegiados Intergestores Regionais, foram encaminhados ao Ministério da Saúde em outubro de 2011.

Acerca da elaboração dos planos regionais, cabe relatar as dificuldades vivenciadas com o Sistema Informatizado do Plano de Ação das Redes Temáticas (Sispart – Módulo Rede Cegonha). No estado do Rio de Janeiro, essa ferramenta eletrônica não foi considerada adequada para o desenho da rede, principalmente no componente parto e nascimento.

Problematização:

Alguns dos problemas encontrados foram:

- Para realização das referências intermunicipais existia a necessidade de que todos os municípios da região cadastrassem seus pontos de atenção da rede no sistema. Se os municípios executores das regiões não tivessem inserido seus dados, impossibilitava-se que outros municípios realizassem suas referências.

- O sistema não permitiu referência inter-regional, gerando problemas nas programações, considerando que municípios (maiores executores) fora da região são referência, principalmente em procedimentos de alta complexidade/risco para todo o estado.

Sendo assim, foi necessária a junção das Regiões Metropolitanas I e II no sistema, conformando uma única região, composta por todos os municípios das duas regiões. Esta “solução”, dada pelo Ministério da Saúde, serviu para possibilitar as referências inter-regionais, porém inviabilizou o plano de ação individualizado de cada região que, apesar de serem ambas metropolitanas, apresentam diagnósticos e necessidades diferenciadas. Essas questões foram discutidas com apoiadores do Ministério da Saúde, mas não foram solucionadas até o momento.

Portanto, apesar do preenchimento do Sispart, os planos e a programação físico-financeira das regiões também foram enviados ao Ministério da Saúde por meio de planilhas e textos.

A avaliação dos documentos enviados retornou apenas em dezembro de 2011. Nessa avaliação, o Ministério da Saúde considerou como critério para financiamento/qualificação na Rede somente os leitos e estabelecimentos que possuíam habilitação formal e referidos no Sispart, desconsiderando as críticas anteriormente feitas ao sistema.

Com o critério utilizado, as regiões foram penalizadas e permaneceram com déficit de recursos financeiros para qualificação dos leitos que estão, de fato, funcionando, apesar da ausência de habilitação.

Quanto aos recursos para investimento em Centros de Parto Normal (CPN) e Casa de Gestante, Bebê e Puerpério (CGBP), não houve abertura do Sistema de Gestão de Convênios e Contratos de Repasse (Siconv) para todos os municípios das Regiões Metropolitanas I e II do estado do Rio de

n. 25

*O estado e as Redes de
Atenção à Saúde –
1ª Mostra Nacional de
Experiências*

Janeiro para o cadastramento de seus projetos. Pelo exposto, a possibilidade de construção da Rede Cegonha ficou bastante prejudicada.

Argumentamos que inovar, apostando no modelo de contrato de gestão em Rede como modo de pactuação da demanda quantitativa e qualitativa, na definição clara de responsabilidades, de objetivos de desempenho, resultando no compromisso explícito entre partes, viabilizaria obter macroeficiência para o conjunto do sistema. Para tanto, as habilitações deveriam perder a importância como mecanismo formal de organização do SUS. A concretização da Rede passaria, então, pela capacidade do sistema de inovar e enfrentar as condições e contradições apresentadas à sua efetivação.

Como bem explicitado na Portaria n. 4.279, superar os desafios e avançar na qualificação da atenção e da gestão em saúde requer forte decisão dos gestores do SUS. Implica, principalmente, o cumprimento do pacto político cooperativo entre as instâncias de gestão do Sistema, expresso por uma «associação fina da técnica e da política», para garantir os investimentos e recursos necessários à mudança.

Nesse sentido, precisamos avançar na definição do modelo de governança da Rede, rever os critérios de financiamento que permanecem fragmentados e dissociados dessa nova forma de organização do sistema e construir, de forma tripartite, as práticas de contratualização e monitoramento e avaliação de Redes.

RIO GRANDE DO NORTE

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: Planificação da Atenção Primária à Saúde no estado do Rio Grande do Norte: construindo saberes, transformando pensamentos e ressignificando os processos de trabalho na 6.^a Região de Saúde

TEMA/SUBTEMA DA EXPERIÊNCIA: O papel do estado e da Secretaria de Estado de Saúde (SES) na construção de redes; o estímulo e o apoio aos municípios para se organizarem em Redes de Atenção à Saúde (RAS).

AUTORES: Severino Azevedo de Oliveira Júnior; Cynthia Beatriz Cunha dos Santos; Katiucia Roseli Silva de Carvalho; Ivana Maria Queiróz Fernandes; Paulo Bernardino Farias Júnior; Terezinha Rêgo Guedes de Oliveira.

SETORES/INSTITUIÇÕES ENVOLVIDOS: Coordenadoria de Promoção à Saúde (CPS); Coordenadoria de Planejamento e Controle de Serviços de Saúde (CPCS); e VI Unidade Regional de Saúde.

Apresentação e Justificativa:

Com o Processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde (APS), a Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte (Sesap/RN) assumiu o compromisso de agregar novos conceitos ao modo de pensar/fazer saúde no estado, com vistas ao fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS). A Coordenadoria de Promoção à Saúde (CPS), com o apoio da Coordenadoria de Planejamento e Controle de Serviços de Saúde (CPCS), conduz a realização das oficinas, motivada a construir novo Modelo de Atenção à Saúde. Seu compromisso é romper com o paradigma da centralidade na doença e no indivíduo, adotando como princípio a concepção ampliada de saúde, segundo a qual a organização dos serviços e a produção do trabalho em saúde devem ser orientadas pelos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e voltadas para os indivíduos e suas famílias, estes inseridos em contextos coletivos, onde produzem e se reproduzem.

Descrição das principais estratégias e atividades:

Tudo começou com a Oficina de Sensibilização realizada por facilitadoras do CONASS (Instância parceira da Sesap), nos dias 6, 7 e 8 de abril de 2011, no Hotel Praiamar, em Natal/RN, que contou com a presença de 80 técnicos, sendo selecionados 25 deles para serem facilitadores no processo de descentralização das oficinas para a região escolhida como piloto pela Sesap/RN. Os técnicos foram capacitados nos dias 26 e 27 de julho, no Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde (Cefope) em Natal/RN, quando foi formado um Grupo de Trabalho (GT) para análise e estudo do material das oficinas. O GT teve seu primeiro encontro em 5 de agosto para a revisão do material da Oficina 1, Redes de Atenção à Saúde (RAS), primeira de 11 oficinas propostas pelo CONASS. Em 15 de agosto, os 25 facilitadores reuniram-se no Cefope, para planejar a oficina Descentralizada para a 6.^a Região de Saúde (Região Piloto – Alto-Oeste Potiguar).

n. 25

*O estado e as Redes de
Atenção à Saúde –
1ª Mostra Nacional de
Experiências*

Em 19 de agosto de 2011, no auditório da VI Unidade Regional de Saúde Pública (VI URSAP), em Pau dos Ferros/RN, houve uma conversa com quatro prefeitos e 26 secretários de saúde dos municípios da região sobre o que são RAS e o que é planificação da APS. Esse era o passo que faltava para consolidar o processo.

Nos dias 30 e 31 de agosto de 2011, concretizou-se a Oficina 1 na Região Piloto, com presença de 104 pessoas (78 técnicos e 26 gestores dos 36 municípios), conduzida por 16 facilitadores (seis da própria região) e dois facilitadoras do CONASS. Essa oficina foi bastante conceitual. Na oportunidade, foram trabalhadas as diferenças entre sistemas de saúde (suas formas de organização) e modelos de atenção à saúde. Teorizou-se sobre RAS e o modelo de atenção às condições crônicas, em uma proposta poliárquica de organização dos serviços (pontos de atenção, de apoio e sistemas logístico e de governança), tendo a APS como o Centro de Comunicação da rede ou redes temáticas (estrutura operacional das RAS).

Um dos mais importantes temas para discussão foi a diferença entre condições agudas e crônicas, para que se pudesse compreender a necessidade de mudança na forma como está organizada a atenção à saúde da população nos municípios e estados brasileiros. Esses conceitos, que já são discutidos em alguns países como Canadá e Inglaterra, ainda não foram incorporados aos processos de trabalho das gestões e profissionais de saúde que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS).

O estado de perplexidade diante dessa proposta tanto foi percebido nos técnicos que se tornaram facilitadores, como nos profissionais para quem foi repassada a oficina na 6.^a Região. Como trabalho de dispersão, os gestores e técnicos representantes dos 36 municípios teriam de construir uma Matriz de desenho da Rede de Atenção Materno-infantil no município (rede temática escolhida para o exercício da Oficina 1) e a planilha de programação da rede.

Os facilitadores lotados na VI URSAP ficaram encarregados de orientar a construção das matrizes e monitorar a entrega, estabelecendo uma relação constante de parceria com os municípios, no sentido de identificar as suas dificuldades e renegociar os prazos que tiveram de ser revistos e adaptados às suas agendas de compromissos.

Um dos aspectos inovadores da experiência de planificação na 6.^a Região foi a realização de uma Oficina de Produto (42 técnicos e 13 gestores),

nos dias 6 e 7 de outubro de 2011, que trouxe o resultado do trabalho de dispersão da Oficina 1 – Desenho da Rede Materno-infantil (cada município fez o seu, mas apenas quatro deles apresentaram). Na oportunidade, foi feita a releitura da Oficina 1 (RAS), com discussões para dirimir as dúvidas de alguns técnicos e gestores.

A partir de então, os municípios tiveram o prazo médio de 20 dias (de 10 a 30 de outubro) para a realização das Oficinas Descentralizadas em seus próprios territórios, para o que solicitaram o apoio dos seis facilitadores da 6.ª Região de Saúde. Foi também renegociado o prazo para a entrega das matrizes – de 10 a 15 de outubro – já que se percebeu que a maior parte dos municípios já havia concluído o trabalho (21 municípios entregaram o trabalho de dispersão).

Concomitantemente, o Ministério da Saúde cobrava dos estados a implantação da Rede Cegonha e as planilhas construídas durante o exercício da planificação foram adaptadas aos seus parâmetros para o consolidado de uma Matriz Diagnóstica Regional que foi pactuada na Comissão Intergestores Regional (CIR) da 6.ª Região de Saúde e serviu de modelo para outras regiões de saúde do RN. As oficinas descentralizadas só não foram realizadas por dois dos 36 municípios da 6.ª Região.

Os facilitadores relatam que as dificuldades percebidas são a falta de compromisso de alguns municípios com a planificação e a distorção do objetivo inicial do processo, já que os municípios haviam entendido que seria consolidada (construída de fato) a Rede de Atenção Materno-Infantil na região.

A Oficina 2, para todos os facilitadores do RN, com tema APS, ocorreu nos dias 24 e 25 de novembro de 2011, novamente no Cefope.

Na oportunidade, foi consensuada a data da Oficina 2 descentralizada para a 6.ª Região que deveria ter acontecido em dezembro de 2011, mas devido às muitas demandas e responsabilidades dos municípios, ficou acordada para os dias 8 e 9 de março e acabou por acontecer apenas nos dias 22 e 23 de março de 2012, na VI URSAP (auditório e salas de aula), em Pau dos Ferros/RN, com a presença de 48 técnicos e 14 gestores.

A experiência da Oficina 2 foi bastante estimulante e instigante. Trouxe um texto conceitual sobre APS e um estudo de caso fictício para ser problematizado entre os participantes. Para consolidar o aspecto crítico e

reflexivo, os participantes (agora facilitadores nos seus territórios) formaram grupos de trabalho para a realização de um exercício de avaliação dos atributos da APS identificados no estudo de caso. Foram escolhidos membros dos grupos para apresentarem os resultados à plenária. Em outro momento, os grupos reuniram-se novamente para a reestruturação da Atenção Básica no município (estudo de caso) que apresentava os dois modelos de atenção – Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Unidade de Atenção Primária à Saúde (Uaps).

Os integrantes dos grupos relataram que se identificaram nas suas experiências profissionais com alguns aspectos do estudo de caso e que de fato era possível melhorar os processos de gestão e de trabalho para fortalecer a APS nos seus territórios.

Futuro:

O número de facilitadores do estado do RN vem crescendo, como consequência do esforço da CPS em organizar momentos de repasse das Oficinas para aqueles que não puderam participar das primeiras. Nos dias 12 e 13 de março, esse grupo, que atualmente conta com 57 técnicos, reuniu-se com as facilitadoras do CONASS para o repasse da Oficina 3, com tema Territorialização.

O estado do RN já se organiza para descentralizar o processo para as outras regiões e reconhece que é um caminho difícil, mas possível. Há uma força propositiva que se move na luta para ressignificar a APS em todo o país, situando-a no centro de comunicação das RAS de um sistema de saúde integrado, resolutivo e voltado para os principais problemas e necessidades de saúde da população.

RIO GRANDE DO NORTE

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: O estado do Rio Grande do Norte e sua adesão ao processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde

TEMA/SUBTEMA DA EXPERIÊNCIA: O papel do estado e da Secretaria de Estado de Saúde (SES) na construção de redes; o estímulo e o apoio aos municípios para se organizarem em redes de atenção.

AUTORES: Severino Azevedo de Oliveira Júnior; Cynthia Beatriz Cunha dos Santos; Katiucia Roseli Silva de Carvalho; Ivana Maria Queiróz Fernandes; Paulo Bernardino Farias Júnior; Terezinha Rêgo Guedes de Oliveira.

SETORES/INSTITUIÇÕES ENVOLVIDOS: Coordenadoria de Promoção à Saúde (CPS) e Coordenadoria de Planejamento e Controle de Serviços de Saúde (CPCS).

n. 25

O estado e as Redes de
Atenção à Saúde –
1ª Mostra Nacional de
Experiências

Apresentação e Justificativa:

Novos modos de pensar e organizar a atenção à saúde vêm sendo propostos desde a Constituição Federal de 1988, tendo como pressuposto o conhecimento do perfil de saúde da população para a construção de políticas públicas mais justas e planejamento estratégico de ações que venham responder com resolutividade aos problemas e às necessidades de saúde dos indivíduos e suas famílias.

Para que essa proposta de mudança se consolide, as gestões, os serviços, profissionais e os usuários precisam ser corresponsáveis, copartícipes e cogestores das políticas de saúde, fortalecendo o controle social e a governança nos espaços legítimos de discussão e pactuação para uma nova lógica do Sistema Único de Saúde (SUS).

A ênfase na atenção humanizada, na prevenção de doenças e na promoção da saúde, por meio do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), são incrementos fundamentais para a transformação do modelo atual de atenção centrado nas condições agudas e agudização das condições crônicas de adoecimento e no indivíduo, de modo fragmentado e desarticulado.

Tais percepções justificam a iniciativa da Secretaria de Estado de Saúde Pública do Rio Grande do Norte (Sesap/RN) em aderir ao processo de Planificação da APS, em parceria com o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o que vem consolidar seu compromisso em nome da mudança de uma realidade que reconhece os problemas e as necessidades de saúde da população, mas se defronta com a dificuldade de garantir os acessos imprescindíveis à concretização do atributo da longitudinalidade para a efetivação da referência, contrarreferência e resolutividade que se espera das ações e dos serviços de saúde.

Descrição das principais estratégias e atividades:

Para o exercício da planificação no estado, propôs-se a construção da Rede de Atenção à Saúde Materno-infantil, justificada pelos problemas e pelas dificuldades inerentes à garantia do acesso de suas gestantes ao parto e ao grande número de partos cirúrgicos realizados, o que tem como consequência o nascimento de bebês prematuros e um índice de mortalidade materna e infantil que preocupa e inquieta as autoridades sanitárias do estado. Interessante ressaltar que, concomitantemente, o Ministério da Saúde, lançando mão da Portaria da Rede Cegonha (n. 1.459, de 24 de junho de 2011), passou a cobrar dos estados a construção das matrizes diagnósticas e programação desta rede nos seus territórios e o exercício desenvolvido na 6.^a Região fomentou a construção de uma matriz modelo para outras regiões do estado do RN.

O processo todo teve início em abril de 2011, em uma reunião com representantes do CONASS e Ministério da Saúde, em que a gestão estadual formalizou a adesão e comprometeu-se a envidar os esforços necessários para sua concretização.

A primeira oficina para a sensibilização e seleção de facilitadores ocorreu no período de 6 a 8 de junho de 2011, no Hotel Praiamar, em Natal/RN, tendo como público-alvo cerca de 80 participantes de todas as áreas técnicas da Sesap e das regiões de saúde. Como resultado, as representantes do CONASS selecionaram 25 facilitadores que foram capacitados nos dias 26 e 27 de julho, no Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde (Cefope) de Natal/RN. Para a reformulação e adaptação do material das Oficinas, proposto pelo CONASS pelo referencial Planificação da Atenção Primária nos Estados (CONASS, 2011), foi formado um Grupo de Trabalho (GT) composto por seis técnicos – quatro da Coordenadoria de Promoção à Saúde (CPS) e dois da 6.^a Região de Saúde (Região piloto, selecionada pela Sesap/RN para o exercício da planificação).

A condução de todas as etapas tem sido assumida pela CPS, com apoio da Coordenadoria de Planejamento e Controle de Serviços de Saúde (CPCS). Outras áreas, como Coordenadoria de Recursos Humanos (CRH) e a Coordenadoria de Hospitais e Unidades de Referência (COHUR) estão sendo implicadas no processo, de modo que a Sesap, no seu todo institucional,

vá paulatinamente construindo um pensamento unificado sobre processo saúde-doença-cuidado e organização do SUS nas regiões de saúde para dar conta dessa complexa dinâmica de produção e reprodução dos indivíduos/famílias e coletividades.

A 6.^a Região de Saúde (piloto) situa-se no alto-oeste potiguar e é composta por 36 municípios de pequeno e médio porte, somando 230.057 habitantes. A escolha deu-se por sua caracterização que, além de ser a maior região do estado em número de municípios, é também a mais distante da capital (média de 400km) e apresenta 100% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A metodologia para as 11 Oficinas que consolidarão o exercício da planificação fundamenta-se, além do referencial do CONASS, nas teorias de Eugênio Vilaça Mendes, consultor em saúde pública e autor do livro **A modelagem das Redes de Atenção à Saúde**. A primeira oficina descentralizada aconteceu nos dias 30 e 31 de agosto e contou com a presença de 104 participantes (78 técnicos e 26 gestores dos 36 municípios da 6.^a Região de Saúde).

O grupo de facilitadores do estado já cresceu, passando de 25 para 57. Como as oficinas estão sendo realizadas também dentro da própria Sesap, estima-se que esse grupo torne-se ainda maior, sendo possível expandir a planificação para todas as regiões do estado do RN. Na verdade, os facilitadores já buscam articular-se com as Regiões de Saúde, por meio das Comissões Intergestores Regionais (CIR). Transversalmente ao processo de planificação, a Sesap resgatou o Apoio Integrado à Gestão Descentralizada do SUS e há facilitadores que, além de técnicos em áreas estratégicas da gestão da saúde na Sesap (CPS, CPCS, CRH, COHUR), são apoiadores junto às CIR. Os gerentes e técnicos das Ursap, contando com esse reforço no processo de coordenação das políticas de saúde nos territórios político-administrativos, pleiteiam espaços nas CIR para mobilizar os gestores para a adesão ao processo, tal como aconteceu com a região piloto (6.^a Região de Saúde).

Das 11 Oficinas propostas, três já foram realizadas, tendo-se como público-alvo o conjunto de facilitadores do estado que estão sendo capacitados por duas facilitadoras do CONASS: Redes de Atenção à Saúde (1); Atenção Primária à Saúde (2); e Territorialização (3). A Oficina 2 (APS) já foi descentralizada para a 6.^a Região de Saúde nos dias 22 e 23 de março de 2012, com participação de 48 técnicos e 14 gestores, no total de 62 pessoas.

Constata-se uma queda na participação, ocasionada pela dificuldade de mobilizar o interesse coletivo pela mudança. Como encaminhamentos, agendou-se a data para a entrega do exercício de dispersão, realização das oficinas nos seus territórios e proposta de agenda para a Oficina 3 (Territorialização) e 4 (Vigilância em Saúde) integradas (uma proposta do CONASS).

Avaliação:

A experiência do estado do RN, que avança positivamente na proposta de Planificação da APS, tem servido de modelo para outros estados brasileiros que estão creditando seus saberes e ferramentas institucionais e políticas na transformação de suas realidades de saúde. Tanto que a coordenação da CPS já foi convidada a participar de oficinas em Porto Velho/RO e Goiânia/GO, bem como em Campo Grande/MT, ocasião em que o RN foi representado pelo CONASS.

Em Brasília, durante uma reunião com representações dos estados que já aderiram à planificação, o RN falou estimulando as gestões, o que corrobora a aposta que faz o Ministério da Saúde de que o fortalecimento da APS é o caminho mais oportuno para qualificar o cuidado e a atenção à saúde da população.

RIO GRANDE DO NORTE

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: O processo de construção de Redes de Atenção à Saúde (RAS) no estado do Rio Grande do Norte

TEMA/SUBTEMA DA EXPERIÊNCIA: O papel do estado e da Secretaria de Estado de Saúde (SES) na construção de redes; o estímulo e o apoio aos municípios para se organizarem em redes de atenção.

AUTORES: Severino Azevedo de Oliveira Júnior; Cynthia Beatriz Cunha dos Santos; Katiucia Roseli Silva de Carvalho; Ivana Maria Queiróz Fernandes; Paulo Bernardino Farias Júnior; Terezinha Rêgo Guedes de Oliveira.

SETORES/INSTITUIÇÕES ENVOLVIDOS: Coordenadoria de Promoção à Saúde (CPS) e Coordenadoria de Planejamento e Controle de Serviços de Saúde (CPCS).

Apresentação e Justificativa:

O processo de construção das RAS no RN deu-se com a articulação das variáveis (plano de governo, capacidade de governo e governabilidade), ocorrendo a conformação do planejamento para a viabilização deste plano, e a articulação da cadeia decisória (Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – Ministério da Saúde; Comissão Intergestores Bipartite (CIB) – Secretaria de Estado de Saúde Pública do RN e Grupo Condutor das RAS; Comissão Intergestores Regional (CIR) – Secretarias Municipais de Saúde) às RAS.

Nesse processo de construção, as RAS necessitam seguir os preceitos das Portarias Ministeriais e atender a alguns requisitos, tais como: Definição do território com a Consolidação do Plano Diretor de Regionalização (PDR); Realização de diagnóstico situacional inerente às regiões de saúde; Definição das RAS prioritárias; Identificação dos serviços por nível de complexidade; Criação de Grupos Condutores; Mobilização de Apoiadores por Unidade Regional de Saúde Pública (Ursap); Articulação com as CIRs; Organização dos pontos de atenção e nós das RAS; Criação de Sistemas logísticos; Adequação do Plano Plurianual (PPA); Regulação e governança da RAS.

No estado do RN, foram priorizadas quatro Redes de Atenção à Saúde:

- Rede Cegonha.
- Rede de Atenção Oncológica.
- Rede de Atenção Psicossocial.
- Rede de Urgência e Emergência.

Descrição das principais estratégias e atividades:

As RAS apresentam, como eixos para a adequação no Plano Plurianual do RN, o combate à pobreza tendo como programa/projeto as Redes de Atenção Integral, Promoção e Vigilância à Saúde, e o Fortalecimento da Política da Assistência Farmacêutica no RN; e o eixo da Gestão para Resultados, tendo como programa/projeto o Planejamento, Qualidade e Excelência na Gestão Pública da Saúde.

O macro-objetivo é promover uma vida saudável, que compreende o acesso universal aos serviços de saúde de qualidade, à prática esportiva, promovendo um ambiente social harmônico e pacífico, apresentando como programas da Secretaria de Estado de Saúde Pública as Redes de

Atenção Integral, Promoção e Vigilância à Saúde; a Expansão e Melhoria da estrutura física e tecnológica da saúde; Gestão de pessoas e da educação em Saúde; Fortalecimento da Política de Assistência Farmacêutica no RN; e a Regionalização Solidária em Saúde.

A Rede Cegonha tem sua operacionalização realizada pelo diagnóstico e homologação na CIB, o desenho da Rede Cegonha Regional, a contratualização da Rede Cegonha municipal e a qualificação dos componentes e certificação da rede. Após as deliberações na CIB, houve a aprovação da matriz diagnóstica, a escolha da região inicial de implementação da Rede Cegonha no estado do RN (Grande Natal), como também a instituição do grupo condutor da Rede Cegonha, por meio da Portaria n. 380/GS/Sesap. Foram propostas estratégias operacionais com o intuito de fortalecer o processo de construção da Rede Cegonha, como o plano de ação do grupo condutor da rede, com definição de responsabilidades de cada Coordenadoria da Sesap; Elaboração do plano de ação regional (análise da situação da mulher e da criança de cada município, o desenho regional da rede cegonha, pactuação na CIR e homologação na CIB) e plano de ação municipais; Programação físico-orçamentaria para conformação da rede; Parâmetros para o cálculo de investimentos e custeio da Rede Cegonha; e Monitoramento, qualificação dos componentes e certificação da Rede Cegonha nas regiões.

A Rede de Atenção Oncológica possui como um de seus objetivos a constituição de redes estaduais ou regionais, hierarquizadas e organizadas, garantindo o acesso e o atendimento integral, ampliando a cobertura do atendimento aos pacientes com câncer. O RN, no nível de atenção da Alta Complexidade, possui, como serviços habilitados na Rede Estadual de Atenção Oncológica, o Hospital Dr. Luiz Antônio/Liga Norte-rio-grandense contra o Câncer, o Hospital Infantil Varela Santiago/Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio Grande do Norte, o Natal Hospital Center S/C Ltda., o Hospital do Coração de Natal Ltda. e o Centro de Oncologia e Hematologia COHM (Mossoró). No RN teve-se como apoio a essa rede a formação de um grupo de estudo para construir instrumentos de captação da realidade local-regional, avaliando a atenção à saúde oncológica nas regiões.

A Rede de Atenção Psicossocial no RN tem seu enfoque na Atenção Básica a partir da planilha de busca ativa e de acompanhamento das ações em Saúde Mental, e Capacitação e Implantação da planilha de busca ativa

2011/2012. O RN, no ano 2011, teve 34 Centros de Atenção Psicossocial (Caps) existentes, configurando a rede de serviços especializados para a Atenção Psicossocial. Outras ações estão previstas para esse processo, como: projeto FNS – capacitação em álcool e outras drogas por região, implantação de leitos psiquiátricos, implantação de CAPS AD 24 horas (Natal), implantação de um CAPS tipo AD Regionalizado em cada região de saúde e uma Casa de Acolhimento Transitório (CAT), implantação de Consultório de Rua em Natal, elaboração de plano de enfrentamento a crack, álcool, tabaco e outras drogas, entre outros.

A Rede de Urgência e Emergência terá em sua composição no RN a formulação de políticas e planejamento, gestão orçamentária e financeira no SUS, regulação organizada em três dimensões de atuação (regulação de sistemas de saúde, regulação da atenção à saúde, regulação do acesso à assistência), além de monitoramento e avaliação.

Tendo em vista a implantação dessas redes de cuidados no RN, a Sesap tem o papel de assegurar o compromisso com a melhoria da saúde da população, integração e articulação na construção das RAS do estado, com qualidade e eficiência para os serviços e para o sistema.

RIO GRANDE DO NORTE

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: A regionalização da Atenção à Saúde no estado do Rio Grande do Norte

TEMA/SUBTEMA DA EXPERIÊNCIA: O processo de definição das regiões de saúde, com estabelecimento de limites geográficos e população usuária.

AUTORES: Severino Azevedo de Oliveira Júnior; Cynthia Beatriz Cunha dos Santos; Katiucia Roseli Silva de Carvalho; Ivana Maria Queiróz Fernandes; Paulo Bernardino Farias Júnior; Terezinha Rêgo Guedes de Oliveira.

SETORES/INSTITUIÇÕES ENVOLVIDOS: Coordenadoria de Promoção à Saúde (CPS) e Coordenadoria de Planejamento e Controle de Serviços de Saúde (CPCS).

Apresentação e Justificativa:

A regionalização no Sistema Único de Saúde constitui uma estratégia prioritária para garantir o direito à saúde, reduzir as desigualdades sociais e territoriais, promover a equidade e a integralidade da ação, racionalizar os gastos, otimizar os recursos e serviços assistenciais e potencializar o processo de descentralização.

O artigo 198 da Constituição Federal de 1988 preconiza que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, sendo organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade (BRASIL, 1998).

Os principais instrumentos de planejamento da gestão são o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI), os quais nortearão a programação e a alocação de recursos financeiros, a identificação e o reconhecimento das regiões de saúde e os recursos de investimentos necessários no processo de planejamento regional e estadual.

As regiões de saúde são recortes territoriais inseridos em espaços geográficos contínuos. Para identificar essas regiões de saúde nos estados, são utilizados como base alguns critérios organizados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados no território. Dessa forma, a população sob responsabilidade de uma rede ocupa a região de saúde definida pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR) e pelo Plano Diretor de Investimentos (PDI).

Os espaços territoriais devem contemplar, de acordo com a escala, acesso e qualidade, os recortes microrregionais e macrorregionais, organizados em redes de atenção que possibilitem a conformação de um sistema integrado de saúde.

Descrição das principais estratégias e atividades:

Para caracterizar as regiões de saúde no estado do Rio Grande do Norte (RN), foram utilizados critérios técnicos, econômicos, geográficos e administrativos, como: população, renda, infraestrutura, transporte, comunicação, distância e fluxo entre as cidades. No entanto, no princípio, não foram consideradas as características sanitárias e epidemiológicas, devido à inexistência de dados no período, tendo sido descentralizada a gestão estadual da saúde, processo iniciado em 1975, com a criação das Diretorias Regionais de Saúde (Dires), que depois passaram a Escritórios Técnicos de Apoio aos Municípios (Etam) e, por fim, a Unidades Regionais de Saúde Pública (Ursap), ou simplesmente regionais de saúde.

Apenas em 2001 e 2002, com a publicação das Normas Operacionais da Assistência à Saúde (Noas), a regionalização teve impulso, com a formatação dos PDR nos estados que propuseram a delimitação de territórios sanitários, e as responsabilidades sobre os indicadores de saúde da Atenção Básica passaram a ser assumidas pelos municípios descentralizados. Às regionais, que antes eram também executoras das ações, coube o papel de coordenadoras das políticas públicas de saúde em cada região administrativa.

O Pacto pela Saúde de 2006 veio consolidar e alavancar o processo de regionalização, com a criação do Colegiado de Gestão Regional, tendo espaço permanente de pactuação e cogestão solidária e cooperativa, em que é instituído o processo de planejamento regional para definir as prioridades, as responsabilidades de cada ente federado, as bases para a Programação Pactuada e Integrada (PPI) da atenção à saúde, o desenho do processo regulatório, as estratégias de qualificação do controle social, as linhas de investimento e o apoio para o processo de planejamento local.

Nesse contexto, surgiu a necessidade de se repensar o modelo de atenção à saúde, de modo que a organização dos serviços se voltasse para o atendimento das necessidades dos sujeitos e suas famílias, não apenas de indivíduos doentes.

Para preservar, recuperar e melhorar a saúde das pessoas e da comunidade, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são propostas capazes de identificar claramente a população e a área geográfica sob sua responsabilidade.

No ano de 2012, no estado do RN, estruturam-se as metas e as prioridades da regionalização cooperativa, integrada com decisões interfeederativas colegiadas, planejamento, monitoramento e avaliação, e a construção das RAS. Esse processo está sendo fortalecido pelo resgate do Apoio Integrado à Gestão Descentralizada do SUS nos fóruns colegiados, como os CGR, hoje chamados de Comissões Intergestores Regionais (CIR). As Coordenadorias de Promoção à Saúde (CPS), Planejamento e Controle de Serviços de Saúde (CPCS), entre outras, buscam, por meio desse processo, fortalecer os espaços de pactuação e negociação das políticas de saúde nas regiões sanitárias.

Considerando que o processo de regionalização norteia a integralidade das ações do sistema de saúde e a redução dos problemas de acesso, é preciso avançar no sentido de garantir esse princípio. Para que esse processo do sistema de saúde avance, há necessidade de efetivar algumas pré-condições, bem como: recursos (físicos, tecnológicos, humanos e financeiros) adequados e em número suficiente para materializar um desenho regional; uma estrutura organizacional adequada para favorecer o desenvolvimento das ações dos atores envolvidos; um contexto favorável para a construção da viabilidade, reunindo forças políticas capazes de lhe dar sustentação. Por isso, faz-se necessária uma mudança na lógica de funcionamento do sistema, no sentido da integração e da qualificação dessas ações.

RIO GRANDE DO SUL

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: Rede Cegonha – Redes Chimarrão

TEMA/SUBTEMA DA EXPERIÊNCIA: O papel do estado e da Secretaria de Estado de Saúde (SES) na construção de redes; o estímulo e o apoio aos municípios para se organizarem em Redes de Atenção à Saúde (RAS).

AUTOR: Fernando Anschau.

SETORES/INSTITUIÇÕES ENVOLVIDOS: Secretaria Estadual de Saúde; Secretaria de Políticas para as Mulheres; Coordenadorias Regionais de Saúde; Grupos Georreferenciados na SES; Grupos Condutores da Rede Cegonha (estadual, regionais e municipais).

Apresentação e justificativa:

A implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) traz para a pauta de discussões o modelo de atenção à saúde e questões organizativas de grande relevância para o Sistema Único de Saúde. Oportunamente, a discussão sobre RAS, quando mencionada a Rede Cegonha, deve ser encarada para além da assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal e à criança, com vistas à integralidade na atenção. No estado do Rio Grande do Sul a necessidade de discussão sobre a construção das Redes de Atenção Integral à Saúde da Mulher unificou-se ao momento de implantação da Rede Cegonha, trazendo para pauta a criação das Redes Chimarrão, caracterizando-se como aspecto regional importante na consolidação e incorporação desse movimento.

Objetivo:

Construção das Redes de Atenção à Saúde no Rio Grande do Sul.

Descrição das principais estratégias e atividades:

Desde o início do ano de 2011, a Secretaria Estadual de Saúde (SES) vem trabalhando junto com seu Departamento de Ações em Saúde (DAS) na construção da Rede de Atenção Integral à Saúde das Mulheres no estado, tendo como ponto de partida a discussão da Rede Cegonha. Nesse caminhar em direção ao presente momento, podemos constatar uma série de acúmulos de conhecimentos que fizeram que pudéssemos consolidar os seguintes aspectos:

- Realização de encontros para discussão da Rede de Atenção Integral à Saúde da Mulher no ciclo gravídico-puerperal e a saúde da criança em nível central na SES e em todas as 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), que envolveram mais de 3 mil pessoas de diferentes representações do estado – nesse ponto é importante ressaltar a elaboração de material didático interativo sobre RAS.
- Reorganização do Comitê Estadual de Mortalidade Materna.
- Organização de grupos de trabalho sobre Rede Cegonha.
- Instituição no processo de trabalho no DAS de Grupos Georreferenciados (grupos com vários atores do DAS reunidos na construção de análises

situacionais de cada macrorregião do estado – salientando que o Rio Grande do Sul possui sete macrorregiões de saúde).

- Instituição do grupo condutor estadual da Rede Cegonha (RC).
- Instituição de grupos condutores regionais da RC nas 19 coordenadorias de saúde.
- Instituição de grupos condutores municipais da RC em todos os municípios do estado.
- Elaboração e consolidação da linha de cuidado do ciclo gravídico-puerperal e primeira infância.
- Caracterização regional da RC e da construção de redes sob o tema Redes Chimarrão – caracterizando e trazendo a discussão para aspectos típicos do dia a dia do RS.
- Associação da RC com a estratégia do programa Primeira Infância Melhor (PIM).
- Disponibilização de espaços virtual e presencial para a elaboração dos planos de ação municipais da RC.
- Elaboração de grupos de trabalho para construção de serviços especializados no atendimento à gestante de alto risco.
- Discussão das ações aqui listadas diretamente com a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) do estado e por meio do Comitê Gestor de Políticas de Gênero.
- Elaboração em conjunto com a Escola de Saúde Pública do programa de Residência Multiprofissional em Saúde Integral da Mulher.
- Instituição de momentos de discussão sobre a política de atenção integral à saúde da mulher gaúcha dentro do “RS Lilás” (estratégia da SPM para garantir autonomia às mulheres).

Os Grupos Georreferenciados foram determinantes na elaboração do diagnóstico situacional expresso em uma matriz diagnóstica com indicadores de saúde, de capacidade hospitalar e de serviços instalada, indicadores de mortalidade e morbidade e de gestão de todo o estado. Foram conduzidas rodas de conversa sobre RC e estudo piloto sobre a construção de redes em municípios disparadores no Rio Grande do Sul, bem como a instituição do colegiado no DAS com discussões sobre a implementação da RC, trazendo para a pauta em mais de 200 momentos de reflexão outros 600 atores. Além

da SES, também houve, entre tantos momentos de pactuações, discussão com a SPM sobre o conteúdo do referido plano.

Tendo como base os parâmetros técnicos do Ministério da Saúde do Brasil para a assistência pré-natal revisados pela Associação Brasileira das Enfermeiras Obstetrias (Abenfo), pela Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Rio Grande do Sul (SOGIRGS) e pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS), bem como diante das evidências científicas trazidas por consultoria à equipe do Telessaúde-RS (UFRGS) e também alocadas pela publicação do Grupo Hospitalar Conceição – **Atenção à Saúde da Gestante em Atenção Primária à Saúde de 2011** – propusemos um conjunto de exames, atividades e ações prescritivas para cada trimestre do período gestacional e ao puerpério, a qual chamamos de Rede Cegonha/Rede Chimarrão. Esse material, associado ao momento de discussão de implantação de ambulatórios de gestantes de alto risco e da adoção de critérios claros de classificação de risco gestacional é objeto de publicação visando à socialização desses conhecimentos.

Oportunamente a discussão de RAS para além da assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal e à criança, como chama atenção acima, também nos faz observar as tecnologias apontadas pelo Ministério da Saúde dentro da lógica da RC.

Essa construção avança para além dos pressupostos do pensamento moderno, inspirado na física, que concebe o parto como um processo mecânico, com a descrição exata da contração uterina, da anatomia pélvica e da cabeça fetal. A nova perspectiva supera a pretensão de corrigir o processo de nascimento e compreende o parto e o nascimento como um objeto complexo, que se desenvolve segundo uma dinâmica própria e fisiológica, desvinculada da doença.

De volta aos aspectos práticos da construção e implementação da Rede Cegonha / Rede Chimarrão, é interessante apontar o fato de estarmos vivenciando um processo que, como tal, traz a perspectiva de *continuum* que deve ser avaliado e operacionalizado. O momento vivido é o de construção em todo o estado de planos de ação municipais com olhares regionalizados e de proposição de pactuações entre atores que efetivamente trabalham a saúde no Rio Grande do Sul; o processo iniciou no último ano e vai seguir pelos próximos (até o momento 36% dos municípios já iniciaram a construção dentro do sistema dos planos de ação da RC).

O fortalecimento da atenção primária está sendo incentivado, uma vez que atende a uma série de prerrogativas citadas na RC, razão pela qual vinculamos o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) à estratégia da Rede Cegonha/Rede Chimarrão. O acesso ao pré-natal de alto risco nos traz desafios de construção de tecnologias para o garantirmos em tempo oportuno. Assim, como citado acima, estamos trabalhando na proposta de criação de ambulatórios de gestantes de alto risco em cada regional de saúde do estado, com referência pactuada aos hospitais com leitos de gestação de alto risco (GAR). A proposição é a de implantação de modelo integrado de atenção à gestação de alto risco com a criação de ambulatórios referência para esse atendimento, com matriciamento da rede de atenção, refletindo a criação de lugares comuns para a discussão do tema que traz, na lógica das linhas de cuidado, o desenho de um fluxo que possa ser identificado por todos aqueles que prestam atendimento ao pré-natal no Rio Grande do Sul – construção contínua.

Sobre o fortalecimento da atenção primária, também é importante ressaltar o incentivo ao Programa da Primeira Infância Melhor (PIM), que traz todo um conjunto de ações que impactam muito favoravelmente nos indicadores de qualidade do atendimento pré-natal, bem como no acompanhamento da criança e de sua família até o sexto ano de vida. Essa estratégia adotada pelo Rio Grande do Sul, bem como a interação com as equipes de saúde da família e os agentes de saúde, está sendo reforçada em conjunto com ações, atitudes e planejamentos no plano de ação do estado para a Rede Cegonha/Rede Chimarrão.

Na SES, salientamos esse momento do parto normal como evento fisiológico, natural e que traz enormes significados para a mulher e sua família. No comprometimento que firmamos com a qualidade do nascimento ao iniciarmos a discussão sobre a Rede Cegonha/Rede Chimarrão, tornou-se norte o empoderamento das mulheres para que possam, com dignidade, segurança e autonomia, vivenciar de forma plena a gestação, o parto e o pós-parto.

Tempos/Cronograma:

A proposta teve início no dia 31/3/2011, com trabalho de campo iniciado em 1/8/2011, sendo que a proposta se mantém em um *continuum* de atividades.

Avaliação:

Foram elencados os seguintes pontos que merecem atenção na avaliação desse momento no processo:

- Identificação da organização dos municípios e das regionais de saúde em rede.
- Diminuição do tempo de investigação do óbito materno e das mortalidades infantil e fetal e investigação efetiva dos óbitos maternos.
- Diminuição em 22% do coeficiente de mortalidade materna.
- Criação de salas de situação nos municípios com maiores coeficientes de mortalidade neonatal.
- Proposições de intervenções pontuais como o ambulatório de gestação de alto risco (resolução CIB/RS aprovada em abril de 2012).
- Acesso ao sistema de registro dos planos de ação da RC (40% dos municípios até o momento).

RIO GRANDE DO SUL

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: Saúde Mental e construção de redes: a experiência do município de Alegrete

AUTORES: Adelina Soares Tubino; Maria Judete Ferrari; Maria do Horto Loureiro Salbego.

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS: Secretaria Estadual de Saúde; Secretaria Municipal de Saúde e Controle Social.

Justificativa:

A constituição de Alegrete como território de cuidado em saúde mental implicou a construção de muitos espaços de diálogo. A atenção integral em saúde mental evidenciada pela Reforma Psiquiátrica tem comportado uma série de procedimentos técnicos nesses 23 anos de trajetória no município de Alegrete que ampliam a prática para além do território da clínica tradicional e em direção à interdisciplinaridade na rede, na atenção e na gestão do cuidado. A começar pelo sujeito atendido que é cidadão, com direito à saúde, senhor da sua história, biografia e, principalmente, da história de

seu sofrimento psíquico. Retirá-lo da crise exige a articulação de inúmeras iniciativas intersetoriais, reordenantes de suas necessidades múltiplas.

Nosso Sistema Municipal de Saúde Mental é composto por: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), tipos I e II; Residencial Terapêutico, Leitos Psiquiátricos no hospital geral do município, Leitos para dependência química/*crack* no hospital geral do município, Pronto-Socorro Municipal, com atendimento às emergências psiquiátricas, Caps AD e o 3.º Turno da Saúde Mental.

Objetivo:

O grande objetivo do trabalho que é desenvolvido pelo Sistema de Saúde Mental de Alegrete desde o ano de 1989 é contribuir para reabilitação, reinserção social, acolhida, cuidado e respeito às diferenças. A autonomia é tida como princípio e diretriz. É um eixo ordenador das ações que promove o cuidado integral com a vida e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico.

Descrição das principais estratégias e atividades:

Nossa experiência em Alegrete resultou na construção de uma rede de cuidados que denominamos Sistema de Atenção Integral à Saúde Mental (Sais Mental) e que recentemente virou Lei Municipal n. 4.774/2011. O sistema contempla ações em reabilitação e atenção, promoção e prevenção em saúde e saúde mental, ensino e pesquisa na construção da técnica anti-manicomial. Quando necessário, internamos em hospital geral, onde temos leitos psiquiátricos, oficinas do corpo, de expressão e terapêuticas para o acolhimento do usuário em crise. Há casos em que nossa intervenção se dá no espaço da intimidade familiar, buscando provocar a compreensão da loucura e do sofrimento psíquico e ainda articulando os recursos singulares existentes no ambiente da família e da comunidade.

O acompanhamento terapêutico domiciliar e o hospitalar são ferramentas importantes na consolidação prática das redes de cuidados. Muitas vezes, os “vizinhos” inserem-se na intervenção da crise, entre eles a igreja, o pastor, a escola e o professor. Em todos os casos, a superação do sofrimento passa por construir a cidadania, o direito à saúde, a solidariedade, a convivência e a defesa da vida.

A equipe multidisciplinar da mesma forma busca permanente repensar da prática cotidiana e das relações estabelecidas entre si, com os usuários e com a comunidade. Busca também estabelecer trocas e parcerias com os demais profissionais das diferentes instituições, que hoje formam uma rede de cuidados que transcende o Sistema Institucional.

Avaliação:

Nesses 23 anos, evoluímos de um serviço de atenção integral para um sistema, composto por vários espaços de interlocução permanente em saúde mental, com os setores das políticas sociais, principalmente aqueles ligados à saúde, à educação, à cultura, à assistência social e à justiça. Uma rede malha que integraliza ações de atenção, reabilitação, promoção de saúde, ensino e pesquisa voltados ao objetivo de desinstitucionalizar a loucura, produzir saúde e saúde mental, construir subjetividade e novos sentidos para a vida singular e coletiva.

RIO GRANDE DO SUL

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: Redes de Saúde: a implantação da Rede Cegonha no município de Alegrete/RS

AUTORES: Adelina Soares Tubino e Maria do Horto Loureiro Salbego.

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS: Secretaria Estadual de Saúde; Secretaria Regional de Saúde; Secretaria Municipal de Saúde de Alegrete; e controle social do município de Alegrete.

Justificativa:

Este trabalho visa apresentar a estratégia utilizada pelo município de Alegrete/RS na implantação da Rede Cegonha. Alegrete, situado na fronteira oeste do RS, comporta 7.804 Km² de extensão de campos com uma população de 77.653 habitantes, possui uma rica construção de redes de cuidado. No último período apostou no fortalecimento da rede primária implantando ações que resgatem o compromisso com o Sistema Único de Saúde. De duas unidades com estratégia da saúde da família houve ampliação para seis. Em agosto de 2011 participamos da primeira oficina com a Secretaria de Estado

de Saúde (SES/RS) com o objetivo de trabalhar a adesão à Rede Cegonha, com apresentação dos indicadores para a implantação no município de Alegrete. Na oportunidade, estiveram presentes a Secretaria Estadual de Saúde, o Departamento de Ações em Saúde (DAS) e a 10.^a Coordenadoria Regional de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, com representantes de diversos setores.

O trabalho em Rede se justifica no sentido de desencadear ações que potencializem e otimizem os recursos disponíveis no cuidado da gestante e crianças até 24 meses.

Objetivos:

O objetivo dessa rede de cuidado é assegurar às mulheres o direito a planejamento familiar, gravidez, parto e puerpério seguros e humanizados. E às crianças, o direito ao nascimento e desenvolvimento saudáveis, bem como se articular com as três esferas de gestão do SUS de modo a garantir a melhoria da qualidade dos diversos serviços de saúde que compõem essa rede. “Tem por princípio a defesa dos direitos humanos de mulheres e crianças, o respeito à diversidade cultural, étnica e racial, as diferenças regionais, a equidade, o enfoque de gênero e dos direitos sexuais e direitos reprodutivos de mulheres e homens, jovens e adolescentes e a participação social” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Descrição das principais estratégias e atividades:

A partir do mês de setembro de 2011 reuniram-se funcionários da prefeitura e os apoiadores da 10.^a CRS para tratar dos assuntos abordados pela SES/RS, dividindo o grupo condutor em cinco grupos norteadores para dar início aos debates e ao levantamento de dados.

GRUPO 1 – Infraestrutura e Logística (Clodoaldo Rodrigues, Diretor CAPS II Viviane, de David Fisioterapia; Tania Zinelli, do hospital local; Carine Perguer, da Enfermagem; Fabio Guedes, da Logística).

As necessidades apontadas pelo Grupo 1 foram de realizar visitas nos setores de atenção primária, secundária e terciária, realizando levantamento das necessidades de adequação desses locais e posteriormente elaborar projetos para aquisição da UTI neonatal e um carro para busca ativa da população-alvo.

GRUPO 2 – Insumos (Alex Nunes, da Farmácia Municipal; Eliane Jardim, Enfermagem UBS; Rita Hartmann, do Laboratório Municipal; Taiana Ribeiro, da Enfermagem; Elisiane Fagundes, da Enfermagem Cema).

O Grupo 2 levantou que o laboratório oferece os exames solicitados pelo Programa, mas, para facilitar, os agendamentos serão realizados pelas Unidades Básicas de Saúde. Deve aumentar a demanda de ecografias obstétricas e/ou separar o atendimento destas; Realizar a marcação deste exame por telefone da Unidade Básica de Saúde. Foi elaborado pelos integrantes desse grupo o projeto de um veículo para laboratório itinerante.

GRUPO 3 – Gestão de Cuidados e Informação (Juliana Michael, da Vigilância epidemiológica; Josemari Fagundes, Psicóloga; Rita Lorena, da Enfermagem UBS; Jaqueline Albânio, Coordenadora da Atenção Básica; Elizabeth Costa, de DST/Aids e Lyz Pinheiro, do Cerest).

O terceiro grupo priorizou realizar estudo do que já tem de serviço oferecido na rede. Reorganizar o sistema, capacitar equipe técnica para preenchimento de fichas do Sis prenatal nas unidades básicas de saúde e na estratégia saúde da família (ESF).

GRUPO 4 – Capacitação, Educação Popular e Comunicação (Adelina Tubino, Psicóloga Numesc e Saúde vai ao Campo; Cláudia Viero, Nutricionista; Diane Ceolin, da Enfermagem ESF, Elisiane Coelho, da Enfermagem Caps II; Caren Flores, Diretora Caps I).

O Grupo 4 realizará mapeamento de necessidades das informações para gestantes, orientações educacionais na zona urbana e rural, capacitação aos trabalhadores de saúde, divulgação, qualificação do uso das carteiras de gestantes e caderneta da criança, sensibilização ao parto natural, realizar levantamento com os demais grupos para saber a necessidade encontrada em cada setor para qualificação de pessoal e usuários.

GRUPO 5 – Controle Social (Tailize Lemos, do hospital local; Vera Paim, da Enfermagem Caps I; Cleuza, Enfermagem ESF; José Luís Andrade, do Controle Social).

O Grupo 5 ficou responsável pelo Controle Social, que é a integração da sociedade com a administração pública, com a finalidade de solucionar problemas e as deficiências sociais com mais eficiência.

Esse controle deve possibilitar ao cidadão que acompanhe com transparência a gestão pública, com a finalidade de solucionar problemas e as deficiências sociais com mais eficiência.

GRUPO DE APOIO: 10.^a Coordenadoria Regional de Saúde (Maria Izabel Pradel, Esther Simões, Graciana Bilhalba, Cira Lopes).

Entre setembro e dezembro, o grupo condutor buscou levantar seus dados e realizar o diagnóstico situacional do município. Como metodologia utilizada, os grupos se reuniam semanalmente, realizando projetos, debatendo sobre a rede e propondo a reordenação da assistência. Esse trabalho possibilitou o cumprimento das diretrizes da Rede Cegonha. A formação dos grupos condutores trouxe para reflexão os protocolos existentes para pré-natal e cuidados na primeira infância e a forma de viabilizá-los de forma qualificada.

Avaliação:

O município de Alegrete começou a implantação da Rede Cegonha em agosto de 2011 e, analisando-se os resultados desenvolvidos, o fortalecimento da rede instalada foi observado como um dos fatores positivos, aproximando os diversos níveis de atenção, criando nova atitude da equipe diante das necessidades. Como dificuldade pontuamos a necessidade de desacomodar, de atravessar a fronteira e de buscar no outro a resposta para as necessidades do coletivo.

Avaliamos que esse foi um desafio fundamental para o fortalecimento do cuidado à saúde, fortalecendo a atenção primária e tornando-a mais potente e qualificada e articulando esse nível da atenção aos demais níveis. Como resultado observamos a qualificação do pré-natal, o envolvimento da equipe no cuidado das gestantes e crianças até 24 meses.

RIO GRANDE DO SUL

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: O georreferenciamento como estratégia de organização do trabalho no Departamento de Ações em Saúde (DAS) da Secretaria de Estado de Saúde (SES) do Rio Grande do Sul (RS) para atuar em Rede de Atenção à Saúde (RAS)

AUTORES: Rebel Zambrano Machado; José Inácio Lermen; Sandra Maria Sales Fagundes.

SETORES ENVOLVIDOS: Departamento de Ações em Saúde; Departamento de Coordenação das Regionais; Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial; Escola de Saúde Pública; Departamento Administrativo, Planejamento.

Apresentação e justificativa:

A decisão da Direção do Departamento de Ações em Saúde (DAS/SES/RS) para obter maior impacto nas ações de saúde passou pela construção de mudanças do processo de trabalho e da estrutura do Departamento. Os resultados junto à comunidade dependiam de importantes mudanças institucionais e essa reestruturação foi decisiva para avançar na concepção e na construção de Rede de Atenção à Saúde (RAS), no Rio Grande do Sul.

O georreferenciamento foi a escolha estratégica para ampliar a capilaridade, estruturar o apoio matricial às Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e o apoio institucional aos municípios e propiciar o trabalho transversal e integrado entre as equipes das diferentes políticas de atenção da SES/RS. As políticas estão sendo redesenhadas a partir das Linhas de Cuidado, a integralidade pensada e construída pelo exercício das correlações de poder e de ações das políticas. Os fundamentos para a constituição do trabalho no DAS/SES foram estruturados a partir da lógica de definição de um modelo matricial de organização, por eixos estruturantes e um Colegiado Gestor, que apresenta diferentes dimensões e representa os Fóruns Executivos de tomada de decisões para funcionar de forma orgânica e sincrônica com as Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Objetivos:

Potencializar as ações do DAS/SES e apoiar tecnicamente as regionais e os municípios, garantindo maior eficácia das ações na área da saúde junto à população gaúcha. Organizar estrategicamente o corpo técnico do DAS, de forma georreferenciada, para possibilitar a visualização dos territórios. Definir o trabalho georreferenciado como a logística para dar agilidade às Políticas Públicas.

Descrição das principais estratégias e atividades:

O processo inicial desencadeado pela Direção do DAS/SES foi o alinhamento conceitual sobre redes com os técnicos, tendo como produto desse primeiro momento a construção do papel do ativador de rede estadual, o qual deveria ser o de ativar e articular, coletivamente, possibilidades de fluxos, de ações de saúde e necessidades de serviços a serem implantadas e/ou implementadas, de modo pactuado entre gestores, equipes e usuários de determinados territórios. Outra questão importante foi a definição do papel indutor da SES na formação das RAS. Esse papel foi referendado por um coletivo apoiador com representações de diferentes setores e atores da sociedade gaúcha, como academia, serviços, gestores, técnicos, sociedades profissionais.

Esse processo foi acompanhado pela decisão de trabalhar por território, utilizando o desenho de regionalização da Secretaria em sete macros: centro-oeste, metropolitana, missioneira, norte, serra, sul e vales, reorganizando, assim, o processo de trabalho do Departamento por Políticas e por Macros. Foram realizados em 2011, cinco encontros de RAS, envolvendo gradativa e sucessivamente um número cada vez maior de atores, com representação do nível central, CRS e de municípios, acompanhado o processo por Universidades de diferentes regiões do estado.

A opção foi iniciar a implantação da RAS a partir da Rede Cegonha, pautada no alinhamento político e estratégico com o governo federal e por ser uma área prioritária de ação. Foram escolhidos inicialmente alguns municípios disparadores por regional, como possibilidade de essas experiências se constituírem em espaços aprendizes para os demais municípios. O encontro com a realidade municipal confirmou a reivindicação dos municípios de financiamento para a Atenção Básica para dar conta das condições estruturais da atenção à saúde que se pretende. Em 2011, foi implementada a Política de Incentivo Estadual à Qualificação da Atenção Básica em Saúde (PIES) na lógica da equidade, procurando oferecer mais recursos para os municípios com menor renda tributária líquida, maior percentual de idosos e menores de cinco anos de idade.

Já em 2012 foi acrescentado o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) no PIES, que remunera melhor municípios com maior vulnerabilidade social.

O IVS utiliza indicadores determinantes – lixo, água, esgoto, analfabetismo e densidade demográfica –, resultando um valor *per capita* superior a R\$ 20,00 em 22% dos municípios gaúchos.

O segundo momento no DAS foi a criação de um Colegiado Gestor, que passou a se reunir semanalmente para deliberar e discutir técnica e politicamente as questões que envolvem o DAS. Isso demandou que o coletivo do DAS discutisse o seu papel, o que seria necessário mudar e feito no espaço Colegiado Gestor e em momentos de imersão do DAS. As imersões ocuparam-se da construção da missão e visão do DAS, permitindo momentos de reflexões e de avaliações como forma de redirecionar o trabalho.

Essa construção caminhou para uma estrutura matricial de organização, atendida por quatro grandes Eixos e Fóruns Executivos de tomada de decisões, que devem funcionar de forma orgânica com as RAS, expressa e operacionalizada pelo georreferenciamento. Esse processo de mudança vem sendo estruturado a partir da Educação Permanente, observando e experimentando métodos e estratégias de análise coletiva do trabalho desenvolvido no DAS, nas regionais e nos municípios, que deverá garantir a presença dos atores nas instâncias locorregionais de gestão das RAS, na expectativa de ressignificar e reinventar os processos de gestão e de atenção, o que nos têm garantido avanços nos processos já instituídos.

As políticas estão sendo repensadas em seus papéis, sua capacidade de respostas, considerando a constituição de linhas de cuidado como a forma de subverter a lógica de formular política a partir da oferta e não das necessidades concretas dos usuários. O avanço ainda maior é o exercício de discuti-las sob a perspectiva da integralidade, da intersectorialidade, caminhando para pensar o novo “através” e “com” a interdisciplinaridade. Não fazendo mais do “mesmo” e sim o “novo”, ou seja, novos olhares e novas práticas, superando barreiras para suplantando as dicotomias, as lacunas e as idiosincrasias do sistema. Aporta-se para isso um conjunto de ferramentas potentes para analisar os fazeres cotidianos e revelar os nós críticos, com o objetivo de realizar análise situacional dos serviços e/ou estabelecimentos de saúde. Essas ferramentas são: o modelo lógico, o fluxograma descritor, a rede de petição e compromissos e planejamento estratégico.

O exercício prático no DAS de construção de RAS, atualmente tem sido por meio da Rede Cegonha, das linhas de cuidado da saúde mental e

do fortalecimento da Atenção Básica, agendas prioritárias das macros. Na política de envolver a SES em seu conjunto, a Escola de Saúde Pública (ESP) se candidata a ser grande parceira, já que também se reformula e procura acompanhar o movimento de mudanças, tendo, entre seus objetivos, a discussão da complexidade dos cenários e das situações em saúde, ao analisar o coengendramento das dimensões técnicas, políticas e administrativas, e também a problematização dos processos de trabalho, com assessoria técnica, política e pedagógica e, com isso, aprofundando o processo de educação permanente na SES.

A pauta da Atenção Básica é agenda prioritária e às questões a ela implicadas. Os critérios para a Compensação das Especificidades Regionais foram rediscutidos e foi criado o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), como um dos critérios de equidade de repasses de recursos financeiros aos municípios. Outro critério que buscou a mesma lógica foi o Coeficiente Municipal para a Política de Incentivo Estadual à Qualificação da Atenção Básica em Saúde (Pies): tendo em vista a prioridade da Atenção Básica, já se discute um incremento de financiamento baseado em critérios da APS, que qualifique a atenção e potencialize resultados.

Desafios:

Organizar agendas sistemáticas com os demais departamentos, evoluindo para um novo processo de trabalho na SES.

RIO GRANDE DO SUL

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: O Departamento de Ações em Saúde (DAS) da Secretaria de Estado de Saúde (SES) do Rio Grande do Sul e o trabalho desenvolvido na Região Macrometropolitana

AUTORES: Rebel Zambrano Machado; Maria Alice Vieira Lantmann; Candida Kirst Bergmann; Carmen Luísa Teixeira Bagatini.

SETORES ENVOLVIDOS: Departamento de Ações em Saúde; Departamento de Coordenação das Regionais; Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial.

Apresentação:

O Departamento de Ações em Saúde (DAS/SES/RS), para alcançar resultados mais expressivos na área da saúde, passou pela construção de mudanças do processo de trabalho e da sua estrutura. Isso foi decisivo para avançar na concepção e construção de Rede de Atenção à Saúde (RAS), no Rio Grande do Sul. O trabalho dos técnicos passou a ser desenvolvido por território delimitado, acompanhando a regionalização da SES/RS. Nessa lógica, o georreferenciamento foi utilizado como estratégia para ampliar a capilaridade das políticas, viabilizar o apoio matricial às Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e o apoio institucional aos municípios. A região macrometropolitana do RS é composta por três regionais de saúde: 1.^a CRS, 2.^a CRS e a 18.^a CRS, que abrangem 43% da população do estado, distribuídos em 88 municípios. Considerando-se que um dos objetivos estratégicos da SES e do governo federal é o fortalecimento da Atenção Básica, optou-se por iniciar o trabalho no DAS pela construção da Rede Cegonha, alinhado à proposta do Ministério da Saúde.

Objetivos:

- Apoiar o fortalecimento da Atenção Básica, por meio da organização da Rede Cegonha, com novo modelo de atenção ao parto e ao nascimento e atenção à saúde da gestante, garantia de acesso, acolhimento e resolutividade.
- Reduzir a mortalidade materna e infantil na região.
- Oferecer apoio matricial às CRS e apoio institucional aos municípios na implementação de diferentes políticas e linhas de cuidado, garantindo maior eficácia das ações junto à população gaúcha.

Descrição das principais estratégias e atividades:

O processo de trabalho é operacionalizado por meio das políticas e das macrorregiões. O grupo de trabalho da macrometropolitana é formado por técnicos representantes de várias políticas do nível central, que se reúnem em dois turnos semanais fixos e, de um deles, participam coordenadores e técnicos das três regionais. Essa participação difere dos demais

grupos, visto que as CRS estão próximas fisicamente e os coordenadores entenderam a importância do trabalho. Essa experiência serviu para avançar na constituição de um coletivo da macro, já que ainda não havia se constituído como tal, pois o desenho de regionalização era mais virtual.

O processo de trabalho do grupo geoperativo iniciou-se com a construção de uma matriz de diferentes indicadores sociais, econômicos, demográficos, de morbimortalidade e fatores de risco para conhecimento mais aprofundado do território, sendo socializada no grupo e com os demais. O exercício para construção da RAS, na macrometropolitana, começou com a Rede Cegonha, com a oferta de todos os seus componentes, diferentemente das demais regiões do estado, que só aderiram aos componentes 1 e 3. O processo foi construído pensando a participação de forma progressiva dos atores, até a inclusão dos municípios.

Em um primeiro movimento, foram escolhidos municípios disparadores para possibilitar o exercício de implantação das RAS e socializar as dificuldades e acertos entre as macros. Na metropolitana, os municípios escolhidos foram Osório e Santo Antônio da Patrulha, pertencentes à 18.^a CRS; Sapucaia e Canoas, da 1.^a CRS; e São Francisco de Paula e Taquara, da 2.^a CRS. Os passos metodológicos para a implantação da RAS foram desenhados pensando as diferentes perspectivas e atores do processo. O passo inicial foi visitar esses municípios para conhecer o funcionamento do pré-natal e do parto, portanto iniciando-se a análise da Atenção Básica e de nova relação entre esses pares. Os encontros seguintes, já com o conjunto dos municípios da macro, objetivaram mostrar a importância de iniciar a organização da linha de cuidado mãe/bebê e consolidar o fluxo das usuárias no sistema.

Simultaneamente, trabalhou-se com os municípios por CRS, optando eles por se organizarem por microrregião, o que facilitou também construir as referências do parto, no caso da Rede Cegonha, e fortalecer as Regionais de Saúde. Esse processo possibilitou conhecer e reconhecer serviços e fluxos possíveis para o atendimento da população, pensar em economia de escala e negociar com gestores e prestadores, garantindo melhor organização do Sistema de Saúde. Por outro lado, esse trabalho também colocou em xeque a construção das referências estaduais e a própria Programação Pactuada e Integrada (PPI), o que exigiu também negociações e demandas internas na SES, com os demais departamentos.

Essa agenda vem envolvendo tanto a discussão com prestadores como a necessidade de rever financiamentos, desabilitar serviços ou mesmo criar novos, sempre que necessário. Como exemplo, citamos a desabilitação de hospitais de pequeno porte para a realização de parto, atendendo à necessidade de pensar o acesso com qualidade, já que a maior parte dos óbitos infantis no estado ocorria nesses serviços.

O segundo momento, a macro, trata de outras questões demandadas, com novos financiamentos:

- Políticas por Ciclo de Vida: a organização da linha de cuidado da gestante/puérpera e bebê e outras.
- Políticas Transversais: construção da Rede de Saúde Mental, com novos financiamentos.
- Mortalidade infantil, discutida com os municípios que tiveram aumento de mortalidade.
- Municípios que precisam de apoio à gestão e para reorganizar seus processos de trabalho na Atenção Básica por terem aderido ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

O governo federal vem ofertando recursos substanciais para a região metropolitana, com foco em estrutura e processos. O QualiSUS é um exemplo que partiu do desenho de mapa de necessidades de saúde para construção da proposta de financiamento. Outros temas já são pauta para as discussões com os municípios, a linha de cuidado da criança e do idoso, assim como a organização da rede para o diagnóstico da Aids.

Desafios:

Um dos desafios para avançar no processo de construção dos fluxos da Rede Cegonha são as negociações com os prestadores, que não têm história de negociação direta com os gestores e que, na grande maioria, não vêm garantindo o acesso. A negociação com os prestadores de serviços ao SUS não só nessa área, mas outras áreas também, parece ser um exercício importante a ser construído pela SES.

A organização dos fluxos e oferta de serviços, consolidando a RAS, no caso da Rede Cegonha, tem-se revelado uma negociação difícil, por

concentrar na região metropolitana o maior número de prestadores e os principais em referência de alto risco.

A articulação com os demais departamentos da SES traduz-se em desafio, já que cada um deles se encontra em um tempo diferente, bem como com inserções diferenciadas no processo de RAS.

Avaliação:

Os critérios e os indicadores para monitorar/avaliar os resultados da organização dos serviços em RAS serão os já existentes, previstos na Rede Cegonha, no Pacto pela Saúde, no PMAQ, considerando a qualidade de acesso, a estrutura e os resultados. A escolha de indicadores marcadores poderá ser uma opção de escolha.

RIO GRANDE DO SUL

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: As ferramentas da Política Nacional de Humanização e a Educação Permanente em Saúde no apoio à gestão de redes

TEMA/SUBTEMA DA EXPERIÊNCIA: O papel do estado e da Secretaria de Estado de Saúde (SES) na construção de redes; o estímulo e o apoio aos municípios para se organizarem em Redes de Atenção à Saúde (RAS).

AUTORES: Vania Roseli Correa de Mello; Carolina Eidelwein; Rose Teresinha da Rocha Mayer; Eleoteria Rosane dos Santos; Lucia Inês Schaedler.

SETORES/INSTITUIÇÕES ENVOLVIDOS: Núcleo Articulador da Política de Humanização da SES; Coordenação de Educação e Saúde Coletiva da Escola de Saúde Pública (Cesc/ESP-RS); servidores do Departamento de Ações em Saúde (DAS/SES).

Apresentação e justificativa:

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão buscam garantir a integralidade do cuidado” (Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010).

A Secretaria de Estado de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS), tomando como base a proposta das RAS, tem desencadeado esforços concretos para a implantação de mudanças nos processos de trabalho, buscando a constituição de Redes de Gestão e Atenção Integral a partir do fortalecimento da Atenção Básica. Este cenário tem incidido sobre a dinâmica do trabalho e agenciado configurações cada vez menos fragmentadas por políticas específicas, em busca da experimentação de coletivos georreferenciados por macrorregiões de saúde.

Esse processo tem demandado exercício imprescindível de inclusão das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde e dos municípios do estado a partir das necessidades do território. Mais do que isso, tem implicado um convite-provocação à responsabilização coletiva e singular por sua construção. Nesse sentido, o Núcleo Articulador da Política de Humanização da SES/RS tem indicado a experimentação de algumas das proposições conceituais e metodológicas da Política Nacional de Humanização (PNH) na perspectiva da Educação Permanente em Saúde (EPS), a partir da realização de encontros mensais voltados a participação de todos os servidores do DAS/SES, visando à qualificação da gestão estadual em redes e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde no estado do Rio Grande do Sul.

Objetivos:

Os Encontros de Educação Permanente têm como objetivo principal produzir um espaço efetivo de troca de experiências, de reflexão e de produção de conhecimentos a partir do cotidiano das práticas de trabalho. Os encontros têm sido pautados pela problematização dos principais desafios vividos na prática pelos grupos georreferenciados por macrorregiões de saúde.

Descrição das principais estratégias e atividades:

O núcleo articulador da Política de Humanização da SES/RS foi-se constituindo como referência do ponto de vista institucional para os Encontros de Educação Permanente do DAS/SES, tendo a clareza de que este não deve, por si, ser tomado com o único espaço de educação permanente experimentado pelos servidores, mas reconhecendo-o como lugar privilegia-

do para colocar em análise as práticas cotidianas de gestão e atenção do trabalho em saúde.

A fecunda parceria estabelecida entre o núcleo articulador da PNH do DAS/SES e a Coordenação de Educação em Saúde Coletiva da Escola de Saúde Pública (ESP/RS) para fazer acontecer esses encontros corresponde ao desafio de articular o “entre políticas” necessário para o fortalecimento do processo de constituição de “nós” em redes.

Assim, tem-se estimulado a reflexão sobre a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho, entendendo a inseparabilidade entre o gerir e o cuidar defendido como princípio da PNH. Trabalho em Rede, apoio institucional, cogestão e acolhimento são algumas das temáticas que têm integrado o repertório dos encontros, buscando contribuir para a qualificação da gestão da saúde na implantação das RAS.

Destacaram-se no primeiro encontro, ocorrido em fevereiro de 2012, o acolhimento e o apoio institucional como conceitos operacionais facilitadores de uma experimentação “em ato” das ferramentas da PNH na gestão. Fez-se uso de dispositivo lúdico que foi a “construção de um barco” em pequenos grupos cuja discussão sobre o processo de construção foi socializada no coletivo, dando oportunidade a uma reflexão importante acerca da dinâmica de trabalho em saúde. No segundo encontro, ocorrido em março de 2012, foi tomado como dispositivo o estudo de caso com base em uma Coordenadoria Regional de Saúde inventada, a “20.^a CRS”, para discutir processo de trabalho, escuta qualificada, acolhimento e apoio institucional.

O encontro entre as ofertas da PNH e, principalmente, seus princípios metodológicos com a Educação Permanente, tem possibilitado reflexão sobre o desafio de compor um trabalho coletivo, requisito fundamental para o fortalecimento das Redes de Gestão e Atenção Integral à Saúde.

Tem-se contado com a participação de 40 trabalhadores do DAS/SES em média a cada encontro mensal que, em meio a uma agenda disputada por outras tantas, reúnem-se para experimentar “em ato” algumas das ferramentas da PNH e da Saúde Coletiva por meio de rodas de conversa, estudo de caso e outras metodologias ativas que têm produzido espaço efetivo de troca de experiências e de reflexão sobre o trabalho.

Tempos/Cronograma:

- Fevereiro/2012 – Início do processo de construção, organização e preparação para os Encontros de Educação Permanente do DAS/SES.
- 29/Fevereiro/2012 – Realização do 1.º Encontro.
- 28/Março/2012 – 2.º Encontro.
- 25/Abril/2012 – 3.º Encontro.

Avaliação:

Os encontros de Educação Permanente do DAS/SES estão em um estágio inicial. Contudo, tanto a Política de Humanização quanto a Política de Educação Permanente já compõem efetivamente o cenário da rede de saúde do Rio Grande do Sul. Temos apostado na potência dos encontros para fazer emergir novas relações entre sujeitos e novos processos institucionais capazes de reinventar a gestão da saúde.

RIO GRANDE DO SUL

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: Estruturando as Redes de Atenção à Saúde no trabalho da gestão estadual do Rio Grande do Sul

AUTORA: Carla Cristiane Freire Corrêa

Apresentação:

Este estudo busca compartilhar a experiência de um trabalho que está sendo desenvolvido no Departamento de Ações em Saúde (DAS) da Secretaria de Estado de Saúde (SES) do Rio Grande do Sul, referente à implantação de linhas de cuidado predefinidas como elementos indutores à estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

O RS vem buscando trabalhar na lógica do apoio institucional às Coordenadorias Regionais de Saúde e aos municípios também no processo de qualificação da Atenção Primária em Saúde (APS) e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família, realizando, assim, uma gestão mais próxima das dificuldades e do cotidiano dos trabalhadores, interessada na mudança do processo de trabalho necessária à efetiva transformação do modelo de atenção e na perspectiva de uma gestão integral.

A estruturação das RAS dá-se pelo fortalecimento da APS como ordenadora do cuidado, responsável pela saúde dos usuários em seu território.

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

Objetivos:

- Qualificar o modelo de gestão estadual do SUS para estruturação RAS.
- Fortalecer a APS como ordenadora das RAS.

Principais estratégias e atividades:

Trata-se de uma reflexão acerca do processo de trabalho que está sendo desenvolvido no DAS, que se iniciou em 2011, por meio de oficinas de RAS, oferecendo aos trabalhadores uma compreensão a respeito do processo de trabalho articulado entre pessoas e serviços.

Foi proposta uma metodologia de trabalho na qual os profissionais não atuam mais apenas nas suas políticas de origem e sim referenciados por macrorregiões de saúde, em que são apoiadores desse processo de redes às regionais e municípios sob sua responsabilidade.

Foram organizados sete grupos, representando as sete macrorregiões de saúde do estado, sendo compostos por um profissional de cada política. Iniciou-se dentro do grupo a integração entre esses profissionais e suas políticas, fazendo que cada integrante tomasse conhecimento dos processos e do trabalho em rede e do seu desenvolvimento. Encontram-se semanalmente para o diagnóstico da macrorregião de saúde pela qual são responsáveis, fazem o levantamento das respectivas necessidades e demandas, bem como a construção coletiva de ações para o apoio a esses profissionais.

Esses grupos viajam aos municípios e regionais do estado para o processo de apoio aos gestores e profissionais de saúde, buscando o fortalecimento da APS, a implantação das linhas de cuidado e a estruturação das RAS.

Cronograma:

Este trabalho teve início em janeiro de 2011, com oficinas a respeito de RAS; dois meses após, começou a nova metodologia de trabalho, que vem se desenvolvendo, desde então.

Avaliação:

A reorientação do modelo de atenção à saúde voltado para uma rede integrada de ações e serviços é o que se espera dessa nova proposta de trabalho que, por estar em fase inicial de desenvolvimento, apresenta resultados e primeiras impressões de análise ainda restritos, mas já é possível identificar uma equipe mais integrada, com melhor entendimento dos processos e do todo, na perspectiva de RAS.

A aproximação com as Coordenadorias Regionais de Saúde tem-se dado de forma periódica, em que está sendo desenvolvido um trabalho integrado de apoio e trocas no desenvolvimento de ações em prol do fortalecimento da APS.

RIO GRANDE DO SUL

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: Rede de Atenção Integral à Saúde dos Usuários em Situação de Prisão no Rio Grande do Sul

TEMA/SUBTEMA DA EXPERIÊNCIA: O papel do estado e da Secretaria de Estado de Saúde (SES) na construção de redes; o estímulo e o apoio aos municípios para se organizarem em redes de atenção.

AUTORES: Renata Maria Dotta Panichi; Luciana Oliveira de Jesus; Helena Salgueiro Lermen e Sandra Fagundes.

SETORES/INSTITUIÇÕES ENVOLVIDOS: Secretaria Estadual da Saúde (SES/RS); Departamento de Ações em Saúde (DAS); Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS/RS); Secretarias Municipais de Saúde (SMS/RS); Superintendência dos Serviços Penitenciários (Susepe/RS); Ministério da Saúde – Área técnica de Saúde no Sistema Penitenciário.

Apresentação e justificativa

A Secretaria de Estado de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS) vem propondo a implantação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no sistema prisional, tendo como diretriz o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), instituído pela Portaria Interministerial n. 1.777/2003. O PNSSP visa garantir ações integrais de saúde, o que significa unificar serviços preventivos, curativos e de reabilitação aos usuários privados de liberdade, por meio da implantação de equipes multiprofissionais de saúde nos estabelecimentos prisionais.

As equipes são compostas por sete profissionais de saúde (psicólogo, assistente social, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, odontólogo e auxiliar de consultório dentário), com carga horária de 20 horas semanais. Atualmente, o RS possui 17 equipes municipais de saúde prisional, sendo que mais quatro equipes deverão ser habilitadas até junho de 2012. As equipes são formadas por profissionais das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e Superintendência dos Serviços Penitenciários (Susepe), caracterizando um trabalho intersetorial.

O PNSSP preconiza ações de promoção de saúde e o desenvolvimento das ações de Atenção Básica, priorizando o controle dos seguintes agravos: tuberculose, hipertensão, diabetes, hanseníase, DST/HIV e hepatites. Além disso, são preconizadas ações de imunizações, saúde mental, saúde da mulher e saúde bucal. Ressalta-se, ainda, o acesso aos demais níveis de atenção em saúde, ou seja, o acesso a serviços de média e alta complexidade previstos no Plano será pactuado e definido no âmbito de cada estado em consonância com os planos diretores de regionalização e aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Conselho Estadual de Saúde (CES).

No momento, o RS conta com uma população prisional de cerca de 30 mil pessoas. A maioria das pessoas presas do estado são homens (93%). A população prisional feminina é de aproximadamente 2 mil mulheres; dessas, 41 são gestantes. O RS tem 20 crianças nas unidades materno-infantis de estabelecimentos prisionais. Aproximadamente 60% da população prisional está contemplada pelas ações das equipes de saúde prisional. Do total das equipes, 12 estão situadas na macrorregião metropolitana, a qual comporta cerca de 16 mil pessoas em situação de prisão.

Objetivo:

Propor a construção da Rede de Atenção Integral à Saúde no Sistema Prisional, por macrorregiões do estado, em parceria com os diversos departamentos/políticas de saúde e atuando de forma intersetorial.

Descrição das principais estratégias e atividades:

A Seção Saúde Prisional (DAS/SES) conduz a implementação da Política de Atenção Integral à Saúde Prisional. A partir de grupos de trabalhos, vem-se implementando uma rede regionalizada de ações e serviços. A Unidade de Saúde Prisional funciona como porta de entrada e sua equipe garante o serviço de saúde preconizado pela Atenção Básica e acesso aos demais níveis de atenção à saúde. A SES/RS vem pactuando prioridades: o controle e ou redução dos agravos mais frequentes (tuberculose, HIV/Aids), a atenção ao uso do *crack*, álcool e/ou outras drogas e o cuidado das gestantes/mães/bebês.

O processo de construção da RAS no sistema prisional iniciou-se em 2005, com a implementação do Plano Operativo Estadual da Saúde do Sistema Penitenciário do RS (POE/RS). As discussões foram propostas por um grupo de trabalho de caráter intersetorial, com o desafio de garantir a implantação das ações e dos serviços em todos os níveis de atenção. Foi, também, previsto pelo POE/RS um conjunto de metas e indicadores específicos para as ações de saúde prisional no estado.

Desde 2006, a SES/RS prevê a criação do Incentivo Financeiro Estadual, complementar ao Incentivo Federal (Resolução CIB n. 101/2006). Em 2010, houve alteração no valor do incentivo estadual (Resolução CIB RS n. 054/2010), estabelecendo o pagamento de acordo com a composição de recursos humanos para a formação da equipe de saúde prisional.

No ano de 2011, foi implantada nova proposta a partir da resolução CIB/RS n. 257/2011. Trata-se da Habilitação às Equipes Municipais de Saúde Prisional, em unidades penitenciárias com mais de 100 pessoas presas. Por meio do incentivo estadual disponibilizado, os municípios assumiram a gerência da Atenção Básica nas instituições prisionais. As Unidades de Saúde Prisional, por sua vez, passaram a integrar a rede de atenção integral à saúde do município. No processo de habilitação, ficaram definidos os compromissos de todos os atores envolvidos no processo, para garantia de continuidade das ações e serviços em saúde.

Além da habilitação de equipes, a SES/RS vem realizando, por meio da Seção Saúde Prisional, as seguintes ações: conhecer e acompanhar o trabalho dos profissionais que atuam nas equipes municipais de saúde prisional; promover ações de educação permanente; construir parâmetros de monitoramento de indicadores e de orientações técnicas aos profissionais; conhecer os pontos vulneráveis da infraestrutura física das Unidades; pactuar fluxos de atendimentos na rede de Atenção Básica e nos outros níveis de atenção do sistema para a garantia do acesso; e criar diretrizes normativas para o favorecimento de processos de trabalho condizentes com as condições peculiares de uma unidade básica de saúde dentro de estabelecimentos prisionais.

Tempos/Cronograma:

O quadro abaixo apresenta um cronograma das habilitações das equipes de saúde prisional, e as resoluções CIB/RS que marcam o processo de implantação e ampliação das equipes de saúde prisional no RS.

ANO	N.º DE EQUIPES DE SAÚDE PRISIONAL HABILITADAS NO ANO	MUNICÍPIO	LEGISLAÇÃO
2003			Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário – Portaria Interministerial n. 1.777/2003
2005			Plano Operativo Estadual – CIB/RS n. 177/2005
2006			Resolução CIB n. 101/2006
2008	5	Montenegro Santa Vitória do Palmar Charqueadas (três equipes)	
2009	3	Osório Santa Rosa São Luiz Gonzaga	
2010	1	Charqueadas	Resolução CIB/RS n. 54/2010
2011	6	Porto Alegre (três equipes) Três Passos Charqueadas (duas equipes)	Resolução CIB/RS n. 257/2011
2012	6	Ijuí Santa Cruz do Sul Guaíba* Pelotas* Rio Grande* Santo Cristo*	

FONTE: SES/DAS/SEÇÃO SAÚDE PRISIONAL/ABRIL DE 2012

*EQUIPES HABILITADAS ATÉ JUNHO DE 2012.

Avaliação:

No RS, em dois anos, o número de equipes de saúde prisional passará de nove (2010) para 21 (2012), distribuídas em 14 municípios. A ampliação das equipes vem garantir maior número de ações e serviços de saúde à população prisional.

Em relação aos indicadores de saúde prisional, foram selecionados sete norteadores para construção de indicadores: rotinas gerais de atenção integral, atenção integral de ações de saúde da mulher, saúde bucal, saúde mental, controle da tuberculose, hepatites virais e DST/Aids.

As etapas seguintes são: discutir os indicadores selecionados com as áreas técnicas e políticas de saúde da SES, para que se possa, em co-

num acordo, selecionar quais os indicadores norteadores de cada área. Outra etapa é apresentar às equipes de saúde prisional os indicadores e a proposta de monitoramento para que todos possam compreender a importância de se obterem indicadores e o papel fundamental da equipe na avaliação das condições de saúde.

A avaliação dos indicadores pode vir a facilitar o planejamento, a supervisão e o controle de ações e serviços na unidade, como também pela gestão estadual de saúde. Por fim, a SES está buscando a articulação com as CRS e com as diversas seções da própria secretaria, visando à definição das ações de educação permanente.

Os desafios e as propostas futuras são: a sensibilização de gestores da saúde e dos diretores dos estabelecimentos prisionais para implementação de novas equipes; a qualificação do cuidado em saúde dos usuários; a redução das taxas de incidência dos principais agravos, por meio da ampliação do diagnóstico e do acesso ao tratamento; a ampliação da atenção integral para usuários de álcool e/ou outras drogas; e o monitoramento dos indicadores e a sensibilização dos diversos setores e políticas estaduais e municipais de saúde para a integração das unidades de saúde prisional na rede de atenção integral à saúde.

RORAIMA

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: Dificuldades para a Planificação da Atenção Primária à Saúde em Roraima

AUTORES: Ana Paula Viana de Oliveira Guth e Maysa Ruiz de Lima

Apresentação e Justificativa:

Segundo Mendes (2011), a proposta de Rede de Atenção à Saúde (RAS) foi feita pela primeira vez em 1920. Contudo, esse tema começou a ser discutido no estado de Roraima apenas em julho de 2011, a partir da visita de Técnicos do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Como fruto desse encontro foi instituído o Grupo Condutor da Planificação da Atenção Primária em Roraima. Após a análise de indicadores de saúde, a rede materno-infantil foi escolhida como a rede prioritária para organização dos serviços de saúde no estado.

Descrição das principais estratégias e atividades:

Durante o segundo semestre de 2011, ocorreram duas Oficinas da Planificação da Atenção Primária à Saúde em Roraima, ambas ministradas por técnicos do CONASS. A primeira oficina envolveu os membros do Grupo Condutor e a segunda foi realizada para formação de facilitadores. Os dois encontros tiveram como tema a Oficina I – As Redes de Atenção à Saúde, integrante do Caderno 23 do CONASS *Documenta*.

n. 25

O estado e as Redes de
Atenção à Saúde –
1ª Mostra Nacional de
Experiências

Após esses encontros, os profissionais da Secretaria de Estado de Saúde dos vários setores que a compõem iniciaram o planejamento das ações necessárias à Planificação da Atenção Primária à Saúde. Esses profissionais se reúnem semanalmente, com duração de uma hora, e nesses momentos discutem como organizar os serviços de saúde do estado em uma rede que garanta atenção integral à população de Roraima. Nesses encontros, foram identificados alguns pontos que dificultam a organização da rede materno-infantil no estado. Passaremos a discorrer sobre esses pontos a seguir:

- Regionalização da Atenção à Saúde: As discussões sobre a regionalização em Roraima iniciaram-se em 2009. O debate sobre o tema foi assunto no Conselho Estadual de Saúde (CES), no Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). A Resolução n. 051, de 22 de outubro de 2009, da CIB/RR pactuou a constituição de duas Regiões de Saúde: região Centro-Norte e região Sul. Entretanto, esse processo de regionalização caminhou de forma lenta no estado: as duas Comissões Intergestoras Regionais (CIRs) foram criadas somente em julho de 2011 e a primeira reunião só veio a ocorrer em março de 2012. Para a organização dos serviços de saúde em rede, é primordial que a regionalização da atenção à saúde esteja bem definida e fortalecida, com os gestores utilizando todos os recursos que ela oferece, garantindo o acesso da população a todos os serviços de saúde. Portanto, a regionalização dificultada em Roraima é indicada como um dos fatores que dificultam a Planificação da Atenção Primária no estado.

- Representação do Cosems nas discussões sobre a planificação: o Cosems esteve afastado das discussões sobre a Planificação da Atenção Primária em Roraima desde o início dos trabalhos. Esse distanciamento é

sentido sempre durante os encontros, pois, por mais que os técnicos da Secretaria de Estado de Saúde sejam capazes de identificar alguns nós críticos na organização dos serviços nos municípios, o gestor municipal é quem pode afirmar com propriedade quais são as maiores dificuldades que ele encontra para organizar a saúde em seu município. É evidente que as especificidades vivenciadas pelos municípios são essenciais para o processo de organização das RAS. Hoje, a realidade dos municípios do estado, excluindo-se a capital Boa Vista, é praticamente a mesma: há dificuldade de expansão dos serviços de saúde ofertados pela gestão municipal.

- Fragilidade da Atenção Primária à Saúde (APS) nos municípios de Roraima: O fortalecimento da APS é primordial para que as RAS sejam estruturadas em Roraima. Os municípios encontram frequentemente dificuldades para a contratação de profissionais e a rotatividade deles é grande, prejudicando a atuação das equipes da Estratégia Saúde da Família em seus territórios. A dificuldade para acessar algumas localidades, principalmente nas áreas rurais é enorme, o deslocamento das equipes de saúde é inviabilizado por diversas vezes por causa das condições das estradas ou por falta de transporte. As intervenções de promoção à saúde, de ações preventivas e de educação em saúde ficam preteridas em relação às curativas. Essas intervenções que sabidamente são capazes de modificar as condições de saúde são deixadas sempre em segundo plano, prejudicando a qualidade de vida das famílias daquelas localidades. Em Roraima percebe-se ainda que muitas crianças menores de um ano de idade vão a óbito por causas que poderiam ser evitadas com o fortalecimento da APS, com um pré-natal de qualidade e a implementação da puericultura. Menos de 20% das crianças até o 6.º mês de vida do estado são alimentadas com aleitamento materno exclusivo.

- Fragilidade das comunicações entre os níveis de atenção: As comunicações entre a atenção primária, secundária e terciária à saúde são falhas. Os pontos de atenção à saúde na maior parte das vezes não trabalham de forma coordenada. Faz-se necessária a instituição de estratégias que sejam capazes de promover a integração dos três níveis de atenção no estado.

- A ausência ou fragilidade desses elementos que são estruturais para uma RAS são os fatores que têm dificultado a implantação das redes em Roraima. A implantação da Rede Cegonha no estado é uma das prioridades da

atual gestão, e os grupos condutores da Rede Cegonha e da planificação da APS têm somado esforços para organizar a rede de atenção materno-infantil em Roraima.

SANTA CATARINA

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: Gestão estadual da Atenção Primária em Santa Catarina: apoio institucional regionalizado

TEMA/SUBTEMA DA EXPERIÊNCIA: Fortalecimento da Atenção Primária, estimulando que assuma os papéis de porta de entrada e coordenadora do cuidado aos indivíduos.

AUTORES: Heitor Tognoli; Maria Luiza Felipe Baltazar; Mirvaine Panizzi.

EQUIPE ENVOLVIDA: Maria Arlene Pagani; Maria Catarina da Rosa; Mari Angela de Freitas; Janize L. Biella; Silvana Crippa; Carmem Regina Delziovo; Cassia Magagnin Roczanski; Helen Bruggeman Bunn Schmitt.

SETORES/INSTITUIÇÕES ENVOLVIDOS: Gerência de Coordenação da Atenção Básica; Cosems/SC; Gerências Regionais de Saúde; Núcleo de Tele-saúde de Santa Catarina.

Apresentação e Justificativa:

O processo de trabalho da gestão na Gerência de Atenção Básica da Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina (SES/SC – Geabs/SC) estava organizado até 2011 para atender aos diversos programas ligados aos ciclos de vida, sendo que a gestão da Atenção Primária à Saúde (APS) estava enfraquecida no estado. O apoio às regiões estava centrado nas Gerências Regionais que, no entanto, trabalhavam sem direcionamento estadual, exercendo uma autonomia dada pelos arranjos regionais instituídos. A APS tem como atribuição importante ser a coordenadora do cuidado aos indivíduos e integrar as informações dos diferentes pontos de atenção à saúde nas Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde. Para exercer esse papel, necessita de qualificação e fortalecimento, principalmente no que diz respeito às ações de gestão (estadual, regional, municipal e do processo de trabalho das equipes).

n. 25

*O estado e as Redes de
Atenção à Saúde –
1ª Mostra Nacional de
Experiências*

Objetivos:

As ações desenvolvidas para apoio e fortalecimento da gestão da APS objetivam: aprimorar o diagnóstico da qualidade da APS em cada região; fortalecer o papel do estado na gestão da APS; oferecer apoio institucional regionalmente de forma efetiva e interligada com a gestão estadual e permitir a coordenação da atenção nas Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde.

Descrição das principais estratégias e atividades:

A insuficiência e pouca qualificação para gestão dos recursos humanos do nível central e das Regionais de Saúde foi o principal entrave para a proposta de oferecer apoio institucional. Mesmo assim, o entendimento foi de que o papel do estado está diretamente vinculado a essa ação, e esperar pela condição ideal pode estar sempre no futuro e, assim, não se concretizar. A opção de iniciar com o cenário existente foi deflagrar o processo e conseguir aliados pelo caminho.

A situação, em 2011, era de um nível central cuja estruturação estava focada em áreas programáticas (Saúde Mental, Saúde Bucal, Saúde da Família, Saúde da Mulher, da Criança e Adolescente, Idoso, Homem, Violência, Hipertensão e Diabetes, Alimentação e Nutrição), sendo que a equipe de Saúde da Família tinha sua ação focada nos processos administrativos, tais como credenciamento de equipes, pagamentos retroativos, acompanhamentos das falhas no Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), emissão de pareceres, entre outros e, no nível regional, geralmente um técnico responsável pelo apoio à APS, concentrando ações de todas as áreas programáticas. A lógica das ações programáticas específicas, organizadas na perspectiva de políticas verticais, consolidava seu foco no controle de indicadores.

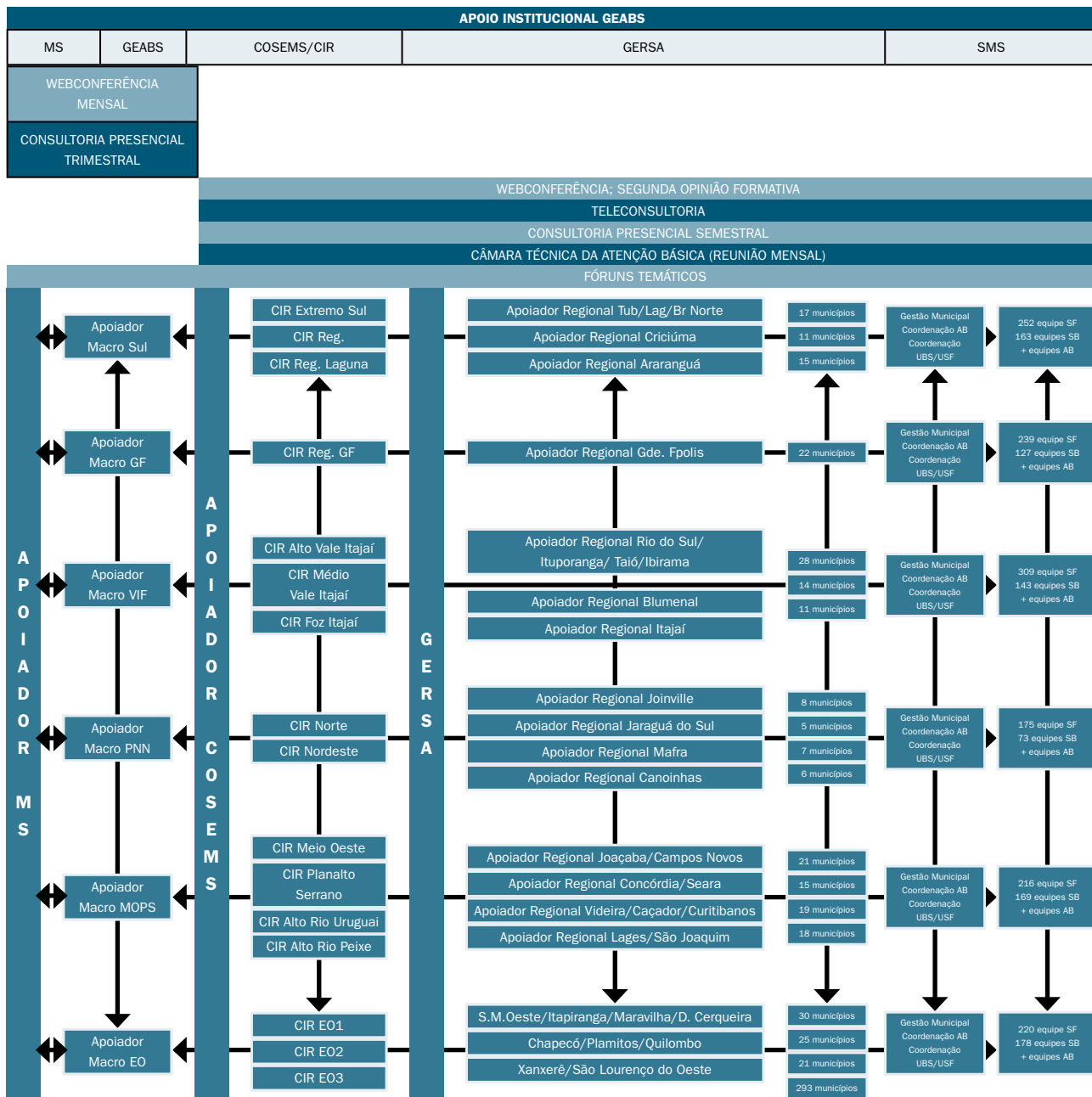
O movimento reorganizativo espelha a concepção da Gerência como dinamizadora do processo de apoio institucional, focado na integralidade da assistência, envolvendo as três esferas de Governo (Ministério da Saúde, SES, SMS) e outros níveis organizativos (Cosems, CIR, Gerências de Saúde – Gersas), com a parceria do Núcleo de Telessaúde/SC. O apoio institucional, em construção, aponta para o estabelecimento de relações interfederativas, desenho e articulação da Atenção Básica com os outros pontos de atenção da Rede, bem como das linhas de cuidado e reforço ao processo de trabalho das equipes.

O estado conta com nove macrorregiões, mas o número insuficiente de técnicos no nível central limitou a proposta à criação de seis Coordenações de Fortalecimento da Atenção Básica, cada uma responsável por determinada região do estado, atuando em conjunto com as Regionais de Saúde. As áreas programáticas continuaram contando com técnicos de referência para desenvolvimento das ações específicas e matricular os técnicos responsáveis pelas macrorregiões.

Para suportar a atuação dessas coordenações, foram criados alguns novos espaços e novas ações. A primeira ação foi a criação de um colegiado de gestão, na Geabs/SC, para horizontalizar e democratizar os processos decisórios. Foram organizados espaços de conhecimento e compartilhamento das ações desenvolvidas pelas áreas programáticas com as coordenações macrorregionais. Estabeleceu-se processo de democratização e circulação da informação para toda a equipe, até mesmo com pautas e decisões tomadas pelo colegiado, por meio eletrônico, e processo sistemático de circulação das informações com as instâncias regionais. Instituiu-se parceria com o Cosems, com a inserção de Apoiadores Regionais distribuídos nas Regiões de Saúde e obedecendo-se à mesma divisão das CIR. Estabeleceu-se parceria com o Núcleo Telessaúde de SC para apoio ao processo de trabalho desenvolvido pelas Equipes de Saúde da Família, utilizando as ferramentas de web conferência, segunda opinião formativa e teleconsultoria agendada, abordando temas relacionados às demandas das equipes e da Geabs/SC.

Estratégias de aproximação com Gerências Regionais para definição conjunta de agendas/ações para fortalecimento da APS foram executadas, em processo de cogestão para o apoio. Foi criada uma Câmara Técnica, vinculada à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), específica para discussão de temas relacionados com a APS.

FIGURA. Representação da estrutura de apoio institucional da Geabs/SC.



FONTE: BDA/CNESS DADOS NOV. 2011

Persistem desafios que são inerentes a mudanças em processos de trabalho estabelecidos em instituições enrijecidas e burocratizadas, como a dificuldade de apropriação de formas mais democráticas e participativas de exercer cogestão e apoio institucional. O número reduzido de profissionais é entrave importante, bem como a dificuldade de logística, principalmente no que se refere ao deslocamento dos técnicos para cumprimento de agendas presenciais pactuadas.

Tempos:

A proposta teve início em julho de 2011 e está em processo de implementação.

Avaliação:

A avaliação de resultados, como o impacto na gestão municipal a partir desse novo desenho e na qualidade da atenção oferecida com foco na coordenação do cuidado nas redes de atenção, necessitam de pesquisas avaliativas consistentes e de tempo suficiente de implementação da proposta.

Embora o processo esteja em fase de implementação, alguns resultados, como o fato de Santa Catarina ter sido o estado com maior percentual de equipes com adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) no país, indicam a direção positiva da efetividade do apoio institucional em curso. Os resultados que serão obtidos pelos municípios e pelas equipes de Santa Catarina, na avaliação externa do PMAQ, poderão refletir esse esforço.

A aproximação com as Gerências Regionais, com o Cosems e Telessaúde propiciou agendas conjuntas e maior capacidade de capilaridade para a função apoiadora.

SANTA CATARINA

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: A construção da Rede de Atenção à Saúde: o papel do estado

AUTORES: Douglas Calheiros Machado; Ângela Maria Blatt Ortiga; Isabel Quint Berretta; Fransuizi Maria Lopes Portillo; Vera Lucia Freitas.

SETORES/INSTITUIÇÕES ENVOLVIDOS: Secretaria de Estado de Saúde; Gerência Regional de Saúde de Joinville; Gerência Regional de Saúde de Araguá do Sul; Gerência Regional de Saúde de Mafra; Gerência Regional de Saúde de Canoinhas; Comissão Intergestores Regional Nordeste; e Comissão Intergestores Regional do Planalto Norte de Santa Catarina com todos os municípios e o Cosems.

Apresentação:

O Projeto de Redes de Atenção à Saúde no estado surgiu como uma experiência piloto que busca reduzir a segmentação entre serviços e a fragmentação do cuidado à saúde. O processo de organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) em Santa Catarina teve início no município de Joinville em 2009, foi ampliado para as macrorregiões Nordeste e Planalto Norte em parceria estabelecida com o Departamento de Articulação de Redes de Atenção à Saúde (DARA/MS).

Objetivos:

Nesse processo, foram estabelecidos dois objetivos principais:

- Fortalecer a Atenção Básica à Saúde.
- Estruturar a Rede de Urgência e Emergência.

Descrição das principais estratégias e atividades:

Para a construção das redes, foram realizadas durante todo o ano de 2009 e 2010 três oficinas para cada componente (Atenção Básica e Urgência) macrorregional com a participação dos 26 municípios envolvidos com a seguinte representação: gestores municipais, representantes dos grupos de condução municipal, prestadores de serviços públicos e privados da área da urgência e da Atenção Básica.

Após cada oficina, o processo era replicado nos 26 municípios, buscando-se comprometer toda a rede de serviços. Nas oficinas da Atenção Básica, as oficinas foram replicadas tentando envolver o maior número de equipes da ESF e da rede básica. Nas oficinas da urgência, buscou-se a participação do Samu local, de prestadores de serviço, hospitais,

Unidades de Pronto Atendimento (Upas). O número de oficinas em cada município era definido em função da sua rede de serviços, sendo que, nos municípios com maior população, foram necessárias várias oficinas. Foi adaptado de uma estrutura já existente conhecida como Comitê do Samu à alteração do regimento, transformando-o em Comitê da Urgência e Emergência das Macrorregiões Nordeste e do Planalto Norte de Santa Catarina, sendo o respectivo regimento interno aprovado na CIB, Deliberação n. 209/2009.

Foi definida a composição do Comitê, sendo que a posse ocorreu em 19 de fevereiro de 2010 em Joinville, quando ocorreu uma palestra de alinhamento conceitual proferida pela consultora do Ministério da Saúde Adriana Mafra. Vinculado a esse comitê, foram instituídos dois grupos temáticos: Grupo Temático da Doença Cardiovascular e Acidente Vascular Cerebral e o Grupo Temático do Trauma, todos criados por Portaria Estadual. Os grupos temáticos tinham agenda mensal e/ou quinzenal dependendo da demanda. O Comitê da Urgência manteve reunião mensal no ano de 2010.

Os pontos de atenção participantes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências em Santa Catarina possui a seguinte tipologia: Hospital de Referência de Atenção ao Trauma III; II; I; Hospital de Referência em Atenção Cardiovascular III; II; I e Unidade de Tratamento Primário Cardiovascular; Serviço de Referência III, II, I no Acidente Vascular Cerebral, e Hospital de Retaguarda. Esses pontos para o recebimento de recurso assinaram a contratualização que foi custeada com recursos próprios do estado. Essa tipologia foi construída com base na experiência do estado de Minas Gerais e foi amplamente discutida nos espaços de governança, comitês temáticos, CIR, CIB, além das oficinas macrorregionais e municipais. A Deliberação CIB/SC n. 314/2010 define a tipologia e o valor do incentivo bem como a adoção do protocolo de Manchester para esses pontos dessas macrorregiões e também os pontos da rede.

Transversalmente a esse processo, foram realizadas a estruturação dos pontos para desenvolver o seu papel dentro dessa rede, como implantação do protocolo de classificação de risco. Até o momento já estão funcionando em cinco pontos de atenção do município de Joinville, sendo três unidades hospitalares e duas unidades de pronto-atendimento e, no município de São Francisco do Sul, na unidade de pronto-atendimento 24 horas.

Foi realizada capacitação no protocolo de classificação de risco para 250 profissionais. Os problemas enfrentados e a alta rotatividade dos profissionais nos serviços de urgência e principalmente vínculos dos médicos plantonistas havendo necessidade constante de reposição de profissionais capacitados no protocolo de risco tanto para classificador como para auditor.

Outro fator importante neste processo é a realização das auditorias internas e externas que possibilitam identificar de onde vem a demanda por bairro ou unidade de saúde de referência, o percentual de pacientes azuis e verdes que necessita de um planejamento, o seu redirecionamento na rede.

Foi elaborado em parceria com o hospital habilitado em alta complexidade em cardiologia da Região (Hospital Regional Hans Dieter Schmidt) uma capacitação para o atendimento ao Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) para equipe de enfermagem com aulas teóricas e práticas, incluindo parada cardiorrespiratória, sendo capacitados 90 profissionais.

Para que houvesse possibilidade de atendimento em tempo resposta adequado ao IAM, estruturou-se uma rede de apoio da telemedicina 24 horas para atuar como apoio matricial ao diagnóstico do IAM. As Unidades de Tratamento Primário Cardiovascular são hospitais de pequeno porte e unidades de pronto-atendimento, que recebem um eletrocardiograma vinculado ao portal de telemedicina, pelo qual é enviada a solicitação de segunda opinião para, na sequência, realizar o tratamento com trombolítico e, quando o paciente estiver estável, transferi-lo em um prazo máximo de 72 horas para a unidade de referência em cardiologia no município de Joinville.

Avaliação:

Este processo mostrou que, na estruturação das redes, é imprescindível a participação do estado para garantir a integração entre os gestores e prestadores de serviço. O trabalho por meio do grupo de condução é um processo matricial e que precisa da integração das várias áreas da SES para que as mudanças propostas ocorram.

Nesse caminho, encontramos muitas dificuldades na operacionalização dessa rede, pois é difícil manter a mobilização dos pares (SES, Gestores e Prestadores). Esse processo é lento e precisa de investimentos principalmente na educação permanente e na informação para a mudança de proces-

tos de trabalho das equipes dos pontos de atenção e da estrutura regional e central das secretarias municipais e da estadual.

SERGIPE

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: Tema principal: as Redes de Atenção à Saúde e as Redes Temáticas de Atenção à Saúde

TEMA/SUBTEMA DA EXPERIÊNCIA: A experiência de Sergipe na construção do Planejamento Regional Integrado e na organização das Redes Prioritárias de Atenção à Saúde no SUS; o papel do estado e da Secretaria de Estado de Saúde (SES) na construção de redes; o estímulo e o apoio aos municípios para se organizarem em Redes de Atenção à Saúde (RAS).

AUTORES: Jane Curbani Rodrigues; Jacqueline Dourado Fernandes da Silva; Guadalupe Ferreira Sales;

SETORES/INSTITUIÇÕES ENVOLVIDOS: Secretaria de Estado de Saúde: Diretoria de Atenção Integral à Saúde; Diretoria de Gestão de Sistemas; Núcleo de Gestão Participativa; Fundação Hospitalar de Saúde; Fundação Estatal de Saúde; Cosems; Colegiados Interfederativos Regionais (CIR); Apoiadores do Ministério da Saúde

Apresentação, justificativa:

O estado de Sergipe vem investindo na consolidação da Reforma Sanitária, Administrativa e Gerencial do Sistema Único de Saúde (SUS) desde 2007, avançando nas pactuações e nos compromissos interfederativos para a garantia de acesso integral e humanizado a todos os seus cidadãos e para a melhoria das condições de saúde das populações. Em 2008, assume a criação de três Fundações Públicas de direito privado (Fundação Hospitalar de Saúde – FHS, Fundação de Saúde Parreira Hortas – FSPH, Fundação Estatal de Saúde – Funesa), operacionalizadas por meio dos Contratos Estatais de Serviços e responsáveis pela execução de prestação dos serviços de saúde no estado.

Avançando na sua reforma, em 2010 o estado pactua e assina com seus 75 municípios os Contratos de Ação Pública (CAP), estabelecendo entre os entes federados os compromissos de investimentos para o SUS, os prazos e as responsabilidades no financiamento e no cumprimento de metas de pro-

n. 25

*O estado e as Redes de
Atenção à Saúde –
1ª Mostra Nacional de
Experiências*

dução, os principais indicadores sanitários e de monitoramento e avaliação e o plano de educação permanente para a capacitação de pessoal, a partir das necessidades de saúde levantadas por meio dos mapas dos territórios.

Com o intuito de adequar o atual instrumento de pactuação Interfederativa do SUS Sergipe, os CAPs, aos Contratos Organizativos de Ação Pública da Saúde, os Coaps regulamentados pelo Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, bem como fomentar articular e fortalecer as Redes de Atenção a Saúde (RAS) prioritárias para o estado, a SES/SE, iniciou em março de 2012 processo de Planejamento Integrado com a realização de Oficinas Regionais com ênfase nas RAS prioritárias para o estado. Sergipe fez adesão de 100% do território às três Redes de Atenção Temáticas Prioritárias: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências e Rede de Atenção Psicossocial.

Objetivos:

As oficinas regionais de planejamento têm como objetivo fomentar a discussão do Decreto n. 7.508/11 e de seus dispositivos de organização e governança, subsidiando a etapa de compatibilização dos CAPs ao Coap, discutir as diretrizes e fases de implantação das Redes Temáticas e realizar a revisão das ações e ofertas da Programação Pactuada e Integrada (PPI) à luz dos parâmetros estabelecidos para essas redes.

Objetivam disparar a construção dos planos municipais das três redes temáticas prioritárias e a pactuação dos Planos Regionais de redes, para a assinatura dos Contratos Organizativos de Ação Pública de Saúde, a partir da definição dos pontos de atenção, das ofertas e dos serviços e dos fluxos de atenção e vigilância.

Descrição das principais estratégias e atividades:

As Oficinas de Planejamento Regional integrado estão programadas para acontecer em três etapas distintas, com momentos complementares, e têm como aposta metodológica a reafirmação do papel do estado no estímulo, apoio e fomento de arranjos de fortalecimento e organização de territórios e coletivos para a produção de saúde, definindo uma escolha e uma aposta em dispositivos como a cogestão e o apoio institucional (PNH/MS, 2003).

Essas oficinas entendidas como espaço de expressão e experimentação dos modos de organização e pactuação do SUS foram realizadas em parceria com o Ministério da Saúde, o Cosems e os Grupos Condutores das Redes Temáticas.

Em março de 2012, foi iniciada a 1.^a etapa com a realização de sete oficinas regionais nos municípios-sede de região de saúde (Propriá, Estância, Lagarto, Aracaju, Itabaiana, Nossa Senhora do Socorro, Nossa Senhora da Glória). Essas oficinas foram realizadas nas reuniões dos Colegiados Interfederativos Regionais (CIR) e fortaleceram esse espaço como cogestor da atenção e da gestão da saúde no território.

Nessas oficinas, foram discutidas: a definição do rol de ações e serviços das redes de atenção prioritárias, com base nas necessidades da população e nos recursos disponíveis; a organização e integração das ações e dos serviços que compõem as redes prioritárias; a necessidade de estabelecimento dos fluxos e a definição de responsabilidades nas regiões de saúde, visando à coordenação do cuidado aos usuários; a expressão das ações e atividades descritas em um plano de ação de redes temáticas com a definição de indicadores e metas para monitoramento e avaliação como necessidade para adequação da adesão do CAP ao Coap.

Tempos/Cronograma:

Ocorreram duas etapas do Planejamento Regional Integrado, sendo uma para a discussão do desenho e a pactuação dos Planos Regionais para as três Redes de Atenção Prioritárias no estado, em maio de 2012, e outra para compatibilização do Contrato de Ação Pública (SES/SE) com os Contratos Organizativos de Ação Pública em Saúde, em junho de 2012.

Avaliação:

Acredita-se que, com esse movimento, seja possível produzir com os coletivos regionais processos de escuta, análise e responsabilização que resultem, efetivamente, em mudanças nas formas de gestão e atenção no SUS, construindo modos de trabalhar que promovam maior impacto sobre a saúde da população e melhores indicadores de saúde no estado.

TOCANTINS

TÍTULO DA EXPERIÊNCIA: Formação de Redes de Atenção Integral a Mulheres, Crianças e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual

TEMA/SUBTEMA DA EXPERIÊNCIA: O papel do estado e da Secretaria de Estado de Saúde (SES) na construção de redes; o estímulo e o apoio aos municípios para que se organizarem em redes de atenção; intersectorialidade: a rede além da saúde.

AUTORES: Edilene Borges Marinho; Flávia Pedreira Pereira; Margarida Araújo Barbosa Miranda.

COLABORADORES NA CONDUÇÃO DO PROJETO: Ana Terra de Araújo Rodrigues, Anna Crystina Mota Brito Bezerra, Carla Cristina Chaves de Oliveira, Claudete Bandeira Nunes de Moraes, Cláudia Araújo de Lima, Creusa Alves Miranda, Edilene Borges Marinho, Fernanda Cristina da Silva Campelo, Flávia Pedreira Pereira, Ionete Sampaio Mendonça, José Fernandes da Silva, Karine Vasconcelos Santos, Liana Barcelar Evangelista, Linvalda Rodrigues Henriques de Araújo, Margarida Araújo Barbosa Miranda, Maria Nadir da Conceição Santos, Micheline Veras de Moura Henriques, Vânia Rodrigues Barbosa, Patrícia Moura Cruz, Regina Gomes da Silva, Rosicler Guimarães, Zélia Maria Campos e Zelma Moreira da Penha.

SETORES/INSTITUIÇÕES ENVOLVIDOS: Saúde: Áreas Técnicas de Saúde da Mulher, Criança, Adolescente; Diretoria de Atenção Especializada e Coordenação de Doenças e Agravos Não Transmissíveis da Sesau/TO; Secretarias Municipais de Saúde (Atenção Básica, Média e Alta Complexidade); Áreas Técnicas de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente/Ministério da Saúde; Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas (Cemicamp); Serviço de Atenção a Vítimas de Violência Sexual da Maternidade Moura Tapajós – Manaus (SAVVIS). Educação: Secretaria da Educação e Cultura do Tocantins (Seduc/TO); Secretarias Municipais de Educação. Segurança Pública: Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres, Delegacias de Proteção à Criança e ao Adolescente, Delegacias de Polícia, Núcleos do Instituto Médico Legal, Polícia militar e Corpo de Bombeiros. Justiça: Juizado da Infância e Juventude, Vara de Combate à Violência Doméstica, Ministério Público, Defensoria Pública, Conselhos de Direitos da Mulher, Criança, Ado-

lescentes e Conselhos Tutelares. Assistência Social: Centros de Referência de Assistência Social (Cras); Centros de Referência Especializado de Assistência Social (Creas). Organizações Não Governamentais.

Apresentação e justificativa:

Em 2008, segundo dados da Secretaria Estadual de Segurança Pública, no Tocantins foram registrados números expressivos referentes à violência contra crianças e adolescentes: 115 casos de estupro, 20 casos de tentativa de estupro, 125 casos de atentado violento ao pudor, 14 casos de tentativa de atentado, 18 casos de homicídio doloso, 23 tentativas de homicídio, 360 casos de lesão corporal dolosa e 352 casos de ameaças de lesão corporal dolosa.

A situação de violência contra mulheres não foi muito diferente, sendo registrados 161 casos de estupro, 39 casos de tentativa de estupro, 119 casos de atentado violento ao pudor, 12 casos de tentativa de atentado, 19 casos de homicídio doloso, um caso de lesão corporal seguida de morte, 63 tentativas de homicídio, 1.446 casos de lesão corporal dolosa e 2.736 casos de ameaças.

O cenário naquele ano era de ausência no estado de serviços de saúde qualificados para o atendimento às pessoas em situação de violência doméstica e sexual. A atenção a esse público se restringia, na maioria das vezes, aos serviços de segurança pública e justiça, não havendo fluxogramas de referência e contrarreferência para o setor saúde e outros serviços. Ademais, a atenção em saúde, quando ocorria, se dava de forma precária. Vale ressaltar que o Tocantins, até então, não realizava em nenhum dos seus hospitais a interrupção legal da gravidez decorrente de estupro. Nesse caso, encaminhava a mulher via Tratamento Fora do Domicílio (TFD) para referência em outros estados. Outro dado importante é que não eram realizadas as notificações dos casos de violência.

Nesse contexto, a Sesau/TO assinou, em 2008, um Convênio com o Ministério da Saúde para Implantação/Implementação de Redes de Atenção Integral a Mulheres, Crianças e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual, nos cinco municípios de maior porte populacional do estado.

n. 25

*O estado e as Redes de
Atenção à Saúde –
1ª Mostra Nacional de
Experiências*

Objetivos:

- Geral: Contribuir para o fortalecimento das formas de atenção à saúde para o atendimento integral às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual no estado do Tocantins.
- Específicos: Sensibilizar/capacitar gestores, profissionais de saúde e outros órgãos governamentais e não governamentais; estruturar e organizar a Rede Estadual de atenção em saúde para incluir e implementar o atendimento à mulher, criança e adolescente em situação de violência doméstica e sexual nos níveis de Atenção Básica (prevenção), média e alta complexidade (atenção especializada); apoiar parcerias locais; apoiar a implementação da notificação compulsória.

Descrição das principais estratégias e atividades:

- Etapa 1 – Cursos em Atenção Integral para Mulheres, Crianças e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual: realizados nos cinco municípios prioritários, para profissionais dos diversos setores / instituições envolvidos, com o objetivo de desenvolver conhecimentos sobre a formação de redes integradas, bem como pactuar a elaboração de planos municipais.
- Etapa 2 – Formação de Câmaras Técnicas Municipais: compostas por representantes dos diversos setores/instituições envolvidos, com o objetivo de implementar a Rede em âmbito municipal.
- Etapa 3 – Assessorias Técnicas aos Municípios: foram realizadas *in loco*, com o objetivo de assessorar as Câmaras Técnicas na construção do Protocolo Conjunto de Atribuições, na apresentação do Protocolo Conjunto aos serviços e na divulgação inicial da Rede.
- Etapa 4 – Formação de Grupo de Trabalho Estadual: composto por profissionais dos diversos setores, com o objetivo de implementar a Rede em âmbito Estadual.
- Etapa 5 – Intercâmbio Interestadual com o SAVVIS da Maternidade Moura Tapajós de Manaus/AM: foram qualificados médicos ginecologistas, assistentes sociais, psicólogos e enfermeiras dos cinco hospitais prioritários do estado, com o objetivo de garantir a atenção integral às pessoas em situação de violência sexual.

- Etapa 6 – Formação de Grupos de Trabalhos nos Hospitais de Referência: com o objetivo de implementar a atenção a pessoas em situação de violência doméstica e sexual nos hospitais do estado.
- Etapa 7 – Assessorias Técnicas aos Hospitais: realizadas *in loco*, com o objetivo de assessorar os grupos de trabalho para a construção de protocolo e definição das equipes de referência para o atendimento.
- Etapa 8 – Capacitações Técnicas: realizadas com o objetivo de qualificar articuladores das redes e Profissionais dos Hospitais e Serviços Ambulatoriais.

Tempos/Cronograma:

Todas as etapas descritas ocorreram no período de 2009 a 2011. Ressalta-se que há outras atividades complementares em curso.

Avaliação:

O projeto seguiu uma sequência de etapas que favoreceu positivamente a formação das redes, construindo um ciclo que começa com qualificação de profissionais dos diversos serviços, passa por assessorias, intercâmbio, formação de grupos de trabalho e fecha com qualificação de profissionais da saúde.

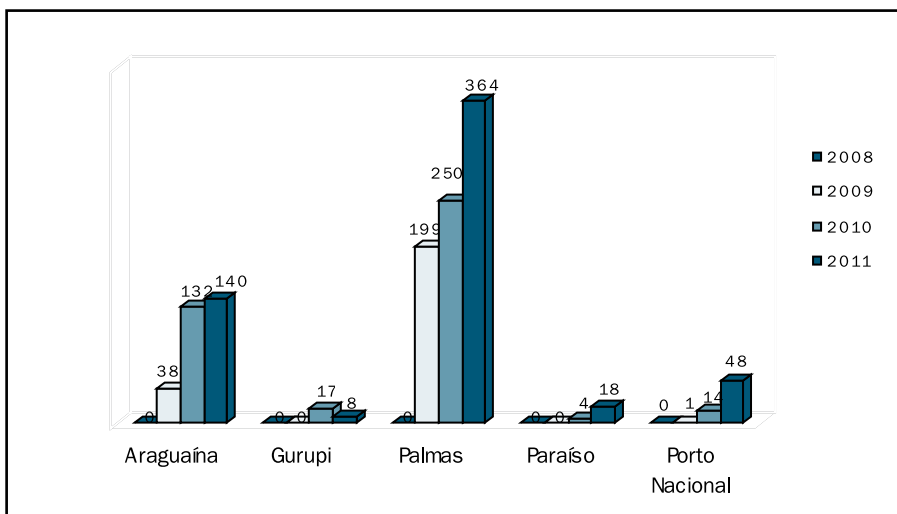
O intercâmbio interprofissional e os grupos de trabalho dos hospitais foram estratégias que contribuíram para a estruturação de serviços de urgência na atenção às pessoas em situação de violência sexual, em especial, para a garantia da realização do procedimento de interrupção da gravidez decorrente de estupro em serviço hospitalar do estado.

O envolvimento da gestão municipal foi fundamental nos municípios que conseguiram concluir todas as etapas. Por outro lado, mudanças na gestão de alguns municípios e de hospitais, bem como o pouco envolvimento de alguns gestores, podem ter contribuído negativamente no processo de estruturação de redes e de serviços hospitalares.

Foram desenvolvidas todas as ações previstas no Projeto, todavia encaminhamentos importantes para formalização das redes, como a construção dos protocolos conjuntos de atribuições, bem como a publicação por meio de Decreto Municipal, não foram concretizados em todos os municípios.

Entre os principais resultados alcançados, citam-se: formação de redes em cinco municípios, com construção de protocolos de atribuições em três deles e publicação de decreto em um município; implantação/implementação da Atenção a Pessoas em Situação de Violência Doméstica e Sexual em quatro hospitais; estruturação de um Serviço de Atenção Especializada às Pessoas em Situação de Violência Sexual (Savis), incluindo a interrupção da gravidez prevista em lei em um Hospital de Referência do estado; aumento do número de notificações nos cinco municípios prioritários, de acordo com o Gráfico 1.

GRÁFICO 1 Notificações dos casos de violências contra mulheres, crianças e adolescentes, ocorridos nos municípios prioritários do Projeto/Tocantins, no período de 2008 a 2011



FONTE: SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE NOTIFICAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO/SINAN

Cadernos de Informação Técnica e Memória do CONASS
que integram o Programa de Informação e Apoio Técnico às
Equipes Gestoras Estaduais do SUS – Progestores

n. 25
*O estado e as Redes de
Atenção à Saúde –
1ª Mostra Nacional de
Experiências*

2011 – CONASS DOCUMENTA 24
Liderança em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde

2011 – CONASS DOCUMENTA 23
Planificação da Atenção Primária à Saúde – APS

2011 – CONASS DOCUMENTA 22
Aperfeiçoamento em Gestão da Atenção Primária à Saúde – Agap

2010 – CONASS DOCUMENTA 21
As Oficinas para a Organização das Redes de Atenção à Saúde

2010 – CONASS DOCUMENTA 20
O Desafio do Acesso a Medicamentos nos Sistemas Públicos de Saúde

2009 – CONASS DOCUMENTA 19
O Sistema Único de Saúde e a Qualificação do Acesso

2009 – CONASS DOCUMENTA 18
As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e Perspectivas

2009 – CONASS DOCUMENTA 17
Violência: Uma Epidemia Silenciosa – Seminário Nacional:
Propostas, Estratégias e Parcerias por Áreas de Atuação

2008 – CONASS DOCUMENTA 16
Violência: Uma Epidemia Silenciosa – Seminários Regionais

2007 – CONASS DOCUMENTA 15
Violência: Uma Epidemia Silenciosa

2007 – CONASS DOCUMENTA 14
Gestão e Financiamento do Sistema Único de Saúde

2007 – CONASS DOCUMENTA 13
Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS 2006/2007

2006 – CONASS DOCUMENTA 12
Fórum Saúde e Democracia: Uma Visão de Futuro para Brasil

2006 – CONASS DOCUMENTA 11
Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS 2005/2006

2005 – CONASS DOCUMENTA 10

I Encontro do CONASS para Troca de Experiências

2005 – CONASS DOCUMENTA 9

I Encontro de Gestores Estaduais, Provinciais e
Departamentais de Sistemas Sul-Americanos de Saúde

2005 – CONASS DOCUMENTA 8

Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS 2003/2005

2004 – CONASS DOCUMENTA 7

Acompanhamento e Avaliação da Atenção Primária

2004 – CONASS DOCUMENTA 6

Convergências e Divergências sobre a Gestão e Regionalização do SUS

2004 – CONASS DOCUMENTA 5

Assistência Farmacêutica: Medicamentos de
Dispensação em Caráter Excepcional

2004 – CONASS DOCUMENTA 4

Recursos Humanos: Um Desafio do Tamanho do SUS

2004 – CONASS DOCUMENTA 3

Para Entender a Gestão do Programa de Medicamentos de
Dispensação em Caráter Excepcional

2004 – CONASS DOCUMENTA 2

Atenção Primária – Seminário do CONASS para Construção de Consensos

2004 – CONASS DOCUMENTA 1

Estruturação da Área de Recursos Humanos nas
Secretarias Estaduais de Saúde dos Estados e do Distrito Federal

A ideia ao se reformular o projeto gráfico do *CONASS Documenta* está diretamente associada à assinatura da publicação – Cadernos de informação técnica e memória do CONASS – que além de não possuir uma periodicidade definida, aborda uma diversidade de conteúdos. A representação da etiqueta e da pasta plástica adotada na capa busca reafirmar o propósito de organizar, armazenar e distribuir o vasto conteúdo que o Programa Progestores se propõe a levar às Equipes Gestoras Estaduais do SUS e a pesquisadores de Saúde Pública através do *CONASS Documenta*.

Ao abrir a capa e adentrar a publicação, a marca *CONASS Documenta* dá espaço ao conteúdo, delegando às linhas e à cor a missão de manter a relação entre capa e miolo. As linhas utilizadas no miolo remetem às pautas de fichas e formulários, normalmente armazenados em pastas etiquetadas, mas o faz de forma sutil, buscando não interferir no fluxo de leitura.

O projeto gráfico do miolo é composto com as famílias tipográficas ITC Franklin Gothic Std e Charter BT, possui margens externas generosas afim de oferecer conforto no manuseio do livro durante a leitura. O título corrente nas páginas pares possibilita a rápida identificação do exemplar quando fotocópias de parte do livro são utilizadas. Nas páginas ímpares o logotipo *CONASS Documenta* complementa esta identificação. A numeração da página corrente em corpo destacado facilita a busca e aplicada a cor predominante do volume, com contraste um pouco menor, diferencia-se nitidamente do corpo de texto corrido. O papel é o Alta Alvura, que possibilita um melhor contraste e fidelidade de cor.

Progestores



O Programa de Informação e Apoio Técnico às Equipes Gestoras Estaduais do SUS (*Progestores*) é desenvolvido pelo CONASS desde 2003 com o objetivo de subsidiar as Secretarias de Estado da Saúde com as principais informações sobre os aspectos técnicos e gerenciais para o aprimoramento da gestão do SUS por meio de publicações, assessoria e programas de capacitação técnica.

CONASS Documenta



São cadernos de informação técnica e memória do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde que integram o *Progestores*. Seu objetivo é publicar textos técnicos, coletâneas de artigos, relatórios, trabalhos produzidos, estudos e pesquisas desenvolvidos pelo CONASS.



Para produzir esta publicação, O CONASS contou com o apoio do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde.

CONASS | *progestores*

Programa de Informação e
Apoio Técnico às Equipes Gestoras
Estaduais do SUS

Apoio:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GOVERNO FEDERAL
OPAS / ORGANIZAÇÃO
PAN-AMERICANA DA SAÚDE

Ed. Terra Brasilis
Setor de Autarquias Sul
Quadra 1, Bloco N, Sala 1404
CEP: 70070-010 – Brasília-DF

Esta publicação está disponível
para *download* em:

www.conass.org.br



CONASS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE