



PROJETO FORMAÇÃO

QualiDCNT

Cuidar & Aprender



Atenção Primária à Saúde: Ordenadora do Cuidado às Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Rede de Atenção à Saúde

Roxana Isabel Cardozo Gonzales

Lilian Moura de Lima Spagnolo

Luciana Soares Nunes

Jéssica Oliveira Tomberg





UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS (UFG)

Reitora

Angelita Pereira de Lima

Vice-Reitor

Jesiel Freitas Carvalho

Diretora do CEGRAF

Maria Lucia Kons

FACULDADE DE ENFERMAGEM (FEN)

Diretora

Camila Cardoso Caixeta

Vice-Diretora

Natália Del'Angelo Aredes

PROJETO: Programa de Formação e qualificação do cuidado às pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária no Estado de Goiás (Projeto QualiDCNT)

Equipe técnica

Coordenação-Geral

Valéria Pagotto

Vice-Coordenação

Cynthia Assis de Barros Nunes

Eixo Diagnóstico Situacional

Ana Paula dos Santos Rodrigues

Rafael Alves Guimarães

Eixo Formação

Cynthia Assis de Barros Nunes

Sheila Mara Pedrosa

Eixo Avaliação

Patrícia Tavares dos Santos

Eixo Tradução e Difusão do Conhecimento

Suelen Gomes Malaquias

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CATALÃO (UFCAT)

Reitora

Roselma Lucchese

Vice-Reitor

Cláudio Lopes Maia

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JATAÍ (UFJ)

Reitor

Américo Nunes da Silveira Neto

Vice-Reitora

Giulena Rosa Leite

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS (SES-GO)

Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS)

Secretário de Saúde

Sergio Vêncio

FINANCIAMENTO DO PROJETO QUALICNT

Conselho Nacional de Desenvolvimento Tecnológico (CNPq)





AUTORES DOS MÓDULOS DO PROJETO DE FORMAÇÃO

Aída Bruna Quilici Camozzi
Ana Lúcia Alves Carneiro Da Silva
Ana Luiza Lima Sousa
Ana Paula Dos Santos Rodrigues
Andréa Cristina De Sousa
Bárbara Souza Rocha
Brenda Lorrana De Almeida Gomes
Camila Espíndola Rosa Costa
Carla Cristina Da Conceição Ferreira
Charlise Fortunato Pedroso
Daniela Teixeira Siqueira Braga
Denise Pinheiro Marques Alves Dos Santos
Diego Dias De Araújo
Élida De Sousa Cunha

Fabício Galdino Magalhães
Fernanda Moura Lanza
Gabriela Rodrigues Zinn.
Isabela Silva Levindo De Siqueira
Jackeline Dias Sintra
Jacqueline Rodrigues De Lima
Jéssica Oliveira Tomberg
José Antônio Oliveira Alves
Larissa Oliveira Rocha Vilefort
Letícia Rabelo Da Silva
Lidia Moraes Ribeiro Jordão
Lílian Moura De Lima Spagnolo
Luciana Nunes Soares
Marlice Silva Marques
Michele Dias da Silva Oliveira

Milara Barp
Nayara Figueiredo Vieira
Patrícia Tavares Dos Santos
Polyana Dias Sintra De Oliveira
Rafael Alves Guimarães
Rosilene Marques De Souza
Barcellos
Roxana Isabel Cardozo Gonzalez
Suelen Gomes Malaquias
Suzy Darlen Soares De Almeida
Tadeu João Ribeiro Baptista
Thaís Cristina Afonso
Vera Lúcia Mira
Weimar Kunz Sebba Barroso
De Souza

PESQUISADORES DO PROJETO

Adrielly Carolina Dias de Souza
Ana Cecília Ferreira Cruz
Ana Julia Vaz Sales
Ana Paula dos Santos Rodrigues
Bárbara Souza Rocha
Brenda Lorrana De Almeida Gomes
Bruna Andressa Gonçalves
Bianca Alves Barros
Camila Espíndola Rosa Costa
Cynthia Assis de Barros Nunes
Emilly Gomes Souza
Ivânia Vera

Iohana Linhares Almeida
Jackeline Dias Sintra
Jacqueline Rodrigues de Lima
Lucilene Maria de Sousa
Luma Wanderley de Oliveira
Maria Clara Pedroza Prata
Maria Márcia Bachion
Marlene Andrade Martins
Michele Dias da Silva Oliveira
Nágila Araújo de Carvalho
Nayara Figueiredo Vieira
Nunila Ferreira de Oliveira

Patrícia Tavares dos Santos
Rafael Alves Guimarães
Ranielly Ferreira Lopes
Renan Felipe Neves Mota
Renata Sant'ana Braga de Sousa
Roxana Isabel Cardozo Gonzalez
Sandro Rogério Rodrigues Batista
Selma Alves Tavares de Oliveira
Sergio Teixeira de Carvalho
Silvana de Lima Vieira dos Santos
Suelen Gomes Malaquias
Valéria Pagotto





1

UNIDADE DE APRENDIZAGEM

Atenção Primária à Saúde como Ordenadora do Cuidado às Doenças Crônicas Não Transmissíveis nos Territórios

Organizadoras: Cynthia Assis de Barros Nunes; Valéria Pagotto

Um dos objetivos do projeto matriz QualiDCNT é o Programa de Formação em DCNT. Para isso, foram produzidos 14 e-books, organizados em quatro unidades de aprendizagem.

A Unidade de Aprendizagem 1 é composta por três e-books. **Atenção Primária à Saúde: Ordenadora do Cuidado às Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Rede de Atenção à Saúde** é o segundo deles. Veja abaixo como é composta a Unidade de Aprendizagem 1.

Panorama epidemiológico das DCNT e políticas públicas de enfrentamento no Brasil

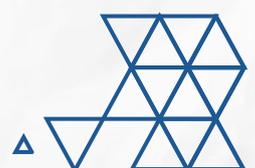
Milara Barp; Brenda Lorrana de Almeida Gomes

Atenção Primária à Saúde: Ordenadora do cuidado às pessoas com Doenças Crônicas Não transmissíveis na Rede de Atenção à Saúde

Roxana Isabel Cardozo Gonzales; Lílian Moura de Lima Spagnolo; Luciana Soares Nunes;
Jéssica Oliveira Tomberg

Atributos da Atenção Primária à Saúde no cuidado às Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Nayara Figueiredo Vieira; Fernanda Moura Lanza; Diego Dias de Araújo; Élide de Sousa Cunha





2

Atenção Primária à Saúde: Ordenadora do Cuidado às Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Rede de Atenção à Saúde

Autoras

Roxana Isabel Cardozo Gonzales

Enfermeira. Pós-doutora em Enfermagem e Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professora associada da Faculdade de Enfermagem da UFG.

E-mail: roxanaaisabel@ufg.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9433866515781707>

Lilian Moura de Lima Spagnolo

Enfermeira. Doutora em ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPel.

E-mail: ima.lilian@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/O387100953903284>

Luciana Soares Nunes

Enfermeira. Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPel. Enfermeira da Prefeitura Municipal de Pelotas e no momento atuando como Tutora no Programa Planifica SUS.

E-mail: luciana.nunes.soares@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8776255351870426>

Jéssica Oliveira Tomberg

Enfermeira. Doutora pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da UFPel.

E-mail: jessicatomberg@hotmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4990807031266502>





@2023. Roxana Isabel Cardozo Gonzales; Lilian Moura de Lima Spagnolo; Luciana Soares Nunes; Jéssica Oliveira Tomberg.

Todo o conteúdo deste e-book é de inteira responsabilidade de seus respectivos autores.

Organizadoras

Valéria Pagotto
Cynthia Assis de Barros Nunes

Revisão Editorial

Cynthia Assis de Barros Nunes
Nunila Ferreira de Oliveira
Valéria Pagotto

Revisão de Língua Portuguesa

Ana Laura de Sene Amancio Zara

Criação e gestão da identidade visual

Adalberto Meira
Ana Júlia Vaz Sales
Anna Paula M. Barros
Deborah Gomes
Jackeline Dias Sintra
Maria Clara Pedrosa Prata
Ranielly Ferreira Lopes
Suelen Gomes Malaquias

Capa e Diagramação

Marcos Vinicius Saraiva Alves Costa
Nathalia Pereira Costa Nascimento

Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons-Atribuição - Não Comercial - Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que citada a fonte.



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) GPT/BC/UFG

A864 Atenção primária à saúde: ordenadora do cuidado às pessoas com Doenças crônicas não transmissíveis na rede de atenção à saúde. [Ebook]. / organizadores, Roxana Isabel Cardozo Gonzales, ...[et al.]. - Dados eletrônicos (1 arquivo : PDF) - Goiânia : Cegraf UFG, 2023.

Projeto: Programa de Formação e qualificação do cuidado às pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária no Estado de Goiás (Projeto QualiDCNT)
Inclui bibliografia.
ISBN (E-book): 978-85-495-0679-5

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Doenças crônicas não transmissíveis. 3. Atenção à saúde – Elementos fundamentais. I. Gonzales, Roxana Isabel Cardozo. II. Projeto QualiDCNT. III. Universidade Federal de Goiás. IV. Universidade Federal de Catalão.

CDU: 614.39

Bibliotecária responsável: Joseane Pereira / CRBI: 2749





ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVA	Ambiente Virtual de Aprendizagem
CGSES/DF	Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
CIB	Comissões Intergestores Bipartite
CIR	Comissões Intergestores Regionais
CIT	Comissões Intergestores Tripartite
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
HGT	Hemoglicoteste
MAAC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
mg	Miligramas
mg/dL	Miligramas por Decilitro
MS	Ministério da Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
Rede DCNT	Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas
Rename	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento





FIGURAS, QUADROS E TABELAS

Figura 1 - Ações em saúde desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde	17
Figura 2 - Representação Gráfica de uma Rede de Atenção à Saúde.....	23
Figura 3 - Cinco elementos da estrutura operacional de uma Rede de Atenção à Saúde.....	25
Figura 4 - Exemplos de pontos de atenção secundário e terciário que compõem uma Rede de Atenção à Saúde.....	25
Figura 5 - Exemplos de componentes de um sistema logístico presentes na Rede de Atenção à Saúde.....	26
Figura 6 - Modelos de Atenção às Condições Crônicas (MACC).....	35





SUMÁRIO

Apresentação	10
1. Introdução	17
2. Desenvolvimento	21
2.1 Base Legal da Rede de Atenção a Saúde	21
2.2 O que são as Redes de Atenção à Saúde?	21
2.3 Elementos Fundamentais da Rede de Atenção à Saúde	24
2.4 A Rede de Atenção à Saúde no Contexto da Atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis	29
3. Considerações Finais	37
Referências	38





Apresentação

Olá, tudo bem? Que bom que você está conosco hoje!



Nesta oportunidade, daremos início ao módulo 2, intitulado “Atenção Primária à Saúde: Ordenadora do Cuidado às Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Rede de Atenção à Saúde”.

Neste módulo trataremos de aspectos conceituais e legais sobre Rede de Atenção à Saúde, e os atributos necessários para sua operacionalização nos serviços de atenção primária, visando um cuidado de qualidade às pessoas com DCNT.

A partir desse conteúdo ao final do curso espera-se que sejam...

Desenvolvidas as **Competências** de...

- 1)** Implementação dos atributos da Atenção Primária em Saúde -(acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, orientação familiar e comunitária, competência cultural).
- 2)** Capacidade para resolver problemas de entraves na organização e funcionamento da Rede e realizar ações e intervenções no âmbito da APS para o cuidado das pessoas.
- 3)** Capacidade de realizar ações políticas, logísticas e de gestão do serviço e do cuidado para viabilizar a função ordenadora da APS na rede de atenção no estado de Goiás para o cuidado das pessoas com DCNT.
- 4)** Organização do processo de trabalho e gestão do cuidado no contexto de assistência da pessoa com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na Atenção Primária à Saúde.



**Adquira ou complemente os conhecimentos sobre...**

1) Definição de Redes de Atenção à Saúde (RAS);

2) Atributos, princípios e diretrizes da Atenção Primária;

3) Organização e funcionamento da Rede de Atenção às Doenças crônicas (estrutura, funcionamento, fluxos, pontos de atenção);

4) Características do território, dados epidemiológicos do território, estratificação de risco, sistemas de informação do SUS;

5) Serviços da rede, dos fluxos de encaminhamento;

6) Definição de cuidado integral às pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e do cuidado centrado na pessoa;

7) Modelo de Atenção às condições crônicas, diagnóstico e tratamento das DCNT Estratificação de Risco de condições crônicas individual e familiar, Acolhimento e classificação de risco de condições agudas, conhecimento da composição da RAS, Plano Terapêutico Individual e familiar e Gestão da Clínica;

8) Legislação e gestão do SUS, Controle Social, Política de Educação Permanente, conhecimento da RAS;

9) Conhecimento do território e líderes comunitários;

10) Sistemas de informação do SUS, fluxos administrativos e de logística;

11) Indicadores, metas, ferramentas de planejamento.



**Desenvolva ou complemente habilidades de...**

- 1)** Coordenar o cuidado das pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) nas Redes de Atenção à Saúde (RAS);
- 2)** Promover escuta ativa das pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) Atenção Primária à Saúde (APS);
- 3)** Estabelecer vínculo com as pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) da Atenção Primária à Saúde (APS);
- 4)** Promover relacionamento, articulação e incentivo à participação social da comunidade;
- 5)** Realizar comunicação interpessoal adequada com a equipe que atua no cuidado da pessoa com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e gestores;
- 6)** Promover a coordenação e articulação para o cuidado das pessoas nos diversos pontos de atenção;
- 7)** Promover abordagem de forma integral à pessoa com DCNT;
- 8)** Promover a realização de trabalho em equipe.





Desenvolva atitudes de...
1) Valorização dos atributos da Atenção Primária;
2) Abertura para o novo na organização do processo de trabalho e na gestão da qualidade do cuidado no contexto de assistência da pessoa com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na Atenção Primária à Saúde
3) Envolvimento no cuidado de pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT);
4) Respeito às crenças de pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT);
5) Proatividade no atendimento de pessoas com DCNT;
6) Humanização no atendimento de pessoas com DCNT;
7) Promoção de espaços de discussão e diálogo de casos e de problemas e resolubilidade da rede de atenção à saúde;
8) Inclusão das pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) nas Redes de Atenção à Saúde.

Objetivo do módulo 2:

Desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes para contribuir na organização e funcionamento da rede para a atenção às pessoas com DCNT no estado de Goiás tendo a APS como ordenadora do cuidado. Ao final do módulo os discentes poderão contribuir na organização e funcionamento da Rede de Atenção às pessoas com DCNT.

Carga horária: 15 horas





Uma breve história para iniciar a nossa conversa sobre REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE - RAS

Fátima Silva, 52 anos, é moradora da cidade Cerrado e frequenta a Unidade Básica de Saúde Cora Coralina há mais de 20 anos. Fátima mudou-se para o bairro quando ainda estava gestante de seu primeiro filho, que agora completa 23 anos. Os profissionais da unidade conhecem a história de Fátima e de toda sua família, já que realizam visitas recorrentes à sua mãe, Antônia, a qual mora com Fátima e encontra-se acamada, devido a sequelas de um Acidente Vascular Cerebral e amputação do pé direito por complicações do diabetes.



Há 2 anos, Fátima procurou a Unidade Básica de Saúde para coletar seu exame preventivo de câncer cérvico uterino. Fátima relatou à enfermeira Cláudia que adiantou a coleta pois vem apresentando prurido vaginal intenso e dificuldade para dormir, já que acorda muitas vezes à noite para urinar. Cláudia realizou uma interconsulta com a médica Laura, que solicitou exames de sangue e agendou uma consulta de retorno para 15 dias. Na ocasião, Cláudia, suspeitando que Fátima estaria apresentando alteração de glicemia, realizou um exame de glicemia capilar e orientou cuidados com a alimentação, já que o exame mostrou uma taxa de 180mg/dl.

Fátima retornou à unidade com exames e recebeu o diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2. Ainda na mesma consulta, foi novamente orientada em relação a importância da alimentação, de realizar exercícios físicos para controle da glicemia e também de tomar a medicação - Metformina 850mg. Cláudia e Laura apresentaram o caso de Fátima na reunião de equipe e solicitaram que a equipe realizasse acompanhamento mensal.

Alguns meses após o início do tratamento, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) Mario notou que Fátima apresentava dificuldade para seguir o tratamento orientado, principalmente em relação a mudanças de hábitos alimentares e de exercícios e agendou uma consulta médica. Ao avaliar os exames, solicitados na consulta, a Médica Laura verificou que a Hemoglobina Glicada de Fátima estava 8,2%. Modificou o tratamento, com aumento da dosagem de Metformina para 2 comprimidos e reforçou os cuidados com a alimentação, orientando a evitar alimentos com alto índice glicêmicos, como açúcar (todos os tipos), arroz branco, bolos simples e recheados, bebida isotônicas, alguns tipos de batata, biscoitos doces recheados, cereais mais refinados (como flocos de milho), compota de fruta, doce de leite, frutas como banana, melão e melancia e massas (Macarrão, pizza e pão). Porém, mesmo após a mudança do tratamento e orientações, Fátima permaneceu não conseguindo manter o valor glicêmico controlado.





Na última semana, a médica Laura trouxe novamente o caso de Fátima para discutir na reunião de equipe, informando que mesmo com várias tentativas de manejo não tem conseguido manter um controle glicêmico adequado e teme que a mesma, assim como sua mãe, apresente complicações da doença. Após a discussão do caso, a equipe identificou que necessitavam do apoio de um endocrinologista para acompanhar o caso mas que como as consultas com especialistas tem uma espera muito longa, levariam esta necessidade para reunião mensal do distrito de saúde.



Na reunião do distrito de saúde ao relatar o caso, o gerente distrital Manoel o qual sempre acompanha as demandas e necessidades da equipe de saúde, sugeriu a discussão do caso com o endocrinologista do ambulatório Flor de Pequi, o qual ficou como referência daquele distrito para realizar matriciamento de casos. A equipe considerou esta possibilidade muito boa, já que não gostariam que Fátima perdesse o contato e o vínculo com a Unidade de Saúde Cora Coralina. No dia marcado, a equipe da unidade realizou uma reunião via google meet com a endocrinologista Letícia, a qual orientou alterações na medicação e um controle mais periódico da verificação da taxa de glicemia. A equipe da unidade realizou o preenchimento de um laudo com a indicação do controle da glicemia capilar e o gerente pactuou com o setor de assistência farmacêutica municipal o fornecimento do aparelho e das fitas de controle diário de glicemia capilar.

A médica Laura e a enfermeira Cláudia seguiram acompanhando a Fátima e monitorando seus exames, os quais vêm mostrando melhora significativa com a nova medicação e cuidados de alimentação, conseguindo atingir uma Hemoglobina Glicada de 6,9%. O gerente distrital mensalmente solicita informações à equipe de saúde sobre a situação de Fátima e ela motivada com a melhora, inscreveu-se também em um grupo de atividade do bairro chamado MOVER e sempre que encontra a equipe de saúde comenta que vem buscando se cuidar sempre, pois não quer apresentar as mesmas complicações que sua mãe teve devido ao não controle do Diabetes.

O caso de Fátima será utilizado para você refletir sobre vários aspectos da Rede de Atenção à Saúde. Durante as reflexões, faça anotações para que ao final você participe do Fórum no seu Ambiente Virtual de Aprendizagem.

O objetivo é que você desenvolva o raciocínio sobre o itinerário e fluxos de atendimento percorridos pela usuária Fátima, e os relacione com o conteúdo sobre Redes de Atenção à Saúde.



Então vamos lá!





VAMOS COMEÇAR REFLETINDO SOBRE ALGUNS ASPECTOS DO CASO DE FÁTIMA!

- 1. Na sua prática, você acompanha pessoas como Fátima?**
- 2. Quais foram as pessoas, profissionais, ações e fluxos de atendimentos que constituíram o itinerário percorrido pela usuária?**
- 3. Quais foram os locais/pessoas chaves para Fátima ter conseguido melhora da glicemia?**
- 4. Quais os fluxos de atendimento existentes em seu município para o cuidado às pessoas com DCNT?**





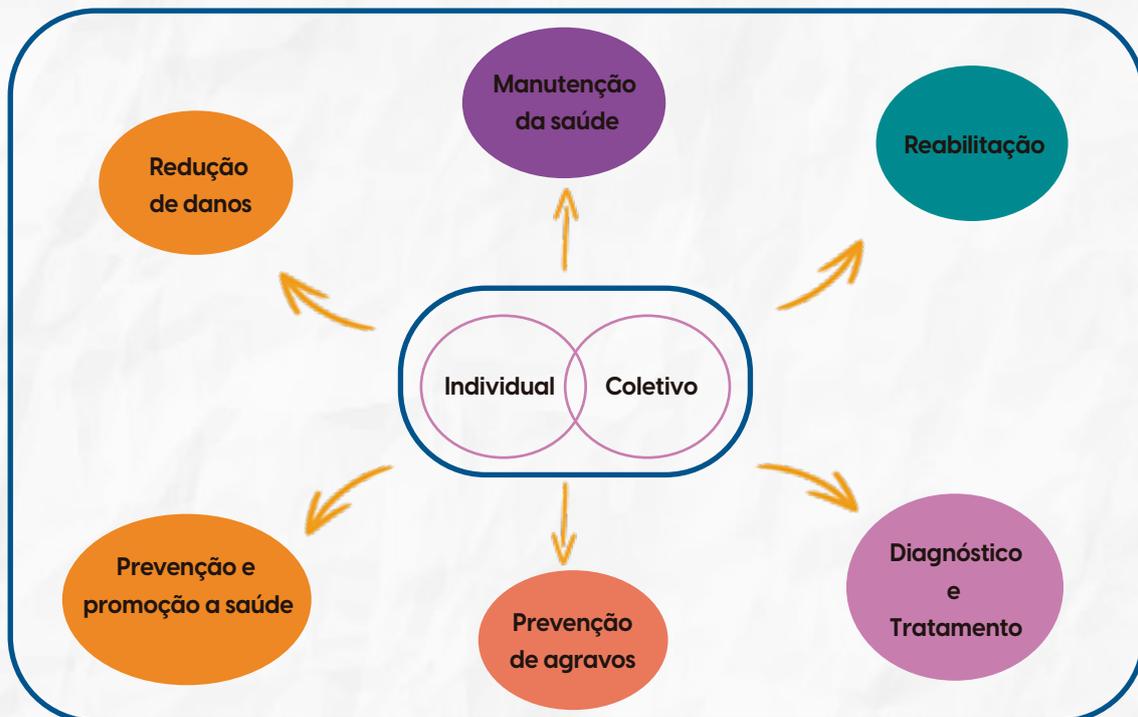
1. Introdução

Como estudado no capítulo anterior, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são responsáveis por cerca de 70% dos óbitos mundiais, e no Brasil a proporção eleva-se a 76% do total de óbitos ocorridos no país (WHO, 2020). Cabe ressaltar que as DCNT estão atreladas aos determinantes sociais de adoecimento e a fatores comportamentais (MARMOT; BELL, 2019; WHO, 2020), o que torna o seu controle um importante desafio, considerado um problema de saúde pública mundial (MENDES, 2011).

Diante de tais particularidades, a APS é considerada a porta de entrada preferencial dos usuários com DCNT ao sistema de saúde, visto que é o cenário ideal para a vinculação dos mesmos, uma vez que, possui um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas, cumpre papel estratégico na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e serve de base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade do cuidado (BRASIL, 2017).

A APS compreende ações em saúde, no âmbito individual e coletivo, que envolve a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde.

Figura 1 - Ações em saúde desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde.



Fonte: Autoria Própria.





A APS compreende ações em saúde, no âmbito individual e coletivo, que envolve a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde.

Tem como finalidade desenvolver uma atenção integral que impacte no problema de saúde e promova autonomia das pessoas e intervenha nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (PNAB, 2011; 2017).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) principal modelo de APS no Brasil visa à reorganização da APS no território nacional, de acordo com os preceitos do SUS (BRASIL, 2017a) deve responsabilizar-se por uma população adscrita, territorializada, com no máximo quatro mil pessoas (BRASIL, 2019), estabelecer suas ações a partir da formação de vínculos com as famílias do território sob sua responsabilidade. Ofertar ações de saúde individuais e coletivas, se constituir no primeiro contato do usuário com o Sistema Único de Saúde (SUS), assumir a responsabilidade pelo encaminhamento do usuário para outros serviços ou locais de saúde, pelo coordenação do cuidado entre os diversos pontos de atenção (FAUSTO; ALMEIDA; BOUSQUAT, 2018).

Destaca-se que coordenar o cuidado de um usuário significa articular conexões que visem o atendimento das necessidades e preferências individuais na prestação de cuidados com qualidade e continuidade. A ESF/APS como coordenadora do cuidado estimula melhorias na qualidade, reduz barreiras de acesso aos demais níveis de atenção e possibilita a integração de ações e serviços no território (ALMEIDA et al, 2018).

Nos últimos anos, é inegável e representativo os avanços alcançados pelo SUS, contudo, torna-se cada vez mais evidente a dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado. Na prática, o modelo de atenção à saúde, ainda vigente, caracteriza-se por ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta. O qual tem-se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais, considerando a tripla carga de doenças, que envolve a persistência de doenças parasitárias, infecciosas e desnutrição; os problemas de saúde reprodutiva, com mortes maternas e óbitos infantis; o desafio das doenças crônicas; e o crescimento das causas externas (BRASIL, 2017).





Na busca de mecanismos de melhoria da qualidade da atenção à saúde, desde 2011 o Ministério da Saúde (MS) determinou as RAS como estratégia para organização do cuidado nas regiões de saúde.

Elas surgem como alternativa para superar o modelo de atenção atual, caracterizado pela fragmentação da atenção em diferentes serviços, visando a efetividade e eficiência na atenção aos usuários do Sistema Único de Saúde.

As RAS pressupõem a organização dos serviços de saúde de forma não hierárquica, vinculados entre si por uma ação cooperativa que oferta atenção de forma contínua e integral a determinada população.

Neste cenário, tem-se a Atenção Primária à Saúde como a porta de entrada principal, provedora de atenção e coordenadora do cuidado dos usuários (FAUSTO; ALMEIDA; BOUSQUAT, 2018).

Entretanto, colocar as RAS em prática constitui-se como um desafio para a gestão pública, visto que são dinâmicas e os acordos entre os serviços que a compõem precisam de articulação contínua, tratando-se de um arranjo em constante movimento.

Quais os conhecimentos, habilidades e atitudes os gestores e profissionais de saúde devem desenvolver para contribuir na organização e funcionamento da rede para a atenção às pessoas com DCNT?

Quais são as barreiras para a organização e funcionamento das RAS no seu município para a APS atuar como:

- a) porta de entrada
- b) ordenadora do sistema
- c) coordenadora do cuidado
- d) centro de comunicação



Para refletir



**Refleta também sobre essas questões:**

- Quais são as possibilidades de articulação dos pontos de atenção da RAS com a APS, aqui no estado de Goiás?
- O distrito e serviços de referência tem cumprido esse papel? Existe essa interlocução com a APS?
- Como o matriciamento acontece em Goiás?

A seguir apresentam-se os conhecimentos elementares para organizar e desenvolver uma RAS voltada para as DCNT, no estado de Goiás, visando contribuir no desenvolvimento de habilidades e atitudes dos profissionais e gestores para o trabalho em rede.





2. Desenvolvimento

2.1 Base legal da Rede de Atenção à Saúde

A RAS fundamenta-se no Art. 198 da Constituição Federal de 1988:

As ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único organizado de acordo com as 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, 1988).

Na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Art. 7º, inciso II, observa-se o seguinte princípio: Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990).

No Art. 10º da Lei nº 8080, parágrafo 2, aponta ainda que:

No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde (BRASIL, 1990).

E as diretrizes para organização da RAS no âmbito do SUS estão estabelecidas na Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

2.2 O que são as Redes de Atenção à Saúde?

As RAS se constituem

organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população (MENDES, 2011, p. 82).





Segundo a Portaria de Consolidação nº O3 de setembro de 2017 (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b), as RAS possuem os seguintes atributos essenciais ao seu funcionamento:

- 1- População e território adscrito:** destaca-se que o oferecimento de ações e serviços que de fato atendam as necessidades em saúde de uma população devem basear-se no reconhecimento amplo das necessidades reais da população a ser atendida;
- 2- Extensa gama de serviços capazes de atender às necessidades em saúde da população:** (ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos);
- 3- A APS deve ser o primeiro nível de atenção e a porta de entrada preferencial** ao SUS, composta por equipe multidisciplinar, capaz de coordenar o cuidado e atender as necessidades de saúde de sua população;
- 4- Disponibilidade** de serviços especializados;
- 5- Existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial** por todo o contínuo da atenção;
- 6- Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade**, considerando as particularidades culturais, e de gênero, assim como a diversidade da população;
- 7- Sistema de governança único** para toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a Região de Saúde; definir objetivos e metas no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais; e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações;
- 8- Participação social** ampla;
- 9- Gestão integrada** dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico;
- 10- Recursos humanos suficientes**, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede;
- 11- Sistema de informação integrado** que vincula todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes;





12- Financiamento tripartite, garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede;

13- Ação intersectorial e abordagem dos **determinantes da saúde** e da **equidade em saúde**; e

14- Gestão baseada em resultado.

Para facilitar o entendimento sobre Redes de Atenção à Saúde (RAS), assista ao vídeo produzido pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), disponível neste [link](#).

**Agora vamos refletir mais um pouco sobre
o conteúdo apresentado ?**

Identifique quais elementos do caso da Fátima se relacionam com o vídeo e o conceito de RAS apresentados acima: território, pontos de atenção, etc.



Para refletir

Veja, na Figura 2, uma RAS apresentada graficamente, na qual a APS ocupa lugar central e comunica-se com os demais serviços de saúde que compõem a RAS.

Figura 2 - Representação Gráfica de uma Rede de Atenção à Saúde.



Fonte: Autoria Própria.





2.3 Elementos Fundamentais da Rede de Atenção à Saúde

Segundo a Portaria Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017, as RAS são compostas por três elementos fundamentais: **população, estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde** (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a).

Quanto à **população**, é fundamental para que a APS consiga ordenar a RAS, o reconhecimento das necessidades em saúde do grupo populacional sob sua responsabilidade. O que significa segmentar o grupo populacional adscrito por fatores de risco em relação às condições de saúde.

Para tanto, a população deve ser conhecida e registrada, o que permite que a APS programe os serviços de saúde, em outros pontos de atenção, a partir das reais necessidades em saúde da população-alvo.



“O conhecimento da população envolve um processo complexo, estruturado em vários momentos: O processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos sociosanitários; a vinculação das famílias à Unidade de APS/Equipe do Programa de Saúde da Família; a identificação de subpopulações com fatores de risco; a identificação das subpopulações com condições de saúde estratificadas por graus de riscos; e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas” (MENDES, 2012, p172).

Atenção!

O conteúdo relativo à territorialização está detalhado para estudo na Unidade 2.

A **estrutura operacional** da Rede de Atenção à Saúde é composta por cinco elementos, sendo o centro de comunicação; os pontos de atenção à saúde, secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos e os sistemas de governança, capazes de monitorar, avaliar e aprimorar continuamente a resposta oferecida à população (MENDES, 2011) (Figura 3).





Figura 3 - Cinco elementos da estrutura operacional de uma Rede de Atenção à Saúde.



Fonte: Autoria Própria.

A comunicação é realizada com a coordenação dos fluxos e contrafluxos no sistema de atenção à saúde, está sob a responsabilidade da APS. A qual além de desempenhar ações de saúde faz a conexão entre os demais pontos de atenção, de modo a garantir a integralidade e continuidade da atenção à saúde dos usuários (MENDES, 2008).

Os pontos de atenção secundários e terciários atuam como apoio a APS e são os serviços que ofertam atenção especializada, de maior densidade tecnológica. Porém não há relação de subordinação entre APS e os serviços especializados, visto que em RAS eles constituem uma rede poliárquica (UNA-SUS/UFMA, 2016).

Figura 4 - Exemplos de pontos de atenção secundário e terciário que compõem uma Rede de Atenção à Saúde.



Fonte: Autoria Própria.

Nota: ponto secundário: Unidade de Pronto Atendimento (UPA); ponto terciário: Hospital;
Centro Coordenador: Atenção Primária à Saúde (APS).





Os **sistemas de apoio** são constituídos pelos serviços que oferecem atendimentos comuns a todos os pontos da RAS, tais como serviços de informação, de diagnóstico e de assistência farmacêutica (UNA-SUS/UFMA, 2016).

Os **sistemas logísticos** se referem à identificação do usuário por meio do Cartão Nacional do SUS; prontuário clínico; sistema de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte. (Figura 5), os quais tem objetivo de promover uma integração e comunicação eficazes entre pontos de atenção à saúde e os sistemas de apoio (UNA-SUS/UFMA, 2016).

Figura 5 - Exemplos de componentes de um sistema logístico presentes na Rede de Atenção à Saúde.



Fonte: Autoria Própria.

E os **sistemas de governança**

constituem-se em arranjos organizativos para possibilitar a gestão de todos os componentes das RAS. Envolve diferentes atores, estratégias e procedimentos, para gerir, de forma compartilhada e interfederativa, as relações entre as outras quatro estruturas operacionais citadas anteriormente" (UNA-SUS/UFMA, 2016, p.35).

A governança das RAS no SUS, deve ser feita pelas Comissões Intergestores; Comissões Intergestores Tripartite (CIT), no âmbito federal; Comissões Intergestores Bipartite (CIB), no âmbito estadual e nas Regiões de Saúde, Comissões Intergestores Regionais (CIR) (UNA-SUS/UFMA, 2016).





Quanto ao terceiro elemento constitutivo da RAS, o **modelo de atenção**, pode-se defini-lo como :

um sistema lógico que organiza o funcionamento das RAS, articulando, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevaente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade" (MENDES, 2011).

O **Modelo de Atenção às Condições Crônicas** (MACC), de Mendes (2011) é o proposto para o SUS (Figura 2), englobando a promoção da saúde; a prevenção das condições de saúde e as tecnologias potentes de gestão da clínica (gestão das condições de saúde e gestão de caso) (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a).

Mendes (2011) aponta que, no Brasil, há um grande empenho para a implementação das RAS, o que tem gerado resultados positivos em relação à saúde das pessoas idosas, saúde mental, controle do diabetes e utilização de serviços. No país as RAS têm sido implementadas em redes temáticas priorizando algumas linhas de cuidado (UNA-SUS/UFMA, 2016).

Leia mais sobre os conceitos de RAS aqui

Identifique nesse material as redes temáticas e explore atentamente aquela voltada para a atenção às pessoas com DCNT.



Agora, retome as reflexões propostas na página 19, e após a leitura do conteúdo teórico, repense sobre essa questão:

Quais Conhecimentos, habilidades e atitudes os gestores e profissionais de saúde devem deter para superar as barreiras para a APS se constituir:

- a) porta de entrada?
- b) ordenador o sistema?
- c) coordenadora do cuidado?
- d) centro de comunicação?





**Vamos prosseguir com o conteúdo?
Estamos avançando muito bem...**

A implantação das RAS é um processo complexo, que pressupõe um pensamento sistêmico por parte de seus operadores, isto é, transitar de relações lineares de causa e efeito para inter-relações entre diversos subsistemas. Não há solução para os problemas priorizando mudanças em pontos de atenção isolados. A solução de problemas requer colaboração e interdependência entre todos os atores envolvidos e uma linguagem comum, que possibilite a comunicação em rede por meio de diretrizes clínicas baseadas em evidência, construídas e validadas (SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN, 2020).

O sistema de saúde organizado na forma de RAS melhora os resultados sanitários nas condições crônicas, diminuem as referências a especialistas e a hospitais, aumentam a eficiência dos sistemas de atenção à saúde, produz serviços mais custo/efetivos e aumentam a satisfação dos usuários (MENDES, 2019).

Saiba mais, consultando evidências sobre esses resultados na literatura!

Dentre os entraves na efetivação das RAS está à insuficiência de oferta de serviços especializados, o que fragiliza a capacidade de coordenação das RAS. O fato de a APS ser ainda pouco reconhecida pelos usuários como a porta de entrada ao SUS, muitas vezes, faz com que o usuário busque primeiro por serviços de maior densidade tecnológica, por serem considerados mais resolutivos, desrespeitando as pactuações/normatizações da RAS. Ademais a comunicação entre os pontos da RAS é um entrave importante, visto que nem todos os municípios possuem prontuário único, para manter o fluxo comunicacional interligado, demandando ao usuário, muitas vezes, realizar a comunicação sobre seus atendimentos anteriores. Outra questão é o sistema de referência e contrarreferência em formulários impressos, os quais tornam-se insuficientes, em virtude do desuso por falta de adesão dos profissionais (FAUSTO; ALMEIDA; BOUSQUAT, 2018).

Para que as Unidades Básicas de Saúde passem a ser reconhecidas pela população como um serviço resolutivo, é essencial investir na consolidação do trabalho em equipe, no protagonismo da enfermagem, no acréscimo da cobertura de equipes de saúde bucal, assim como no investimento em tecnologias (ALMEIDA; SANTOS, 2015).





2.4 A Rede de Atenção à Saúde no Contexto da Atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis

A RAS das Pessoas com DCNT (Rede DCNT) foi redefinida pelo Ministério da Saúde pela Portaria nº 483 em 1º de abril de 2014 e consolidada pela Portaria nº 3, de 28 de setembro de 2017, cuja organização e operacionalização da Rede DCNT para linhas de cuidados específicas, as quais são determinadas pelo cenário epidemiológico (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014; 2017b).

Caracteriza-se **linhas de cuidado** como fluxos assistenciais que objetivam reorganização dos serviços de saúde para atender às necessidades em saúde dos usuários relacionada a uma condição crônica, agrupando um conjunto de saberes e tecnologias em cada componente da RAS que permitem a integralidade do cuidado e, ainda, o uso racional de recursos (SANTOS; CUBAS, 2012).

Vamos refletir novamente sobre o caso da Fátima atentando para a comunicação entre os atores envolvidos?

a) Na sua opinião, houve uma boa e suficiente comunicação entre todos os envolvidos no caso? Justifique.

b) No caso, a comunicação foi direta (presencialmente), física (documento impresso), informatizada (prontuário eletrônico ou sistema de informações informatizado). Identifique exemplos do caso para cada uma delas.

c) A APS atuou como ordenadora do cuidado? Identifique pelo menos um exemplo de uma situação do caso em que a APS atuou como ordenadora do cuidado. O texto abaixo poderá contribuir para pensar sobre o seu exemplo.

A APS, na perspectiva das RAS, tem suas funções ampliadas de modo a cumprir três funções: a função resolutiva de atender a 90% dos problemas de saúde mais comuns, não necessariamente, os mais simples; a função coordenadora de ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações ao longo das RAS; e a função de responsabilização pela saúde da população usuária que está adstrita, nas RAS, às equipes de ESF. Só será possível organizar o SUS em redes se a APS estiver capacitada a desempenhar bem essas três funções. Só assim ela poderá coordenar RAS e instituir-se como estratégia de organização do SUS (MENDES, 2015, p. 17).

d) Identifique e descreva a Gestão do Cuidado no caso da Fátima. Retome o conceito de gestão do cuidado apresentado abaixo para apresentar a sua resposta.

A gestão do cuidado é implementada por meio de tecnologias de gestão da clínica, de gestão de medicamentos e da coordenação dos sistemas eletrônicos de informação clínica.

Para refletir





De acordo com Mendes (2015):

O cuidado profissional, em função dos riscos, define a tecnologia de gestão da clínica a ser utilizada, se será a gestão da condição de saúde (utiliza o Modelo da Pirâmide de Risco classificado por níveis: Nível 1: 70-80% de pessoas com condições simples - Autocuidado apoiado; Nível 2: 20-30% de pessoas com condições complexas e Nível 3: 1-5% de pessoas com condições altamente complexas - Gestão de caso (PORTER; KELLOGG, 2008 *apud* MENDES, 2015)..

Dessa forma, a Rede DCNT estabelece objetivos prioritários, conforme o art. 4º da Portaria Nº 483, de 1º de abril de 2014 (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

- I- Realizar a atenção integral à saúde das pessoas com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção por meio de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde; e
- II- Fomentar a mudança no modelo de atenção à saúde, por meio da qualificação da atenção integral às pessoas com doenças crônicas e da ampliação das estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações.

A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas é estruturada a partir da estrutura operacional da RAS em:

- 1) ABS;
- 2) atenção especializada;
- 3) sistema de apoio;
- 4) sistemas logísticos;
- 5) sistemas de regulação; e
- 6) governança.





1) Atenção Básica ou APS

Constitui-se como o centro de comunicação da RAS, com papel-chave na sua estruturação como ordenadora e coordenadora do cuidado, com a responsabilidade de realizar o cuidado integral e contínuo da população que está sob sua responsabilidade e de ser a “porta de entrada” prioritária para organização do cuidado. São previstas as seguintes ações:

- i - Realizar o diagnóstico, o rastreamento e o tratamento da sua população adstrita de acordo com os protocolos e as diretrizes clínicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde ou elaboradas pelo nível local (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013);
- ii - Prevenir, diagnosticar e tratar precocemente as possíveis complicações decorrentes das DCNT;
- iii - Encaminhar para a Atenção Especializada os casos diagnosticados para procedimentos clínicos ou cirúrgicos em função de complicações decorrentes das DCNT, ou quando esgotadas as possibilidades terapêuticas na APS, com base no controle dos fatores de risco e no acometimento de órgãos alvo, ou de acordo com diretrizes clínicas, regulação e pactuação locais, considerando-se as necessidades individuais;
- iv - Coordenar o cuidado das pessoas com DCNT, mesmo quando referenciadas para outros pontos da RAS;
- v - Acionar a Academia da Saúde e/ou outros equipamentos disponíveis no território como forma de contribuir para o cuidado das pessoas com DCNT, de acordo com as necessidades identificadas;
- vi - Acionar as ferramentas de teleassistência, teleducação e regulação vigentes ou outra estratégia local, sempre que necessário, para qualificar a atenção prestada e o eventual direcionamento da demanda dos usuários com DCNT aos demais componentes da RAS;
- vii - Realizar ações de promoção da saúde e de prevenção das DCNT de forma intersetorial e com participação popular, considerando os fatores de risco mais prevalentes na população.





2) Atenção Especializada

Constitui um conjunto de pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações e serviços de urgência e emergência e ambulatoriais especializados e hospitalares, apoiando e complementando os serviços da APS de forma resolutiva e em tempo oportuno.

2.1) Atenção Especializada Ambulatorial - constitui um conjunto de ações e serviços eletivos de média e alta densidade tecnológica, com a finalidade de propiciar a continuidade do cuidado.

- i - Atuar de forma territorial, sendo referência para uma população definida, a partir do perfil epidemiológico das DCNT e das necessidades de saúde da população de cada região, considerando-se os conceitos de escala, no que se refere à economia e à qualidade do cuidado;
- ii - Prestar assistência ambulatorial eletiva de média e alta densidade tecnológica, de forma multiprofissional, a sua população adstrita que se enquadra nos critérios de encaminhamento para esse ponto de atenção, de acordo com os protocolos e as diretrizes clínicas estabelecidas pelo MS ou elaboradas pelo nível local ou regional;
- iii - Prestar apoio matricial às equipes da APS, presencialmente ou por meio das ferramentas de teleassistência e de teleeducação vigentes ou de outras estratégias locais, dedicando parte da carga horária dos profissionais especificamente para essas ações;
- iv - Realizar contrarreferência em casos de alta para os serviços de APS, bem como comunicar periodicamente os municípios e as Equipes de Saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento;
- v - Orientar o usuário com relação ao retorno à APS e/ou ao acompanhamento nesse ponto de atenção, quando necessário;
- vi - Encaminhar para o subcomponente hospitalar da Atenção Especializada os casos diagnosticados para procedimentos clínicos ou cirúrgicos de diagnósticos ou internação, em função de complicações decorrentes das DCNT, quando esgotadas as possibilidades terapêuticas no subcomponente ambulatorial especializado da Atenção Especializada.

2.2) Atenção Especializada Hospitalar - constitui o ponto de atenção estratégico voltado para as internações eletivas e/ou de urgência de pacientes agudos ou crônicos agudizados.





- i - Realizar avaliação e tratamento dos casos referenciados pela APS ou pelo subcomponente ambulatorial especializado da Atenção Especializada para procedimentos clínicos ou cirúrgicos de diagnósticos ou internação e tratamento das complicações decorrentes das DCNT;
- ii - Prestar cuidado integral e multiprofissional às internações eletivas ou de urgência de pessoas com DCNT, encaminhadas ou não de outro ponto de atenção, conforme os protocolos e as diretrizes clínicas estabelecidas pelo MS ou elaboradas pelo nível local ou regional (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013);
- iii - Programar alta hospitalar com a participação da equipe multiprofissional, realizando orientações com foco no autocuidado;
- iv - Realizar contrarreferência e orientar o retorno dos usuários, em casos de alta, para os serviços da APS e/ou do subcomponente ambulatorial especializado da Atenção Especializada, bem como comunicar periodicamente os municípios e as Equipes de Saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento;
- v - Prestar apoio matricial às equipes da APS, presencialmente ou por meio das ferramentas de teleassistência e de teleeducação vigentes ou de outras estratégias locais, dedicando parte da carga horária dos profissionais especificamente para essas ações.

2.3) Urgência e Emergência - constitui o conjunto de ações e serviços voltados aos usuários que necessitam de cuidados imediatos nos diferentes pontos de atenção, inclusive de acolhimento aos pacientes que apresentam agudização das condições crônicas.

- i - Prestar assistência e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até o encaminhamento dos indivíduos com complicações agudas decorrentes das DCNT a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento e classificação de riscos e vulnerabilidades;
- ii - Realizar referência e contrarreferência para os demais pontos de atenção à saúde, de acordo com cada caso.

3) Sistemas de Apoio

Constituem sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, tais como patologia clínica e imagens e de assistência farmacêutica; expressam-se em soluções em saúde, em geral relacionadas às tecnologias de informação, integradas pelos sistemas de identificação e de acompanhamento dos usuários, o registro eletrônico em saúde, os sistemas de transporte sanitários e os sistemas de informação em saúde.





- i - Realizar apoio diagnóstico e terapêutico das solicitações provenientes de todos os pontos de atenção, de acordo com as pactuações locais ou regionais definidas com base nos protocolos e nas diretrizes clínicas estabelecidas pelo MS ou elaboradas pelo nível local ou regional (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013);
- ii - Prestar assistência farmacêutica necessária ao tratamento clínico das pessoas com DCNT, considerando-se a forma de organização da gestão local e regional, as necessidades de saúde locais e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).
- iii - Operacionalizar a implementação de sistemas de informação que permitam o acompanhamento do cuidado, a gestão de casos, o apoio às decisões clínicas e a regulação do acesso aos serviços da Atenção Especializada, assim como o monitoramento e a avaliação das ações e serviços;
- iv - Organizar sistema de transporte sanitário, por meio de pactuações nas Comissões Intergestores Regionais (CIR) e/ou nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e no Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF), que permita o fluxo adequado dos usuários com DCNT entre os pontos de atenção, tanto na urgência quanto nas ações eletivas, por meio de veículos adaptados, quando necessário.

4) Regulação

Constitui o componente de gestão para qualificar a demanda e a assistência prestada, otimizar a organização da oferta e promover a equidade no acesso às ações e serviços de saúde, especialmente os de maior densidade tecnológica, e auxiliar no monitoramento e avaliação dos pactos intergestores.

- i - Garantir o acesso às ações e aos serviços de saúde de média e de alta densidade tecnológica, necessários ao cuidado integral dos usuários com DCNT, por meio das Centrais de Regulação ou Complexos Reguladores ou de acordo com a pactuação local, garantindo a equidade no acesso, em tempo oportuno, independentemente da natureza jurídica dos estabelecimentos de saúde, levando em consideração a estratificação de risco e as diretrizes clínicas definidas pela gestão federal, regional ou local (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

5) Governança

Constitui a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada.





Para a operacionalização da Rede DCNT é necessário um Modelo de Atenção à Saúde coerente com as diretrizes e objetivos da Rede. O Modelo de Atenção à Saúde que, atualmente, é coerente com as RAS é o MACC, proposto por Mendes (2011) proposto para o SUS. Este Modelo é apresentado na Figura 6. Esse Modelo estrutura-se pela estratificação de cinco níveis de intervenções de saúde sobre seus determinantes e suas populações, a partir da qual se definem ações e práticas da equipe de saúde mais adequadas a cada grupo-estrato.

Figura 6 - Modelos de Atenção às Condições Crônicas (MACC).



No nível 1 do MACC, opera-se com a população total de uma RAS com foco nos determinantes sociais intermediários, ou seja, os macro determinantes, condições de vida e de trabalho, o acesso aos serviços essenciais e as redes sociais e comunitárias. Nesse nível, se propõem as intervenções de promoção da saúde para a população total, realizadas por meio de ações intersetoriais.

No nível 2 do MACC, opera-se com subpopulações estratificadas por fatores de risco, com foco nos determinantes proximais relacionados aos comportamentos e aos estilos de vida, por meio de intervenções de prevenção de doenças, voltadas para indivíduos e subpopulações. A prevenção dá-se com a modificação de fatores de risco comportamentais, tais como a alimentação inadequada, o sedentarismo, o tabagismo, o excesso de peso e o uso excessivo de álcool. Nesse sentido, cita-se os programas **"Saúde na Escola"** e **"Academia da Saúde"**, iniciativas do MS, aprovadas em tripartite, voltadas para a intervenção nos determinantes sociais da saúde e na prevenção de DCNT.





A partir do nível 3 do MACC, trabalha-se com subpopulações que já apresentam DCNT estabelecida. Nele, as condições crônicas são de baixo ou médio risco ou a subpopulação apresenta fatores de risco biopsicológicos. Nesse nível, a atenção à saúde é fortemente ancorada em ações de autocuidado apoiado, mas existe também a atenção clínica ao indivíduo realizada, de maneira geral, pela APS.

No nível 4, opera-se com subpopulações com condição crônica de alto ou muito alto risco. Nesse nível, além do autocuidado apoiado, há necessidade mais expressiva de cuidados profissionais, incluindo o especializado.

No nível 5, opera-se com subpopulações que apresentam condição de saúde muito complexa e que chegam a consumir a maior parte dos recursos globais de um sistema de atenção à saúde. Nesse nível, as intervenções podem ser realizadas pela tecnologia da gestão de caso e, em geral, exigem planos de cuidado mais singulares. Esse modelo de atenção subsidiará os passos seguintes de constituição da RAS, tais como elencar os pontos de atenção e definir suas atribuições, instituir fluxos e diretrizes clínicas.





3. Considerações Finais

A organização e funcionamento da Rede DCNT, no SUS, exige compromisso perene e estruturado, requerendo uma visão integral e sistêmica do problema e do sistema de saúde. Essa visão integrada deve estar alicerçada no conhecimento capaz de gerar destreza no desenvolvimento das ações e serviços de saúde, incluindo ações intersetoriais necessárias para intervir nos aspectos sociais que determinam a ocorrência das DCNT e suas complicações.

O funcionamento da RAS a partir da realização de seus atributos fortalece e cumpre as diretrizes do SUS, amplia o acesso em tempo oportuno e de forma integral e, sobretudo, promove o exercício do direito à saúde e à atenção de qualidade e resolutiva para cidadãos(ãs) brasileiros(as).

Chegamos ao final do Módulo 2!

**Parabéns pela dedicação na realização das atividades propostas!
Despedimo-nos e desejamos um excelente exercício no Módulo 3, no qual
será possível aprofundar os conhecimentos sobre o os atributos da APS
para a qualificação do cuidado de pessoas com DCNT.**





Referências

ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M. Diálogos em busca de coordenação do cuidado: linha de chegada ou novo itinerário. In: ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M.; SOUZA, M. K. B. (org.). **Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em Regiões de Saúde**. Salvador: Edufba. 2015. p. 277-303.

ALMEIDA, P. F.; MEDINA, M. G.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; MENDONÇA, M. H. M. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**. 2018, v. 42, n. Spel p. 244-260. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/O1O3-11O42O18S116>. Acesso em: 29 ago. 2022.

BRASIL. **Constituição Federal** (Artigos 196 a 200). 1988. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf. Acesso em: 29 ago. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 29 ago. 2022.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 29 ago. 2022.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 2.488, de 11 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Diário Oficial da União, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 29 ago. 2022.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 571, de 5 de abril de 2013**. Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0571_05_04_2013.html. Acesso em: 29 ago. 2022.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 483, de 1º de abril de 2014**. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília: Diário Oficial da União, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html. Acesso em: 29 ago. 2022.





BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_O9_2017.html. Acesso em: 29 ago. 2022.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria de Consolidação Nº 3, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília: Diário Oficial da União, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 29 ago. 2022.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estratégia de Saúde da Família (ESF).** Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), 2019 [on-line]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/esf/>. Acesso em: 29 ago. 2022.

FAUSTO, M. C. R.; ALMEIDA, P. F.; BOUSQUAT, A. Organização da atenção primária à saúde no Brasil e os desafios para a integração em redes de atenção. In: MENDONÇA, M. H. M.; MATTA, G. C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L. (org.). **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisas.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018, p. 51-72.

MARMOT, M; BELL, R. Social determinants and non-communicable diseases: time for integrated action. **British Medical Journal.** 2019, v. 364, n. Suppl 1, p. 10-12. doi:10.1136/bmj.l251. Acesso em: 29 ago. 2022.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Revista Médica de Minas Gerais.** 2008, v. 18, n. 4, Supl.4., p. S3-S11. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/1262>. Acesso em: 29 ago. 2022.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** 2. ed.. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 29 ago. 2022.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 29 ago. 2022.

MENDES, E. V. **A construção social da Atenção Primária à Saúde.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2022.





MENDES, E. V.. **Desafios do SUS**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2019. 869 p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/download/7232/>. Acesso em: 29 ago. 2022.

PORTER, M.; KELLOGG, M. Kaiser Permanente: an integrated health care experience. **Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada**, v. 1, n. 1, 2008.

SANTOS, A. S.; CUBAS, M. R.. **Saúde Coletiva: linhas de cuidado e consulta de enfermagem**. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2012. 304 p.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada: saúde da pessoa com diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica**. Guia de orientação para as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein; Ministério da Saúde, 2020. 88 p. Disponível em: https://kidopilabs.com.br/plannificasus/upload/notatecnica_diabetes.pdf. Acesso em: 29 ago. 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO (UNA-SUS/UFMA). **Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes**. São Luís: UFMA, 2016. 54 f. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7563/1/Redes%20de%20aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%AO%20sa%C3%BAde%20-%20A%20aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%AO%20sa%C3%BAde%20organizada%20em%20redes.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals**. Geneva: World Health Organization, 2020. 120 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1237162/retrieve>. Acesso em: 29 ago. 2022.





SOBRE O E-BOOK

Tipografia: Visby CF

Publicação: Cegraf UFG
Campus Samambaia, Goiânia -
Goiás, Brasil, CEP 74690-900
Fone: (62) 3521-1358
<https://cegraf.ufg.br>

