

*Painel realizado durante o Encontro Paranaense de Gestores Municipais de Saúde, promovido pela SESA e COSEMS-PR, realizado nos dias 14 e 15 de fevereiro de 2017, com a participação de 396 dos 399 municípios do estado.*

## A integração em Rede da Atenção Primária (APS) com a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) no estado do Paraná

Marise Gnatta Dalcuche<sup>1</sup> e Eugênio Vilaça Mendes<sup>2</sup>

1. Mestre em Sociologia e Diretora do Núcleo de Descentralização do SUS na Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

2. Consultor da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

**A** Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, desde 2011, fez a opção de organizar as respostas sociais aos problemas prioritários de saúde através da instituição de Redes de Atenção à Saúde (RAS).

A análise da situação epidemiológica do estado revelou uma tripla carga de doenças que expressa a concomitância de doenças infecciosas e causas maternas e perinatais, de causas externas e de doenças crônicas que constituem aproximadamente 78% da carga total. Essa situação de saúde singular decorreu das mudanças no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) determinadas pelas transições demográfica, nutricional e epidemiológica.

O problema é que essas transições rápidas e profundas não foram acompanhadas

de mudanças no sistema de atenção à saúde para adaptá-lo à nova situação de saúde. O resultado foi que uma situação de saúde do século XXI continua sendo respondida por um sistema estabelecido na metade do século XX. Isso não deu certo nos países desenvolvidos, isso não pode dar certo no Brasil porque os sistemas não estão preparados para enfrentar a “epidemia” de doenças crônicas.

Pesquisa realizada no Reino Unido levou à formulação da “regra da metade” na atenção às doenças crônicas que evidenciou que somente metade das pessoas com doenças crônicas estão diagnosticadas; dessas, somente metade está estabilizada; e, dessas, somente metade está vinculada a programas efetivos de promoção da saúde e de prevenção das doenças<sup>1</sup>. No Brasil essa regra se aplica.

A forma hegemônica de enfrentar a tripla carga de doenças em nosso País é o sistema fragmentado. É preciso romper com esse modelo por meio de uma inovação disruptiva que institua e dissemine sistemas integrados em redes de atenção à saúde<sup>2</sup>.

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada - e com responsabilidades sanitária e econômica por esta população.

As redes de atenção à saúde têm três elementos constitutivos: a população, os modelos de atenção à saúde e a estrutura operacional. A população de uma rede não é a população dos censos do IBGE, mas o conjunto de pessoas organizadas socialmente em famílias que se vinculam às equipes de Atenção Primária à Saúde (APS). Os modelos de atenção à saúde subdividem-se em modelos de atenção aos eventos agudos e modelos de atenção às condições crônicas. Por fim, há uma estrutura operacional composta pela APS, os pontos de atenção secundários e terciários ambulatoriais e hospitalares, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança, conforme se mostra na Figura 1.

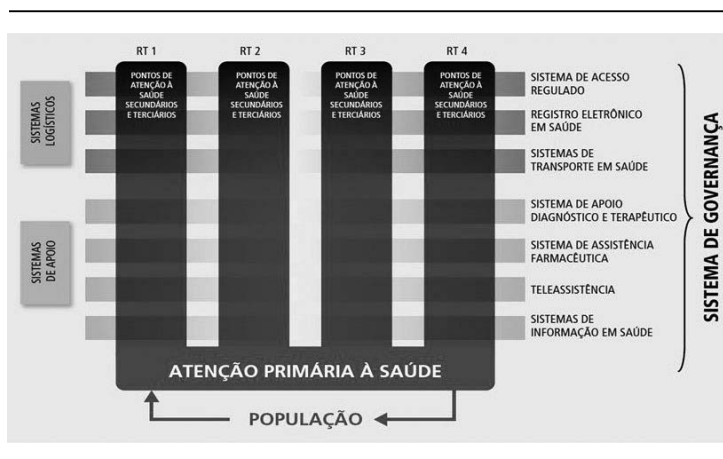


A APS cumpre três papéis nas RAS: a) estabelecer e manter a base populacional; b) resolver mais de 90% dos problemas que chegam a ela; c) coordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações ao longo dos pontos de atenção secundários e terciários, dos sistemas de apoio e dos sistemas logísticos.

Essa concepção de redes de atenção à saúde vem sendo implantada no estado do Paraná, sob

a liderança da Secretaria de Estado da Saúde, por meio das seguintes Redes: Rede Mãe Paranaense, Rede Paraná Urgência, Rede de Saúde Mental e Rede de Saúde Bucal e com o apoio dos seguintes Programas Estratégicos: APSUS (Programa de Apoio à Atenção Primária à Saúde), COMSUS (Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde), HOSPSUS (Programa de Apoio aos Hospitais Públicos e Filantrópicos do Paraná)

**Figura 1.** Estrutura operacional das RAS



Fonte: Mendes (2011)

, Hospitais do Paraná (Programa de Apoio aos Hospitais Próprios da SESA), VIGIASUS (Programa de Apoio à Vigilância em Saúde) e Farmácia do Paraná (Programa de Apoio às Farmácias do SUS). Esses programas dão sustentação à implantação das RAS. Na implantação das RAS, o encontro dos Programas APSUS e COMSUS levou a uma proposta inovadora de articulação da APS e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) organizadas nos Centros de Especialidades do Paraná que operam nas Regiões de Saúde sob a gerência dos Consórcios Intermunicipais de Saúde<sup>3</sup>.

Para que isso ocorresse foi necessário preparar a APS para ter alta resolutividade e capacidade de coordenação e mudar, radicalmente, a forma tradicional da atenção ambulatorial do SUS oriunda dos antigos Postos de Assistência Médica do INAMPS.

As oficinas do APSUS foram realizadas em todo o estado seguidas de uma segunda geração de organização dos cuidados primários com foco no gerenciamento dos processos e na educação ativa tutorial.

O passo seguinte foi dado pelo COMSUS fazendo uma análise situacional dos Centros de Especialidades existentes e elaborando e difundindo um novo conceito de atenção ambulatorial especializada com base na teoria de Redes. Esse novo Centro de Especialidades tem as seguintes características: necessidades de atenção programadas na APS; acesso regulado pela APS com base na estratificação dos riscos; definição conjunta por generalistas e especialistas de critérios de referência e contrarreferência segundo a estratificação de risco e sua padronização por meio de protocolos clínicos com base em evidência; acordos sobre procedimentos clínicos e exames complementares para reduzir redundâncias ou retrabalhos; atenção prestada por uma equipe multiprofissional trabalhando de forma interdisciplinar; o produto final da atenção é um plano de cuidado interdisciplinar para ser executado na APS; incorporação de novas formas de encontro clínico além da consulta presencial face a face; conhecimento pessoal de especialistas e generalistas; atuação clínica conjunta de especialistas e generalistas em planos de cuidados

compartilhados; vinculação de generalistas a especialistas envolvendo a regionalização da atenção especializada; envolvimento de especialistas em atividades educacionais da equipe da APS, em segunda opinião, em supervisão e em pesquisa; utilização de modelo de atenção com base em evidência; e monitoramento com ênfase na estabilização das pessoas usuárias e nos resultados finais.

Para a integração da APS e AAE foram definidas como prioridades a Rede Mãe Paranaense e a atenção à hipertensão arterial e ao diabetes.

A concepção central dessa forma de organizar é considerar a APS e a AAE como uma unidade integrada, com organização em rede dos fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações, mas, também, dos profissionais que trabalham nesses dois níveis das Redes.

Por meio do APSUS implantaram-se oficinas tutoriais de organização das unidades de cuidados primários organizando os macro e microprocessos de seus microssistemas clínicos e administrativos. Um dos processos fundamentais é a estratificação dos riscos das pessoas com as condições crônicas selecionadas: gestantes, crianças até 2 anos, pessoas com hipertensão arterial e com diabetes. Para isso foi utilizado o modelo da pirâmide de risco. Esse modelo permite estratificar as pessoas em três níveis: nível 1, pessoas com condições crônicas simples, em geral, 70% a 80% da subpopulação com a condição; nível 2, pessoas com condições crônicas complexas, 20% a 30% da subpopulação; e nível 3, pessoas com condições crônicas muito complexas, 1% a 5% da subpopulação.

A estratificação de risco é fundamental para organizar os fluxos entre as duas unidades porque as pessoas de nível 1 ficarão na APS sem referência à AAE. Somente as pessoas dos níveis 2 e 3 serão referenciadas aos cuidados especializados, mas mesmo estas pessoas irão para uma interconsulta expressa numa revisão do plano de cuidado interdisciplinar que deverá ser executado pela equipe de APS.

O fluxo para a AAE, portanto, é só de pessoas com riscos maiores. Mas há diferenças;

essas pessoas não são encaminhadas para uma consulta médica ou para um exame especializado. Elas são referidas ao Centro de Especialidades e recepcionadas por uma tecnologia nova de encontro clínico, a atenção contínua. Em um único turno a pessoa passa por vários profissionais em consultas sequenciais de 15 minutos em média: enfermeiro, psicólogo, nutricionista, médico especialista, educador físico, assistente social e outros se for o caso. Se possível, já faz os exames necessários. O produto final da atenção clínica é um plano de cuidado multiprofissional interdisciplinar que é encaminhado às equipes de APS.

As pessoas referidas à AAE não ficam vinculadas permanentemente a esse ambulatório, o que seria o chamado “efeito velcro”. Elas permanecem apenas o tempo suficiente para a estabilização da condição crônica (por exemplo, quando o diabético com controle metabólico ruim chegar ao nível da hemoglobina glicada igual ou inferior a 7%) e são contrarreferidas à APS.

Nesse modelo o papel da APS é cuidar integralmente das pessoas com condições crônicas simples, mas, além disso, executar o plano de cuidado que foi elaborado pela equipe da AAE.

Para que essa organização em Redes funcione é fundamental o conhecimento pessoal entre generalistas e especialistas que se reconhecem,

que partilham planos de cuidados, que participam conjuntamente de atividades educacionais e que, muitas vezes, estão no mesmo grupo de WhatsApp.

Essa experiência iniciou-se na 15ª Região de Saúde do Paraná com a participação de unidades de APS de alguns municípios e do Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Setentrão Paranaense (CISAMUSEP) e, logo depois, na 20ª Região de Saúde, também com unidades de APS de alguns municípios e com o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Centro Oeste do Paraná (CISCOPAR).

Os bons resultados obtidos nessas duas experiências vêm se difundindo no estado do Paraná, com o apoio da Secretaria de Estado de Saúde e, no momento, já são 11 Regiões de Saúde paranaenses que estão iniciando a implantação desse modelo de integração em redes da APS e da AAE.

## Referências bibliográficas

1. Hart JT. Rules of halves: implications of increasing diagnosis and reducing dropout for future workloads and prescribing costs in primary care. *British Medical Journal*, 42: 116-119, 1992.
2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
3. Huçulak MC, Dalcuche MG. Atenção ambulatorial especializada no Paraná: a experiência da 15ª Região de saúde. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Inovação na atenção especializada*. Brasília, CONASS, 2016.

## A Experiência em uma UBS de Toledo

### Fabio Oliveira de Freitas

Médico de Família e Comunidade da UBS São Francisco, Toledo, Paraná.

Como profissionais de saúde na assistência direta, sempre almejamos o melhor para os pacientes; seja para tratar as mais diversas patologias ou para manter sob controle as doenças crônicas e evitar novos danos ou para reabilitar o que já foi comprometido, assim como ações de promoção da saúde. Tendo isto em mente, desde que iniciamos na UBS São Francisco do município de Toledo em meados de 2011, as duas equipes da Estratégia de Saúde da Família pensavam

nisso e sempre tiveram como objetivo aperfeiçoar o atendimento para oferecer o melhor possível à comunidade atendida.

Desde o princípio os profissionais das equipes de saúde, por meio de reuniões semanais, foram moldando a forma de atendimento; onde protocolos clínicos já existentes foram postos em prática, consensos de fluxos internos na unidade foram

criados e conversas com a comunidade aumentaram a interação entre as equipes e os pacientes.

Assim, uma unidade que inicialmente era tradicional, com pediatra, ginecologista e clínico geral, que atendia 6 horas ao dia e era majoritariamente baseada em consultas de demanda, passou a ofertar consultas com médicos de família e enfermeiros, oferecendo acompanhamento mensal com os agentes comunitários, como também passou a atender 8 horas ao dia e, além das consultas do dia, também oferecendo consultas agendadas. Além de ter passado a contar com profissionais com senso de equipe, falando a mesma língua e com base técnico-científica.

Não foi fácil. “Como um médico vai ver tudo?” “Como vou ser atendida pela enfermeira?” “Como preciso agendar consulta para meu caso?” Foram questionamentos feitos pelos usuários na ocasião e que paulatinamente foram sendo sanados, conforme os atendimentos nas consultas avançavam e as abordagens diferenciadas, como acolhimento, atendimento em grupo ou em consulta domiciliar, foram sendo postas em prática.

No final de 2011 as equipes fizeram a adesão ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), onde metas foram superadas e a unidade começou a se organizar melhor e a funcionar de forma mais eficiente e coesa. Foi o primeiro momento em que pudemos pensar de forma mais técnica sobre o nosso processo de trabalho.

Entre 2012 e 2013, tivemos várias oficinas do APSUS (Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde) no município, onde os profissionais das equipes tiveram contato com as linhas guias do Estado do Paraná e pudemos fazer nosso atendimento na UBS baseado em protocolos e fluxos melhor definidos.

Já no ano de 2013 tivemos os olhos um pouco mais focados no atendimento em saúde mental e, com isso, deu-se o início do matriciamento e da consulta compartilhada psiquiátrica, onde o psiquiatra da rede acompanhava os médicos de família em consulta uma vez por mês. Essa ação teve como objetivo ofertar melhor atendimento a essa população, além de capacitar os profissionais envolvidos a serem mais resolutivos no posto de saúde, não havendo com isso muita necessidade de encaminhar os pacientes à atenção secundária.

Em outubro de 2014 a unidade foi contemplada para ser piloto no Projeto Redes de Atenção à Saúde do Governo do Estado do Paraná, onde o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) foi apresentado e começou a ser posto em prática. Era algo novo na interação entre atenção primária e secundária, assim como na abordagem dos principais grupos de pacientes crônicos.

Passamos então a realizar a estratificação de risco para todos os pacientes hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças menores de um ano, seguindo as respectivas linhas guias e, a partir disso, a encaminhar os pacientes de alto risco à equipe do MACC, que em Toledo acontece no CISCOPAR (Consórcio do Oeste do Paraná).

Esses pacientes de alto risco são avaliados por uma equipe multiprofissional (nutricionista, psicóloga, assistente social, cardiologista e outros) no mesmo dia do agendado e feito uma devolutiva à equipe da UBS por meio de contrarreferência ou por um projeto terapêutico singular. Importante frisar que esses pacientes nunca deixaram de serem acompanhados pela equipe da atenção primária.

Começamos a perceber, com esse novo modelo de atendimento, que alguns pacientes eram efetivamente de alto risco e mereceram com isso um cuidado mais intensivo por parte da equipe e também tivemos por meio dessa abordagem multiprofissional uma adesão maior ao tratamento, realização mais rápida de determinados exames (eletrocardiograma, ecocardiograma e outros), maior vínculo entre equipe da UBS e paciente, e entre atenção primária e atenção secundária.

No aspecto negativo no que concerne ao MACC, lidamos às vezes com a falta de profissionais da equipe multiprofissional e, nos últimos meses, com a demora no agendamento de alguns pacientes. No entanto, consideramos que os aspectos positivos da iniciativa superaram as dificuldades encontradas e observamos uma assistência mais integrada e efetiva.

Atualmente, seguimos na determinação de aprimorar sempre o atendimento na UBS São Francisco, estreitar ainda mais os laços entre os níveis de atenção e também equipe e comunidade. Além de pensar em novas ações de promoção da saúde, assim como tentar resolver as dificuldades que ainda porventura se façam presentes.

## O Desafio da Gestão do SUS

**Mauro Sérgio de Araújo<sup>1</sup>**

1. Secretário Municipal de Saúde de Munhoz de Mello

Com o início de cada ano, vem à tona das novas gestões os indicadores e realizações das secretarias municipais de saúde. É sabido que os gestores têm determinação de sobra, eles chegam com uma incumbência ímpar, não foram escolhidos por acaso, têm algo muito especial que emana deles. Começa o desafio “refletir por onde começar?”.

Existem experiências exitosas em vários municípios em situações pontuais no vasto campo da assistência, promoção e proteção à saúde; mas, em particular, tem algo no município em que o gestor atua que tem obrigação de ser feito melhor!

O sistema de informação sobre o orçamento público em saúde – SIOPS demonstra o crescente investimento com recursos de origem municipal passando dos 20 % do arrecadado.

Em 2013, tínhamos a confiança do prefeito para, após análise, tomar a providência que trouxesse melhoria para o setor, e já no início do mandato conseguimos redistribuir os servidores, de modo que a oferta dos serviços, que antes ocorria no horário comercial, das 08 às 17h, com intervalo de almoço, passou para o horário das 07 às 19h de maneira ininterrupta em dias úteis, com a mesma equipe. Essa melhoria foi sentida pela população de maneira muito positiva, só que precisávamos ir além. Simplesmente “oferecer mais do mesmo” não nos levaria a resultados que interferissem de fato no quadro da qualidade da atenção. Fomos apresentados, no segundo semestre de 2014, ao projeto de Tutoria da Atenção Primária da Secretaria de Estado da Saúde, o qual trazia orientação muito clara sobre padrões de qualidade e mergulhamos de cabeça. Conseguimos em dezembro de 2014 nosso selo bronze.

O governo do Paraná, preocupando-se em estruturar suas políticas observando as Redes de Atenção à Saúde, trabalhou para aperfeiçoá-las no território. Um exemplo disso é a Rede Cegonha que no Paraná tem nome de Rede Mãe Paranaense. Assim, para cada uma das redes temáticas com

suas singularidades o Governo do estado vinha implementando e fazendo sua parte servindo de diretriz para os municípios.

Como parte desse traçado técnico, muito acertadamente, foi apresentado o modelo de acompanhamento a condições crônicas (MACC) em 2014 e tivemos o privilégio de fazer parte junto com o CISAMUSEP de Maringá, na experiência piloto deste trabalho sustentado pelo COMSUS. Passamos a operacionalizá-lo em paralelo ao nosso ajuste de trabalho, na busca pela qualidade, orientado pelo Projeto Tutoria, da SESA.

Sob a orientação das Linhas-Guia do cuidado a diabetes e hipertensão, com reuniões multiprofissionais quinzenais, nossa equipe passou a estudar esses instrumentos e demos início à estratificação de risco nossos usuários...

Modificamos nossa rotina frente à liberação dos exames que a equipe solicitava, e para “todo” usuário a se estratificar liberávamos “todos” os exames necessários. As demais prescrições da demanda espontânea liberávamos 50%.

Deparamos com uma situação que, embora comprássemos todos os dias exames de análise clínica, não tínhamos na programação e não era rotina a solicitação de microalbuminúria, hemoglobina glicada, e outros exames básicos altamente relevantes no conjunto mínimo necessário para estratificação. Os exames liberados não serviam para a equipe do município planejar, e não se discutia os casos dos usuários na singularidade com a equipe multiprofissional.

Observamos que várias demandas de usuários que chegavam para nós com prescrições de exames de média e alta complexidade eram de potenciais usuários que tínhamos que estratificar. Combinávamos com o usuário que naquele momento não liberaríamos o que ele pedia, e, uma vez estratificado, ele tinha nossa garantia de que saberíamos conduzir seu caso para o restabelecimento/controlar a saúde.

Para a continuidade das ações passamos a discutir com a equipe sobre o papel da estratégia saúde da família e de cada ator da equipe multiprofissional. Utilizamos o Livro “O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde”, do Professor Eugênio Villaça Mendes.

Com a chegada do Zika, Chikungunya e Dengue, no final de 2015, fomos convidados a juntar ACEs e ACS, na eliminação de focos e enfrentamento à Dengue, e vimos a oportunidade de, à luz da Lei 12.994 que equipara essas categorias no piso salarial, resgatar o trecho da lei que trata das metas, e implementamos o monitoramento semanal de todos os visitantes, discutindo as fragilidades e potencialidades de nosso trabalho; fomos gradativamente inserindo outros serviços nesse monitoramento e discutindo com frequência semanal nossos indicadores. Estão presentes o NASF, VIGILÂNCIA SANITÁRIA, COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, COORDENAÇÃO DA EPIDEMIOLOGIA, ODONTOLOGIA e Auditoria. Conseguimos com isso cumprir em 2016 a maioria das metas do SISPACTO, com destaque às visitas ACE chegando a 6 ciclos

com mais de 80 dos imóveis visitados; melhoramos consideravelmente o desempenho da ESF que saiu de uma média de 500 visitas/mês para 800 visitas/mês; conseguimos também que a Vigilância Sanitária realizasse seis grupos de procedimentos e fomos o município com o melhor desempenho do estado na vacinação contra a dengue.

Quanto ao MACC, passados três anos, temos um cenário de mais de setecentos usuários estratificados. O monitoramento e as ações desenvolvidas nos dão conta de usuários que estão saindo do alto risco para moderado e esse resultado empodera a equipe a cada dia deixando claro que “sabemos cuidar”.

Fomos certificados com o Selo PRATA da Tutoria APSUS em dezembro de 2016.

Fica ainda um sentimento de culpa, por não termos iniciado esse trabalho antes.

O tempo e o recurso que usamos para fazer de um jeito melhor são muito próximos do tempo e do dinheiro que usávamos para fazer do jeito que fazíamos.