

Manual Saúde Redes

Perspectivas e Práticas da Autonomia Municipal e da
Governança Regional para o Fortalecimento da RAS

2025. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.

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.

A coleção institucional do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Câmara Brasileira do Livro - <https://cbl.org.br/> -, e no Portal Conasems - <https://portal.conasems.org.br/publicacoes>.

Tiragem: 1ª edição – 2025 – versão eletrônica.

ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE – CONASEMS

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, Sala 144 Zona Cívico-Administrativo, Brasília/DF CEP: 70058-900 Tel: (61) 3022-8900

NÚCLEO PEDAGÓGICO CONASEMS

Rua Professor Antônio Aleixo, 756 CEP 30180-150 Belo Horizonte/MG Tel: (31) 2534-2640

DIRETORIA CONASEMS

PRESIDENTE

Hisham Mohamad Hamida

VICE-PRESIDENTE

Edivaldo Farias da Silva Filho
Rodrigo Buarque Ferreira de Lima

SECRETÁRIO-EXECUTIVO

Mauro Guimarães Junqueira

DESENVOLVIMENTO

NAPES/CONASEMS
NEAD/CONASEMS

DIREÇÃO EDITORIAL

Cristiane Pantaleão

COORDENAÇÃO EDITORIAL

Nilo Brêtas Júnior

COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA

Walber Cristian de Queiroz Moreira

CURADORIA CONASEMS

Cristiane Pantaleão
Marcos da Silveira Franco
Maria da Penha Marques Sapata
Nilo Brêtas Júnior
Walber Cristian de Queiroz Moreira

CURADORIA MINISTÉRIO DA SAÚDE

Aleyne Lins Alves
André Luis Bonifácio de Carvalho
Giselle de Souza Cruz
Marcelo Machado de Carvalho
Maria Rocineide Ferreira da Silva

REVISÃO TÉCNICA

Cristiane Pantaleão
Marcos da Silveira Franco
Marcelo Machado de Carvalho
Maria da Penha Marques Sapata
Maria Rocineide Ferreira da Silva
Nilo Brêtas Júnior
Walber Cristian de Queiroz Moreira

ELABORAÇÃO DE TEXTO

Ana Clara Lopes Costa
Anderson Cláudio Rodrigues Torreão
Cesar Lopes
Cinthia Sampaio Cristo
Cristiane Pantaleão
Débora Alcântara Mozar
Evelyn Alves Inamorato
Everton Soeiro
Juliana de Paula
Luciana Soares de Barros
Luzia Sandra de Paula
Nilo Brêtas Júnior
Renata Gigante
Walber Cristian de Queiroz Moreira

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

Maira Nailã Lopes Amaro

PREPARAÇÃO DE TEXTO

Nilo Bretas Junior

REVISÃO LINGUÍSTICA

Keylla Manfilii Fioravante

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Manual saúde redes [livro eletrônico]:
perspectivas e práticas da autonomia municipal
e da governança regional para o fortalecimento
da RAS. -- 1. ed. -- Brasília, DF: CONASEMS, 2025.
PDF

Vários autores.
Vários colaboradores.
Bibliografia.
ISBN 978-85-63923-93-6

1. Administração pública 2. Governança
3. Redes de Atenção à Saúde (RAS) 4. Saúde pública
5. Serviços de saúde – Administração – Brasil
6. Sistema Único de Saúde (Brasil).

25-275311

CDD-362.10981

Índices para catálogo sistemático:

Sistema Único de Saúde: Brasil: Bem-estar social 362.10981

Aline Grazielle Benitez – Bibliotecária – CRB-1/3129

Lista de quadros e figuras

Figura 1 - Atores do método basilar do Saúde Redes	20
Figura 2 - Subgrupos: Afinidade e Diversidade	21
Figura 3 - Modulação dos 14 encontros e suas dispersões	24
Figura 4 - O GT Regional e os GTS Municipais	40
Figura 5 - Matriz SWOT/FOFA	68
Figura 6 - Intersecção das diferentes dimensões de implicação do método Saúde Redes	82
Figura 7 - Operacionalização da Mesa de Negociação	89
Figura 8 - Visão de Futuro da Prioridade Sanitária Regional	97
Figura 9 - As múltiplas dimensões do cuidado em Saúde	105
Quadro 1 - Matriz GUT	77
Quadro 2 - Fragilidades e propostas de ações para a Prioridade Sanitária	91
Quadro 3 - Ações estratégicas, prazos esperados e responsáveis pela Prioridade Sanitária	92
Quadro 4 - Achados embaixadores da ação proposta	94
Quadro 5 - Síntese das ponderações e definição do grupo sobre as ações propostas	95
Quadro 6 - Análise de pertinência e viabilidade das ações propostas	96
Quadro 7 - Ferramenta para gestão de projetos - 5W2H	101
Quadro 8 - Elementos analíticos para priorização das ações estratégicas	110
Quadro 9 - Instrumento de apoio à análise de viabilidade	111
Quadro 10 - Dimensões de Esforço, de Efeito e de Governança Regional	113

Apresentação

O Manual Saúde Redes é fruto de um conjunto de iniciativas, iniciado em 2018, em formato de Projeto, na 22ª Região do Paraná (PR), ante os esforços propostos pelo CONASEMS, em parceria, a época, com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que pudesse pavimentar caminhos metodológicos aplicados para o exercício pleno e responsável da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), em modelos de Redes de Atenção à Saúde (RAS), nos municípios brasileiros sob perspectivas regionais.

A direção, a magnitude e a perenidade dos resultados do Projeto Saúde Redes representam o CONASEMS em sua crença política-institucional por um SUS postulado sob os princípios do acesso universal, da integralidade e da equidade, descentralizado e participativo, em direção única para cada esfera de governo.

Esse ideário se norteia e se modula, portanto, adensado pelas necessidades territoriais em saúde sob responsabilidade sanitária de cada município, quando, a partir dessas realidades, de forma ascendente e cooperativa, são formulados e implementados, culturalmente, novos processos de planejamento, de gestão, de monitoramento e de avaliação, que privilegiam pensar o cuidado com base nas prioridades em saúde compartilhadas, na perspectiva regional da resolutividade.

Assim, a prática desses processos é subsidiada pelo fortalecimento da autonomia municipal e da governança regional dos espaços de pactuação e deliberação locais, que assumem, solidariamente, o compromisso e o empenho junto às ações estratégicas em Rede, que dialogam com uma gestão do cuidado que oferte ações e serviços de saúde em tempo e complexidade oportunas.

Tendo em vista a importância de amplificar essa visão prática de estruturação ascendente da RAS, com base em modelos transversais de emancipação municipal na direção do SUS, o CONASEMS propôs, em 2023, a implementação desse Projeto, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi-SUS), do Ministério da Saúde (MS).

Enquanto entidades executoras, o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) e o Hospital Sírio-Libanês (HSL) assumiram a implementação das ações do Projeto, em 4 regiões de saúde, nos estados do Acre (AC), de Mato Grosso (MT), de Minas Gerais e da Paraíba (PB), entre 2023 e 2024, quando foi possível constatar a viabilidade metodológica para diferentes realidades socio sanitárias do país, que tiveram como objeto várias Linhas de Cuidado (LC), como Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), Materno-Infantil, Saúde Mental, Saúde do Trabalhador, entre outras.

A grande mobilização e os efeitos gerados nos territórios participantes do Projeto Saúde Redes permitiram que, entre 2024 e 2026, por meio do Proadi-SUS e dos hospitais parceiros (HAOC e HSL), a iniciativa se expandisse para 20 estados brasileiros (AC, AL, AM, AP, BA, CE, ES, MS, MT, PA, PB, PE, PI, RJ, RN, RS, SC, SE, SP e TO), com mais de 230 municípios em franca aliança pela qualificação do cuidado na RAS.

Este Manual congrega, de forma teórica e prática, o método (formas, instrumentos e ferramentas), que estrutura o projeto Saúde Redes, desde 2018, sem a pretensão de prescrever modelos pasteurizados para qualificação da gestão do cuidado na Rede, mas de ofertar vias possíveis para que cada um dos 5.570 municípios, das 438 regiões de Saúde do Brasil, possam refletir, juntos, sobre os caminhos mais adequados para cada realidade e necessidade enfrentada no SUS real e diário de gestores, profissionais e usuários.

Convidamos, você, a embarcar conosco neste desafio em busca de um Sistema universal, integral e equânime, a partir dos olhares e das potências dos municípios na elaboração e na implementação de soluções que respeitem os seus territórios e a sua autonomia!

Hisham Mohamad Hamida
Presidente do Conasems



Ministério da Saúde (MS)

O presente texto nos apresenta um caminho potente para o fortalecimento da governança regional no Sistema Único de Saúde (SUS), que constitui um dos pilares essenciais para a consolidação da regionalização da Atenção à Saúde, em consonância com os princípios da Equidade, da Integralidade e da Pactuação Interfederativa. Nesse contexto, o Ministério da Saúde, em parceria com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) e com o Hospital Sirio-Libanês (HSL), desenvolve o *Projeto Saúde Redes: estratégias para o fortalecimento da regionalização e do cuidado em Rede em municípios de pequeno porte*.

Este projeto promove, no território municipal, a qualificação das equipes de saúde da Atenção Primária à Saúde, além de estimular a integração e o diálogo entre essas equipes e os demais pontos de atenção da assistência de média e alta complexidade existentes no território. Tal iniciativa pode contribuir com a ampliação da resolutividade da assistência prestada diretamente ao usuário e, conseqüentemente, promover economia de escala na organização do serviço de saúde.

Possui como objetivo geral *elaborar um projeto de interferência para qualificação da linha de cuidado priorizada na perspectiva regional, apoiando sua implementação e seu monitoramento, em regiões de saúde formadas, preferencialmente, por municípios de pequeno porte*.

Sua metodologia, estruturada em ciclos contínuos de aprendizagem e transformação - **Conhecer e Priorizar, Integrar, Implementar e Monitorar** -, além de um eixo transversal denominado **Divulgar**, favorece a articulação entre os diferentes momentos do Projeto, evitando a fragmentação de etapas, e promovendo a integração dos saberes e das práticas ao longo do processo. Esses ciclos, interconectados ao longo de todo o percurso metodológico, possibilitam o desenvolvimento contínuo de aprendizagens significativas, capazes de garantir as mudanças necessárias, além de inovação em serviço e produção colaborativa de conhecimento, respeitando a diversidade e as singularidades dos territórios envolvidos.

A implementação das ações ocorre por meio de encontros periódicos, presenciais e virtuais, com a participação de facilitadores vinculados



aos hospitais de excelência e de profissionais da APS, além de técnicos e gestores que, ao comporem a Rede de Atenção, podem subsidiar concretamente a viabilização de processos necessários para alcance dos resultados propostos. Adicionalmente, são realizados momentos específicos de interlocução com gestores municipais, coordenadores de Atenção e representantes de outros pontos da Rede Assistencial, com o objetivo de fortalecer os mecanismos de governança e assegurar a sustentabilidade das ações pactuadas. Destaca-se que, ao promover a articulação entre os serviços da APS e outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) nos territórios, o projeto contribui de maneira significativa para a qualificação das práticas de cuidado, com reflexos diretos na ampliação da resolutividade dos serviços, na otimização dos recursos públicos e na consolidação da regionalização da saúde.

A principal inovação do Projeto reside em sua capacidade de produzir conhecimento em serviço, a partir das experiências regionais vivenciadas nos territórios. O produto final esperado consiste na elaboração, por cada região participante, de um plano de interferência regional, com foco na qualificação de uma ou mais linhas de cuidado prioritárias, conforme o Planejamento Regional Integrado (PRI).

O Ministério da Saúde desempenha um papel estratégico na condução do Projeto, ao exercer a responsabilidade pela articulação interfederativa, avançando em alguns locais, ao destacar a dimensão participativa, pelo reforço do apoio técnico e pelo acompanhamento, monitoramento e avaliação dos impactos gerados nos territórios da Atenção Primária à Saúde. Essa atuação fortalece os mecanismos de cooperação entre os entes federativos, e permite a retroalimentação das políticas públicas de saúde, com evidências concretas oriundas da prática, contribuindo para a qualificação da governança e da regionalização, reafirmando a materialidade dos princípios doutrinários do SUS - Universalização, Integralidade e Equidade da Atenção.

Ao valorizar as experiências concretas, vivenciadas pelas regiões, o Ministério amplia sua capacidade de resposta e fortalece o planejamento nacional, ao ampliar o escopo participativo deste, com vistas ao fomento, à produção e à disseminação de evidências, derivados da prática e da gestão participativa, as quais alimentam o ciclo de formulação e aprimoramento das políticas públicas de saúde.



Portanto, é com muita satisfação que o Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa apoia a produção deste Manual, e recomenda a sua leitura pelo conjunto de trabalhadores e gestores que tiverem a oportunidade de acessá-lo.

Departamento de Articulação Interfederativa e Participativa
Secretaria Executiva

Ministério da Saúde

Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC)

O Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) é uma instituição filantrópica, sem fins econômicos ou lucrativos, fundada em 1897 por imigrantes de língua alemã na cidade de São Paulo. Com uma longa trajetória de excelência, o hospital se destaca por seu compromisso com a assistência de alta complexidade, atuando em diversas especialidades médicas com foco no atendimento de qualidade, ensino e pesquisa. Reconhecido como um dos principais centros hospitalares da América Latina, o HAOC se dedica a promover a saúde e o bem-estar de seus pacientes e da sociedade como um todo.

A responsabilidade social é um dos pilares de sua atuação. O hospital acredita na importância de uma solidariedade comprometida e busca, por meio de suas ações, transformar as realidades sociais, apoiando políticas públicas mais democráticas, inclusivas e equitativas. Seu trabalho visa contribuir para a construção de um país mais justo, próspero e saudável. Dentro das ações de responsabilidade social, o Hospital Alemão Oswaldo Cruz tem parcerias estruturadas com o Governo Federal e, desde 2008, é reconhecido pelo Ministério da Saúde como uma das seis instituições de excelência do Brasil. Essa distinção permite ao HAOC atuar no Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), um programa fundamental para o aprimoramento dos serviços públicos de saúde.

O hospital desenvolve, atualmente, 26 projetos no âmbito do PROADI-SUS, abrangendo áreas como estudos de avaliação e incorporação de tecnologias, capacitação de recursos humanos, pesquisas de interesse público em saúde e aprimoramento da gestão em serviços de saúde. Entre esses projetos, destaca-se o Saúde Redes, uma iniciativa que visa fortalecer o trabalho em rede em regiões remotas do Brasil e contribuir com a melhoria da gestão do cuidado integrado, especialmente em municípios de pequeno porte.

Por meio da execução de projetos inovadores e de impacto social, o Hospital Alemão Oswaldo Cruz reafirma seu compromisso com o desenvolvimento de soluções que melhorem o acesso e a qualidade da saúde em todo o país, impactando positivamente a vida de milhares de pessoas. Este texto

faz parte de uma série de publicações técnicas relacionadas ao Projeto Saúde Redes, uma das frentes de atuação do HAOC no PROADI-SUS, com foco no aprimoramento da gestão do cuidado e na integração de serviços de saúde em regiões de grande necessidade.

**Diretoria-Executiva de Pessoas,
Sustentabilidade e Responsabilidade Social**

Hospital Alemão Oswaldo Cruz



Hospital Sírio-Libanês (HSL)

O Compromisso Social faz parte da essência do Hospital Sírio-Libanês, fundado a partir do desejo de um grupo de senhoras da sociedade sírio-libanesa, lideradas por Adma Jafet, de construir um hospital filantrópico que retribuísse o acolhimento da comunidade no Brasil.

Foi assim que, em 1921, foi criada a Sociedade Beneficente de Senhoras, instituição que deu origem e é, até hoje, mantenedora do complexo hospitalar referência internacional de excelência em saúde e filantropia.

Esse importante legado, que vem sendo construído ao longo de mais de um século, é mantido com o apoio da área de Compromisso Social do hospital, que colabora com o propósito da instituição de levar às pessoas saúde de qualidade, com a cooperação entre a saúde pública e a saúde suplementar.

Uma das formas pelas quais isso ocorre se dá por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde - o Proadi-SUS, uma iniciativa do Ministério da Saúde que nos permite atuar, de forma estratégica, suplementar e coordenada, no cuidado não apenas do Sistema de Saúde como um todo, mas do recurso mais nobre em qualquer sociedade: as pessoas.

Por isso, dizemos que o Compromisso Social é a solidariedade materializada do Sírio-Libanês, que tem o propósito de contribuir para uma vida plena e digna, baseada nos valores de Solidariedade. Excelência e Resultado. Tudo isso para dobrar sua capacidade de atendimento e SER até 2030, o mais importante ecossistema de saúde da América Latina.

Atualmente, o Hospital Sírio-Libanês desenvolve mais de 20 projetos enquadrados no Proadi-Sus, todos relacionados com as áreas de excelência da instituição, dos quais o projeto Saúde Redes figura como uma das iniciativas de nosso portfólio para o programa.

Diretora de Compromisso Social
Hospital Sírio-Libanês 



Sumário

Introdução	15
Conhecendo o Método Saúde Redes	19
Capítulo 1: Mapeando e Definindo Atores Estratégicos na Qualificação da LC na RAS	30
Capítulo 2: Caminhos para diálogos Intersetoriais e Intermunicipais na Qualificação da LC na RAS	46
Capítulo 3: Reconhecendo o território, a Rede e suas necessidades	53
Capítulo 4: Definindo Rotas para o Território sob a Perspectiva da LC	80
Capítulo 5: Acompanhando as Rotas da Qualificação da LC na RAS	103
Capítulo 6: Compartilhando e institucionalizando a mudança da LC na RAS	120
Conclusão	127
Anexos	129

Lista de Siglas

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACE	Agente de Combate às Endemias
AE	Atenção Especializada
AEE	Atenção Ambulatorial Especializada
APS	Atenção Primária à Saúde
CIR	Comissão Intergestores Regional
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
eMulti	Equipe Multiprofissional
EO	Encontro Zero
ER	Estratégia Regional
EPS	Educação Permanente em Saúde
EVIPNet	Rede para Políticas Informadas por Evidências (<i>Evidence-Informed Policy Network</i>)
GAF	Grupo Afinidade
GD	Grupo Diversidade
GT	Grupo de Trabalho
GTAB	Grupo Técnico da Atenção Básica
HAOC	Hospital Alemão Oswaldo Cruz
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HSL	Hospital Sírio-Libanês
LC	Linhas de Cuidado
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OT	Oficina de Trabalho
PES	Plano Estadual de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PRI	Planejamento Regional Integrado
PROADI-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS
PTS	Plano Terapêutico Singular





RAS

Rede de Atenção à Saúde

RIPSA

Rede Interagencial de Informações para a Saúde

SES

Secretaria Estadual de Saúde

SUS

Sistema Único de Saúde

TBL

Team Based Learning

TR

Termo de Referência

UBS

Unidade Básica de Saúde

Introdução

O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) é uma entidade criada por lei (Lei 8080/90, artigo 14B), que tem por missão a representação das Secretarias Municipais de Saúde, com vistas ao processo de desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), de maneira descentralizada política, administrativa e financeiramente, criando condições para a garantia do acesso, da universalidade e da integralidade da Atenção à Saúde.

Para realizar a missão de representá-las, torna-se essencial desenvolver estratégias de apoio aos gestores e trabalhadores do SUS, e, para isso, a EPS é aliada mandatória no desenvolvimento contínuo por um Sistema fortalecido que dê cabo, de forma adequada e em tempo oportuno, às necessidades dos usuários em seus territórios. Em permanente escuta aos gestores municipais de saúde, e sempre orientada conceitualmente à transformação das práticas como norte comum em todos os projetos, programas e políticas institucionais, a EPS se insere como difusora ativa de caminhos para o exercício pleno de autonomia responsável dos municípios e das equipes de saúde.

As necessidades de saúde da população brasileira vêm se transformando nas últimas décadas, bem como seus determinantes e condicionantes, associados às transições sociodemográficas, que apontam para o **envelhecimento da população e para o aumento das condições crônicas em seu perfil de morbimortalidade**, ao mesmo tempo que **mudanças climáticas e novas epidemias e suas consequências vêm agravando o quadro sanitário**. Esse quadro epidemiológico complexo exige mudanças na organização dos processos de trabalho nas equipes de saúde do SUS, principalmente, na Atenção Básica, que tem como uma das suas atribuições coordenar o cuidado da população e ordenar a Rede de Atenção à Saúde, no sentido de maior qualificação e resolutividade, trabalhando de forma integrada com os outros níveis de complexidade e com outras áreas de atuação. **Nos últimos anos, tivemos um avanço considerável da cobertura de Atenção Básica no país, mas, ainda, temos alguns desafios na consolidação das diretrizes da Atenção Básica ou dos atributos da Atenção Primária.**

Em 2016, o CONASEMS criou o Grupo Técnico da Atenção Básica (GTAB), instituído pela diretoria desse Conselho, com representantes da região Sul, Sudeste, Centro Oeste, Norte e Nordeste, com objetivo de levantar os principais problemas relacionados à efetivação dos princípios e diretrizes da Atenção Básica, nos 5570 municípios. Esse grupo percorreu todo país, realizando vários momentos de discussão, com representantes dos Municípios, Estados e Ministério da Saúde. Esse processo de escuta possibilitou conhecer várias experiências exitosas, em todo país, e estratégias que contribuíram para o desenvolvimento da Atenção Básica, e, tudo isso, induziu a revisão da Política Nacional da Atenção Básica, bem como o planejamento de ações estratégicas do CONASEMS, com objetivo de apoiar os municípios e as equipes de saúde no fortalecimento da Atenção Básica.

Mesmo reconhecendo a diversidade existente, no tocante a modelos de atenção e às particularidades de cada região do país, pode-se, no geral, afirmar que muitos dos desafios estão relacionados às seguintes necessidades: maior aporte de recursos, com aprimoramento dos mecanismos de financiamento que envolvem o Sistema como um todo; adequação dos processos de formação e desenvolvimento de profissionais; melhoria de infraestrutura física, tecnológica e de recursos humanos; integração e qualificação dos processos de trabalho nas inúmeras e distintas UBS existentes em todo o território nacional; estabelecimento de mecanismos de apoio institucional permanentes, entre outros. Deve-se, ainda, destacar o entendimento da UBS como uma organização complexa, na qual interagem, regularmente, profissionais de diferentes formações e áreas de atuação, que precisam articular seus conhecimentos continuamente, de modo a fazer frente a problemas de saúde complexos, além de interagir com diferentes culturas internamente à Unidade e em relação às comunidades onde estão inseridas" (CONASEMS, 2019, p. 8 e 9).

A atual Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) trouxe alguns pontos relevantes, que possibilitam a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), de acordo com a necessidade do território e o enfrentamento de alguns desses desafios, como a autonomia da organização das equipes, considerando a vulnerabilidade do território; a universalidade do acesso; a integração da Atenção Básica com a Vigilância em Saúde, trazendo, também, a integração das atribuições dos ACS E ACE; o fortalecimento da Atenção

Básica como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado; a criação da carteira de serviços; o reforço das Unidades de Saúde, como campo de práticas na formação de profissionais; o fortalecimento da importância da equipe Multiprofissional (eMulti) na integralidade do cuidado, bem como a importância da integração com a Atenção Especializada, Regulação/ Telessaúde, entre outros.

Vários foram os movimentos realizados pelo CONASEMS, com o objetivo principal de apoiar o fortalecimento da Educação Permanente, e a organização dos microprocessos de trabalho nos municípios, considerando que essa foi uma das principais demandas solicitadas pelos trabalhadores, nos municípios, nos momentos de escuta. **Um deles foi organizar o SER Gestor, com objetivo de colaborar para a formação complementar e sólida dos gestores e dos profissionais**, que atuam na gestão do Sistema Único de Saúde, assegurando o desenvolvimento de estratégias e habilidades técnicas, para a qualidade do planejamento e da gestão municipal do SUS, colaborando no enfrentamento dos desafios que se colocam na gestão e na consolidação do SUS. **Outro movimento, foi o desenvolvimento do Projeto ImunizaSUS**, com o objetivo de assegurar que as vacinas cheguem a quem mais precisa e capacitar os profissionais de saúde, que atuam na imunização, a melhorar as ações de imunização nos municípios. Da mesma forma, houve a consolidação do Mais Saúde com Agente, em parceria com Ministério da Saúde e instituições de ensino, também, com o objetivo de qualificar o processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias, trabalhando de forma integrada. Assim, houve várias outras iniciativas de formação e comunicação, promovendo a qualificação na assistência e na organização do processo de trabalho no território. Todo esse movimento de formação e de escuta, também, apoiou a construção de projetos de organização da Rede de Atenção em algumas regiões, tendo a Atenção Básica como ordenadora da Rede e coordenadora do cuidado.

Um desses projetos - **Mais Cuidado, Mais Saúde** - foi executado, inicialmente, em uma região do Paraná, construído pelos municípios, com a participação da OPAS e do Ministério da Saúde, sendo que todas as estratégias utilizadas na execução desse projeto, tiveram a contribuição do CONASEMS, trazendo experiências exitosas de todo país. O Projeto teve uma adesão expressiva, considerando que foi realizado regionalmente,

envolvendo todos os trabalhadores, gestores de saúde e prefeitos, em um processo de governança ascendente, buscando a integração dos serviços, tendo a Atenção Básica como coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção. Conhecer a singularidade e os detalhes das necessidades de saúde de um território, faz toda diferença na organização da Rede de Atenção, tornando os serviços estabelecidos mais efetivos em atender os problemas do território.

A partir da análise e da reflexão sobre essa experiência, o CONASEMS propôs, no âmbito do PROADI-SUS - Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS - o Projeto Saúde Redes. Tendo como um dos componentes objetivos a promoção e a divulgação de estudos, pesquisas, modelos de gestão e experiências municipais, que constituam as melhores práticas na qualificação da saúde pública, o Conselho reconhece que a construção local da metodologia e os percursos metodológicos adotados no Saúde Redes possibilitam a estruturação das práticas de Gestão do Cuidado, por meio do fortalecimento da governança regional.

Em revisita aos primeiros movimentos do método do Saúde Redes, quando estruturado e implementado pelo CONASEMS, na 22ª Região de Saúde do Paraná, em meados de 2015, reconhece-se que a perenidade da estratégia continua, contemplando, em diálogo permanente com as necessidades do território, uma diversidade ferramental, que não apenas permite a modulação com base nas características municipais e regionais, mas, também, o domínio metodológico pelos municípios e a criação de cultura de planejamento, monitoramento e avaliação permanentes.

Esse cenário evoluiu, quando o método, delineado pelo Conselho, foi agregado ao PROADI-SUS, com apoio operacional do Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) e do Hospital Sírio-Libanês (HSL), em 2023.

Este manual é apresentado a gestores e profissionais de saúde dos municípios brasileiros, a fim de proporcionar uma possibilidade de caminho para o fortalecimento da RAS na perspectiva da governança regional. Divide-se, portanto, na exposição de seu objetivo central e na apresentação breve do método, em **“Conhecendo o Método Saúde Redes”**, que é detalhado nos capítulos seguintes.

Objetivo

Instrumentalizar gestores e profissionais de saúde municipais do SUS com metodologias e ferramentas adaptáveis, que possam ser implementadas, para o fortalecimento da Gestão do Cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS), por meio do exercício autônomo da governança regional.

Conhecendo o Método Saúde Redes

A proposta metodológica apresentada neste Manual contempla elementos centrais para implementação de processos de trabalho da gestão e da Atenção à Saúde, que dialogam, permanentemente, com as necessidades de saúde dos territórios nas suas dimensões pessoais, profissionais, organizações e sistêmicas (Cecilio, 2011).

É importante ressaltar, que **não é um modelo fechado, mas uma indicação de caminhos que permitam, sobretudo, a adaptabilidade**, a fim de respeitar as múltiplas camadas do cuidado na RAS em cada local e região.

Para iniciarmos, é crucial compreendermos os elementos que fazem parte desse percurso metodológico. Nesse sentido, podemos observar a estruturação com base nos **Eixos**, nos **Atores**, nos **Lugares**, nos **Ciclos**, nos **Encontros** e nas **Dispersões**.

EIXOS

Os Eixos são elementos transversais, que percorrem todo o método, atribuindo características próprias às ações desenvolvidas, como:

Educação: visa à qualificação da gestão na operacionalização da RAS, por meio da Educação Permanente em Saúde (EPS). A metodologia utilizada busca aproximar-se da realidade local, ampliar a análise do contexto e estimular o conhecimento prévio dos participantes.

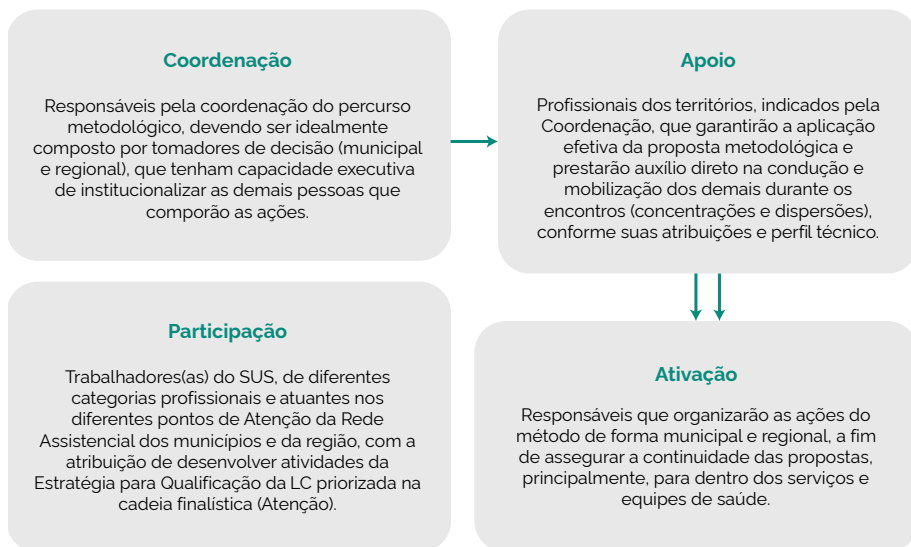
Gestão: foca no desenvolvimento de Estratégias de Qualificação da Linha do Cuidado para integrar a RAS, utilizando uma analogia com ondas de rádio para gerar ressonâncias, contágios e acordos. Ela se desenvolve respeitando a atuação dos diversos atores, sendo flexível e buscando os diferenciais de cada situação.

Conhecimento: compromete-se com a sistematização das vivências e dos aprendizados dos territórios, para a publicação de produções científicas e técnicas. Valoriza a interação do indivíduo com o ambiente, e destaca a importância da experiência na construção do conhecimento.

ATORES

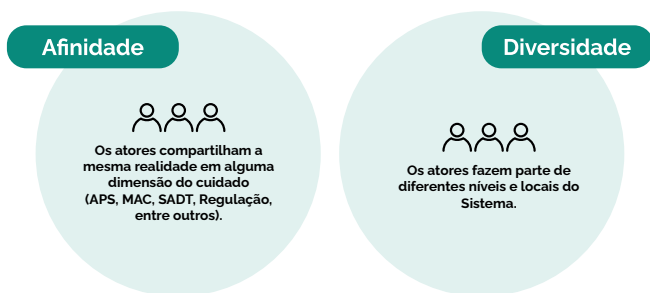
O método basilar do Saúde Redes envolve diversos atores com papéis específicos na RAS e no SUS, portanto, **a sua escolha deve refletir a diversidade regional, representada por cada município**. Para isso, podemos elencar que para composição desse conjunto de atores é preciso em alguns papéis:

Figura 01 - Atores do método do Saúde Redes



Para garantir representatividade e ampla visibilidade de todos os municípios e realidades, a critério da Coordenação, podem ser criados subgrupos de **afinidade** e de **diversidade** para atuar em conjunto em diferentes fases do método, formando um cenário para o enriquecimento das discussões, em que os atores dialoguem, conforme representado na imagem, abaixo, em que podemos verificar essa formação de subgrupos:

Figura 02 - Subgrupos: Afinidade e Diversidade



Em certa medida, quando pensamos na **diversidade**, a definição e a implementação de ações regionais para qualificação do cuidado envolverão essa dimensão fortemente, pois os municípios, regionalmente, exercerão discussão e pactuação em meio às diferentes prioridades locais, que serão evidenciadas pelo reconhecimento das necessidades.

LUGARES

Todos os formatos nascem da eleição inaugural da Coordenação, do Apoio, da Ativação e da Participação.

Pensar sobre os lugares que comporão o método é um dos pontos de partida do processo de mudança do cuidado. Assim como compreendemos os espaços de pactuação e deliberação interfederativas no SUS (CIR, CIB e CIT) como ricos para implementação de políticas públicas de saúde, e participantes cabais no momento da definição da prioridade sanitária, é essencial refletir sobre a construção de novos lugares que privilegiam o desenvolvimento das ações municipais e regionais, a saber:

Grupos Técnicos (GT)

Além de representar uma forma de organização de pessoas envolvidas no processo, o GT também se enquadra como um lugar fecundo para **discussão e decisão política de ações**, inerentes à elaboração de caminhos para qualificação do cuidado em Rede. É cabal que esses ambientes sejam institucionalizados pelos membros da Coordenação (secretários municipais e CIR) como local oficial ante as discussões, pois é por eles que serão apresentadas, tanto para o município quanto para a região, as propostas que necessitem ser pactuadas.

Câmaras Técnicas (CT)

Assim como o GT, as CT formam, também, modalidades de organização e lugar sensível, no qual, idealmente institucionalizadas, poderão compor um **espaço para discussão, em nível técnico**, acerca das ações a serem traçadas para qualificação do cuidado, subsidiando o processo decisório do GT, que apresentará pauta às instância interfederativas, como a CIR e a CIB. Associado ao GT, esse lugar pode conceber as Mesas Técnicas, associando o poder político e técnico.



Plenárias

Compõem lugares essenciais em que serão compartilhados todos os produtos produzidos no âmbito do método, como a leitura das necessidades, as prioridades sanitárias elencadas, as atividades pactuadas, as Estratégias de Qualificação da Linha do Cuidado e seus Planos de Ação, o Painel de Indicadores, entre outros. Pode ser planejado conforme a necessidade de cada local, podendo ser, inclusive, uma etapa regional.



Mesas de Negociação

Representam, em essência, lugares em que serão pactuadas a prioridade sanitária e as ações para sua qualificação entre as pessoas estratégicas de forma solidária e colaborativa. As Mesas de Negociação são momentos de ampla discussão, portanto, devem ser abertas a todos e contar com a participação dos gestores, que decidirão os rumos das ações.

Esses lugares são compreendidos como mínimos para o êxito da aplicação do método, pois são capazes de estabelecer ambientes favoráveis ao compartilhamento e à decisão, com olhar mais ampliado possível sobre os rumos adotados. É, também, crucial para a definição física das ações, ou seja, acordos municipais e regionais do cronograma.

CICLOS

A organização das ações do método pode ser observada a partir de Ciclos elementares durante o percurso de implementação, a saber:

Conhecer: esse ciclo é voltado para discussões que privilegiam um olhar municipal entre aqueles que se conformam em região de saúde. Os temas abordados incluem modelos de Atenção, integração de serviços e gestão da Atenção Primária à Saúde (APS), entre outros.

- D1 Durante a dispersão desse ciclo, os grupos realizam o mapeamento e o diagnóstico do território, propondo estratégias de gestão e organização da RAS. Os resultados obtidos são utilizados no ciclo seguinte,
- D2
- D3 denominado Priorizar.

Priorizar: esse ciclo envolve movimentos que compartilham o reconhecimento dos municípios, mas sob uma perspectiva regional. O reconhecimento é feito, coletivamente, por todos os participantes, contribuindo para a definição de prioridades e estratégias para a região. A estratégia municipal para operacionalização da RAS é finalizada a partir dos pontos comuns identificados.

- D4 A dispersão relacionada a esse ciclo refere-se à integração dos produtos de todos os municípios da região, no espaço gestor regional, visando a estruturar a proposta de qualificação da gestão para a organização da
- D5
- D6 RAS regional.

Implementar: nesse ciclo, o desenho das Estratégias de Qualificação da Linha do Cuidado e seu Plano de Ação é colocado em prática, por meio da utilização de ferramentas de monitoramento e de avaliação com o auxílio de indicadores.

ENCONTROS

Os Encontros são momentos, presenciais e remotos, de aprendizado e de construção coletiva, distribuídos ao longo dos ciclos do método, vistos anteriormente. **Essa modulação, experimentada pelo CONASEMS, idealmente, pode ser dividida em 14 (quatorze), contudo, esse número deve ser compatível com as necessidades dos municípios e das regiões, podendo ser reduzido ou ampliado.** Além disso, há métodos diferentes de abordagem para cada encontro, podendo ser aplicados em formato de **Oficinas de Trabalho, Team Based Learning (TBL), entre outros.**

Tudo nasce, na verdade, no objetivo de cada um deles, que será descrito adiante, na perspectiva de conformar um percurso lógico para construção ascendente e participativa das ações. Assim, a título de exemplificação dos 14 encontros mencionados podemos ter a seguinte modulação/configuração:

Figura 03 - Modulação dos 14 encontros e suas dispersões

CICLO CONEHCER

Encontro 1

Abertura, Pactuações e Início das Leituras das Necessidades

- Apresentar e pactuar as atividades do método com os atores.
- Dividir os participantes em GT, CT e subgrupos.
- Aproximar os participantes das referências teóricas sobre necessidades de saúde, no contexto da concepção ampliada de saúde.

D1

Encontro 2

Territorialização

- Identificar as várias dimensões do cuidado, a partir da ampliação da leitura das necessidades de saúde da população, na interface entre a produção dos municípios e da região.
- Integrar as produções.
- Refletir sobre as necessidades compartilhadas entre os municípios da região.
- Sintetizar e sistematizar as informações da leitura de necessidades de saúde do município e da região, em caracterização sociodemográfica e sanitária.
- Promover reflexões sobre a territorialização em saúde, relacionando com a organização e instrumentalização de práticas de Vigilância em Saúde.

D2

Encontro 3

Consolidação da Leitura das Necessidades de Saúde

- Identificar dimensões do cuidado, a partir da ampliação da leitura das necessidades de saúde.
- Integrar as produções e refletir sobre as necessidades compartilhadas.
- Identificar potenciais da região e permitir ler o desenho dos serviços de forma ampliada.

D3

Encontro 4**Linhas de Cuidado**

- Compartilhar os problemas, além de causas e ações estratégicas para enfrentá-los.
- Avaliar e ajustar as estratégias municipais de Qualificação da LC.
- Revisitar a ASIS e identificar sua relação com os Planos de Ação.
- Ampliar a capacidade dos municípios para relacionar os problemas com o diagnóstico de necessidades e planejar prioridades de forma participativa e colaborativa.

D4**Encontro 5****Definição das LC nos municípios e nas regiões**

- Apoiar os gestores na priorização de problemas de saúde e suas Linhas de Cuidado, considerando as dimensões sociais, técnicas e políticas, de forma ascendente e com apoio interfederativo (SES, MS).

D5**Encontro 6****Cuidado Compartilhado**

- Possibilitar o reconhecimento da conformação atual da LC na região, pelos participantes.
- Favorecer a reflexão sobre as lacunas para a integração sistêmica entre os pontos de atenção.
- Iniciar a construção das estratégias regionais de qualificação da LC.

D6**Encontro 7****Qualificação da Linha de Cuidado**

- Apresentação das estratégias regionais de qualificação da LC e seu Plano de Ação.

D7**Encontro 8****Qualificação da Linha de Cuidado**

- Apresentação final, em plenária regional, das estratégias de qualificação da LC com o Plano de Ação concluído.
- Validação das estratégias com os gestores.

D8**Encontros 9 ao 14****Apoio à Implementação e Monitoramento**

- Desenvolver a capacidade de acompanhar a execução das estratégias de qualificação da LC.
- Monitorar e promover ajustes; aproximar os participantes da concepção ampliada de gestão de projetos e desenvolver a capacidade de realizar análises críticas.
- Refletir sobre indicadores de saúde para monitoramento e exercitar a construção de Ficha de Qualificação de Indicadores.
- Apoiar os atores na reflexão crítica sobre suas estratégias de qualificação da LC e ampliar a capacidade de usar ferramentas de acompanhamento.
- Estimular a autonomia crescente na relação com os municípios e dos atores.
- Estabelecer uma conexão entre o caminho percorrido e os participantes, analisando as informações do painel de gestão à vista.

DISPERSÕES

Todos os Encontros são vinculados a uma atividade de Dispersão, em que se produzem produtos, que balizarão o próximo Encontro, e são realizados, mensalmente, entre eles, com o objetivo de **aprofundar conhecimentos**, oferecer ferramentas e estratégias para simulação e realizar atividades práticas, a saber:

D1 Dispersão do Encontro 1

- Compreender o conceito de necessidade em saúde, aplicado ao contexto real; a partir da experiência dos participantes, desde a vivência de uma família do território até a perspectiva da região de saúde.
- Elaborar um quadro com a caracterização da região e o levantamento das prioridades de saúde já definidas regionalmente.
- Socializar a produção das equipes, construindo um painel de síntese das necessidades de saúde por município.
- Refletir sobre convergências e particularidades dos territórios.
- Discutir a leitura das Necessidades Regionais de Saúde: aspectos sociodemográficos, econômicos, culturais, sanitários; principais indicadores de morbidade e mortalidade; dados dos Sistemas de Informação do SUS (SINASC, SINAN, SIH, SIA, SISAB); indicadores, instrumentos e processos de planejamento como PMS; PDR; PRI.

D2 Dispersão do Encontro 2

- Ampliar a compreensão do processo de territorialização em saúde, desenvolvendo a competência de elaborar a ASIS do município e da região.
- Caracterizar a RAS da região de saúde, elaborando uma cartografia dos recursos disponíveis e fluxos de atendimento.

D3**Dispersão do Encontro 3**

- Ampliar a compreensão sobre capacidade governativa com base na ASIS municipal.
- Exercitar a capacidade de colocar em prática as soluções sugeridas para o enfrentamento dos problemas identificados.
- Favorecer o reconhecimento de ações viáveis e compatíveis com a governabilidade dos atores para construir atividades colaborativas.
- Ampliar capacidade articulativa na esfera regional, a partir da validação da ASIS regional.

D4**Dispersão do Encontro 4**

- Fortalecer a compreensão dos participantes sobre a construção do cuidado integrado, a participação e a responsabilidade de cada um no desenho da RAS, estimulando o diálogo permanente.
- Refletir como o grupo poderia começar um trabalho para transformar a relação na RAS em algo mais organizado e seguro.
- Simular uma negociação entre equipes de saúde da região para organizar o cuidado em Rede, com colaboração mútua dos pontos de atenção.
- Elaborar e apresentar uma lista de temáticas/problemas a serem priorizadas pelos gestores da região, para o desenvolvimento de uma LC regional, conforme ASIS validada.
- Apoiar os participantes a ajustar o problema escolhido, a fim de enfrentá-lo, e avaliar a necessidade de acrescentar novas estratégias de ação, considerando as reflexões realizadas sobre ele, a relação com a ASIS elaborada e o alinhamento, quando possível, ao PMS.
- Apoiar o grupo do GR na priorização de problemas e desenvolvimento de critérios que justifiquem suas escolhas, considerando as dimensões sociais, técnicas e políticas.

D5 Dispersão do Encontro 5

- Apoiar os municípios na elaboração e na operacionalização das ações estratégicas para organização da Linha de Cuidado, considerando sua capacidade assistencial e de gestão, no contexto da região de saúde.
- Estimular a estratégia de reconhecimento do problema no território, por meio do mapeamento de casos e Estratificação de Risco.
- Apoiar a operacionalização das estratégias de ação elaboradas pelas equipes de saúde/municípios.
- Definir o que deverá ser realizado na região para qualificação da LC priorizada, baseando-se nos protocolos existentes, nas melhores evidências e nas ferramentas de gestão do cuidado integral.

D6 Dispersão do Encontro 6

- Continuar o apoio aos municípios na elaboração e na operacionalização das ações estratégicas para organização da Linha de Cuidado, considerando sua capacidade assistencial e de gestão.
- Apoiar na elaboração das Estratégia para Qualificação da LC com as ações estratégicas para qualificação da gestão, focando no aprimoramento da RAS regional, considerando a capacidade assistencial e de gestão da região de saúde, a partir do **5W2H** (o quê será feito; porque será feito; onde será feito; quando será feito; por quem será feito; como será feito e quanto vai custar).

D7 Dispersão do Encontro 7

- Apoiar os municípios, conforme a necessidade, para finalização dos produtos do método.
- Concluir as ações estratégicas para qualificação da gestão para organização da Linha de Cuidado, contendo a síntese da caracterização do

município, o mapeamento dos casos e a Estratificação de Risco, e a elaboração de ações estratégicas de cuidado compartilhado.

- Concluir as Estratégias de Qualificação da LC e seus Planos de Ação, focando no aprimoramento da RAS regional.

D8 Dispersão do Encontro 8

- Marca o início do ciclo Implementar das Estratégias de Qualificação da LC e seus Planos de Ação, construído após os ciclos Conhecer e Priorizar, com os ativadores locais assumindo um papel fundamental na **manutenção das pactuações**.

Esse conjunto de elementos configura a espinha dorsal do método Saúde Redes, proporcionando uma estrutura robusta para o desenvolvimento de ações colaborativas e a qualificação da gestão e do cuidado nas regiões de saúde participantes.

Nos Capítulos que se seguem, você poderá conhecer o detalhamento de cada um desses elementos de forma prática, a fim de possibilitar a reprodução, com base nas necessidades de cada território, para qualificação do cuidado na RAS.

Bibliografia

CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 37, p. 589-599, abr. 2011.

CAPÍTULO 1

Mapeando e Definindo Atores
Estratégicos na Qualificação da
LC na RAS



Conhecendo o Método Saúde Redes

Para efetiva organização da RAS, com o fortalecimento da AB como coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede, além da promoção da integração entre os diferentes níveis de Atenção à Saúde, é fundamental envolver o maior número possível de atores da rede assistencial (gestores, profissionais e usuários), em processos de discussão e tomada de decisão. Esse movimento de inclusão deve contemplar profissionais de saúde de diferentes áreas, gestores, lideranças comunitárias, representantes de Conselhos de Saúde e atores políticos locais. A participação ampla permite uma análise crítica e coletiva das necessidades, dos recursos existentes e das formas de organização dos serviços, favorecendo a ressignificação de práticas e o fortalecimento das Redes de cuidado.

Existem inúmeras formas de mapear e definir atores estratégicos para desenvolver a qualificação das LC. Fundamentalmente, o primeiro passo é entender quem são os mais significativos no desenho da Rede daquele município e/ou região, os responsáveis pelas ações estratégicas, táticas e operacionais e aqueles que têm poder de decisão e liderança sobre a temática envolvida.

O conceito de Atores Sociais nos ajuda a entender quem é esse sujeito que buscamos. Segundo Alain Touraine (1998), o ator social é alguém que é "engajado em relações concretas, profissionais, econômicas, mas, também, igualmente, ligado à nacionalidade ou ao gênero, procura aumentar à sua autonomia, controlar o tempo e as suas condições de trabalho ou de existência" (Touraine, 1998, p. 37). Assim sendo, uma análise detalhada dos atores sociais e dos interesses envolvidos no cenário é essencial.

O mapeamento do terreno sociopolítico ajuda a determinar com quem trabalhar e como trabalhar com eles, de tal maneira que sejamos aptos a identificar os atores sociais que demonstrem apoio, aqueles que apresentam resistência à mudança ou que fiquem neutros com relação à intervenção. Isto, combinado com um monitoramento do poder relativo dos resistentes

e dos apoiadores – quem controla acesso, quem define a agenda, quem tem voz, quem participa da tomada de decisão (e em que termos), quem lidera ou bloqueia mudanças no cenário –, permitirá ao profissional ser mais estratégico no seu trabalho, considerando a complexidade e as implicações políticas do ambiente, em que ele ou ela vai se inserir.

PASSO 1

MAPEANDO OS CENÁRIOS

Antes da chegada no território, é importante reconhecer a geopolítica de cada lugar, observando o alinhamento político, visões de saúde e de mundo, quem representa os municípios nos COSEMS e a capacidade que essa entidade tem de apoiar as decisões nos territórios. Além disso, é crucial compreender o cenário das instâncias de pactuação como a CIR e a CIB, e qual é o grau de envolvimento de Prefeitos e Vereados nas decisões e suas implementações na RAS. Outra dimensão importante é o desenho da região de saúde, sua localização geográfica, os municípios circunvizinhos, sua capacidade instalada, produtiva e densidade demográfica. Reconhecer a distribuição populacional e a pirâmide etária, bem como os principais indicadores sociais, auxilia o desenho da intervenção desde seu início.

O primeiro passo, para reconhecimento dos atores sociais relacionados às LC no território escolhido, é entender como estão organizadas as RAS de cada região.

Perguntas disparadoras:

Quais são os diversos equipamentos de saúde em cada município e quais deles são transversais a todos?

Quem lidera o cuidado em cada equipamento? Quem operacionaliza o cuidado na ponta? Quais os cuidados são ofertados?

Quais são os fluxos de cuidado? Quem encaminha para quem? Quem finaliza o cuidado?

Ao mapear esses equipamentos, deve ser observada a **diversidade subliminar por trás da aparente homogeneidade de alguns pontos de atenção**. Por exemplo, nem todas UBS ou hospitais são iguais. Mesmo analisando somente os hospitais, eles operam em diferentes territórios, com distintos investimentos, com diferentes perfis de gestão. Há diretores com estilos diferentes, profissionais envolvidos com sensibilidades e habilidades diferentes e usuários com capacidade de organização e influência diversas. Possuem, ainda, espaços físicos diferentes, tais como tamanho, acesso a transporte público etc.

Outro fator preponderante, no mapeamento desses cenários, são os **Determinantes Sociais da Saúde (DSS)**, pois é importante observar se a escolha dos atores sociais levou em consideração os elementos do ambiente psicossocial e físico, que constituem condições de risco que podem ter um profundo impacto na saúde da população. Monitorar esses determinantes pode evidenciar os limites de cada intervenção, bem como a necessidade de ir além dos desafios do cenário para que a mudança seja efetiva.

PASSO 2

TRABALHANDO COM TODOS OS ATORES

No Saúde Redes, diferentemente de outros métodos, **todo ator social é bem-vindo** e a metodologia deve ter a capacidade de promover a interação entre todos. Quanto mais pessoas forem indicadas pelos municípios, que estejam, direta ou indiretamente, relacionadas ao cuidado, melhor será a capilarização das ferramentas e melhor será a integração da inovação que acontece na ponta. Não há discriminação de raça, gênero, classe social ou aspectos culturais ligados à formação.

Alguns alertas devem ser considerados na indicação de pessoas para as oficinas e ações do método. Primeiro, a pessoa tem que ter liberação da gestão imediata para estar 100% presente nas atividades, e tem que ser capaz de atuar na sua Rede, executando ações estrategicamente definidas pelo grupo. Outro alerta importante, é procurar não fechar completamente os serviços locais para não gerar desassistência e a iniciativa ser mal recebida pela população.

Nas regiões mais complexas, de municípios de grande porte ou grandes centros, procurar envolver atores locais, e, ao mesmo tempo, envolver, também, referências de serviços complexos e transversais, organizando um movimento pendular entre os locais e o regional, indo e vindo de forma contínua.

Para o desenvolvimento das atividades, em grupos numerosos e diversificados, nas características dos participantes, o método pode trabalhar com a formação de grupos: GD ou GAF (Figura 2).

Caso opte-se por essa conformação de GD e GAF, a estratégia TBL pode ser utilizada em atividades realizadas com grandes grupos, e pode ser desenvolvida presencialmente ou em modelo remoto.

TEAM BASED LEARNING (TBL)

Team Based Learning significa aprendizagem baseada em equipes. **O TBL privilegia a construção colaborativa do conhecimento**, a partir da ativação do saber e experiências prévias dos participantes e a troca de conhecimento com os pares e especialistas. Possibilita a aprendizagem em ambientes simulados, desenvolvendo habilidades de lidar com a complexidade do campo em cenário protegido, e sua metodologia permite a aplicação do que foi aprendido na realidade, revisitando o que foi produzido a cada momento.

Além dessas características, o TBL favorece a **utilização do pensamento divergente para resoluções de problemas complexos**, e estimula a aprendizagem significativa, em que os participantes aprendem melhor quando os desafios estão vinculados ao cotidiano de trabalho, promovendo a autonomia e corresponsabilização dos participantes no processo de aprendizagem (Lima *et al.*, 2026).

O TBL pode ser utilizado nas discussões sobre necessidades de saúde, nos momentos destinados ao diálogo sobre território e territorialização, na priorização da LC e no período de monitoramento e avaliação do método. Os participantes vivenciam, também, a estratégia nos encontros, por meio da qual espera-se a interação e troca de saberes, considerando que o conhecimento é inacabado.

Os encontros com TBL são um espaço de **análise da realidade, de troca e de confronto de experiências**. É um lugar onde se aprende com o outro, por meio da ação, reflexão, ação (Donald Schön, 2000).

TERMO DE REFERÊNCIA (TR)

Para o planejamento das atividades educacionais ou de operacionalização da mudança, pode-se organizar um registro das atividades a serem realizadas nas regiões mediante um Termo de Referência (TR).

Esse termo é, geralmente, elaborado por um grupo de autores e coordenadores de iniciativa e representa o instrumento orientador, que dispara o diálogo entre os pares nas regiões de saúde, considerando as especificidades locais. Entre gráficos, textos e poesia, o TR da interferência é, para além do balizador das estratégias que são ofertadas no campo, **uma memória do que foi realizado, ou do que foi transformado**, pela interação com o campo de intervenção.

PERIODICIDADE

Sugere-se a realização desses encontros síncronos, presenciais e remotos, segundo cronograma pactuado com a região. **As atividades podem ser desenvolvidas em dois ou três dias, de forma síncrona, presencial ou a distância, em um período de 14 meses** (considerando todos os três Ciclos). No intervalo entre encontros, podem ser realizadas atividades síncronas e assíncronas com os grupos de trabalho GAF e GD, visando ao desenvolvimento e à qualificação dos produtos, com apoio dos facilitadores, conforme cronograma pactuado com os participantes.

Considera-se primordial, para o envolvimento dos participantes nas atividades, que eles se reconheçam como pessoas que trabalham no município e na região de saúde, onde o método é implementado. Para tanto,

as atividades iniciais devem proporcionar, de forma acolhedora e descontraída, a apresentação de todos os participantes e o estímulo à construção de vínculo e integração coletiva, além de definir a conformação dos grupos por afinidades (GAF) e diversidades (GD).

PASSO 3

OS ATORES SE RECONHECEM COMO TAL

As pessoas envolvidas nas RAS têm compreensões explícitas e tácitas sobre qual o papel de cada ator no território. Tanto por quem vive o cotidiano dos serviços, como para quem os utiliza ou são gestores, mas estão mais distantes do dia a dia do processo. É importante articular as várias visões, como cada ator é compreendido por seus membros e pode vir a mudar ao longo do tempo.

O desenvolvimento de encontros de acolhimento, a produção de diagnóstico de forma coletiva sobre o território e as necessidades de saúde do lugar ajudam os atores a se enxergarem na Rede e a fortalecer seu papel de agente de mudança.

O Saúde Redes estimula que os atores façam atividades em grupos grandes e pequenos, mapeando e definindo problemas comuns no seu território, bem como as diferenças que são marcantes das diversidades de contexto, promovendo um reconhecimento da identidade regional, ao mesmo tempo que demarca o que cada um traz de contribuição para o cuidado em rede de forma singular. Isso pode influenciar as possibilidades de intervenção e apresentar implicações para o processo.

O processo de inclusão deve ser iniciado por encontros abrangentes, nos quais todos os segmentos da RAS possam compartilhar experiências, desafios e propostas de melhoria. Esses espaços coletivos mais ampliados promovem um reconhecimento mais efetivo das demandas locais, e incentivam a corresponsabilização pelo cuidado integral.

A partir de discussões gerais, é possível, então, direcionar o debate para coletivos mais específicos, que possam aprofundar questões técnicas e

operacionais (GT, CT), resultando na criação futura de dispositivos concretos de intervenção. Esses dispositivos poderão incluir, por exemplo, protocolos de comunicação entre os níveis de atenção, espaços de governança regional, fluxos integrados de atendimento, ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) e programas de Educação Continuada (EC), além de estratégias de monitoramento e avaliação das ações implementadas, tudo isso, visando a qualificação do cuidado na RAS.

Além de atuar na construção de modelos e dispositivos de intervenção, esses coletivos mais específicos exercem papel importante na sensibilização e na mobilização permanente de todos os atores que compõem os diversos pontos de atenção na RAS, o que é essencial para garantir o engajamento efetivo nas mudanças que serão propostas. **O alinhamento entre os diferentes atores da RAS e do âmbito político-institucional é determinante para garantir a sustentabilidade das ações e a efetivação de uma Rede de cuidado integrada e resolutiva.**

Dessa forma, a construção coletiva e o afinilamento progressivo das discussões permitem avançar de uma visão ampla para a implementação de soluções específicas, promovendo um SUS mais eficiente e centrado nas necessidades da população.

Do ponto de vista metodológico, deve-se cuidar do mapeamento dos atores essenciais e da estruturação dos coletivos, para que cada etapa possa fluir adequadamente. Para tanto, faz-se necessária a definição da intencionalidade de cada movimento metodológico a ser desencadeado - o que permitirá a melhor composição possível dos coletivos a serem estruturados.

O infográfico apresentado no capítulo *Conhecendo o Método Saúde Redes* (Figura 3) sintetiza a relação entre a organização metodológica, seus ciclos e movimentos, com os espaços coletivos a serem estruturados.



Ciclos e Movimentos dos Coletivos Mobilizados

CICLO CONHECER

Como o próprio nome sugere, este ciclo se propõe à realização de movimentos progressivos e de natureza ascendente, voltados para o reconhecimento e a análise das necessidades de saúde dos territórios.

ENCONTRO ZERO (E0)

O primeiro encontro, simbolicamente denominado "Encontro Zero" (E0), tem a finalidade de **promover a sensibilização e mobilização mais ampla possível, além de inaugurar a discussão geral sobre a RAS na região**, destacando seus potenciais e limitações. Visa **produzir articulações e interlocuções iniciais** necessárias para a melhor operacionalização em suas etapas subsequentes, além de **fortalecer o sentimento de pertencimento** dos diversos atores a um grande movimento de mudança a ser iniciado nos territórios em que atuam.

É, portanto, a etapa de apresentação, do referencial teórico-metodológico e dos resultados esperados, buscando apoio e engajamento de atores-chave da região que poderão contribuir para seu desenvolvimento posterior e, também, se olhar enquanto rede mobilizada por algumas provocações iniciais sobre a organização já existente. **Para isso, é fundamental o envolvimento de atores de diferentes dimensões: técnica, política, institucional e social.**

Assim, esse encontro deve envolver, por exemplo, os gestores municipais, representações regionais da SES, lideranças políticas locais, Conselheiros de Saúde, consórcios, gestores de serviços e trabalhadores estratégicos. Nesse contexto, inaugura-se um espaço coletivo mais abrangente, a Plenária Regional, que, nesse momento, representa o movimento inicial de análise da situação de saúde regional.

Após a realização do EO, o Ciclo Conhecer propõe um conjunto de Encontros, que incluem reuniões e atividades de dispersão, com o objetivo de aprofundar a análise das necessidades de saúde da população e da capacidade de resposta da RAS a essas demandas. Esses encontros são desencadeados de forma interligada, e têm como objetivo a construção de uma ASIS nos diversos territórios reconhecidos na região. O processo ocorre de maneira ascendente, iniciando-se pelo maior conhecimento possível das áreas e microáreas vinculadas às equipes de AB, até alcançar o território mais amplo: a Região de Saúde.



Considerando a importância da abordagem ascendente nas práticas de planejamento no SUS, o Ciclo Conhecer promove um "mergulho" em cada município, envolvendo o maior número de trabalhadores e técnicos nesse âmbito territorial e constituindo mais um espaço coletivo fundamental: as **Plenárias Municipais**.

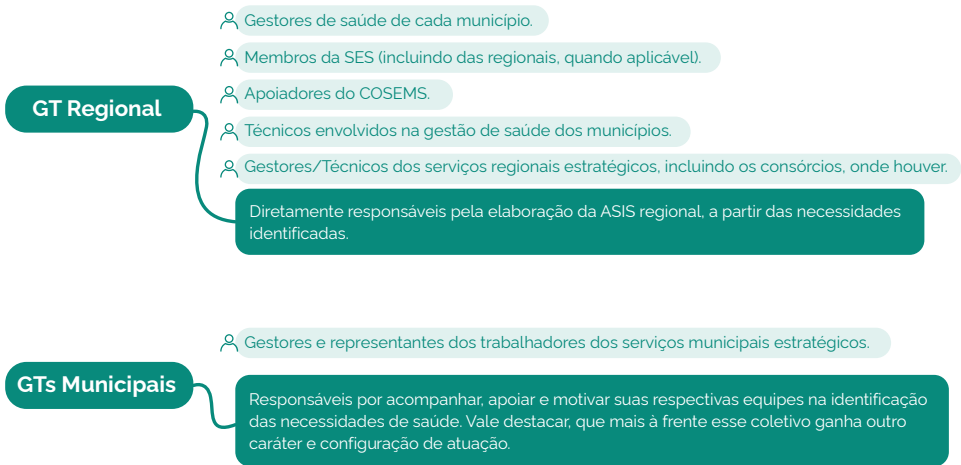
Dessa forma, são realizados encontros em cada município da região como estratégia para iniciar a identificação das necessidades de saúde em cada território municipal, garantindo, ao mesmo tempo, a maior participação possível dos trabalhadores dos sistemas locais, incluindo profissionais de níveis médio e superior da área da saúde, além de trabalhadores da Gestão e da Atenção, administrativos e operacionais.

Tanto no âmbito regional como municipal, as respectivas Plenárias desencadeiam **discussões gerais, que precisam ser continuadas, visando à sistematização das análises de situação, a partir da identificação de necessidades**.

Nesse ínterim, várias atividades de dispersão são realizadas, as quais são operacionalmente coordenadas por dois tipos de espaços coletivos, que atuam de forma complementar: o GT Regional e os GTs Municipais (um em cada município).

A atuação paralela e convergente desses dois tipos de espaços e encontros, ora de forma separada, ora de forma conjunta, se justifica, na medida em que as análises de necessidades de saúde precisam respeitar as singularidades de cada território, ao mesmo tempo em que promovem a integração das necessidades comuns aos diversos territórios.

Figura 04 - O GT Regional e os GTs Municipais



CICLO PRIORIZAR

Este ciclo envolve um conjunto de atividades encadeadas e subsequentes, conduzindo os participantes a:

- Avaliar a quantidade das produções prévias.
- Avaliar a incorporação prática dos elementos conceituais trabalhados.
- Avaliar o protagonismo e a corresponsabilização dos profissionais atuantes na Rede.
- Definir as prioridades sanitárias.
- Produzir e executar encaminhamentos, para a finalização dos produtos de planejamento municipais e regionais previstos nessa fase.

Para alcançar esses objetivos, o Ciclo Priorizar propõe a realização de dois encontros, que mobilizam novamente os espaços coletivos estruturados

na fase anterior. Considerando a importância da ascendência do processo, é realizada uma nova rodada de encontros em cada município, envolvendo as Plenárias Municipais.

Nesse momento, as plenárias desempenham um papel fundamental na avaliação de todo o processo vivenciado, sendo estimuladas a definir o conjunto de prioridades sanitárias em cada município.

É importante ressaltar, que, operacionalmente – como será demonstrado em seção posterior deste manual –, o Ciclo Priorizar promove um movimento essencial de integração entre as produções municipais e regionais. Esse processo incentiva as plenárias municipais a apoiar o GT Regional na definição das prioridades sanitárias regionais. Dessa forma, esses dois coletivos se cruzam ao longo do ciclo, construindo pactos fundamentais para a coesão e sustentabilidade das propostas regionais.

Ao final das oficinas municipais, cabe aos GTs Municipais a elaboração das Estratégias de Qualificação da LC e o apoio ao GT Regional na elaboração da Estratégia Regional, ambas desenvolvidas em atividades de dispersão.

As Estratégias Regionais devem ser apresentadas pelos membros do GT Regional em uma atividade específica de validação, no âmbito da Plenária Regional (Mostra Regional).

Uma observação faz-se necessária: **é fundamental que as prioridades e as estratégias sejam apresentadas e tenham aval dos prefeitos, pois sempre dependerão de iniciativas do Chefe do Executivo também.**

CICLO IMPLEMENTAR

As atividades desta fase têm como objetivo **operacionalizar as ações estratégicas definidas para o enfrentamento das prioridades sanitárias**, além de construir ou adotar arranjos e dispositivos para o monitoramento e a avaliação dessas estratégias.

PLANO DE AÇÃO E PAINEL DE INDICADORES

Após a execução dos movimentos para alinhamento analítico e planejamento, caberá ao GT Regional iniciar essa etapa, por meio da elaboração da **Estratégia de Qualificação da LC e seu Plano de Ação**. Esse dispositivo **sistematiza o conjunto de tarefas**, os responsáveis e os prazos para a execução de cada ação estratégica definida no âmbito regional.

Além disso, o GT Regional será responsável pela construção ou adoção de arranjos e dispositivos de monitoramento e avaliação, com destaque para o **Painel de Indicadores** (*Dashboard*).

Tanto a elaboração do Plano de Ação quanto a construção do Painel de Indicadores (*Dashboard*) ocorrem por meio de encontros, as quais serão detalhadas na seção posterior deste manual.

Para a devida implementação das ações estratégicas, a metodologia prevê a estruturação de dois novos coletivos: as Mesas Técnicas Municipais e a Mesa Técnica Regional. Esses coletivos, de caráter mais técnico, têm a função de ativar o Plano de Ação.



Mesas Municipais: responsáveis pela discussão e operacionalização das tarefas no nível local/municipal



Mesa Regional: atua de forma análoga no nível regional.



As **Mesas Técnicas Municipais** realizam reuniões periódicas com a participação de, pelo menos, um representante municipal integrante do GT Regional, além de profissionais da Rede local de AB, profissionais que atuam em pontos da AE relacionados à(s) prioridade(s) sanitária(s) municipal(is) definida(s), técnicos das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e os gestores locais. Essas reuniões possibilitam a elaboração ou o ajuste de dispositivos, conforme as necessidades de saúde do território, considerando tanto a capacidade de resposta da Rede no município quanto sua articulação com as prioridades regionais. Esse espaço pode servir para troca de experiências e aprendizados, reestruturação de processos de trabalho e organização da Rede de Saúde, com foco na qualificação do cuidado e no acesso oportuno.



As **Mesas Técnicas Regionais**, por sua vez, também, se materializam em reuniões periódicas com os integrantes. São compostas pelos membros do GT Regional e por convidados, de acordo com as eventuais especificidades temáticas relacionadas à(s) prioridade(s) sanitária(s), podendo incluir representantes de universidades ou outras instituições da sociedade civil, que contribuam para a qualificação do cuidado na RAS e sua governança. Assim como as Mesas Municipais, a Mesa Regional pode servir para trocas de experiências e aprendizados, para reestruturação dos processos de trabalho e para a organização da RAS. Além disso, exerce o papel fundamental de monitoramento do Plano de Ação da Estratégia de Qualificação da LC.

Como se pode observar, a ampla e contínua participação de atores, de diferentes dimensões e segmentos, é fator crítico de sucesso do Saúde Redes, pois são eles que constituem os espaços coletivos responsáveis pela operacionalização do método, dando sustentabilidade, inclusive, à sua implementação.

Segundo Poland & Kruppa (2006), há algumas perguntas e estratégias, que podem ajudar nesse processo de identificação e envolvimento/pertencimento dos atores com as mudanças no cuidado à saúde:

Atores sociais

- Quem são os atores-chaves desse cenário ou afetando esse cenário?
- Quais são suas agendas, seu papel na mudança ou no *status quo* e seu acesso a recursos?
- Quais são as funções desse cenário para os diferentes atores (Ex.: o hospital funciona como um espaço de cura para pacientes, cuidados paliativos e em longo prazo, um lugar de trabalho para os profissionais de saúde, um cenário de conflitos de classe e profissionais etc.).
- Quem está ausente nesse cenário? Por quê?
- Qual o significado de saúde na perspectiva dos diferentes atores, o que é relevante para eles?
- Quão abrangente são os determinantes da saúde nesse cenário, e como lidar com esses determinantes e agir sobre eles?

Poder, influência e mudança social

- Como o poder é exercido nesse cenário?
- Qual o poder relativo dos atores-chaves? Como esse poder é manifestado?
- Quem controla o acesso ao cenário?
- Quem define a agenda desse cenário?
- Quem participa da tomada de decisão? Em quais bases? Sob a autorização de quem?
- Quem tem voz? Qual o poder e o papel relativo dos profissionais e dos usuários na definição da agenda, dos problemas, do planejamento da intervenção, da implementação e da avaliação?
- O que, ou quem, lidera ou bloqueia a mudança no cenário?
- Como é a Cultura Organizacional na Saúde? Há abertura para a mudança?
- Como se dá a política institucional? Há histórias recentes de acomodação de um conflito prévio?

Estratégias que podem ser utilizadas

- 1• Estimular o encontro dos atores de diferentes pontos de atenção, formações, cenários de prática, posição estratégica na gestão e experiências. Esse evento se dará a partir de encontros, reuniões, trabalho em pequenos grupos, priorização de problemas, definição de um plano de ação, e execução desse plano de forma monitorada e compartilhada.
- 2• Estimular o encontro de regiões, de forma simultânea, contribuindo com o reconhecimento de seus problemas em outras realidades, ao passo que também valoriza as iniciativas criativas e singulares de cada região.
- 3• Fazer encontros com frequência com a CIR, as comissões e instituições estratégicas da governança regional e local para ampliar a capacidade de entender e dialogar com o território, ao mesmo tempo que estimula o diálogo interno e frequente dos tomadores de decisão.
- 4• Desenhar grupos que explorem as afinidades locais e regionais, estimulando o reconhecimento e a valorização do que cada grupo executa na saúde. Da mesma forma, estimular o sentimento de pertença com encontros de resgate e demonstração das potências e diversidades do território vivo.
- 5• Desenhar grupos que explorem a diversidade regional, com trabalhadores distribuídos nos vários municípios e Unidades de Saúde, que possam compartilhar suas diferenças, suas características, e possam montar um quebra-cabeças de fortalecimento da governança regional.
- 6• Definir ativadores/técnicos por município, em cada região, estimulando as trocas e experiências, a partir do compartilhamento dos desafios e da leitura de necessidades de cada município e na região, apoiando esses ativadores no papel de liderança e apoio institucional.

Bibliografia

- CHÓN, D. A. **Educando o profissional reflexivo**: um novo design para o ensino e a aprendizagem. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000.
- LIMA, E. V. A da S. *et al.* Planejamento estratégico situacional como ferramenta de promoção da saúde na gestão: revisão integrativa. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**. v. 11, n. 2, . 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25302>. Acesso em: 4 mar 2025.
- POLAND, B.; KRUPPA, E. **Settings for Health Promotion**: An Analytic Framework to Guide Intervention Design and Implementation: (documento utilizado para esse Manual), mimeo, 2006.
- TOURAINÉ, A. **Igualdade e diversidade**: o sujeito democrático. São Paulo: EDUSC, 1998.

CAPÍTULO 2

Caminhos para Diálogos
Intersetoriais e Intermunicipais
na Qualificação da LC na RAS



Capítulo 2 ·

Um dos desafios mais importantes, para o sucesso do método Saúde Redes, diz respeito à capacidade de articulação e envolvimento dos diversos segmentos do Setor Saúde, bem como de setores e instituições que orbitam as políticas de saúde, influenciando, direta ou indiretamente, o seu êxito. **A construção de uma RAS eficiente e integrada demanda a adoção de estratégias que aproximem diversos atores - incluindo aqueles externos -, em diferentes escalas e focos de atuação.** Dessa forma, o fortalecimento das relações interfederativas e intersetoriais deve ser compreendido como fundamental para a mudança desejada.

Nesse contexto, **o conceito de governança se apresenta como um elemento central.** Sob a perspectiva de "governar com" — que valoriza a cooperação entre diferentes setores e esferas de governo —, torna-se possível reconhecer a complexidade das demandas em saúde pública e a necessidade de articulação entre múltiplos atores e territórios.

No âmbito das relações interfederativas, a cooperação entre as diferentes esferas de governo (Municípios, Estados e União) é crucial para a implementação de políticas de saúde mais coerentes e eficazes. A governança federativa exige pactuações claras, distribuição adequada de responsabilidades e recursos, além de mecanismos de monitoramento e avaliação que assegurem a corresponsabilização entre os entes federativos. Consórcios intermunicipais são exemplos de dispositivos que podem participar dessas pactuações.

Dessa maneira, explorar caminhos e mecanismos, que favoreçam essa governança, considerando para além do setor saúde a necessidade de articular outras políticas setoriais, é essencial para fortalecer as políticas públicas e organizar a RAS de forma mais eficiente.

Esse processo visa responder, de maneira mais abrangente e eficiente, às necessidades da população. Para isso, são necessários mecanismos

institucionais que promovam a comunicação, a coordenação e a corresponsabilidade entre os setores envolvidos, gerando sinergias e evitando sobreposição de esforços. Assim, a Intersetorialidade se configura como um pilar essencial para a construção de respostas integradas e sustentáveis no campo da saúde pública.



GT REGIONAL

O GT Regional desempenha um papel fundamental no fortalecimento da governança, e cabe a esse espaço coletivo **identificar oportunidades de sinergia entre as ações do setor saúde e iniciativas de outros setores das políticas públicas**, visando não apenas a potencialização dos resultados, mas, também, a articulação entre atores estratégicos para a construção de um agir colaborativo.

O GT Regional é incentivado a mapear possíveis iniciativas existentes na região, que possam complementar os esforços do Saúde Redes para a desejada qualificação do cuidado na RAS. Para isso, aproveita a capilaridade de vários de seus membros, como a SES, o COSEMS e o CMS, que atuam como articuladores e mediadores de diálogos com representantes dessas iniciativas.

Espera-se que, nesse momento, o GT Regional possa captar o interesse dos atores vinculados a essas iniciativas, fomentando uma aproximação inicial desses com a proposta metodológica, por meio de negociações do tipo "ganha-ganha", nas quais tanto o Saúde Redes quanto a iniciativa parceira possam vislumbrar os ganhos efetivos para seus resultados com essa aproximação.

Esse processo, no entanto, apresenta desafios, especialmente, pelo frequente desconhecimento, por parte dos atores do setor saúde, sobre iniciativas regionais ou de outras políticas públicas. Assim, recomenda-se levantar informações sobre o Planejamento Regional Integrado (PRI) e seu desdobramento em níveis macrorregional e regional, além de iniciativas relacionadas à telessaúde, saúde digital, projetos do Proadi-SUS, e de

outros da SES e dos municípios implementados na região. Da mesma forma, é importante o levantamento do *status* da implantação de programas e políticas nacionais, voltados à organização da Rede, como o Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE) e o Programa Nacional de Redução de Filas (PNRF), bem como investimentos do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), entre outros.

Recomenda-se, ainda, que seja realizado um esforço, no sentido de buscar iniciativas fora do setor saúde, mas que tenha vinculação com a temática da qualificação das LC.

Além dessa atuação específica do GT Regional, o Saúde Redes promove, ainda, o estímulo permanente à atuação intersetorial dos diversos pontos de atenção da RAS na região. Um bom exemplo dessa atuação pode ser identificado na proposição de diversos instrumentos de planejamento utilizados na sua execução.

A construção dos Planos de Ação dos serviços de saúde (a ser detalhado no próximo capítulo), qualifica a resposta da RAS ao considerar a visão de cada serviço sobre as necessidades de saúde do território. Nesse contexto, as equipes dos serviços são incentivadas a desenvolver um planejamento operacional, que contemple a implementação de uma carteira de serviços alinhada às necessidades identificadas, o que, frequentemente, aponta para a necessidade de ações intersetoriais.

Na AB, por exemplo, a formulação de respostas baseadas em ações de promoção da saúde ocorre com frequência, extrapolando a dimensão operacional do setor saúde e fomentando a participação de outras políticas públicas, como Educação e Assistência Social.

Portanto, **o êxito do Saúde Redes está diretamente relacionado à sua capacidade de alinhar e gerar sinergia entre atores e ações de diferentes segmentos estatais e políticos, tanto dentro quanto fora do setor saúde.** Esse fortalecimento ocorre por meio da governança e da atuação interse-
torial, consolidando uma RAS mais integrada, eficiente e sustentável.

Mudando o cenário

Uma análise mais detida dos esforços de mudança realizados em cada contexto pode, também, ajudar a entender como apoiar, de fora do cenário, iniciativas de mudança ou de remoção de barreiras em uma perspectiva sociopolítica, econômica e comunitária mais abrangente. Isso pode demandar uma intervenção de defesa de direitos, construção de coalizões e parcerias estratégicas, aprofundando e ampliando a participação da comunidade nesse cenário em particular.

FOCO

Considerando o foco da intervenção, os profissionais devem, em discussão com os outros, abordar três grandes questões, a saber: **definir o cenário, destacar os problemas e definir a população prioritária**. A definição do problema com os atores-chaves é um passo determinante na promoção de saúde e desenvolvimento das comunidades, e uma oportunidade de colocar o processo nas mãos dos que realmente constroem as ações no cenário.

Questões-chaves

- 1• Como alguém deve selecionar um cenário para trabalhar?
- 2• As intervenções devem ser dirigidas aos que têm recursos políticos ou aos que não estão no "chão de fábrica"?

ENGAJAMENTO

Essa fase do trabalho envolve escolhas estratégicas. Pode-se negociar a entrada de diversas formas, dependendo do contexto e do foco. Em um cenário político-regional, por exemplo, poderíamos trabalhar, através dos atores-chaves, como os apoiadores da Rede CONASEMS, COSEMS, do Estado, diretores de hospitais, técnicos da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde, Consórcios de Saúde. Isso poderia facilitar o acesso,

mas, também, poderia influenciar no controle da agenda de trabalho. O desafio é construir uma sinergia com os atores que detêm recursos políticos importantes para a organização do cuidado na região e, ao mesmo tempo, **aproximar o técnico municipal/facilitador dos demais atores sociais**, como os usuários ou trabalhadores de "chão de fábrica". Conquistar a confiança de vários atores sociais pode requerer declarar alianças, e a demonstração disso em ações concretas pode gerar riscos.

As agendas conflituosas e as expectativas diversas devem ser escolhas associadas com as características específicas de cada intervenção de cada cenário. Alguns atores sociais podem se mostrar extremamente otimistas e outros pessimistas sobre as perspectivas de mudança, baseadas em experiências anteriores de sucesso ou fracassos, ou podem visualizar a intervenção do profissional como o teste para responder a outros problemas do cenário, devido à bagagem que o profissional apresenta para lidar com isso. **Uma discussão com os atores sobre como transferir responsabilidades, ou autoria do trabalho, sobre como realizar pactos e sobre como sair de um cenário pode ser muito útil para todos os envolvidos.**

Os profissionais devem, também, estar conscientes de que quando as intervenções não saem bem, ou as expectativas de mudança são frustradas, há um risco de que eles sejam responsabilizados pelos erros por um ou mais lados.

Questões-chaves

- 1• Quais são as questões envolvidas ao se engajar nesse cenário? (negociação/entrada, desenvolver confiança, gerenciando relações e agendas conflituosas etc.)
- 2• Como gerenciar, com sucesso, as expectativas (às vezes, conflituosas e irrealistas) relacionadas às intervenções nesse cenário? Não estão no "chão de fábrica"?

ESTRATÉGIA

A estratégia começa a ser definida na análise do contexto. Ao longo do trabalho, outras questões ajudam a aprofundar essas decisões, como: **o foco será mudar o comportamento das pessoas ou transformar as condições do próprio ambiente em que elas estão?**

O marco conceitual proposto, trabalha na seguinte direção: promover a participação dos atores diversos e ampliar o escopo das mudanças necessárias para além do cenário, com o objetivo de catalisar, apoiar e sustentar a mudança no próprio cenário. Advogar por reflexões relacionadas com a natureza da evidência, que informa o desenho da intervenção, incluindo o desequilíbrio que pode emergir entre melhores práticas baseadas em evidências científicas e preferências, experiência e o conhecimento baseado na cultura local.

Questões-chaves

- 1• Que ênfase é colocada na mudança individual em oposição à mudança estrutural/organizacional? (Mudar pessoas no cenário, ou o próprio cenário para transformá-lo em promotor de saúde).
- 2• Como se deve trabalhar com atores em um espaço mais ampliado, ou de influência indireta, fora do cenário em foco? (Ex.: o papel da família, definindo comportamentos de escolares).
- 3• Quão participativa será a abordagem que iremos adotar? A quem vamos convidar a participar, e quais são as diferenças de agenda e de poder dos atores em questão que têm que ser consideradas?
- 4• Que tipo de evidência está prevista para o desenho dessa intervenção? Como a experiência e os saberes locais serão absorvidos pela prática baseada em evidências, para produzir melhores intervenções? (Poland & Kruppa, 2006)

Bibliografia

POLAND, B.; KRUPPA, E. *Settings for Health Promotion*. An Analytic Framework to Guide Intervention Design and Implementation. (documento utilizado para esse Manual), mimeo, 2006.
POLAND, B., L. W.; GREEN, I. R. (Eds.). *Settings for Health Promotion*: Linking Theory and Practice. Thousand Oaks, CA: Sage, 2000.
TOURAINÉ, A. *Igualdade e diversidade*. o sujeito democrático. São Paulo: EDUSC, 1998.



CAPÍTULO 3

Reconhecendo o Território,
a Rede e suas Necessidades



Capítulo 3 •

A compreensão e o reconhecimento das necessidades de saúde dos territórios são fundamentais para o planejamento e a implementação de ações eficazes, tanto na organização da RAS quanto na qualificação da LC. Este capítulo aborda formas e ferramentas que possibilitam uma leitura abrangente das demandas territoriais, desde o território adscrito às equipes/Unidades até a região.

Na perspectiva da governança de Redes, conforme descrita por Calmon e Costa (2013), o processo de identificação das prioridades sanitárias, tanto em âmbito municipal quanto regional, não deve ser centrado, exclusivamente, na gestão ou apenas nos trabalhadores e usuários, mas, sim, na interação entre esses distintos atores. Esses se relacionam de forma interdependente, afastando-se das abordagens baseadas em autoridade, controle, centralização ou descentralização.

O sucesso da implementação é medido pela interação que propicia a troca de informações, objetivos e recursos. Investe-se, aqui, no processo de planejamento ascendente e participativo - *bottom-up* - em contraponto ao modelo *top-down*, tão frequentemente usado nos processos de implementação de políticas no SUS.

A diretriz do planejamento ascendente sempre esteve presente nos guias e orientações técnicas para a gestão do SUS, entretanto, sua operacionalização sempre deixou muito a desejar. Na prática, o desenho de programas robustos por parte dos governos federal e estaduais, sempre se sobrepujaram à efetiva capacidade dos municípios para implementar processos de planejamento a partir da necessidade de saúde identificada em nível local.

O Saúde Redes aposta fortemente nessa premissa, sem descartar o fato de que a adesão a programas federais ou estaduais compõem o cenário em *potentia*, apresentando-se como possíveis oportunidades a serem aproveitadas, quando forem capazes de contribuir com a solução de problemas loco-regionais mapeados.

A leitura das necessidades de saúde dos territórios e regiões onde os usuários do SUS habitam, envolve distintas estratégias, que visam identificar as demandas e as necessidades dessa população, promovendo um planejamento mais eficaz e a alocação adequada de recursos.

Essas estratégias não são mutuamente exclusivas, e podem ser utilizadas em conjunto para uma compreensão mais integrada das necessidades de saúde da população. Além disso, a análise das necessidades deve ser um processo contínuo, adaptando-se às mudanças nas condições de saúde e às características sociais e demográficas dos territórios.

O Ciclo Conhecer é a fase que propõe estimular intensos movimentos de mapeamento das necessidades de saúde, seja no âmbito das áreas vinculadas às equipes de AB, seja no âmbito municipal ou regional. Nessa fase, algumas atividades, metodologias e ferramentas são desenvolvidas para contribuir com o fortalecimento de processos de identificação de necessidades de saúde locais.

Existem diversas metodologias, que podem ser utilizadas para o levantamento e identificação de necessidades de saúde e mapeamento da RAS, na lógica das LC. No Saúde Redes as regiões experimentaram métodos diferentes, porém com o mesmo ponto de chegada, ou seja, aos mesmos resultados. **Metodologicamente, o EO está organizado em um encontro com dois momentos distintos:**

- **Mesa de Abertura**

As autoridades, que são previamente convidadas, podem realizar discursos inaugurais para contextualizar a importância da iniciativa na região.

- **Encontro de levantamento de potencialidades e fragilidades**

Relacionado aos fluxos e modos de produção do cuidado na RAS, com a participação dos trabalhadores da gestão e da assistência, além de representantes de instituições da sociedade civil, que possam estar presentes.

FORMAÇÃO DE GRUPOS E RETORNO À PLENÁRIA

Para a realização do Encontro 1, propõe-se o uso de uma dinâmica de apresentação dos participantes (**vide Anexo 1**). Após a dinâmica, recomenda-se a formação de quatro grupos menores, para que se possa proceder o levantamento de potencialidades e fragilidades relacionadas aos fluxos e modos de produção do cuidado na RAS. **A ideia é que os grupos possam refletir em conjunto a partir das seguintes consignas:**

Grupo 1

- Quais são as ferramentas atuais de comunicação de rede? Os serviços utilizam tais ferramentas?
- Quais os problemas que vocês identificam do ponto de vista do preenchimento?
- Há retorno técnico sobre os encaminhamentos negados? Vocês identificam melhorias que poderiam ser feitas neste(s) instrumento(s)? Se sim, qual (is)?

Grupo 2

- Quais são os instrumentos de comunicação em Rede existentes hoje? Além de documentos e outros métodos oficiais, existem outros instrumentos utilizados? Se sim, quais?
- Quais seriam os atores estratégicos, responsáveis pelas articulações existentes?
- Há reunião entre serviços?
- *Whatsapp, e-mail, telematriciamento, telefone*, são vias de comunicação desta Rede? Se sim, como operam?
- Existem serviços de suporte à AB na região? Se sim, quais?

Grupo 3

- Vocês identificam ruídos e/ou outros tipos de problemas em relação à comunicação entre os pontos de Atenção, que compõem a Rede de Atenção à Saúde? Se sim, quais?

- Qual(is) a(s) dificuldade(s) encontrada(s) na comunicação de Rede, que prejudica(m) o cuidado em saúde?
- O preenchimento do(s) instrumento(s) ocorre(m) conforme esperado pela AB?
- Há retorno da especialidade para AB, de forma que viabilize o cuidado continuado, integral e longitudinal? Descreva os pontos positivos e negativos.

Grupo 4

- Quais informações relevantes vocês entendem que deveriam ter nos documentos de encaminhamento?
- Que meios de comunicação não são oficiais, mas poderiam ter fluxo aperfeiçoado para melhorar a comunicação?
- Que tipo de suporte vocês consideram relevante para tecer as relações de Rede com mais qualidade?
- Vocês identificam alguma necessidade de qualificação, para aprimorar o processo de comunicação em rede, e, consequentemente, melhorar o fluxo de encaminhamento (referência e contrarreferência)?

Com a realização dos trabalhos em pequenos grupos, recomenda-se o retorno à plenária para o compartilhamento das produções, quando cada pequeno grupo pode realizar uma apresentação sintética de sua produção, por meio de um relator escolhido. As sínteses são arquivadas, porque subsidiarão trabalhos posteriores dentro do próprio Ciclo Conhecer, bem como a elaboração da linha de base metodológica.

O segundo encontro, do Ciclo Conhecer, diz respeito a uma atividade de âmbito municipal, quando são realizados encontros presenciais em cada um dos municípios da região, envolvendo o maior número de trabalhadores da Rede de serviços de saúde - com papel preponderante da AB.

Essas encontros são realizadas no âmbito das Plenárias Municipais, e têm por objetivo provocar gestores e profissionais, voltados à assistência, para um momento de reflexão sobre conceitos e dispositivos estratégicos para organização da Rede, em especial:

Modelos de Atenção à Saúde, integração de serviços de saúde, coordenação do cuidado, territorialização, Linhas de Cuidado, matriciamento e microrregulação.

Esses encontros oferecem subsídios para que as práticas no território sejam reestruturadas, respeitando e aproveitando todo o conhecimento e trabalho já desenvolvido pelas equipes, e fortalecendo o entendimento das necessidades de saúde do território. Como estratégia metodológica para esses encontros (**vide Anexo 2**), recomenda-se que sejam realizados trabalhos em pequenos grupos, com produção de reflexões coletivas, sistematização e apresentação das discussões em plenária. Assim, formam-se quantos pequenos grupos forem necessários, evitando passar de mais de 15 participantes.

Recomenda-se, ainda, que haja, pelo menos, 2 (dois) facilitadores durante todas as atividades. Propõe-se que o primeiro trabalho do encontro seja iniciado em 4 pequenos grupos, usando as perguntas disparadoras, abaixo, visando à problematização sobre a organização da RAS no município:

Grupo 1 - O que vocês entendem por organização do trabalho em rede?

Resposta esperada: o facilitador deve apoiar os grupos, no sentido de refletirem sobre algumas demandas que possam extrapolar os limites territoriais, ou da própria UBS. Dessa forma, há uma necessidade de articulação entre os pontos de Atenção e de organização do Sistema de Saúde em níveis complementares, com objetivo de contribuir com o princípio da integralidade do Sistema de Saúde.

Grupo 2 - Como vocês veem a composição das demandas de saúde que enfrentam diariamente, quanto à classificação entre agudas e crônicas?

Resposta esperada: espera-se que os grupos comentem sobre a organização do seu processo de trabalho, apresentando, ou não, determinado planejamento do serviço para atendimento às demandas agudas e crônicas. É importante que o facilitador reforce que o Sistema deve estar preparado para os dois tipos de demandas.

Grupo 3 - Como vocês caracterizam a organização do serviço, para responder a esses dois tipos de demandas?

Resposta esperada: após as falas dos grupos, o facilitador deve comentar ou destacar a necessidade de organizar a agenda da equipe, no sentido de promover um espaço para as condições agudas e crônicas.

Grupo 4 - Como está organizada a Rede, em relação às condições crônicas no seu município, no que tange os seguintes aspectos: organização dos serviços na AB AE; Urgência e Emergência; acolhimento; classificação de risco; referência e contrarreferência dos serviços; Assistência Farmacêutica (acesso a medicamentos e cuidado farmacêutico); entre outros, que considere importante.

Resposta esperada: espera-se que os participantes, após discussão das questões anteriores, possam assumir uma atitude crítica e reflexiva da Rede no seu território, apontando potencialidades e fragilidades desses arranjos. O facilitador deve promover um olhar ampliado para o conceito de RAS, incluindo, no debate, a importância dos serviços transversais de apoio e logísticos.

Caso haja mais de 60 participantes, recomenda-se a formação de mais grupos, e que alguns grupos respondam perguntas iguais. Será importante a escolha de um relator em cada grupo, para a sistematização das respostas, visando a uma posterior apresentação, a qual será realizada em plenária.

PROBLEMATIZAÇÃO SOBRE A IMPORTÂNCIA DO PLANEJAMENTO

Em uma segunda atividade, visando à problematização sobre a importância das práticas de planejamento, recomenda-se que sejam realizados, novamente, trabalhos em pequenos grupos, com produção de reflexões coletivas, sistematização e apresentação das discussões em plenária.

Cada grupo recebe um quebra-cabeça com um problema a ser resolvido. Um quebra-cabeça terá peças faltando; o outro terá peças em branco; um

outro peças rasuradas; e, um último, peças distribuídas pela sala. Os grupos têm 10 minutos para montar o quebra-cabeça, sendo que um integrante de cada grupo ficará responsável por anotar quais foram as escolhas feitas pelo grupo, as ações escolhidas, quais foram os resultados de ordem imediata, e quais foram os que ficaram para médio e longo prazo.

Ao final, cada grupo vai apresentar qual era o seu problema, e quais foram os pontos centrais de planejamento e organização utilizados. Assim, em plenária, será possível identificar quais os pontos comuns escolhidos e que poderão levar para a organização do cuidado da população com condições crônicas nos serviços de saúde.

REFLEXÃO SOBRE O GENOGRAMA

Uma terceira atividade desse encontro, voltada para o fortalecimento da capacidade analítica das equipes de saúde, diz respeito à reflexão sobre o genograma. Esse é um instrumento interessante para ampliar o conhecimento sobre as famílias. Trata-se de uma representação gráfica do sistema familiar – preferencialmente, em três gerações –, que utiliza símbolos padronizados para identificar os componentes da família e suas relações.

Os terapeutas familiares utilizam-no como estratégia para avaliação e intervenção. Algumas equipes da Estratégia de Saúde da Família (eSF) já o empregam para visualização dos agravos de saúde e planejamento de ações. Para sensibilizar quanto ao dimensionamento de risco e fazer a utilização da ferramenta, recomenda-se a estrutura metodológica descrita, abaixo:

- Dividir em grupos (evitando ultrapassar 15 pessoas por grupo).
- Cada grupo realizará o **genograma** de um integrante presente (por 15 minutos).
- Durante esse processo haverá a necessidade de voluntários:
 - 1 (um) que **desenhará o genograma**;

- 1 (um) **relator de dados importantes**, que não são possíveis de registrar por meio dos símbolos;
- 1 (um) **entrevistador**; e o restante observará os movimentos, identificando a potencialidade da utilização da ferramenta.
- Após a coleta, o grupo realizará o **preenchimento de risco** dessa pessoa.
- Há a possibilidade de haver grupos que façam o preenchimento de casos sentinelas, e outros que façam o genograma do caso que foi colhido. Há diferenças importantes, do ponto de vista dos olhares e prioridade de cuidado, dependendo da proximidade e da qualidade com que cada um entra em contato. Entretanto, o sentinela é importante por trazer as possibilidades de preenchimento mais próximos dos dados locais.

Ao fim do encontro, em cada município, com o encerramento das atividades presenciais, **inicia-se um período de dispersão, quando as equipes de cada serviço definem um cronograma, para elaboração de um dos produtos mais relevantes para a identificação das necessidades de saúde locais: a territorialização com estratificação de risco familiar (vide Anexo 2).** A condução das atividades de dispersão, assim como a elaboração desse produto, fica sob a responsabilidade direta dos GT Municipais.

Na metodologia, a territorialização e a estratificação de risco familiar são utilizadas não apenas como dispositivos essenciais para a identificação de necessidades locais, mas, também, na reorganização das práticas de cuidado na AB e na orientação dos processos de integração com os demais pontos de atenção na RAS.

Cabe ressaltar, que os demais pontos de Atenção também são envolvidos nos processos de análises de necessidades de saúde locais **(vide Anexo 2)**. As equipes dos serviços de Atenção às Urgências e Emergências, por exemplo, devem ser estimuladas a realizar um levantamento das principais queixas apresentadas no serviço de acolhimento ou triagem, em um dado recorte de tempo, com a intenção de conhecer o perfil das demandas que chegam ao estabelecimento de saúde, e de aprofundar o diálogo com os serviços da AB.

Paralelamente, os serviços de Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) realizam um levantamento geral dos usuários ativos com seus respectivos diagnósticos, endereços e equipes de referência na AB, favorecendo a corresponsabilização das equipes de AAE no processo de construção do cuidado em Rede, e subsidiando a escolha mais assertiva quanto às LC a serem priorizadas no município.

Ao final desse movimento, as equipes dos serviços de saúde se aproximam conceitualmente, e refletem, coletivamente, sobre os seguintes aspectos:

- Organização dos serviços, a partir da base populacional.
- Territorialização e estratificação de risco.
- Modelo de Atenção e Integralidade: alinhamento do entendimento dos participantes sobre o Modelo de Atenção vigente; desenvolvimento da compreensão sobre as diferenças na organização das respostas de saúde em Sistemas Saúde fragmentados e integrados.
- Sistema fragmentado e Sistema integrado: problematização da relação da AB com os demais pontos de atenção da RAS.
- Possibilidades de mudanças dos processos de trabalho.
- Gestão do Cuidado.
- Governança da RAS.

As atividades de territorialização devem ser baseadas na introdução dos conceitos de risco familiar, divisão equitativa de recursos e estruturação de área adscrita, considerando a vulnerabilidade da população e as ofertas de serviços de setores: educação, assistência social, espaços comunitários, etc. (Intersetorialidade); seguida de atividade para conhecimento e utilização de ferramenta de estrato de risco familiar e do método de georreferenciamento dos riscos individuais e das famílias (territorialização). Sugere-se a ferramenta de estratificação de risco proposta por Ciconello Neto (2017), acessível no **Anexo 2**.

O Ciclo Conhecer propõe, ainda, que o GT Regional dê continuidade ao processo de identificação de necessidades de saúde, por meio de um conjunto de encontros, atuando ora separadamente, ora em conjunto com os GT Municipais.

ANÁLISE DOS INCÔMODOS DA REGIÃO

O primeiro desses encontros tem como objetivo central a produção de uma leitura inicial do contexto, problematizando os principais incômodos na região, seja em relação aos principais problemas de saúde, seja em relação à capacidade de resposta da RAS a esses problemas. Recomenda-se, ainda, que haja um facilitador para o encontro.

Metodologicamente, esse encontro é realizado retomando-se a produção sistematizada no Encontro 1, que aponta para as principais fragilidades da RAS. A partir dessa produção, o GT Regional é convidado a discutir e mapear as principais necessidades de saúde da população da região, compreendendo a diferenciação entre os problemas finalísticos (de natureza epidemiológica - problemas de saúde) e os problemas intermediários (de natureza estrutural e de processos de trabalho - problemas na capacidade de resposta da RAS).

Sugere-se que o facilitador, para apoiar a atividade, acima, possa utilizar uma consigna, tal como:

“A partir das reflexões suscitadas na discussão, e da sua experiência de trabalho, quais incômodos/problemas você consegue identificar na região?”

Cada integrante pode registrar, em até 3 tarjetas, a palavra-síntese da sua reflexão, o que permitirá ao facilitador construir um painel de visualização móvel e abrir a discussão das ideias, com agrupamento por núcleo de sentido.

Posteriormente a essa primeira rodada de discussão, feita por intermédio da apresentação das tarjetas, o facilitador poderá propor uma segunda rodada de reflexão, com a seguinte consigna:

“De acordo com sua vivência, que aspectos sobre esses incômodos você considera importante ressaltar, em relação a”:

- questões técnicas (análise da capacidade de resposta da RAS);
- questões políticas (as implicações da ordem da articulação política para a organização da RAS);
- questões administrativas (análise da organização administrativa para a organização da RAS);
- questões éticas da organização atual da Rede de Saúde na região?

Ao final, da mesma forma que no movimento anterior, o grupo deve apreciar a produção feita a partir das tarjetas e agrupá-las em núcleos de sentido, produzindo, em seguida, uma síntese dos incômodos/problemas de saúde, coletivamente identificados, e os aspectos técnicos, políticos, administrativos e éticos que se implicam na capacidade de resposta da RAS.

A atividade de dispersão desse encontro é focada no levantamento de dados para a produção da primeira parte do “*Caderno de Informações em Saúde - Dimensão Epidemiológica*” (**vide Anexo 3**), que subsidiará a produção analítica do GT e apoiará a tomada de decisão posterior sobre as prioridades sanitárias na região.

Entretanto, para que esse trabalho possa ser realizado, de forma a garantir que nesse primeiro momento o olhar da região esteja focado, de fato, em problemas de saúde finalísticos, é recomendável que o GT possa realizar uma triagem inicial dos incômodos/problemas, oriundos do encontro 1, e, então, possa identificar aqueles que se referem a agravos em saúde da população e aqueles que se referem a dificuldades de estrutura, processos de trabalho ou de gestão (problemas intermediários).

O estímulo a esse olhar, mais focado em problemas finalísticos, é fundamental para fomentar que o GT Regional possa se debruçar na escolha de futuras prioridades sanitárias que, de fato, reflitam necessidades de saúde da população, garantindo, também, que a construção das Estratégias de Qualificação da LC representem uma organização em Rede, com foco na melhoria da capacidade de resposta para os agravos em saúde que mais afetam a população. Isso não quer dizer que os incômodos/problemas categori-

zados como intermediários serão descartados, apenas não serão o foco da discussão, nesse momento do processo analítico, inclusive, tais problemas serão resgatados mais à frente, ainda dentro dos processos analíticos do Ciclo Conhecer.

No que tange ao caderno de informações, é recomendado que ele contenha informações epidemiológicas (**vide Anexo 3**), que possam evidenciar os principais problemas de saúde identificados, inicialmente, pelo GT, permitindo a definição de linhas de base. Além disso, recomenda-se, ainda, que o GT Regional possa explorar as conexões dos problemas mapeados com as prioridades sanitárias da macrorregião e do Estado (definidas no PRI e em instrumentos de gestão e planejamento do SUS), de forma que sua análise auxilie na produção de uma narrativa mais aprofundada sobre os problemas mapeados.

Dessa forma, espera-se que, durante todo o período de dispersão pactuado, o GT possa, além de construir o caderno, realizar uma análise inicial de cenário que sistematize os problemas de saúde identificados, com suas respectivas características epidemiológicas.

ALINHAMENTO ENTRE INICIATIVAS EXISTENTES E AÇÕES PREVISTAS

Para o encontro seguinte, o GT Regional atuará com o objetivo central de produzir sinergia entre as iniciativas existentes na região com as ações previstas na proposta metodológica do Saúde Redes.

Assim, nesse movimento, sugere-se que o GT possa identificar e analisar as iniciativas que estão em curso (ou mesmo já finalizadas), que possuam interfaces importantes em seus processos e produtos com aqueles que estão sendo desenvolvidos no Saúde Redes.

Para o desenvolvimento adequado dessa atividade, recomenda-se que um, ou mais, membro (s) do GT Regional seja(m) escolhido(s), para realizar uma articulação (prévia à realização da encontro) com o COSEMS e a SES, por meio de comunicação ativa com seus representantes técnicos. Pretende-se,

com isso, que o GT possa iniciar um diálogo com esses técnicos, com vistas à apresentação do Saúde Redes e dos produtos construídos até o momento, em especial, os problemas identificados na análise de cenário da região.

Considerando a grande amplitude de possibilidades para a identificação de iniciativas intra (setor saúde) e intersetoriais, que tenham relação com os problemas de saúde identificados, recomenda-se, que, minimamente, o(s) representante(s) do GT possa(m) buscar iniciativas relacionadas à Saúde que são implementadas na região.

Ressalta-se, que a busca por iniciativas dentro do setor saúde potencializa as articulações interfederativas, mas é muito recomendável que o GT possa extrapolar a busca por iniciativas em outras políticas públicas e, até mesmo, no setor privado, fomentando a intersectorialidade.

A partir daí, poderá ser conduzido um diálogo que busque, junto a esses órgãos e seus representantes, a identificação de iniciativas em desenvolvimento (ou já finalizadas), cujos processos e produtos tenham interface com os problemas identificados, e que possam contribuir com um aprofundamento analítico sobre os problemas e/ou com possíveis intervenções planejadas ou executadas para sua resolução.

Recomenda-se que o(s) membro(s) escolhido(s) possa(m) tomar notas de todas as impressões relatadas pelos atores envolvidos nos diálogos acerca das iniciativas identificadas com potencial sinérgico, buscando explorar como os processos e produtos deles podem contribuir com o enfrentamento dos problemas identificados, até o momento, na região. Além de tomar notas, recomenda-se, também, que seja solicitado o acesso a documentos e demais materiais que possam auxiliar na maior compreensão possível sobre tais iniciativas.

Com base nesses relatos, documentos e materiais disponíveis, o(s) membro(s) escolhido(s) deve(m) elaborar um **mapeamento das iniciativas identificadas**, que possibilite uma visão ampliada das possíveis conexões entre seus processos e produtos com os problemas identificados na análise de cenário, ressaltando a natureza de tais conexões e organizando-as por categorias.

Sugere-se, de maneira não exclusiva, o uso das seguintes categorias:

- 1 • Potencial de aprofundamento analítico sobre os problemas.
- 2 • Potencial de cooperação futura com ações planejadas.
- 3 • Potencial de aproveitamento parcial de intervenção em curso.
- 4 • Potencial de ampla integração com intervenção em curso.
- 5 • Potencial de aproveitamento de benefícios colhidos por intervenções desenvolvidas anteriormente.

MAPA ANALÍTICO

Para a elaboração desse mapa analítico, é desejável que esse documento possua, também, uma síntese sobre cada uma das iniciativas identificadas, apresentando elementos como: a necessidade que está sendo tratada/enfrentada por esta iniciativa; seus objetivos, gerais e específicos; os atores sociais envolvidos; o resumo metodológico (o que a iniciativa proposta/realizada pretende fazer); estruturas criadas, ações planejadas e desenvolvidas; produtos esperados; quais as estratégias de monitoramento e avaliação (como se saberá que o objetivo da iniciativa foi alcançado?) e o status atual. **Esse mapeamento analítico, quando finalizado, deverá, então, ser encaminhado ao GT Regional, visando o encontro presencial do encontro.**

Para o desenvolvimento desse encontro, recomenda-se que haja um facilitador para conduzir o GT na aplicação da matriz FOFA, ferramenta que tem como objetivo o aumento das chances de sucesso de um projeto ou programa e poderá auxiliar na complementação da análise de cenários, a partir do mapa analítico construído previamente.

FOFA é uma sigla formada pelas iniciais das palavras Strengths (**Forças**), Weaknesses (**Fraquezas**), Opportunities (**Oportunidades**) e Threats (**Ameaças**) — ou **FOFA**, em português —.

Essa matriz é utilizada também na priorização de problema, conforme pode ser visto no capítulo posterior. O maior benefício do método é sua indução a uma sistematização dos elementos utilizados na análise, de modo a construir esta matriz 2x2, que divide os quatro pontos de análise entre fatores **internos/externos** e **positivos/negativos**.

Portanto, uma das prerrogativas essenciais do método é a definição clara dos ambientes interno e externo.

No **ambiente interno**, é possível analisar tudo que envolve o espaço de atuação de um coletivo, como, por exemplo, sua capacidade cognitiva, tecnológica, administrativa, financeira, entre outros. Já no **ambiente externo**, são comuns serem identificados elementos relacionados à política, a crises econômicas, a desastres ambientais, a mudanças na legislação, entre outras.

Metodologicamente, é importante frisar, que a análise *SWOT/FOFA* é mais rica quando integra toda a equipe para levantar e analisar informações. Assim, cada pessoa pode contribuir com a realidade que vive nas suas rotinas. A intenção é que a análise seja ágil. Não é necessária uma grande convicção sobre os dados, pois valem mais as percepções de quem vive o dia a dia, de forma que as pessoas possam conversar livremente, para que surjam o maior número de ideias e percepções.

Após a realização dessa tempestade de ideias inicial, parte-se para a construção da matriz, a qual pode ser organizada com a seguinte estrutura:

Figura 5 - Matriz *SWOT/FOFA*

	Fatores positivos	Fatores negativos
Fatores internos	 Força	 Fraquezas
Fatores externos	 Oportunidades	 Ameaças

Para a aplicação da ferramenta, sugere-se que seja considerado como ambiente interno a percepção dos membros do GT sobre a capacidade de resposta da RAS da região ao conjunto de problemas identificados (inclusive, podendo resgatar, aqui, os problemas intermediários), e como ambiente externo cada uma das iniciativas com potencial sinérgico identificadas. Para tanto, o facilitador poderá iniciar a dinâmica, solicitando que todos registrem, em tarjetas, ideias que respondam a seguinte consigna:

“Diante do mapeamento analítico de possibilidades sinérgicas apresentado e das experiências e conhecimentos prévios de vocês, sobre as diretrizes metodológicas do Saúde Redes e das iniciativas existentes na região, quais as principais fortalezas e fragilidades da RAS na região para lidar com as possíveis relações mapeadas?”

Enquanto os membros do GT Regional elaboram suas tarjetas, o facilitador poderá construir a base da Matriz SWOT/FOFA (Figura 5), para, posteriormente, convidar os participantes a inserir suas tarjetas nos respectivos espaços, solicitando que eles expliquem suas ideias.

De modo semelhante, após os participarem encerrarem o preenchimento dos espaços destinados às fortalezas e fragilidades da região, recomenda-se que o facilitador solicite que todos registrem, em novas tarjetas, as ideias que respondem à seguinte consigna:

“Diante do mapeamento analítico de possibilidades sinérgicas apresentado e das experiências e conhecimentos prévios de vocês, sobre as diretrizes do Saúde Redes e das iniciativas existentes na região, quais as principais oportunidades e ameaças que vocês identificam nos projetos e iniciativas mapeadas, que interferem em nossa capacidade de enfrentar os problemas tratados na análise de cenário inicial?”

Após elaborarem as tarjetas, da mesma forma, os participantes as inserem nos respectivos espaços e explicam suas ideias. Na parte final da dinâmica, o facilitador deverá apoiar o grupo na identificação das seguintes relações:

1 • Que oportunidades podem ser aproveitadas nas iniciativas identificadas, para as quais nossas fortalezas seriam utilizadas para qualificar o enfrentamento dos problemas?

2 • Que ameaças nas iniciativas identificadas precisam ser combatidas ou afastadas por nós, utilizando nossas fortalezas, para evitar que os problemas sejam intensificados ou impossibilitados de serem enfrentados?

3 • Que oportunidades podem ser aproveitadas nas iniciativas identificadas, para que nossas fraquezas possam ser aperfeiçoadas para qualificarmos o enfrentamento dos problemas?

4 • Que ameaças nas iniciativas identificadas precisam ser combatidas ou afastadas, por nós, para evitar que nossas fraquezas sejam intensificadas e prejudiquem o enfrentamento dos problemas?

Ao responder às questões 1 e 3, o GT Regional elaborará **estratégias de sinergia**, que poderão vir a ser utilizadas para a potencialização do enfrentamento dos problemas e da qualificação do cuidado na RAS. Recomenda-se que tais estratégias sejam registradas para serem utilizadas, na medida em que o processo metodológico evolui.

As respostas às questões 2 e 4 poderão ser utilizadas como subsídio para a elaboração de **estratégias protetoras**, que podem ser bastante úteis, para evitar interferências negativas no desenvolvimento metodológico e no enfrentamento dos problemas de saúde identificados.

O encontro é realizado pelo GT Regional, em conjunto com representantes dos GT Municipais, e visa à consolidação do processo de análise situacional, a partir de reflexões produzidas, considerando a análise de cenário regional e os resultados das análises de necessidades municipais (territorialização/estratificação de risco/análises de fluxos).

Esse movimento é de suma importância para que seja mantida a coerência na proposta ascendente do processo de planejamento, e, somente a partir dele, será possível a seleção definitiva dos problemas de saúde regionais. A parceria com os GT Municipais se justifica, na medida em que a produção da análise de cenário regional é pautada, refletida e problematizada, considerando os achados dos processos de territorialização, estratificação de risco e análises de necessidades de saúde municipais. A falta de integração desses processos decorrerá em provável "cegueira situacional" da região,

além de, como já afirmado, descaracterizar a ascendência do processo de planejamento, compromisso inequívoco da estratégia metodológica proposta.

Metodologicamente, **recomenda-se que o encontro seja iniciado em plenária com todos os participantes**, sendo estimulada a construção de um painel de visualização móvel, a partir da seguinte consigna, a ser respondida apenas pelos representantes dos GT municipais:

Quais os principais problemas identificados pelo seu município?

O uso das tarjetas poderá auxiliar na condensação de núcleos de sentido, para identificar o conjunto de problemas comuns e aqueles mais singulares de um ou alguns municípios.

Finalizado esse movimento, sugere-se que o GT Regional realize uma apresentação sobre a análise de cenário construída até o momento, contemplando os problemas de saúde identificados, com suas respectivas características epidemiológicas, e as possíveis estratégias de sinergia com iniciativas já existentes na região. Após a apresentação, os participantes podem ser divididos em pequenos grupos, para que possam **discutir em que medida os aspectos da análise de cenário regional são mais ou menos convergentes com os problemas oriundos das análises de necessidades municipais**.

A ideia é que os grupos possam dialogar e construir um consenso sobre quais serão: **os problemas de saúde regionais selecionados em definitivo**; e **os problemas de saúde singulares em cada município**.

É possível que a discussão resulte, no âmbito regional, em uma lista com um significativo número de problemas de saúde, sendo sugerido que os participantes do encontro possam lançar mão de técnicas de priorização para reduzir seu âmbito de atuação. **A escolha por usar ou não alguma técnica de priorização é recomendada, quando o número de problemas de saúde regionais for maior que três**. Caso opte pela utilização de alguma

técnica de priorização (**vide Quadro 1**), sugere-se que os participantes do encontro avaliem a pertinência de aplicá-la ao final do encontro, ou se remeterão sua aplicação a um coletivo mais ampliado, usando ferramentas digitais na internet, por exemplo.

Assim, as atividades de dispersão serão realizadas a depender de tal decisão, mas, de qualquer forma, tendo como objetivo central a consolidação da análise de situação de saúde regional, com a revisão dos elementos da análise de cenário regional (problemas/características epidemiológicas e oportunidades de sinergia com iniciativas regionais), e a produção da segunda parte do "*Caderno de Informações em Saúde - Dimensão Acesso*" (**vide Anexo 3**). Essa produção, por sua vez, poderá subsidiar uma **análise inicial da capacidade de resposta da RAS aos problemas, servindo de base para as discussões no próximo encontro**.

Esse, que será o último encontro destinado à produção analítica regional para o **conhecimento do território e identificação de necessidades de saúde**, tem por objetivo a **sistematização de uma cartografia da RAS**, descrevendo suas principais potencialidades e limitações na produção de respostas efetivas aos principais problemas de saúde. Nesse ínterim, propõe-se que o GT Regional, mais uma vez, em parceria com representantes dos GT Municipais, possam analisar, para cada problema de saúde identificado, esquemas representativos e descritivos de como os pontos de Atenção da RAS são capazes de responder, apontando suas fortalezas e fragilidades.

Para a realização desse encontro, recomenda-se que os **participantes sejam divididos em pequenos grupos**, sendo um para cada problema de saúde definido. Sugere-se a utilização de algum caso real, relacionado ao problema de saúde a ser debatido, que servirá de disparador reflexivo para o grupo. Pode ser uma história de um usuário que tenha sido acompanhado por alguma das equipes de saúde em município, por exemplo. Preferencialmente, o GT Regional deverá escolher um caso para cada problema, de forma prévia à realização do encontro, porém, caso não seja possível, cada grupo poderá iniciar, solicitando que um dos seus membros se disponibilize a compartilhar alguma história conhecida.

Para qualquer situação, o caso deve apresentar as seguintes informações:

- Contexto e história do usuário.
- Como ele acessou inicialmente a RAS.
- Se foram realizados exames complementares.
- Qual o plano terapêutico desenvolvido.
- Se houve articulação intersetorial para o projeto terapêutico.
- Se houve adesão ao tratamento.
- Como o cuidado se desenvolveu durante a execução do plano terapêutico.
Qual o desfecho do caso.

Espera-se que o caso possa ressaltar aspectos positivos na capacidade de resposta da RAS, mas, também, as limitações que foram decisivas para o desfecho do caso. Ressalta-se que **o caso deve servir como disparador reflexivo, mas não como limitador das discussões**, de forma que os participantes possam trazer elementos que não necessariamente estejam ligados ao caso, mas que, de alguma forma, retratem as potencialidades e fragilidades da capacidade de resposta da RAS para o respectivo problema de saúde.

Com o levantamento dessas informações, o grupo irá organizar, utilizando cartões/tarjetas para construção do fluxo, o itinerário terapêutico (**vide Anexo 4**) percorrido pelo paciente em questão, e, depois, organizará o itinerário ideal que deveria ter acontecido. A relação entre os dois itinerários explicitará as lacunas estruturais da Rede ou os problemas nos fluxos, comunicações e processos de trabalho, que deverão ser objeto de análise para posterior definição de ações estratégicas.

O produto de cada grupo deverá ser sistematizado por um relator escolhido, o qual deverá apresentá-lo na plenária final do encontro. Após as contribuições da plenária, o produto do encontro deverá envolver:

- O itinerário terapêutico mais frequente dos usuários na RAS, que buscam respostas para cada um dos problemas de saúde selecionados.
- O conjunto de potencialidades e fragilidades atuais da RAS, para dar respostas a cada problema de saúde selecionado.
- A cartografia da RAS ideal, sistematizada a partir do itinerário terapêutico ideal.

Além dessa produção, espera-se que esse encontro produza a indicação de prioridades sanitárias municipais e regionais, as quais serão objeto de validação, na fase seguinte (Ciclo Priorizar). Assim, as atividades de dispersão desse movimento contemplarão a sistematização das propostas de prioridades sanitárias e a preparação dos coletivos para a fase seguinte.

Todos os movimentos propostos, neste capítulo, são de fundamental importância para o êxito do Saúde Redes. A valorização do planejamento ascendente e participativo, com a construção coletiva da identificação e da análise de necessidades de saúde, tem potencial para dar sustentabilidade regional ao processo, assim como para fortalecer a governança da RAS.

Conhecer profundamente o território, as necessidades de saúde e a capacidade de resposta da RAS são, portanto, passos essenciais para garantir o sucesso do Saúde Redes.

Para catalização dos encontros propostos, pode-se tomar como norte o uso de estratégias de grupos baseadas no TBL, objetivando, a partir da experiência vivida nos territórios e de reflexões acerca dessas experiências, **estimular os participantes a transformarem suas práticas nos contextos do SUS.**



Formas e ferramentas de definição e priorização dos problemas sanitários e de funcionamento da LC na RAS

No momento de identificação das necessidades de saúde do município e da região, nas atividades de dispersão e concentração, é importante cuidar das consignas.

Uma consigna é uma orientação base, que garante que todos os participantes estejam na mesma página. Por exemplo, para que os participantes aprendam a identificar as necessidades de saúde de um determinado território, a consigna pode ser a solicitação para que os grupos busquem uma família de sua região e descrevam as necessidades de saúde dela, e a metodologia que utilizaram para identificá-las.

Na sequência, a elaboração de um encontro envolvendo todos os municípios de uma região, também, é uma maneira interessante de gerar engajamento, troca e reflexão dos participantes sobre as necessidades de saúde identificada nos municípios. Usando o TBL como citado acima, esse encontro pode ser dividido em momentos, e cada momento tem sua função no processo de aprendizagem e troca entre pares.

No primeiro momento, o compartilhamento, formam-se grupos de até 10 pessoas e estimula-se o resgate do conhecimento prévio sobre uma determinada temática - primeiro de forma individual, e, depois, na discussão dos grupos - e a capacidade de argumentação e de abertura para aprender com os pares. Em geral, é ofertado aos grupos um contexto e um grupo de questões, cujas respostas estão todas corretas, com algumas diferenças em termos de maior ou menor abrangência, maior ou menor adequação ao enunciado da pergunta.

O outro momento é o TBL, em forma de aplicação, que visa a **identificar as situações de saúde de uma realidade simulada**. Nessa etapa, os participantes, em uma situação real ou simulada, exercitam o que aprenderam e como podem modificar a realidade, a partir do conhecimento adquirido

de forma coletiva. Outra ferramenta potente que permite o diálogo sobre a produção dos grupos, a partir das perspectivas dos participantes dos outros municípios.

Sugere-se o estudo e a análise crítica dos instrumentos de gestão existentes na região, como o Plano Municipal de Saúde, o PRI, o Plano Diretor de Regionalização, e seções de interesse do PES - Plano Estadual de Saúde, entre outros, para que proporcione uma visão ampliada e fundamentada do contexto de trabalho, na região de saúde. Ainda, com o objetivo de **ampliar o olhar sobre o contexto**, propõe-se uma encontro de geoprocessamento das Redes e Regiões de Saúde, com a intencionalidade de **apoiar os ativadores locais na ampliação da capacidade de análise territorial**, de leitura das necessidades e da organização da Rede regional local.

A realização de Plenárias Regionais, momento em que os municípios trocam as sínteses sobre as situações de saúde elaboradas, contribui para aprofundar as informações sobre a região de saúde e permitir a priorização entre os diversos problemas que surgirão.

A Matriz GUT é uma ferramenta simples de usar, que utiliza **três elementos para classificar um problema ou ação e, assim, priorizá-lo no momento da tomada de decisão**. De maneira geral, ela pode ser utilizada em quaisquer situações que exigem uma análise mais cuidadosa de determinados cenários. O termo GUT é um acrônimo que faz referência a:

- **Gravidade (G):** representa o impacto do problema para os envolvidos, caso ele esteja acontecendo ou venha acontecer. É o momento de analisar o quão grave é (será) o problema ou ação para a empresa, processo ou pessoas.
- **Urgência (U):** representa o prazo ou tempo disponível para a resolução do problema ou execução da ação. Quanto mais urgente for, menor será o tempo disponível para trabalhar no problema ou ação.
- **Tendência (T):** representa o potencial de crescimento do problema ou ação, ou seja, a probabilidade de se agravar com o passar do tempo (caso nada seja feito) e a tendência de redução ou desaparecimento do problema também podem ser consideradas na análise da tendência.

Devido ao fato de o resultado da aplicação da ferramenta ser uma lista de itens priorizados, ela possibilita saber o que deve ser feito primeiro, informação que, muitas vezes, é crucial para a efetividade da resolução de um problema. Além disso, ainda é possível saber onde alocar recursos para evitar maiores danos para a organização. De maneira resumida, para aplicar a Matriz GUT, basta construir uma tabela, listando os itens, segundo o Quadro 1, a seguir:

Quadro 1 - Matriz GUT			
Pontuação/Elemento	Gravidade	Urgência	Tendência
1	Sem gravidade	Pode esperar	Não irá mudar
2	Pouco grave	Pouco urgente	Irà piorar a longo prazo
3	Grave	Urgente	Irà piorar a médio prazo
4	Muito grave	Muito urgente	Irà piorar a curto prazo
5	Extremamente grave	Imediatamente	Irà piorar rapidamente

Com os parâmetros esclarecidos, basta seguir os seguintes passos:

Passo 1 • Construa a tabela com a lista de problemas a ser analisada.

Passo 2 • Analise e classifique cada item listado, atribuindo uma nota de 1 a 5 para cada aspecto (Gravidade, Urgência e Tendência), ou seja, para G, U e T. Leve em consideração o que foi definido nos parâmetros. Esses valores devem ser preenchidos nas três colunas seguintes da tabela.

Passo 3 • Com a tabela preenchida, basta multiplicar as notas de cada item e anotar o resultado na última coluna da tabela. Em outras palavras, basta multiplicar: Gravidade x Urgência x Tendência. O resultado do cálculo de cada item mostra um valor que indica a prioridade do item. Assim, quanto maior o resultado do item, maior prioridade ele tem.

Passo 4 • Ordene, de forma decrescente, os itens de acordo com o resultado. Consequentemente, os itens que estão no topo da tabela devem ser tratados primeiro e, na sequência, os itens seguintes até o final da tabela, em que estão os itens com prioridade mais baixa.

O resultado principal desse momento é a validação do diagnóstico do território, elaborado por meio da ASIS de cada município e da região, considerando os aspectos técnicos, administrativos, políticos e éticos, para uma leitura das necessidades de saúde do território. **Esse produto subsidia a priorização da LC elaborada em cada região de saúde.**

Cada ciclo mensal é desenhado com um momento inicial de compartilhamento de conhecimentos prévios; ofertas de novas ferramentas e estratégias de aplicação simulada; um momento de aplicação dessas ferramentas na realidade de cada grupo, e com posterior análise da produção das equipes, com um processo em espiral de reorganização do conhecimento e das práticas em serviço.

Em cada movimento, provocado pelos facilitadores, a leitura de contexto e de necessidades, a cartografia do território vivo, com os respectivos serviços da microrregião, a priorização de problema e a definição de LC foram desenhados em espiral. Nele, o participante ativa o que já conhece e amplia seu aprendizado na fase do compartilhamento do TBL. Nos encontros de trabalho aplica-se os conhecimentos na realidade, qualificando, assim, o contexto.

As mesas de negociação são amplamente utilizadas em diversos cenários, visando construir consensos e estabelecer pactuações de responsabilidades. Elas reúnem diferentes partes interessadas para debater questões de interesse comum e alcançar acordos mutuamente benéficos.

Métodos de implementação da Classificação e da Estratificação de Risco nos territórios como ponto de partida

A Estratificação de Risco no Sistema Único de Saúde (SUS) é um processo importante para melhorar a gestão do cuidado, direcionar recursos de maneira eficaz e promover a saúde da população. Pode ser eficaz à medida que se utiliza da análise de necessidades de saúde, da integração entre os

serviços de saúde, dos processos de trabalho das equipes e da participação do usuário para a qualificação do cuidado, considerando, sempre, a realidade e a diversidade das pessoas que habitam nesses territórios.

Para realizar a Estratificação de Risco (**vide Anexo 2**), a coleta e a análise das necessidades de saúde de uma comunidade, as entrevistas com o usuário, para compreender suas condições e necessidades de saúde, a aplicação de instrumentos de avaliação do risco, o trabalho interprofissional, com elaboração do Plano Terapêutico Singular (PTS), e o trabalho em Rede são elementos fundamentais para realizar e monitorar a Estratificação de Risco das pessoas. A elaboração de protocolos, envolvendo os trabalhadores e usuários, são fatores críticos de sucesso para efetiva estratificação.

Considerando as ações e os instrumentos ofertados no Manual Saúde Redes, os participantes, respeitando as singularidades municipais e regionais, elaborarão a Estratificação de Risco dos usuários conforme seja escolhida a prioridade sanitária, organizando as ações de cuidado centrado nas pessoas, a partir da AB.

Bibliografia

CALMON P.; COSTA, A. T. Redes e Governança das Políticas Públicas, RP3. **Revista de Pesquisa em Políticas Públicas**. CEAG, UNB, 2013.
CICONELLO NETO, V. A. **Territorialização Integrada - Planilhas**: uma ferramenta simples na classificação de risco familiar. Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde CONASEMS, 2017.
SCHÖN, D. **Educando o profissional reflexivo**: um novo design para o ensino e a aprendizagem. Artes Médicas Sul, Porto Alegre, 2000.

CAPÍTULO 4

Definindo Rotas para o Território sob a Perspectiva da LC



Capítulo 4 •

A leitura apurada do território, construída coletivamente, evidencia, gradativamente, os problemas de saúde prioritários para a região, de modo contextualizado e singularizado.

Ribeiro e Tanaka (2013) abordam a dimensão da governança regional e territorial como o olhar dedicado ao processo de planejamento territorializado, considerando a multiplicidade de atores que participam da tomada de decisão, que compartilham das mesmas necessidades e dos mesmos objetivos, e influenciam, com sua experiência e saber, sobre a prática nas políticas públicas de uma determinada região ou território.

Um dos focos do Manual Saúde Redes é qualificar e ampliar a governança regional, a partir das ações de reconhecimento e priorização de problemas comuns e produção de conhecimento coletivo, considerando a centralidade das ações de cuidado. Para tanto, é importante estimular o reconhecimento das diferenças entre grupos e indivíduos, mas caminhar para uma priorização de problemas e agendas coletivas que facilitem a governança regional e inclua grande parte dos atores.

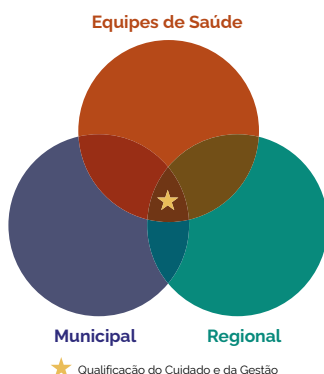


Caso o método seja implementado em mais de uma região de Saúde, uma forma de qualificar as ASIS construídas pelas regiões, é a realização de **Plenárias Inter-regionais**, momento em que os ativadores/facilitadores apresentam uma síntese dessas leituras entre os pares, favorecendo contribuições mútuas, que podem ser incorporadas umas às outras. Esse processo de ASIS compartilhada é uma iniciativa potente para amplificar as perspectivas sobre fragilidades e potencialidades regionais.

A atividade reafirma a importância do trabalho em rede, com valorização individual e coletiva nos trabalhos dos grupos. Como resultado temos a ASIS ampliada, validada pelos gestores locais, e a construção de uma identidade regional mais consolidada. Esse produto subsidia a priorização da LC a ser elaborada por cada região.

Se a opção for por organizar GT Municipais e GT Regional, com a análise e sistematização da leitura da situação de saúde pelos GTs, inicia-se o **Ciclo Priorizar, o qual tem importante função metodológica, uma vez que promove a intersecção das diferentes escalas territoriais onde a proposta atua e o cuidado se efetiva**, conforme a Figura 6, a seguir, demonstra:

Figura 6 - Intersecção das diferentes dimensões de implicação do método Saúde Redes



Fonte: elaborado pela equipe de coordenação técnico-pedagógica - HAOC, 2023 (Adaptado).

Metodologicamente, o encontro é operacionalizado no espaço coletivo das Plenárias Municipais e contempla um conjunto de atividades encadeadas e subsequentes, que conduzem os participantes para:

- O reconhecimento e a apropriação das produções prévias.
- A identificação do protagonismo e corresponsabilização dos profissionais atuantes na rede.
- As incorporações práticas de elementos conceituais.
- A definição de encaminhamentos para finalização dos produtos municipais e regionais.

A proposta de operacionalização do encontro está consubstanciada em alguns movimentos, que devem ser precedidos de uma encomenda para preparação dos materiais a serem compartilhados pelas equipes, e que

foram produzidos na dispersão do encontro que abordou a territorialização/estratificação de riscos/análises de fluxos. A ideia é que seja possível realizar o compartilhamento dos mapas territoriais, da classificação de risco familiar e da análise dos fluxos de cuidado durante o encontro.

No encontro, serão realizados 6 movimentos que visam à **validação das prioridades sanitárias municipais** e à **definição das bases para a construção da Estratégia municipal de Qualificação da LC na RAS**.

O primeiro movimento propõe justamente o compartilhamento das produções dos serviços de saúde, encomendados previamente. Para tanto, cada equipe apresenta seu produto, procurando destacar os elementos que considera mais importantes para o município. Ao final das apresentações, recomenda-se, para a execução do segundo movimento, utilizar uma ferramenta metodológica de priorização para ajudar as equipes a classificarem os achados, a partir dos pontos estabelecidos, e acharem qual é a prioridade, a partir de uma reflexão técnica baseada na aplicação da Matriz GUT.

Os movimentos seguintes têm como proposta a análise das prioridades das equipes dos serviços, visando a sua compatibilização, para a composição das prioridades sanitárias municipais. É importante estar atento ao fato de que, no processo de planejamento ascendente, as prioridades têm "camadas" em seu processo de desenvolvimento (conforme a Figura 6), portanto, as prioridades locais de cada serviço de saúde não devem deixar de serem tratadas dessa forma, nesse âmbito, mas deve ser articulada entre os diversos serviços do município, para que, assim, seja possível a definição do conjunto de prioridades sanitárias no âmbito municipal.

Para o terceiro movimento, **os participantes do encontro são estimulados a participar de uma Mesa de Negociação, que tem a intenção de estimular o estabelecimento de um espaço de gestão local da Rede**.

A construção de consenso é um instrumento inclusivo e participativo e viabiliza benefícios que são desejados nas situações coletivas: a preservação das diferenças e das discordâncias, a consideração com os interesses de todos, incluindo os das minorias, e a construção do espírito de equipe. Nesta intencionalidade as Mesas de Negociação são amplamente utilizadas

em diversos contextos, como em relações trabalhistas, políticas públicas, negociações empresariais e resolução de conflitos comunitários. Elas reúnem diferentes partes interessadas para debater questões de interesse comum e alcançar acordos mutuamente benéficos.

Objetivos das Mesas de Negociação:



Construção de consensos

- Criar um espaço de diálogo democrático e participativo.
- Identificar interesses convergentes entre as partes.
- Reduzir conflitos por meio de soluções negociadas.

Gestão de conflitos

- Mediar divergências entre partes com interesses distintos.
- Facilitar a resolução pacífica e estruturada de disputas.
- Evitar judicialização e prolongamento de conflitos.

Pactuação de responsabilidades

- Definir atribuições e compromissos claros para cada parte envolvida.
- Garantir a execução de medidas acordadas de forma equitativa.
- Criar instrumentos de acompanhamento e monitoramento.

Promoção da transparência e legitimidade:

- Garantir que todas as partes tenham voz e sejam ouvidas.
- Estimular a confiança mútua entre os participantes.
- Proporcionar maior credibilidade aos acordos firmados.

Tomada de decisão coletiva

- Articular interesses e posições para definir estratégias comuns.
- Buscar soluções sustentáveis e de longo prazo.
- Criar condições para implementação prática dos acordos.

Na implementação do Saúde Redes sugere-se a utilização dessa estratégia para complementar e reforçar o processo de priorização da LC, com vistas à consolidação dos pactos, responsabilidades e compromissos entre os diversos atores envolvidos.

A Mesa de Negociação pode ser inicialmente aplicada de forma simulada, em que os ativadores, facilitadores e participantes locais se colocam

como tomadores de decisão, visualizando os problemas e entraves na organização de uma RAS que tem muitos atores, e permitindo que cada um contribua com sua visão, a partir do lugar que ocupa na organização do cuidado.



Os diálogos simulados são muito potentes para a reflexão dos participantes, e resulta em um maior envolvimento no debate e nas propostas de pactuação entre os envolvidos na construção das ações de saúde de forma colaborativa. A atividade cumpre sua intencionalidade de fortalecer a compreensão dos participantes sobre a construção do cuidado integrado, a participação e a responsabilidade de cada um no desenho da Rede de Atenção, na perspectiva regional.

Tomando por base as ASIS regionais, é possível relacionar os principais problemas de saúde e os critérios que justificaram suas escolhas, considerando as dimensões sociais, técnicas e políticas em cada região de saúde. A definição de critérios auxilia os gestores na priorização de problemas que tenham uma correlação entre as necessidades/problemas de saúde do território e a capacidade da região de atuar sobre eles.

É importante ressaltar, que a compreensão de que um problema de saúde pode ser definido como algo considerado fora dos padrões de normalidade, no que se refere aos riscos à saúde, às formas de adoecimento e morte da população. Seu enfrentamento requer um processo de orientar a definição de ações, que promovam a melhoria das condições de vida e saúde, expressas por meio da alteração dos indicadores epidemiológicos e sociais.

Nessa perspectiva, ao se fazer a identificação e a análise dos problemas de saúde da população de um determinado território, as equipes de trabalho podem ser estimuladas a refletir sobre a compreensão de que os problemas relativos ao Sistema e aos de serviços de saúde são parte da rede explicativa dos primeiros, e não o objetivo central do planejamento.



Formas e ferramentas para definir o problema priorizado sob a perspectiva da LC

A definição da problemática de saúde, que será abordada, em determinada região, sob a perspectiva da LC, é de fundamental importância. **Além de estratégias que apoiem os atores nessa escolha, faz-se necessário o envolvimento ativo dos gestores locais nessa definição, em uma Mesa de Negociação.**

A priorização de problemas é um processo de negociação, a partir do diálogo entre os atores envolvidos, com diferentes perspectivas, valores e interesses presentes.

Gestores locais e ativadores sentam juntos à Mesa de Negociação, a partir de uma lista de problema de saúde, identificados pela leitura e ASIS da região, para **definirem o problema prioritário para aquele contexto, sob o qual se desenvolverá o exercício de elaboração de uma LC Regional.**

Os representantes dos COSEMS, SES e MS, quando presentes, podem contribuir com a decisão sobre a priorização, trazendo elementos programáticos referente aos problemas/temáticas elencados.

A utilização de alguma técnica nesse momento pode contribuir para um processo mais transparente e legitimado pelo coletivo, ao se atribuir ordem de prioridade, por meio do uso de matrizes, que analisam diferentes combinações de critérios. Assim, ainda que exista um consenso aparente entre o grupo, sugere-se que seja realizada uma discussão sobre os critérios da matriz de priorização, pois esses podem, ainda, lançar luz sobre aspectos relacionados à estrutura explicativa do problema e a capacidade de enfrentamento pelo grupo.

Vários são os critérios que podem ser utilizados para a priorização, sendo uma das possibilidades a combinação entre:

Urgência: critério que está relacionado à premência da intervenção diante das consequências derivadas do problema.

Grau de importância: nível de impacto desse problema no grupo.

Capacidade de enfrentamento: deriva do conceito de governabilidade, entendido como sendo a relação entre as variáveis controladas e as não controladas pelo grupo para enfrentar o problema. Refere-se à disponibilidade de recursos administrativos, técnicos e políticos.

Custo: investimento financeiro necessário para o enfrentamento do problema.

A reflexão sobre os pontos fortes e as dificuldades enfrentadas na região de saúde para a qualificação da LC escolhida, bem como a validação desse processo na CIR e a articulação do método com a construção do PRI, podem potencializar e consolidar o futuro das Estratégias de Qualificação da LC.

FLUXOGRAMA ANALISADOR

Com a problemática escolhida pelos atores relevantes da região, a oferta de uma ferramenta como o Fluxograma Analisador, revela-se potente.

Segundo Merhy e Onoko (1997), o uso de ferramentas analisadoras que operam com a informação cotidiana podem possibilitar **“a exposição do modelo cotidiano (instituído) de construir uma certa modalidade de atenção à saúde, imperante no serviço, e expressão da rede de articulação dos vários níveis tecnológicos das práticas de saúde”** (Merhy e Onoko, 1997, p. 126).

O fluxograma pode apoiar a construção do desenho da LC real em relação ao agravo escolhido, em que os atores têm a possibilidade de considerar os limites e as potências em relação ao **percurso do usuário no território**, os fluxos nos serviços e entre serviços, dentro e fora dos municípios.

Essa análise tem a intencionalidade de sustentar a produção de um itinerário terapêutico, reconhecendo o usuário como centro da atenção, a capacidade de atuação e articulação dos serviços, as ferramentas de gestão e a potencialidade de construir novas avenidas de gestão e de atuação da AB.

O desenho do fluxograma pode **descrever o que foi realizado e como**, evidenciando **potências e desafios a serem enfrentados**. Ele permite a construção coletiva da narrativa do vivido na produção do cuidado e fortalece o (re)conhecimento, pelos participantes, da conformação atual da Linha de Cuidado com a qual a região vai trabalhar.

Quando o coletivo tem a oportunidade de problematizar o mundo do trabalho, revelado pela análise da micropolítica, **o próximo movimento é o questionamento de quais mudanças seriam necessárias para a qualificação desse processo**.

É possível, então, promover a reflexão sobre as lacunas existentes para a integração sistêmica entre os diferentes pontos de atenção da Rede, na perspectiva das equipes de saúde, bem como discutir a capacidade da AB para assumir a prerrogativa (normativamente atribuída) de ordenadora da Rede e coordenadora do cuidado diante do contexto atual.

Compartilhar o cuidado pressupõe compreender que a complexidade de determinadas situações de saúde demanda intervenções conjuntas para alcançar soluções possíveis. Para tanto, são necessários arranjos e dispositivos que privilegiam a comunicação transversal entre as equipes e técnicas relacionais, que permitam o desenvolvimento de uma clínica compartilhada. É importante a construção conjunta de diagnósticos e terapêuticas, incluindo, nas equipes de saúde, o olhar intersetorial e do usuário e sua família, em sua comunidade.

A definição de temáticas a serem desenvolvidas por meio do TBL pode atuar como forma de apoio ao processo de identificação de Estratégias de Qualificação da LC. Nesse sentido, a oferta de aprofundamento de temas, como gestão do cuidado integrado, compartilhamento do cuidado, autocuidado apoiado, teleconsulta, PTS, clínica ampliada, matriciamento, entre outras, promovem reflexões significativas.

Para tanto, escolhe-se representantes de cada serviço de saúde, os quais buscarão o estabelecimento do consenso acerca da(s) prioridade(s) comum(ns) que deverá(ão) subsidiar a elaboração posterior da Estratégia. Para operacionalizar a **Mesa de Negociação**, sugere-se que ela seja **conduzida por um facilitador**, que execute a seguinte dinâmica:

Figura 7 - Operacionalização da Mesa de Negociação



O restante do grupo estará como observador da negociação e deve estar atento aos movimentos da negociação, inclusive, porque parte dos observadores comporão as "rodadas" seguintes da mesa, de acordo com o número de prioridades elencadas pelo conjunto de serviços e definidas, previamente, como objeto relevante de negociação para o município.

Recomenda-se que o número de "rodadas" seja convergente com o número de prioridades sanitárias a serem definidas para o âmbito municipal/regional. Assim, a participação do Secretário Municipal de Saúde e sua equipe de gestão é fundamental para apoiar essa definição.

Para melhor condução da Mesa, pode ser usado o recurso **"congela/descongela"**, conforme orientação, a seguir: para cada "rodada" de negociação, faz-se uma pausa (congela), para que os representantes, que estão como observadores, possam fazer pontuações sobre possíveis estratégias para potencializar a negociação em curso, inclusive, podendo haver a troca de representantes. Após essa primeira pausa, a negociação deve continuar do ponto onde ela foi congelada (descongela).

Após a última rodada, o facilitador encerra a atividade e orienta que alguns participantes da mesa (preferencialmente, aqueles que não tenham participado das negociações e tenham sido escolhidos como relatores de forma prévia) sejam responsáveis pela sistematização dos pactos realizados, redigindo-os, por exemplo, em um *flipchart* ou com o auxílio de um equipamento eletrônico de projeção visual.

Com o apoio da sistematização feita pelos relatores, o facilitador conduz o grupo, agora em plenária, a refletir, a partir de todas as atividades anteriores e dos argumentos utilizados na mesa de negociação, sobre a definição das prioridades sanitárias municipais. Para tanto, é importante reforçar que os participantes tenham uma análise crítica para além do seu serviço de referência, abrangendo, assim, o nível municipal.

CONSTRUÇÃO DE ITINERÁRIOS

No quarto movimento, propõe-se que os participantes sejam organizados em pequenos grupos, com composição de integrantes dos diversos serviços de saúde presentes e tematizados pelas prioridades sanitárias municipais definidas. O objetivo desse movimento é a construção de itinerários terapêuticos ideais (**vide o Anexo 4**), que apontem para onde a Rede precisará de investimentos para melhoria de sua estrutura e de seus processos assistenciais e de gestão. **Os itinerários terapêuticos ideais construídos deverão ser apresentados em plenária por representante eleito em cada grupo**, momento em que os demais grupos poderão contribuir com sugestões e alterações na construção de cada elaboração ideal colocada para o coletivo maior.

IDENTIFICAÇÃO DE LACUNAS

O quinto movimento será decorrente desses produtos, e seu objetivo é que, em pequenos grupos (mesma composição do movimento anterior), sejam identificadas lacunas existentes na RAS (estruturais e de processos de trabalho), as quais servirão de subsídio para propostas de qualificação do cuidado, em cada prioridade sanitária.

Para a sistematização das lacunas identificadas e possíveis ações de qualificação, sugere-se a seguinte estrutura:

Quadro 2 - Fragilidades e propostas de ações para a Prioridade Sanitária

Prioridade Sanitária

Ex.: reduzir internamentos de usuários com quadros de sofrimento mental.

Instância	Lacuna (descrição da fragilidade)	Proposta de ação
Local (serviços)	Ex.: Projetos Terapêuticos em Saúde Mental desatualizados.	Ex.: revisão dos Projetos Terapêuticos dos usuários de Saúde Mental ativos.
Municipal	Ex.: padronização de encaminhamentos dos casos agudos em Saúde Mental desatualizados.	Ex.: revisão dos Projetos Terapêuticos dos usuários de Saúde Mental ativos.
Regional	Ex.: • Alto número de encaminhamentos para a AE em Saúde Mental nos serviços de referência regional. • Insuficiência de serviços regionais de referência em Saúde Mental.	Ex.: • Atividades de telemetramento em Saúde Mental garantido na agenda da AB e AE. • Aumento de 1 serviço de Saúde Mental na região.

Fonte: elaborado pela coordenação técnico-pedagógica – HAOC, 2023 (Adaptado).

PLANEJAMENTO E PACTUAÇÃO FINAL

O sexto e último movimento tem por objetivo o fortalecimento do processo de planejamento ascendente e de governança municipal da RAS, com a construção dos pactos técnicos e políticos necessários ao desenvolvimento da futura Estratégia de Qualificação da LC. Para tanto, mais uma vez, será de extrema importância a participação do Secretário Municipal de Saúde e sua equipe de gestão, além dos consórcios, onde houver, pois a ideia é que sejam definidos as ações estratégicas, os prazos esperados e os responsáveis pelas prioridades sanitárias.

Esse movimento deverá ocorrer em plenária, com a apresentação das propostas de ação desenhadas em cada prioridade sanitária, nos pequenos grupos do movimento anterior.

Para tanto, cada pequeno grupo deverá ter escolhido, previamente, um relator. Recomenda-se que a condução desse momento seja feita por um facilitador e que o produto dela seja construído a partir da seguinte estrutura:

Quadro 3 - Ações estratégicas, prazos esperados e responsáveis pela Prioridade Sanitária

Prioridade Sanitária			
Prioridade 1			
Ação estratégica proposta	Resultado esperado	Prazo esperado para finalização	Responsáveis
Ação 1.1	Resultado 11	Prazo 11 (mês e ano)	Nomes e funções dos responsáveis
Ação 1.2	Resultado 12	Prazo 12 (mês e ano)	Nomes e funções dos responsáveis
Ação 1.3	Resultado 13	Prazo 13 (mês e ano)	Nomes e funções dos responsáveis

Fonte: elaborado pela coordenação técnico-pedagógica – HAOC, 2023 (Adaptado).

Ao final dessa atividade, será possível olhar para a Rede em camadas, evidenciando que cada serviço tem responsabilidade de atuar nas prioridades eleita(s) por suas equipes, bem como participar e contribuir na definição das prioridades municipais e regionais, mas com outras perspectivas de atuação.

Essa escolha metodológica reforça a importância da comunicação entre os serviços de saúde e da pactuação entre gestores e trabalhadores como parte da produção do cuidado, e ela, também, permite que todos participem do processo nos tempos oportunos, de acordo com seus papéis de atuação na Rede. Isso significa dizer, que há a oportunização da participação de todos, sem confusão de papéis de sensação de perda de tempo, seja por estarem todos sempre fazendo todas as atividades, seja por uma gestão que acaba se desenhando de forma hierárquica, por ter dificuldade de organizar processos eficazes de escuta e captação das importantes percepções dos trabalhadores.

O interstício entre esses últimos dois encontros deve ser preenchido por um trabalho conjunto do GT Regional, visando à construção de Estratégias para Qualificação da LC e da sua governança, em nível regional. Para tanto, recomenda-se que o GT Regional realize uma análise crítico-reflexiva de

todos os produtos, até o momento, elaborados em nível regional, e dos produtos oriundos do Ciclo Priorizar, com foco na definição das fragilidades encontradas para cada prioridade sanitária. Essa análise servirá de subsídio para que sejam realizadas buscas de referenciais técnico-científicos, para a qualificação do cuidado, a organização do acesso e a governança da RAS nas prioridades sanitárias estabelecidas.

Outrossim, durante esse período, **o GT Regional deverá estudar possibilidades de respostas específicas (de acordo com as prioridades definidas), para a qualificação da capacidade de resposta e da governança da RAS, em nível regional**, seja, por exemplo, buscando publicações técnicas da Secretaria Estadual de Saúde (SES), ou Ministério da Saúde (MS), sobre as referidas prioridades, em sínteses de evidências da EVIPNet, ou mesmo em outras fontes da literatura científica. Dentre as muitas possibilidades para essa busca, é possível citar alguns dispositivos técnicos frequentemente disponíveis:

- Linhas-guias.
- Diretrizes clínicas.
- Protocolos assistenciais e de regulação.
- Manuais técnicos das RAS.

Como produto dessa atividade de dispersão, espera-se que o GT Regional sistematize os achados de forma estruturada, para que sejam usados no próximo encontro presencial.

Considerando que é possível que tenham sido definidas mais de uma prioridade sanitária regional, recomenda-se que o GT possa dividir seus membros de acordo com o número de prioridades existentes, de forma a propiciar que as tarefas possam ser realizadas em tempo adequado. Sugere-se o seguinte formato para o registro dos achados:

Quadro 4 - Achados embaixadores da ação proposta

Prioridade Sanitária Prioridade 1		
Lacuna (descrição da fragilidade)	Ação proposta	Achados que embasam a ação proposta
Lacuna 1	Ação 1	Achado 1.1 Achado 1.2 Achado 1.n
Lacuna 2	Ação 2	Achado 2.1 Achado 2.2 Achado 2.n

Fonte: elaborado pela coordenação técnico-pedagógica – HAOC, 2023 (Adaptado).

A última atividade do Ciclo Priorizar, assim como suas respectivas tarefas de dispersão, a serem executadas em parceria pelo GT Regional e GT Municipais, tem como principal objetivo a pactuação de possíveis ações para a qualificação cuidado, organização, gestão e governança da RAS nas prioridades municipais e regionais definidas, e que deverá culminar na construção efetiva de dois tipos de produtos:

- **Estratégias Municipais de Qualificação da LC**
- **Estratégia Regional de Qualificação da LC**

Ambos podem assumir diferentes formatos e estruturas, mas, de forma geral, contemplam o conjunto de ações estratégicas a serem desenvolvidas para promover a qualificação do cuidado nos municípios e a integração da RAS na região, a partir das prioridades trabalhadas e das oportunidades sinérgicas identificadas.

Metodologicamente, esse encontro deverá ser iniciado com a realização de uma apresentação sintética sobre os achados para qualificação da organização e da governança da RAS nas prioridades sanitárias da região. Assim, realiza-se o compartilhamento das produções (caso tenha sido dividida por prioridade sanitária, conforme sugerido), e, em seguida, recomenda-se a formação de pequenos grupos (em formato diferente daqueles que realizaram as buscas), para análise dos achados e a discussão sobre

as conexões identificadas entre as fragilidades levantadas e as propostas de ação com potencial para qualificar a RAS. Sugere-se, ainda, que essa atividade seja conduzida por um facilitador, o qual poderá ajudar os pequenos grupos na sistematização de suas reflexões, que podem ser produzidas por meio de um painel de visualização móvel (com tarjetas), construído a partir da seguinte consigna:

“Quais potencialidades e limitações reconhecemos nas conexões entre as fragilidades levantadas e as propostas de ação apresentadas?”

É importante que os participantes, com o auxílio do facilitador, compreendam as potencialidades e limitações, considerando as evidências técnico-científicas apresentadas, mas, também, o contexto político e técnico da região. Isso se justifica, pois é sabido que nem sempre é viável implementar ações em um dado contexto, mesmo quando as evidências apontam que os resultados positivos são bastante frequentes em decorrência de uma determinada ação.

As considerações de cada pequeno grupo devem ser anotadas por um relator, para que, no retorno à plenária, haja o compartilhamento das reflexões de cada grupo e seja produzida uma síntese estruturada delas. Recomenda-se a seguinte estrutura de síntese:

Quadro 5 - Síntese das ponderações e definição do grupo sobre as ações propostas		
Prioridade Sanitária		
Prioridade 1		
Proposta de ação	Ponderações contextuais a favor ou contrárias	Definição do grupo
Ação 1	Ponderação 1.1 Ponderação 1.2 Ponderação 1.n	() deve ser adotada. () não deve ser adotada.
Ação 2	Ponderação 2.1 Ponderação 2.2 Ponderação 2.n	() deve ser adotada. () não deve ser adotada.

Fonte: elaborado pela coordenação técnico-pedagógica – HAOC, 2023 (Adaptado).

Para o preenchimento dessa estrutura proposta, sugere-se que, após as apresentações dos relatores, o grupo possa realizar a definição (que pode ser consensual ou por votação) sobre a adoção, ou não, da proposta de ação na estratégia regional. Após essa definição, o facilitador deverá conduzir todo o grupo para mais um nível de análise sobre as propostas de ação escolhidas, apoiado na reflexão, para cada uma das ações, dos seguintes aspectos:

- Temos convicção de que essas propostas de ação precisam ser **trabalhadas em nível regional**, ou ficam **restritas a um ou alguns municípios**?
- A região possui à disposição, ou avalia como possível conquistar, os recursos (políticos, técnicos, administrativos e financeiros) necessários para implementar essas ações?

A ideia é que, após as discussões, o grande grupo possa produzir uma nova síntese (derivada do movimento anterior e constando apenas aquelas propostas de ação que foram definidas como “deve ser adotada”), estruturando-a da seguinte forma:

Quadro 6 - Análise de pertinência e viabilidade das ações propostas

Proposta de ação	Análise de pertinência e viabilidade	Definição do grupo
Ação 1	☐ é pertinente à região. ☐ é pertinente a um ou alguns municípios. ☐ possuímos o conjunto de recursos. ☐ não possuímos o conjunto de recursos.	☐ deve ser adotada. ☐ não deve ser adotada.
Ação 2	☐ é pertinente à região. ☐ é pertinente a um ou alguns municípios. ☐ possuímos o conjunto de recursos. ☐ não possuímos o conjunto de recursos.	☐ deve ser adotada. ☐ não deve ser adotada. Nomes e funções dos responsáveis

Fonte: elaborado pela coordenação técnico-pedagógica – HAOC, 2023 (Adaptado).

Mais uma vez, o facilitador deve apoiar o grupo na construção de consensos ou na votação para a escolha das opções propostas, na estrutura acima.

A produção das reflexões e a construção da síntese devem primar pelo respeito à divergência de opiniões, mas deve, também, ser carregada de objetividade para que o grupo possa chegar ao produto final.

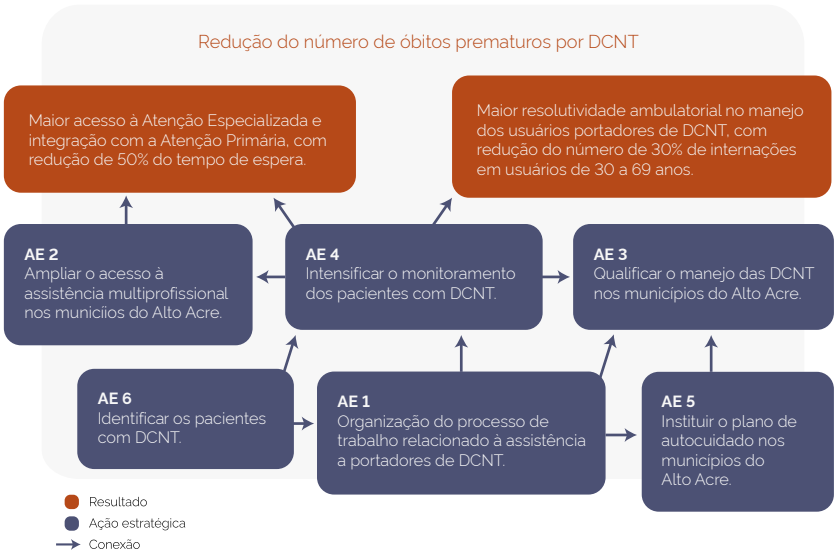
Após todos esses movimentos, o encontro deve ser encerrado com a pactuação do conjunto de tarefas a serem trabalhadas em dispersão, as quais serão desenvolvidas em duas frentes: no âmbito regional e no âmbito dos municípios.

NO ÂMBITO REGIONAL

O GT Regional deverá iniciar a tarefa de dispersão, elegendo um coordenador a quem caberá conduzir o grupo na elaboração de uma sistematização da síntese da Estratégia Regional, a qual consubstancia a visão de futuro sobre cada prioridade sanitária definida.

Recomenda-se a seguinte estrutura - exemplo de prioridade regional, para a sistematização da visão de futuro:

Figura 8 - Visão de futuro da prioridade sanitária regional



Fonte: COSEMS - AC, 2023 (Adaptado).

Após a sistematização da visão de futuro, o coordenador deverá iniciar a sistematização da Estratégia Regional de Qualificação da LC, para a qual recomenda-se a seguinte estrutura:

- ASIS das prioridades sanitárias da região.
- Visão de futuro para cada prioridade sanitária.
- Breve descrição das ações estratégicas de cada prioridade sanitária, apresentando as justificativas para a escolha e resultados esperados.

NO ÂMBITO DOS MUNICÍPIOS

Cada GT Municipal deverá eleger um coordenador, a quem caberá conduzir o seu respectivo grupo na realização de atividades locais, visando a uma reprodução dos movimentos realizados nas tarefas de dispersão dos dois últimos encontros entretanto, restrita ao âmbito municipal. Assim, recomenda-se o uso das mesmas ferramentas, porém, ressaltando-se o fato de que todas as produções devem considerar apenas a realidade de cada município. A ideia é que os GT Municipais cheguem a produtos semelhantes àqueles construídos pelo GT Regional, mas singularizados para a escala municipal.

Cada GT municipal, liderado por seu respectivo coordenador, deverá sistematizar a visão de futuro para cada uma das prioridades sanitárias de seu município, realizando, também, a sistematização da Estratégia Municipal de Qualificação da LC. Para ambos (visão de futuro e Estratégia Municipal), as estruturas propostas são semelhantes às construídas no âmbito regional.

Importante ressaltar, que o GT de cada município pode se desdobrar em algumas Mesas Técnicas, pois essas são organizados por temas, os quais estão ligados a cada prioridade sanitária identificada. Para além do coordenador, citado acima, é indicado que trabalhadores estratégicos da Rede, ligados a todas as esferas de complexidades, componham essas Mesas.

Observação importante: caso o município escolha apenas 1 prioridade sanitária, pode-se manter o GT inicial com novos atores, se necessário, e caráter de Mesa Técnica.

EXEMPLO

Prioridade sanitária: qualificação do cuidado de Depressão e Ansiedade.

Componentes da Mesa Técnica: um coordenador de referência, um médico ou enfermeiro de AB, um trabalhador da eMulti, dois trabalhadores do CAPS Adulto, um médico psiquiatra e/ou coordenador do ambulatório de especialidades existente (pela característica prescritiva no município) e um farmacêutico da farmácia central.

Ao final das tarefas de dispersão, o Ciclo Priorizar chegará ao fim, tendo as estratégias municipais e regionais como entregas fundamentais. Essas servirão como “bússolas” para a atuação das equipes de gestão e governança da RAS nas prioridades sanitárias pactuadas, permitindo que o processo de implementação seja iniciado. Como todo instrumento de planejamento, as estratégias devem ser “vivas” e dinâmicas, permitindo que a realidade molde possibilidades de “caminhos” alternativos, sempre que a factibilidade, viabilidade ou mesmo a eficácia das ações forem comprometidas. Isso quer dizer, que pode envolver revisão de protocolos, mudança de organização de equipes e categorias profissionais específicas, aumento e/ou diminuição de serviço.

EXEMPLO

A Rede sofria com a fila de pediatria e tinha uma demanda de contratação de novos pediatras, mas com a reorganização da Região de Saúde os pontos de atenção se organizaram, por consequência, o cuidado também, e a contratação de novos pediatras não se faz mais necessária para esse novo contexto. Atualizar a pertinência, nesse contexto, e refletir, enquanto gestores, sobre as novas necessidades identificadas ao longo de todo o processo, são passos essenciais. Além disso, considerar o redirecionamento de recursos para atender a essas demandas torna-se um fator crítico para o sucesso da implementação.

Sua implementação deverá ser objeto de metodologia específica, a qual será abordada e refletida, no capítulo seguinte, quando se inicia o Ciclo Implementar.

Como mencionado, anteriormente, diferentes percursos aconteceram nas regiões em função das habilidades, competências e metodologias adotadas. As Estratégias de Qualificação da LC, no contexto do método Saúde Redes, visa apoiar a construção do processo de mudança da realidade, a partir do reconhecimento das necessidades de saúde. É uma das estratégias para o fortalecimento da regionalização da gestão e do cuidado em Redes.

Para chegarmos a esse momento, os municípios da região enviaram esforços para reconhecimento da situação de saúde local e da Rede de serviços. **Identificaram uma linha de cuidado prioritária para a região, como uma possibilidade de resposta mais efetiva às pessoas que necessitam e que demandam por cuidados à sua saúde.**

Os ativadores locais, em constante contato com os trabalhadores, gestores e usuários, têm elementos para identificar as lacunas da LC que precisam de atenção, e quais lacunas são essenciais para fazer a Linha operar de forma integrada em Rede. Para tanto, problematizam a LC escolhida e desenhada, considerando um *rol* de aspectos significativos, como:

- Os pontos de atenção municipais e regionais, o perfil assistencial de cada ponto de atenção.
- O mapeamento e a estratificação de risco para o agravo escolhido.
- O manejo do cuidado em função da classificação de risco, considerando promoção, prevenção, cuidado e reabilitação.
- O monitoramento do risco, regulação, discussão colegiada, protocolos existentes, sistema de comunicação/pactuação do cuidado da APS com os diversos pontos de Atenção da Rede (e-Multi, ambulatoriais de especialidades, hospitais).
- A percepção do usuário sobre seu atendimento, entre outros.

Essa análise evidencia as lacunas com potencial para intervir, de modo a qualificar a Linha escolhida.

Partindo das lacunas identificadas, é possível apontar o objetivo da Estratégia de Qualificação da LC, e os resultados que se espera alcançar, estabelecendo uma imagem objetiva para a transformação da realidade, dando início a elaboração do Plano de Ações estratégicas para sua qualificação. Para a sistematização do Plano de Ação, sugere-se o uso da ferramenta 5W2H. O modelo é uma ferramenta para a gestão de projetos. Ela ajuda a ordenar e direcionar o foco das ações que serão estabelecidas.

O 5W2H é um acrônimo derivado das iniciais de sete perguntas, que formam um método de análise e planejamento. Cada letra representa uma pergunta-chave, em Inglês, que precisa ser respondida para o atingimento de um determinado objetivo. A sistematização dessa ferramenta pode ser observada no Quadro 7, a seguir:

Quadro 7 - Ferramenta para gestão de projetos - 5W2H						
Linha de Cuidado:						
Objetivo:						
Resultado Esperado:						
What? O que será feito?	Who Quem o fará?	When Quando será feito?	Where Onde será feito?	Why Por que será feito?	How Como será feito?	How Measure? Como mensurar?

Fonte: Tribunal de Contas da União, 2015 (Adaptado).

A utilização dessa ferramenta apoia o grupo na clareza e na direcionalidade das ações a serem desenvolvidas para a qualificação da LC. Finalizando o processo, o Plano de Ação construído deve passar por um momento de apreciação entre os gestores da região, cuja intencionalidade, além de validar as ações estratégicas elencadas pelos ativadores locais, é assegurar a parceria e o apoio para a continuidade das atividades, uma vez que os

gestores regionais são atores políticos estratégicos, com governabilidade para garantir a sustentabilidade das ações necessárias para implantação da Estratégia de Qualificação da LC a ser desenvolvida na região.

Bibliografia

COSEMS-AC. Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde do ACRE. **Estratégia de qualificação da gestão para organização da Rede de Atenção à Saúde da Região do Alto Acre** – Acre, 2023.

MERHY, E. E.; ONOKO, R. **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

RIBEIRO, P. TANAKA, O. **Governança regional no Sistema Único de Saúde**: explorando conceitos e variáveis de análise. Relatório de Pesquisa. Mimeo, 2013.

CAPÍTULO 5

Acompanhando as Rotas da
Qualificação da LC na RAS

Capítulo 5 •

O processo de **implementação de uma Estratégia Regional**, aos moldes do que é proposto pelo Saúde Redes, demanda dos atores envolvidos a produção de uma compreensão comum sobre o conceito e a prática da implementação, e um senso de corresponsabilidade. Portanto, nesta fase é importante promover o alinhamento conceitual e metodológico do processo de implementação com as equipes, formando um contexto de grupalidade e corresponsabilização, além de aprofundar a compreensão dos referenciais técnicos, políticos e metodológicos que orientarão a implementação, com destaque para o fortalecimento da governança regional e a promoção de um planejamento ascendente e participativo.

O monitoramento das ações de um projeto deve ser organizado desde sua fase inicial, estabelecendo um acompanhamento sistemático e contínuo do desenvolvimento desse projeto, permitindo avaliar se as ações planejadas estão sendo executadas conforme previsto, identificar desafios e ajustar estratégias para garantir que os objetivos sejam alcançados. Esse processo envolve a coleta e a análise de informações sobre os processos, as atividades e os resultados parciais ao longo da implementação.

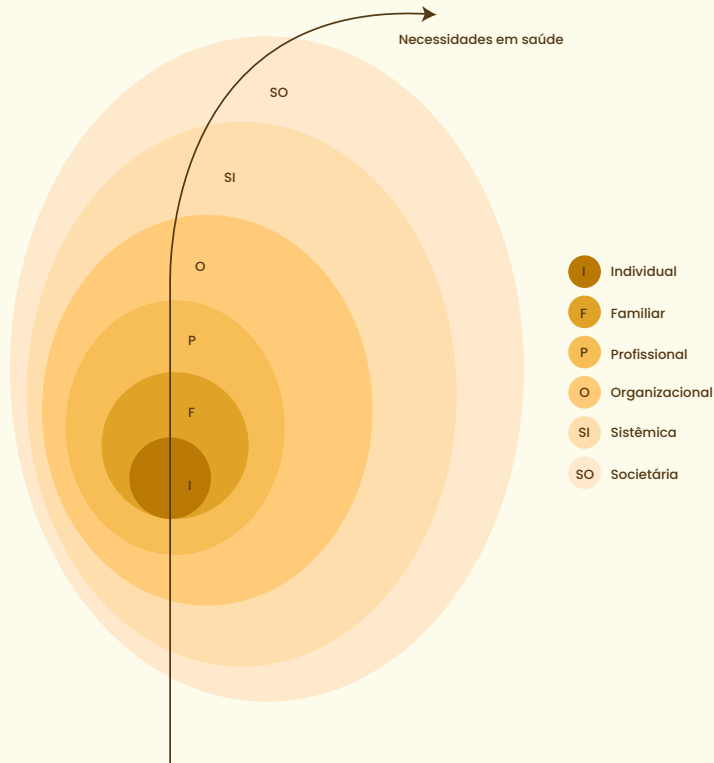
Para que o monitoramento aconteça de forma participativa, gerando engajamento dos atores, é importante criar **encontros síncronos remotos, utilizando ferramentas de gestão para garantir a efetividade das ações planejadas**, a qualificação do cuidado e a resposta adequada às necessidades que os participantes priorizaram. Esse processo não se limita à execução das ações, mas envolve, também, o desenvolvimento da capacidade de planejar, que requer tanto o compromisso com a transformação da realidade rumo a um cenário mais desejável, quanto o reconhecimento de que diferentes atores possuem perspectivas e aspirações legítimas, que devem ser consideradas ao longo do percurso (Lima, 2022).

A transformação da realidade implica reconhecer que o cuidado em saúde não ocorre de forma isolada, mas, sim, em um contexto complexo, relacional e dinâmico, no qual diferentes serviços e atores possuem perspectivas, saberes e necessidades definidas pelo território. Nesse sentido, a noção de cuidado ultrapassa a execução de ações pontuais e se concretiza na

organização de Redes, dos pontos de atenção, de relações de confiança entre os diferentes serviços e desses com os usuários, da corresponsabilidade e da escuta qualificada (Belga, 2022).

Conforme Cecílio (2011), **o cuidado é um ato político que emerge da interseção de múltiplas dimensões societária, sistêmica, organizacional, profissional, familiar e individual** (Figura 9, a seguir), todas influenciando a forma como os serviços são ofertados e vivenciados. Diante dessa complexidade, a etapa de monitoramento permite uma avaliação focada e contínua sobre como essas dimensões se articulam na prática, identificando fragilidades e potencialidades no processo de implementação das ações em saúde, e fazendo os ajustes necessários.

Figura 9 - As múltiplas dimensões do cuidado em Saúde



Fonte: Cecilio, 2011, p. 590 (Adaptado).

No nível societário, o monitoramento possibilita verificar se as diretrizes das políticas públicas estão sendo incorporadas ao projeto, garantindo coerência com as necessidades coletivas e a equidade na atenção. No âmbito sistêmico e organizacional, acompanha-se a efetividade da disponibilização dos serviços, o acesso da população e a adequação dos fluxos assistenciais, possibilitando ajustes estratégicos para melhorar a resolutivez da Rede de Atenção à Saúde.

Na dimensão profissional, o monitoramento auxilia na compreensão do impacto das práticas adotadas pelos trabalhadores de saúde, permitindo identificar desafios na assistência e oferecer suporte técnico para aprimorar o cuidado. Já as dimensões familiar e individual reforçam a importância de ouvir os usuários e seus cuidadores no processo avaliativo, garantindo que o projeto esteja alinhado às experiências reais dos sujeitos e às suas trajetórias nos serviços.

A etapa de monitoramento da Estratégia de Qualificação da LC é fundamental para garantir a efetividade das propostas elaboradas pelos participantes das regiões de saúde, voltadas à implementação da RAS. No entanto, apesar dos avanços, ainda há um longo caminho a percorrer para alcançar uma verdadeira integração horizontal no Sistema, superando a fragmentação do cuidado (Almeida, 2018).

A regionalização é um princípio organizativo essencial para a conformação da RAS, pois busca garantir maior governança na gestão dos serviços de saúde, promovendo a coordenação e a cooperação entre municípios e estados. O acompanhamento da execução das políticas permite avaliar se as Redes estão sendo estruturadas com base em critérios, como economia de escala, qualidade, suficiência, acesso e disponibilidade de recursos (Brasil, 2017), prevenindo desperdícios e otimizando a alocação de investimentos.

No contexto das LC, seja na implantação ou na implementação, o monitoramento desempenha um papel essencial ao acompanhar a execução das ações de saúde, auxiliando os participantes a manterem a atenção na continuidade e na integralidade do atendimento aos usuários. Além disso, permite identificar lacunas no percurso assistencial, possibilitando ajustes para aprimorar a efetividade da Rede. Como destacado por Costa *et al.* (2020), compreender os conceitos de território e territorialização é

fundamental para a organização de ações integradas e para a estruturação eficaz das LC, garantindo que as especificidades locais sejam consideradas.

A complexidade dos serviços de saúde exige que os trabalhadores não apenas recebam informações, mas que, também, desempenhem um papel ativo nas decisões e melhorias. O engajamento ativo dos profissionais é fundamental para a construção de soluções eficazes, valorizando sua experiência prática e o conhecimento acumulado. Nesse contexto, o uso de ferramentas como o *dashboard* se destaca. Ele integra dados operacionais e clínicos, permitindo o monitoramento em tempo real de indicadores de saúde, facilitando a tomada de decisões rápidas e precisas (Tamaki, 2012).

A pandemia COVID-19 nos trouxe aprendizados e evidenciou a importância dessas tecnologias, mostrando que, além de emergenciais, elas são fundamentais para otimizar o planejamento, promover a gestão colaborativa e garantir um atendimento mais eficiente e seguro. O *dashboard*, ao permitir uma visão clara e dinâmica das informações, fortalece a capacidade de resposta do Sistema de Saúde e apoia a construção de modelos de cuidado mais resilientes e adaptáveis (Celuppi, 2021).

É possível que tenha ocorrido alguma distância temporal entre a formulação da Estratégia Regional e o início da fase de implementação (Ciclo Implementar), ou mesmo uma mudança de contexto que demande que os atores estratégicos tenham que fazer adaptações na Estratégia. Assim sendo, recomenda-se que o grupo realize uma leitura crítica da Estratégia Regional construída, com o foco em algumas questões estratégicas:

Existem novos elementos de contexto, que possam ser inseridos na Estratégia Regional?

Neste momento, há algum elemento com maior prioridade?

Para promover o alinhamento técnico-conceitual da equipe em relação ao conceito de implementação, sugere-se realizar uma discussão com o uso de questões disparadoras, que podem ser sistematizadas em tarjetas para criação de um quadro móvel e facilitar o compartilhamento de ideias dos participantes da atividade, como as seguintes:

O que é implementação para você?

Em que momento a implementação está localizada no processo de construção de uma estratégia?

Na sequência, para aportar o conhecimento prévio do grupo, **sugere-se utilizar**, por exemplo, **algum vídeo ou um convidado, ao vivo e presencial, com experiência na temática de implantação de política de saúde, que possa realizar uma discussão, particularmente**, sobre o binômio planejar/implementar. Para finalizar, vale a pena realizar um diálogo com a equipe participante sobre os elementos abordados no vídeo (e/ou participação do especialista no tema) e a produção do grupo sistematizada nas tarjetas, explicitando as potencialidades e as limitações de uma iniciativa como essa, no sentido de qualificar a implementação da Estratégia Regional.

Deve-se apoiar a análise crítica da equipe em relação à Estratégia Regional formulada, que inclui o Plano de Ação e as ações estratégicas priorizadas. Agora, é o momento de determinar o que é importante monitorar em ambas.

Esse é um momento importante de contar com a **análise de um ator externo ao processo de construção da Estratégia Regional**. Nesse sentido, recomenda-se identificar bons interlocutores para isso, que estejam implicados nas temáticas das prioridades regionais levantadas. Essa pessoa pode ser um consultor especialista externo ou mesmo profissionais da RAS local, regional ou da SES, que trabalhe com a implementação da política de saúde relacionada à prioridade sanitária, como, por exemplo, um técnico/gestor, que atue diretamente com Saúde da Criança, para analisar a prioridade sanitária de diminuição da mortalidade infantil por causas evitáveis.

Dessa forma, é possível que seja importante contar com mais de um "especialista", a depender de quantas, e/ou quais, são as prioridades sanitárias que compõem a Estratégia Regional. Se alguma prioridade municipal estiver alinhada com a questão regional, e já tiver um grupo técnico pensando sobre o assunto com esses "especialistas" já reunidos, um integrante desse grupo pode, também, servir de apoio regional.

Note, aqui, que, o tempo todo, as organizações municipais fortalecem a organização regional e vice-versa. Evidencia-se, aqui, mais um fator crítico de sucesso no processo de qualificação das Redes.

A intenção da participação desse "especialista" no tema, nessa fase, é, principalmente, a análise crítica entre a prioridade sanitária eleita, as questões que justificam a sua eleição para compor a Estratégia Regional e as ações pensadas para enfrentar o problema identificado. Isto é, **a forma como os formuladores da Estratégia Regional elaboraram o problema a ser enfrentado, tem coerência com as evidências em relação a esse problema? É preciso circunscrever melhor e/ou de outra forma? As ações pensadas se relacionam com as causas dos problemas? Haveria outras mais eficazes de acordo com as evidências científicas, técnicas e políticas?**

O convite a esse especialista para atuar como uma espécie de consultor da prioridade sanitária, vinculada ao tema do seu trabalho, pode ser feito tanto de forma mais abrangente ao desenvolvimento da implementação, quanto de forma mais pontual, convidando-o a participar de um encontro presencial ou uma participação por vídeo transmissão, por exemplo. A apresentação de suas ponderações deve ir no sentido de apoiar o grupo a refletir sobre as prioridades sanitárias e suas ações estratégicas correlatas, e tomar decisões ainda mais qualificadas.

Diante disso, com a leitura crítica da Estratégia Regional realizada por cada participante e a contribuição desse consultor especialista (externo ou um técnico da Rede de Saúde local), a equipe conseguirá ampliar o campo de análise para priorizar as ações estratégicas.

No sentido de ajudar a sistematizar e dar visibilidade a esses diferentes pontos de análise, o que contribuirá na decisão sobre ordem de prioridade da ação estratégica, pode-se utilizar um instrumento simples, dividido por prioridade sanitária, como este que se apresenta (Quadro 8), a seguir:

Quadro 8 - Elementos analíticos para priorização das ações estratégicas

Prioridade Sanitária

(Transcrever o título da prioridade sanitária da ER)

Elementos analíticos Ação Estratégica (AE)	Aspectos relevantes da discussão da ER pelo GT	Aspectos relevantes nas ponderações do Consultor Especialista	Aspectos relevantes da análise de viabilidade	Ordem de prioridade
1				
2				
3				
x				

Fonte: elaborado pela coordenação técnico técnico-pedagógica - HAOC, 2023 (Adaptado).

A depender do número de pessoas que participam dessa atividade, é interessante a divisão em pequenos grupos, pois, dessa forma, amplia-se a possibilidade de participação das pessoas envolvidas, e cada pequeno grupo pode atentar para aspectos diferentes da análise, o que potencializa a reflexão crítica para tomada de decisão. Finalizando a discussão e o preenchimento dos instrumentos de sistematização (um segundo instrumento será apresentado, na próxima seção), pode-se fazer uma grande roda de compartilhamento do trabalho dos pequenos grupos, e utilizar apenas um documento para sistematização final, contando com as contribuições dos diferentes pequenos grupos participantes da atividade.

ANÁLISE DE VIABILIDADE

Com esse primeiro instrumento dos elementos analíticos discutidos e preenchidos, das duas primeiras colunas, cada pequeno grupo passará, então, a realizar a análise de viabilidade. É importante que o grupo conte com o auxílio de um relator, com o auxílio de instrumento apropriado, como o modelo apresentado (Quadro 9), a seguir:

Quadro 9 - Instrumento de apoio à análise de viabilidade

Prioridade Sanitária

(Transcrever o título da prioridade sanitária da ER)

Ator social que pode interferir decisiva, positiva ou negativamente:	Recursos críticos necessários não-assegurados:	Propostas de atividades para aumento de viabilidade:
Registrar quem são os atores e suas possíveis posições.	Registrar qual o recurso e quem o domina.	Registrar as propostas do grupo para lidar com obstáculos ou aproveitar oportunidades.
Registrar quem são os atores e suas possíveis posições.	Registrar qual o recurso e quem o domina.	Registrar as propostas do grupo para lidar com obstáculos ou aproveitar oportunidades.
Registrar quem são os atores e suas possíveis posições.	Registrar qual o recurso e quem o domina.	Registrar as propostas do grupo para lidar com obstáculos ou aproveitar oportunidades.

Fonte: elaborado pela coordenação técnico-pedagógica – HAOC, 2023 (Adaptado).

É importante ressaltar, que o resultado obtido pelo uso do instrumento de apoio à análise de viabilidade deverá ser transcrito, de forma sintética. Ao final da atividade, o condutor/facilitador, deverá retomar o grande grupo e solicitar que cada pequeno grupo possa apresentar aos demais os produtos de seus respectivos trabalhos, permitindo um diálogo aberto e o compartilhamento de opiniões, finalizando o preenchimento do documento coletivo.

Esse exercício analítico, realizado pela equipe de saúde, permitirá uma tomada de decisão mais respaldada acerca das ações estratégicas a serem priorizadas na construção do Plano de Ação. Isso será potencializado a partir de cada campo de registro dos elementos analíticos construídos (acima, exposto), provocando os participantes a refletir sobre o conjunto desses elementos, permitindo que o grupo possa ordenar as ações conforme o grau de prioridade que entender adequado. Vale ressaltar, que esse movimento deverá ser feito para cada uma das prioridades sanitárias.

Recomenda-se, ainda, reforçar que essa primeira construção de um Plano de Ação, a partir das ações estratégicas priorizadas, não encerra o processo de implementação, apenas o desencadeia de forma mais focada. Isto é, as ações estratégicas que não forem priorizadas, nesse momento, poderão vir

a ser priorizadas quando novas construções de planos operacionais forem desencadeadas pelo grupo.

Essa é uma observação importante, porque ajuda a **engajar o grupo em um processo de transformação, a partir de ciclos mais rápidos**, favorecendo o acompanhamento das intervenções e dos resultados, de forma a não desmobilizar a equipe com um planejamento com inúmeras ações simultâneas, o que pode dificultar a compreensão dos efeitos das ações propostas em tempo oportuno e, conseqüentemente, o monitoramento e a avaliação do processo de implementação.

Monitoramento e Avaliação da Implementação do Plano de Ação

Para a realização de um bom processo de monitoramento e avaliação, faz-se necessário, além de um alinhamento técnico-conceitual entre os participantes desse processo estratégico da implementação, para que todos compreendam e “falem a mesma língua”, a identificação das diretrizes fundamentais para que o processo de monitoramento e avaliação dos planos de ação possa ser conduzido de forma adequada.

Uma compreensão comum importante, por exemplo, é que os indicadores, que serão medidos para uma proposta como essa, geralmente, dizem respeito a indicadores de Esforço, Efeito e de Governança Regional. Somado a isso, o modo como eles serão construídos, alimentados e monitorados se dá de diferentes formas e periodicidade. A partir disso, é importante que o grupo condutor desse processo, reflita e produza um conjunto de elementos que considere fundamental, para que o processo de monitoramento e avaliação possa ser construído, dentre eles:

A quais dimensões/vetores precisamos estar atentos em nossa iniciativa regional?

Quais perguntas avaliativas precisamos, efetivamente, responder?

Do que precisamos cuidar para transformar dados em aprendizagem?

Dessas perguntas, é oportuno se desdobrar uma sistematização que pode auxiliar, e muito, na formulação e/ou reconhecimento de indicadores, conforme a sugestão (Quadro 10), a seguir:

Quadro 10 - Dimensões de Esforço, de Efeito e de Governança Regional		
Dimensão/Vetores: Esforço		
Perguntas	Critérios	Procedimentos
Dimensão/Vetores: Efeito		
Perguntas	Critérios	Procedimentos
Dimensão/Vetores: Governança Regional		
Perguntas	Critérios	Procedimentos

Fonte: elaborado pela coordenação técnico-pedagógica – HAOC, 2023 (Adaptado).

A realização dessa sistematização, auxiliará o grupo no processo da construção e/ou reconhecimento do conjunto de indicadores e critérios, de acordo com as discussões e escolhas do grupo. **Essa sistematização pode ser feita a partir do preenchimento de uma Ficha de Qualificação de Indicadores**, resultando na definição de critérios, de acordo com as discussões e escolhas do grupo nesse processo.

Abrir ficha de Qualificação de Indicadores

CONSTRUÇÃO DO *DASHBOARD*

Com a ficha de indicadores preenchida, é possível, então, avançar para a construção de um Painel de Indicadores (*Dashboard*), **a principal ferramenta para a visualização de dados**. Esse Painel é uma inovação no Saúde Redes, desenvolvido nas plataformas *Google* e *Microsoft* com *softwares* gratuitos, e desempenha um papel importante no fortalecimento da governança local, uma vez que **permite às equipes o monitoramento e o ajuste das ações, de maneira ágil e eficiente, com base em dados atualizados em tempo real**.

A construção do Painel precisa ser feita de maneira participativa, com o envolvimento dos ativadores e facilitadores locais e gestores, garantindo que as métricas reflitam as realidades e as necessidades específicas de cada região. A ferramenta deve ser adaptada conforme as características de cada território, permitindo uma gestão mais eficaz, e facilitando a comunicação entre os diferentes níveis de gestão do SUS.

Os dados podem ser inseridos no Painel, por profissionais capacitados, que recebem as informações dos municípios da região por meio dos ativadores locais. O Painel deve ser desenvolvido para proporcionar uma visão clara e dinâmica dos processos, facilitando a tomada de decisões e o gerenciamento eficiente dos recursos. Além disso, pode ser integrado ao processo de trabalho nas regiões de saúde, garantindo seu uso contínuo, mesmo após a conclusão do Ciclo Implementar.

Como mencionado, anteriormente, existem metodologias diversas para se chegar ao ponto desejado, e isso foi vivenciado no Saúde Redes. Há que se ressaltar, que a melhor metodologia é aquela que tem potência para resultados (as duas, aqui, apresentadas têm), e que seja de domínio do ator que a exerce, a experiência do Saúde Redes é possível nos dois casos. **A seguir, apresentamos formas diferentes de fazer o mesmo, no intuito de possibilitar caminhos diferentes, ou, até mesmo, um terceiro caminho pela junção de partes deles.**



Formas de Determinar o que é Importante Monitorar na Estratégia de Qualificação da LC e no Plano de Ação

A definição dos aspectos a serem monitorados em um método de grande escala, como o **Saúde Redes**, deve estar fundamentada nas prioridades locais e nos desafios enfrentados pelas regiões de saúde. Durante a fase de planejamento, gestores, ativadores e trabalhadores locais participaram de discussões para estabelecer essas prioridades.

Essa abordagem garante que o monitoramento não seja um processo imposto externamente, mas, sim, construído coletivamente, valorizando a experiência prática e o conhecimento acumulado. O coletivo assegura que os indicadores e as estratégias adotadas reflitam as necessidades reais da população e a dinâmica dos serviços de saúde, favorecendo um acompanhamento mais eficaz e alinhado à realidade de cada região.

O monitoramento pode ser estruturado por meio de **encontros mensais** com todos os envolvidos, além de **reuniões semanais** de **1h30** com os grupos de ativadores e facilitadores em cada região de saúde. A maioria dessas atividades pode ocorrer de forma remota síncrona, utilizando plataformas de videoconferência e comunicação digital como principais meios de interação.



Métodos e Formas para Transformação em Indicadores Estratégicos

Transformar as ações da Estratégia de Qualificação da LC em indicadores claros e mensuráveis é um passo crucial para garantir a eficácia do monitoramento. Além disso, a construção de um Painel de Indicadores (*Dashboard*) permite que esses sejam visualizados de forma simples e acessível, facilitando o acompanhamento do progresso por todos os envolvidos no processo. Esses indicadores servem não apenas como **ferramentas de**

avaliação, mas, também, como **referências para a tomada de decisão** durante a implementação das ações.

É possível observar a relevância desses Painéis de Indicadores a partir daqueles que foram produzidos pelas regiões do Acre, Mato Grosso, Minas Gerais e Paraíba, que concluíram a implementação do método Saúde Redes via Proadi-SUS, em 2024.

[Acessar Painel do Acre](#)

[Acessar Painel de Mato Grosso](#)

[Acessar Painel de Minas Gerais](#)

[Acessar Painel da Paraíba](#)

A adaptação dos indicadores às necessidades específicas de cada região é determinante para o sucesso do monitoramento e a avaliação de implementação das estratégias. Os Planos Municipais de Saúde (PMS), além dos pactos estabelecidos com os entes federativos, geram indicadores próprios, que refletem as prioridades locais, os contextos socioeconômicos e os desafios específicos enfrentados pelas populações. **Embora o método se baseie em indicadores comuns para a gestão da saúde, é fundamental reconhecer que cada município possui características e demandas particulares que devem ser consideradas.**

Por isso, a integração desses indicadores locais aos critérios gerais do método é indispensável para uma avaliação precisa e eficaz. É necessário um processo de alinhamento e adaptação, de modo que as metas e os resultados sejam avaliados de maneira contextualizada, respeitando as particularidades regionais. **O uso combinado de indicadores locais e regionais permite uma visão mais ampla e detalhada do progresso,** proporcionando um impacto mais relevante na gestão da saúde e no planejamento de ações futuras.



Métodos, Formas, Fontes e Ferramentas de Coleta e Análise de Dados

A coleta de dados da implementação das Estratégias e seu Plano de Ação podem ser realizadas de forma sistemática e contínua, com o objetivo de garantir o registro e a análise de todas as informações necessárias ao longo de sua execução. As fontes de dados são diversas e abrangem tanto informações clínicas, como a ficha de estratificação de risco, quanto informações gerenciais, como os resultados das reuniões de monitoramento e os registros dos encontros com os ativadores locais. Esse processo permite uma visão abrangente e detalhada do progresso do Plano de Ação, assegurando que todos os aspectos sejam considerados para a tomada de decisões informadas e ajustes nas estratégias.

A análise dos dados deve ser conduzida por meio de **reuniões periódicas**, nas quais as informações coletadas são discutidas de forma colaborativa. Ferramentas de gestão de projetos e visualização ágil, como planilhas e Painel de Indicadores (*Dashboard*), citado anteriormente, facilitam o acompanhamento dos indicadores e ajudam os gestores a identificarem áreas que necessitam de ajustes.

A análise de dados não se limita à **coleta de indicadores de desempenho**, mas envolve uma **avaliação contínua das tendências e padrões emergentes ao longo do processo**, pois fatores externos exigem ajustes rápidos na implementação, com mudanças no cronograma e nas estratégias planejadas.

A alteração nas condições de saúde pública influenciam tanto a disponibilidade quanto a participação dos envolvidos, além de alterar as prioridades locais de intervenção.

Portanto, a análise de dados exige uma leitura dinâmica, capaz de identificar como eventos inesperados, como emergências de saúde pública, podem modificar os padrões de engajamento e os resultados da Estratégia. Esses ajustes são essenciais para garantir que o método se mantenha alinhado às necessidades emergentes e continue efetivo, mesmo diante de situações imprevistas.



Formas de Aplicação dos Resultados dos Indicadores como Caminho para Avaliação e Correção de Rota

Os resultados demonstram que o método Saúde Redes impulsiona a transformação da saúde regional, fortalecendo a Gestão do Cuidado em Rede e promovendo uma visão integrada entre profissionais e gestores. A capacitação contínua e o apoio institucional são essenciais para a sustentabilidade das mudanças e a eficácia das intervenções. A governança regional avança com maior coordenação entre municípios, e uma abordagem mais centrada nas necessidades dos usuários, resultando em melhorias na qualidade do cuidado e na capacidade técnica das equipes. Além disso, o método é capaz de estimular a mudança, a inovação e a autonomia profissional, evidenciando a importância de abordagens educacionais, que engajam e promovem mudanças duradouras.

O uso dos indicadores gerados durante o monitoramento são decisivos não apenas para analisar os resultados, mas, também, para avaliar continuamente o progresso de implementação da Estratégia de Qualificação da LC e realizar os ajustes necessários.

Quando problemas ou lacunas são identificados, os indicadores orientam as **ações corretivas**, como a realocação de recursos e a adequação das agendas de atividades.

O acompanhamento constante dos indicadores permite que as equipes de gestores e ativadores e facilitadores locais se adaptem rapidamente às mudanças no cenário, tomando decisões informadas sobre as intervenções necessárias.

A reflexão coletiva, ocorre para ajustar a trajetória do Plano de Ação e garantir a continuidade do trabalho, mesmo diante de desafios imprevistos. A análise crítica dos dados, gerados ao longo do processo, possibilita a implementação de soluções colaborativas, que podem ser aplicadas de forma imediata, aprimorando a execução e assegurando a qualidade da implementação das LC.

Portanto, esse processo é determinante para o sucesso do método Saúde Redes, viabilizando ajustes estratégicos por meio da construção e da análise de indicadores, do uso de ferramentas de gestão e da visualização de dados, não apenas aprimorando os resultados alcançados, mas, também, fortalecendo a governança regional e qualificando as equipes locais.

Garantir a continuidade desse trabalho é essencial para sustentar os avanços obtidos e consolidar práticas de cuidado integrado nas regiões. A manutenção do Painel representa um avanço para os territórios, permitindo acompanhamento sistemático e ajustes estratégicos. Além disso, é fundamental preservar o papel dos coordenadores, facilitadores, ativadores e participantes como agentes-chave na condução e no aprimoramento das ações. O fortalecimento do trabalho colaborativo em equipe multidisciplinar, por meio de *fóruns* regionais e grupos de trabalho organizados, se mostra imprescindível para consolidar a integração entre municípios e ampliar a efetividade da gestão regional. O monitoramento e a avaliação contínua são essenciais para a sustentação e evolução das estratégias implementadas em direção à qualificação das LC norteadas pelas necessidades dos territórios vivos.

Bibliografia

- ALMEIDA, P. F. de; MEDINA, M. G.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; MENDONÇA, M. H. M. de. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**. [Internet], v. 42, spe1, p. 244-260, set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>. Acesso em: 3 mar. 2025.
- BELGA, S. M. M.; FRANCO, J.; JORGE, A. de O; SILVA, L. K. Continuidade do cuidado a partir do hospital: interdisciplinaridade e dispositivos para integralidade na rede de atenção à saúde. **Saúde em Debate** [online], v. 46, n. 133, p. 551-570, abr. - Jun. 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213321>. Acesso em: 4 mar. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 23, de 17 de agosto de 2017**. Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0023_18_08_2017. Acesso em: 17 fev. 2025.
- CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 37, p. 589-599, jun. 2011.
- CELUPPI, I. C.; LIMA, G. dos S.; ROSSI, E.; WAZLAWICK, R. S.; DALMARCO, E. M. Uma análise sobre o desenvolvimento de tecnologias digitais em saúde para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil e no mundo. **Cadernos de Saúde Pública**. [Internet], v. 37, n. 3, e00243220, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00243220>. Acesso em: 3 mar. 2025.
- CONASEMS. Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde. **Ficha de Qualificação de Indicadores**. CONASEMS, 2025. Disponível em: https://docs.google.com/document/d/1M-RPwnHlzWY8HP8o5H0p-3emwvU_JDcie/edit?usp=sharing&ouid=102424101572199894998&rtfpof=true&ssd=true. Acesso em: 20 mai. 2025.
- COSTA, I. L. O. F. *et al.* A vigilância em saúde e o planejamento nas equipes de Atenção Primária em saúde: revisão narrativa. **Revista Eletrônica Aervo Saúde**, n. 53, p. e3622-e3622, 2020.
- LIMA, E. V. A da S.; SANTOS, T. de O. C. G.; ANDRADE, A. G. S. S. de.; GLÓRIA, W. N. do C.; SANTOS, J. D. R. dos; FERREIRA, I. P.; MOIA, L. de J. M. P.; FEITOSA, L. C. P.; MORAES, P. M. de O.; MENDONÇA, X. M. F. D. Planejamento estratégico situacional como ferramenta de promoção da saúde na gestão: revisão integrativa. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 11, n. 2, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25302>. Acesso em: 4 mar. 2025.
- SILVA, M. L.; SOUZA, R. T. O uso de tecnologias para gestão de indicadores de saúde: Dashboards como ferramenta para o monitoramento em tempo real. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, n. 1, p. 12-24, 2020.
- TAMAKI, E. M. *et al.* Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**. [Internet], v. 17, n. 4, p. 839-849, abr. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400007>. Acesso em: 3 mar. 2025.

CAPÍTULO 6

Compartilhando e institucionalizando
a mudança da LC na RAS

INSTITUCIONALIZAÇÃO

A institucionalização das LC na RAS exige não apenas a implementação de fluxos e protocolos, mas, também, o engajamento contínuo dos atores envolvidos. Esse processo destaca a importância da participação ativa de gestores, profissionais e usuários, que são fundamentais para garantir a continuidade e sustentabilidade das mudanças. A governança da RAS é crucial para assegurar que as ações de saúde sejam integradas e efetivas, com a colaboração de todos os setores envolvidos.

As CIR desempenham papéis essenciais nesse processo, coordenando as ações e assegurando que as mudanças sejam duradouras. Esses espaços de cogestão e pactuação são fundamentais para garantir que as políticas de saúde respondam de maneira eficaz às necessidades da população, promovendo uma gestão colaborativa e adaptada à realidade local. O método Saúde Redes se aproxima das regiões de saúde, estrategicamente, por meio dessas instâncias, reconhecendo nelas um ambiente propício para consolidar todas as etapas do projeto.

A institucionalização dos atores e processos de mudança na RAS requer estruturação de mecanismos de governança participativa e alinhamento das estratégias municipais e regionais.

Algumas diretrizes são essenciais para estimular essa institucionalização:

- Fortalecimento da governança local e regional: sustentabilidade dos Grupos de Trabalho Municipais (GT Municipais) e Regionais (GT Regional) com papéis bem definidos para gestão das prioridades sanitárias.
- Criação/fortalecimento de mecanismos formais de pactuação: reforço da CIR como espaço deliberativo para validação das estratégias/ações municipais e regionais.

- Sistematização das Estratégias Municipais e Regional de Qualificação da LC: produção de documentos estruturados, como planos operacionais e diretrizes de governança, para orientar a continuidade das ações.
- Integração intersetorial: promoção do diálogo entre diferentes setores públicos e privados para a execução de ações que transcendem a saúde, como assistência social e educação.

A qualificação das LC deve ser um processo contínuo, considerando novos desafios e demandas epidemiológicas. Para a expansão do processo, é essencial seguir um ciclo planejado:

- Mapeamento de novas prioridades sanitárias: utilização de análise situacional para identificar fragilidades e necessidades de saúde.
- Reorientação de estratégias: com base nas prioridades identificadas, elaborar novas ações estratégicas adaptadas à realidade local, garantindo sua efetividade por meio de monitoramento contínuo e avaliação sistemática.
- Formação contínua das equipes: estabelecimento de políticas de EPS e adoção de metodologias ativas de aprendizagem.
- Implementação de pilotos em municípios selecionados, para avaliar a efetividade das mudanças antes da expansão.
- Integração dos aprendizados: compartilhamento das melhores práticas na CIR e GTs/mesas técnicas para aprimoramento contínuo.
- A cada Ciclo, é essencial envolver os atores locais, garantindo um processo participativo e alinhado às necessidades da população e da RAS.

ANÁLISE SITUACIONAL DE SAÚDE

A análise situacional das informações de saúde é um processo dinâmico, que deve ser incorporado como rotina nos processos de planejamento e de gestão da RAS. A sustentação da ASIS, como prática institucionalizada, contribuirá para decisões mais assertivas e eficazes na gestão da saúde, promovendo um Modelo de Atenção mais responsivo às necessidades da população. Para isso, algumas ações-chave são indicadas/sugeridas:

- Construção de Paineis de Indicadores (*Dashboards*): desenvolvimento de *dashboards* interativos com indicadores de esforço, efeito e governança regional.
- Utilização de ferramentas de análise: adoção de metodologias como Matriz SWOT/FOFA, estratificação de risco e territorialização da demanda e necessidades de saúde.
- Engajamento das equipes locais: formação das equipes municipais para coleta, análise e interpretação dos dados epidemiológicos e assistenciais.
- Rotinas de revisão e adaptação: estabelecimento de ciclos quadrimestrais de revisão dos dados para ajustes nas estratégias.
- Articulação com outras instâncias: integração dos dados municipais com Sistemas estaduais e federais para melhor compreensão do cenário de saúde.

A efetividade da Estratégia Regional de Qualificação da LC está diretamente ligada à **capacidade de seus atores de manter um ciclo contínuo de monitoramento e avaliação**. O compromisso dos gestores e trabalhadores da saúde em manter a governança participativa e o planejamento ascendente garantirá a sustentabilidade e a expansão das ações, fortalecendo a integração da Rede e melhorando o acesso e a qualidade dos serviços de saúde na região.

Modelos para Institucionalização das Linhas de Cuidado

As LC foram desenvolvidas com base nas necessidades do SUS, visando a garantir a continuidade e a integralidade do cuidado. A implementação das mudanças propostas pela Lei Complementar nº 141/2012 na RAS demanda, além de planejamento, a criação de práticas sustentáveis que se adaptem às realidades locais. Nesse contexto, a elaboração de planos de cuidado é essencial, orientada pelas necessidades de saúde da população e realizada de forma intersetorial por equipes multiprofissionais.

A institucionalização das mudanças deve ser gradual, com base em práticas contínuas e no engajamento constante dos profissionais de saúde. Ao longo do Projeto Saúde Redes, diversas estratégias foram desenvolvidas nas regiões, abrangendo desde a reflexão sobre as necessidades de saúde até a organização do trabalho em saúde e elaboração de planos de ação focados no fortalecimento das LC.

A mudança, portanto, será consolidada à medida que o processo for compartilhado entre os diferentes pontos de atenção, com o protagonismo dos profissionais de saúde, criando um ambiente colaborativo que reforça a continuidade e a sustentabilidade das melhorias.

Qualificação contínua para Novas Linhas de Cuidado

A expansão e o aprimoramento das LC exigem uma qualificação contínua dos profissionais e gestores envolvidos. Encontros de trabalho, organizados e sistematizados, favorecem o processo de EPS integrada ao processo de trabalho, promovendo a capacitação contínua de todos os envolvidos e garantindo a sustentabilidade da gestão da RAS.

No âmbito do método Saúde Redes, a EPS permeia todo o processo em estratégias organizadas ao longo dos encontros, oferecendo encontros presenciais e imersões que articulam teoria e prática para gestores e equipes.

A continuidade das Estratégias de Qualificação da LC e seus Planos de Ação é garantida, por meio de monitoramento sistemático, com apoio remoto dos atores envolvidos em sua implementação. Algumas estratégias essenciais incluem:

- **Fortalecimento das instâncias regionais:** estratégia para qualificar a pactuação entre gestores municipais. Essa iniciativa busca promover maior alinhamento e corresponsabilidade, favorecendo a organização do cuidado de forma integrada e eficiente.

- **Fortalecimento do papel dos atores:** atuando como catalisador do trabalho em equipe, promovendo a integração e cooperação entre os municípios da região.

- **Encontros de trabalho organizados e sistematizados:** implementação de processos contínuos de discussão de temas, alinhados com a prática cotidiana dos serviços de saúde.

- **Ferramentas de monitoramento:** utilização de painéis de gestão e indicadores de desempenho, permitindo avaliações contínuas e ajustes nos processos.

- **Integração entre pontos de atenção:** fortalecer a RAS como um todo, garantindo que a colaboração entre os diferentes pontos de atenção seja inclusiva e eficaz.

Sustentação da ASIS no Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação

A ASIS deve ser incorporada de forma sistemática e contínua, para subsidiar as decisões e garantir a sustentabilidade das mudanças implementadas na RAS. Sua sustentação depende de estratégias estruturadas que orientem a gestão e fortaleçam a organização da Rede.

Durante as atividades *in loco*, o método promove reflexões coletivas sobre temas essenciais, como Modelos de Atenção, integração e coordenação dos serviços, territorialização e Linhas de Cuidado. No período de dispersão, os grupos realizam um mapeamento operacional e desenvolvem estratégias de gestão com o apoio dos dos atores estratégicos. Esses elementos servem de base para ajustes contínuos e pactuações, consolidando práticas de monitoramento e avaliação ao longo do processo.

A utilização desses elementos não apenas sustenta a ASIS, mas, também, permite identificar lacunas e promover ajustes baseados em dados concretos. A integração das estratégias nos espaços da CIR cria um ciclo contínuo de retroalimentação e qualificação da gestão, essencial para a sustentabilidade das mudanças.

Três eixos estratégicos são fundamentais para a consolidação da ASIS:

- Monitoramento contínuo: revisão periódica de dados epidemiológicos, indicadores de acesso e resolutividade da AB.
- Engajamento dos atores locais: incentivo à participação ativa de profissionais de saúde, gestores e usuários nos processos avaliativos.
- Uso de tecnologia para análise de dados: sistemas integrados para visualização de tendências e apoio à tomada de decisão baseada em evidências.

Essa abordagem integrada fortalece a gestão da RAS, promovendo um ciclo contínuo de acompanhamento, monitoramento e avaliação, essencial para consolidar as mudanças e aprimorar o cuidado em saúde.

Bibliografia

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 4.279/2010**. Redefine a Política Nacional de Regulação do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Dispõe sobre as redes de atenção à saúde no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. São Paulo: Cortez, 1993.



Conclusão

Conclusão •

A institucionalização das LC na RAS representa um avanço significativo para a efetividade e a sustentabilidade da gestão em saúde, mas exige um compromisso contínuo com o engajamento dos gestores, profissionais de saúde e usuários. A implementação de fluxos, protocolos e a capacitação constante dos envolvidos são elementos-chave para consolidar as mudanças e garantir sua permanência ao longo do tempo.

O fortalecimento da cooperação e da pactuação entre os diversos atores é essencial para ajustar as estratégias às realidades locais e fortalecer o SUS com uma gestão prática, autônoma e colaborativa.

A promoção de espaços de troca, a incorporação de tecnologias, a atualização constante em saúde e o monitoramento sistematizado, aliados ao uso de ferramentas de gestão, favorecem a integração entre os pontos de atenção, assegurando que as decisões sejam tomadas de forma coordenada e baseada em evidências.

Por fim, a integração da ASIS, como parte do processo de monitoramento e de avaliação contínua, fortalece a gestão e assegura ajustes e melhorias constantes. **A efetiva institucionalização das LC não é um processo isolado, mas, sim, um esforço coletivo, sustentado pelo engajamento constante e pela adaptação contínua às necessidades da população atendida. Ao integrar essas práticas no cotidiano da RAS, estamos construindo um SUS mais resolutivo, equitativo e eficiente, alinhado aos princípios do Sistema e à busca por uma gestão cada vez mais integrada e colaborativa.**



Anexos



Anexo 1 • Dinâmica de apresentação dos participantes da plenária municipal

Teia humana:

- Recursos: rolo de barbante.
- Orientações para apresentação inicial: dizer o nome, profissão, serviço/instituição que trabalha/representa e uma curiosidade sobre si.

Uma pessoa começa com o barbante, se apresenta e joga o rolo de barbante para alguém da roda que fará o mesmo. Após todos se apresentarem, coloca-se a teia no chão, deixando-a, ali, durante todo o período da atividade.



Anexo 2 • Apostila do Saúde Redes: Estratégias para o fortalecimento da regionalização e do cuidado em rede em municípios de pequeno porte

MATERIAL DE APOIO

INTRODUÇÃO

Este material contém as ferramentas de territorialização, que serão utilizadas pelos serviços da rede durante o período de dispersão - material que servirá de insumo para elaboração do Plano Operativo de cada serviço, e argumentação na análise coletiva, no momento futuro da identificação da prioridade sanitária da região de saúde.

Essa oficina nasce com o propósito de provocar equipes gestoras e profissionais voltados à assistência para um momento de reflexão sobre o Modelo de Atenção do trabalho em Rede, e possíveis formas de qualificar o cuidado em rede. É chegada a hora de colocar em prática tudo o que conversamos, e para que as atividades de dispersão ocorram da melhor maneira possível, listaremos, neste documento, algumas recomendações.

OBJETIVO

Espera-se que, a partir desta oficina, sejam repensadas as práticas do território, respeitando e aproveitando todo o conhecimento e trabalho já desenvolvido pelas equipes. Da mesma forma, tem-se a intenção de fortalecer o entendimento da necessidade de conhecimento do território, dar destaque aos processos que podem ser reorganizados com base neste diagnóstico, sempre focado no fortalecimento da Rede de Atenção e das ações de promoção da saúde.

Esse material de apoio auxiliará os serviços durante o período de dispersão. Nele estão contidas as ferramentas que serão utilizadas, direta ou indiretamente, no processo, com as devidas explicações.

PRODUTOS ESPERADOS:

- 1)** Realização da territorialização dos serviços de AB.
- 2)** Realização do diagnóstico de fluxos e necessidades, por meio das aplicações das ferramentas de AE e RUE.
- 3)** Preenchimento da Estratificação de risco nas UBS.
- 4)** Confecção do Mapa de Risco nas UBS.
- 5)** Incorporação do genograma na elaboração do plano de cuidado de famílias complexas.
- 6)** Preenchimento das Planilhas, Planos e documentos afins para entrega.
- 7)** Construção do Plano Operativo, por serviço, após análise crítica dos dados encontrados.

ALGUNS ELEMENTOS IMPORTANTES PARA AUXILIAR A MUDANÇA DO MODELO ATENÇÃO

Para iniciar os conteúdos abordados, deixaremos registrado, aqui, além das ferramentas, alguns conceitos abordados na oficina, os quais achamos importante lembrar nos espaços de reunião de equipe e momentos de realização das tarefas. Os assuntos serão abordados e aprofundados, conforme necessidade de cada equipe e território, com o suporte do Apoiador Educacional, ao longo da dispersão.

DESTAQUE: É importante que as equipes tenham momentos de encontro e conversa para organizar a realização das encomendas. Esses momentos são as reuniões de equipe, que se por algum motivo não vem ocorrendo, é indicado que sejam reestabelecidas.

1- Linha de Cuidado: a linha de cuidado é um desenho dos fluxos assistenciais proposto para a região. Ela levanta necessidades assistenciais para a organização do cuidado de forma segura e planejada. É como se a Linha de Cuidado fosse o caminho planejado para o usuário da Rede, incluindo serviços de saúde e outros equipamentos de outras secretarias, e, também, comunitários. Conhecer a Linha de Cuidado é imprescindível para a implementação do modelo.

A Linha de Cuidado define os pontos de atenção para cada um desses pacientes, conforme a estratificação de risco. Então, é preciso reconhecer que a Linha de Cuidado necessita, para funcionar, de critérios de estratificação pré-definidos, e, também, de protocolos clínicos, que padronizam, minimamente, a conduta profissional dentro da RAS.

2 - Estratificação de Risco: a estratificação de risco estabelece critérios para a organização da assistência. Para o fortalecimento da RAS, é importante que os fatores de risco, estabelecidos como critério para definição do estrato, sejam aceitos pelos profissionais de todos os pontos de atenção, e que eles tenham domínio de tais critérios. Esse processo de estratificação servirá como constante guia dos serviços de AB, em interação com os demais serviços, para repensar, reorganizar, fortalecer e/ou intensificar determinadas organizações, ações e métodos de organizar a Rede de Atenção. A estratificação é a base do diagnóstico situacional, somada a outras ferramentas e aos indicadores de saúde locais.

3 - Plano de Cuidado: para Mendes (2012), o coração da gestão da condição de saúde está na elaboração do plano de cuidado para cada pessoa usuária do Sistema de Atenção à Saúde. Segundo Mendes (2012):

O plano de cuidado envolve vários momentos: o diagnóstico físico, psicológico e social; a explicitação das intervenções de curto, médio e longo prazos e a definição dos responsáveis por elas na equipe multiprofissional; a elaboração conjunta de metas a serem cumpridas; a definição dos passos para alcançar essas metas; a identificação dos obstáculos ao alcance das metas; as ações para superar esses obstáculos; o suporte e os recursos necessários para alcançar as metas; o estabelecimento do nível de confiança da pessoa usuária para alcançar as metas; e o monitoramento conjunto das metas ao longo do tempo (Mendes, 2012, p. 54).

4 - Projeto Terapêutico Singular (PTS): dentro do Plano de Cuidado de uma família, em alguns casos, é preciso lançar mão da elaboração do PTS para um ou mais integrantes. Casos em que a equipe sente a necessidade de olhar de forma mais atenta, envolve maior diversidade de profissionais e ações de cuidado, e, por isso, exige uma certa organização da equipe para pensar tempos e movimentos. Segundo Depole *et al.* (2022):

O PTS é definido como um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar e praticado em conjunto com o usuário e familiares. É um dispositivo de coprodução e de cogestão do processo terapêutico amplamente incorporado pelos serviços de saúde no Brasil (Depole *et al.*, 2022, p. 3).

5 - Genograma: o genograma é outro instrumento interessante para ampliar o conhecimento sobre as famílias. Trata-se de uma representação gráfica do sistema familiar, preferencialmente, em três gerações, que utiliza símbolos padronizados para identificar os componentes da família e suas relações. Os terapeutas familiares utilizam-no como estratégia para avaliação e intervenção. Algumas equipes da ESF já o empregam para visualização dos agravos de saúde e planejamento de ações.

Trata-se de uma ferramenta aliada à estratificação de risco familiar, pois indicada, principalmente, para situações familiares complexas, e auxiliam de forma relevante na identificação de pistas para construção de um PTS mais efetivo. O genograma traz um caminho de ação sobre um dos possíveis desdobramentos que a Estratificação de Risco vai trazer de elementos para qualificar o cuidado dos usuários de cada serviço, além de indicar as prioridades de gestão do cuidado que indicarão melhores organizações internas, fluxos e singularização de protocolos.

SOBRE INFRAESTRUTURA

O primeiro passo é viabilizar um *login* individual de acesso à planilha de territorialização para cada um dos Agentes Comunitários de Saúde e coordenadores de equipe.

Paralelamente, criaremos um grupo de *WhatsApp* para apoiar o processo de dispersão, do qual farão parte os apoiadores educacionais, o gestor municipal de saúde e o coordenador de Atenção Primária; possíveis dúvidas devem ser relatadas no grupo, e serão respondidas com maior brevidade possível.

Cabe à coordenação de APS prover os materiais para a confecção do mapa, conforme instruções da oficina:

- E.V.A.s Vermelho, Amarelo, Verde e Cinza para representação dos riscos familiares.
- E.V.A.s de cores diversas para representação das sentinelas individuais de risco.
- Mapa em Plotagem, Desenho ou Imagem de Satélite afixado sobre placas de isopor, em tamanho grande.
- Alfinetes retos.

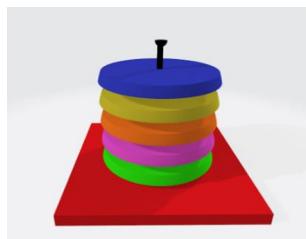
Para essa fase, precisamos pactuar um prazo para execução. Recomendamos que não exceda 40 dias. Durante todo esse tempo, teremos o grupo de *WhatsApp* para comunicação e uma agenda fixa de reuniões remotas entre os assessores matriciais e a coordenação/gestão municipal.

Ao final do período, com o diagnóstico do território realizado, acesse o relatório, gerado automaticamente a partir da inserção dos dados, localizado na aba Percentual de Risco da ferramenta. Passemos, então, para a construção do Plano Operativo.

SOBRE A CONFEÇÃO DO MAPA

Montagem de mapa com representação espacial do território, em tamanho hábil para disposição das famílias em local georreferenciado (esse mapa pode ser a plotagem oficial do município, uma imagem de satélite ou desenhado a mão, o importante é que represente o espaço de abrangência).

Posicionamento de torres de risco no mapa: é construída uma torre por família (**Torre de Risco**: trata-se de dispositivo visual, no qual os discos são os riscos individuais e a base retangular é o risco familiar. Devem ser usadas cores como o vermelho para alto risco, o amarelo para médio risco, o verde para baixo risco e o cinza para famílias que não possuam risco), conforme imagens que se seguem:



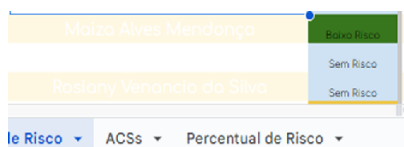
Fonte: arquivo da coordenação técnico-pedagógica - HAOC, 2023.



Fonte: arquivo da coordenação técnico-pedagógica - HAOC, 2023.

SOBRE O PLANO OPERATIVO

1. Façam uma leitura do documento, e observem as informações que são solicitadas. É possível que a equipe necessite se organizar internamente, dividindo tarefas quanto às informações epidemiológicas e demográficas solicitadas.
2. Descrevam a Equipe Multiprofissional, nominando os profissionais e informando a carga horária de cada um deles na unidade de saúde.
3. No campo Regulação e Agendamento, é importante que sejam descritos os processos, se existem protocolos e como se dá o fluxo de agendamento, da maneira mais clara possível. Todas essas informações serão utilizadas para o planejamento.
4. As Informações da População darão origem a uma série histórica da mortalidade materno-infantil, bem como subsidiarão os cálculos de estimativas de risco. Para a Mortalidade, consultem a base de dados do SIM (Sistema de Informações de Mortalidade), e, de posse do nome das pessoas, é importante que os óbitos sejam registrados na Unidade do respectivo território; para os dados da População Cadastrada, consultem os cadastros da Unidade.
5. Para a População por Faixa Etária, recomendamos que consultem os cadastros da Unidade, ou Sistemas de Informação vigentes.
6. Para o levantamento da Classificação de Risco familiar, observar, na aba percentual e risco da ferramenta, a de classificação risco familiar, conforme imagem, abaixo:



7. A Estratificação de Risco deverá conter informações relacionadas às principais condições crônicas existentes. Caso queiram incluir alguma condição, solicitem aos assessores matriciais; para o preenchimento, é importante informar o número de pacientes, conforme o estrato. Caso o município não tenha estabelecido critérios para a estratificação, deve-se informar o total de pessoas portadoras daquela condição crônica no campo **Não Estratificado**.

8. No campo Promoção à Saúde poderemos descrever detalhadamente os Programas para Promoção da Saúde implantados, ou em fase de implantação, na Unidade Básica de Saúde, relatando o nome dos grupos, objetivos, funcionamento, público-alvo e resultados esperados.

9. No item Grupos Operativos é oportunidade de descrever os Grupos Operativos implantados, ou em fase de implantação, na Unidade Básica de Saúde, relatando o nome dos grupos, objetivos, funcionamento, público-alvo, dias de encontros e resultados esperados.

DESCRIPTIVO DE SENTINELAS DE ESTRATO DE RISCO FAMILIAR

Para entendimento de cada item a ser preenchido na ferramenta de Estratificação de Risco Familiar, de Ciconello Neto (2017), seguem, abaixo, **orientações de cada uma das colunas empregadas:**

Campo	Descrição
Data	Preencher com a data atual, do dia de preenchimento, para futuras avaliações de quanto tempo foi realizada a estratificação de risco familiar.
Número da família	Manter o número de cadastro já vigente na Unidade. Podem ser utilizados os mesmos dos Sistemas de Informação ou os números sequenciais dos Agentes Comunitários, o item



	serve como fator de diferenciação entre famílias com nomes de responsáveis semelhantes.
Responsável pela família	Colocar o nome do responsável pela família (capacidade de decisão) sobre as ações e serviços de saúde, indica-se usar o mesmo responsável assinalado no agrupamento de família do e-SUS.
Risco familiar	Item autopreenchível, automaticamente, com a continuidade da avaliação do estrato familiar. Essa coluna indicará se a família é de Alto risco, Médio Risco, Baixo risco ou Sem risco - a indicação ocorrerá por escrito e com preenchimento de cor.
Microárea	Colocar o nome do responsável pela microárea, selecionando da lista de seleção que se apresenta (Inserir os nomes na Planilha Microárea, que está na aba da planilha).
Número de moradores e de cômodos	No item Morador, informar quantas pessoas compõem a família. No item Cômodos, informar a soma de todos os cômodos do domicílio em que a família mora. São considerados cômodos: quartos, cozinha, banheiro, salas de estar e/ou jantar, edículas fechadas, despensas, lavabos, entre outros. Não considerar corredores. Esse item é importante para o levantamento de possibilidade de privacidade do paciente, e questões de situações epidêmicas, que demandem de isolamento. Desta forma, Morador < Cômodos é o índice ideal para não quantificar risco na somatória final.
Distância, em quilômetros, que os moradores estão da Unidade de Saúde	Apresentar, em números inteiros, a quantidade de quilômetros que a família se encontra de sua Unidade de Saúde de referência. Esta sentinela calcula a partir de 10 Km. dessa forma, recomenda-se seu uso para as famílias de comunidade rural, que não estejam vinculadas ao aglomerado urbano.
Acamados	Assinalar se houver 1 ou mais acamados ou domiciliados integrando a família. Considere-se domiciliado todo aquele

	que, ainda que se locomova internamente na propriedade em que vive, depende de atenção domiciliar dos integrantes do PSF.
Deficiência física	Utilizar esta sentinela marcada para casos em que algum integrante da família possua alguma condição de deficiência física, de longa duração ou permanente, que dificulte ou prejudique suas atividades do dia a dia. Ex.: Cadeirantes, ainda que não tenham dificuldade de locomoção. Ex.: Amputados que não tenham prótese, ou não estejam adaptados a uma prótese. Ex.: Malformações de membros ou coluna vertebral que impossibilitem atividades cotidianas. Ex.: Uso de muletas ou cadeira de rodas, em virtude de um acidente automobilístico/Sequela de AVC em recuperação.
Transtornos mentais de alto risco	Sentinela para pacientes crônicos e permanentes de condições de saúde mental com dependência medicamentosa, e que geram demandas para o serviço de atendimento domiciliar, ou serviço de saúde em geral. Ex.: Pacientes em transtornos mentais graves, Esquizofrenia, Psicoses, entre outros. Ex.: Pacientes criticamente dependentes de medicação psicotrópica. Ex.: Pacientes em risco de surto ou suicídio, que estão em acompanhamento ou observação.
Deficiências intelectuais	Assinalar se condição mental de longa duração ou permanente, que dificulta ou impede a realização de determinadas atividades cotidianas, escolares, de trabalho ou de lazer. Ex.: Pacientes da APAE.
Saneamento Ruim (Baixas Condições de Saneamento)	Se o saneamento do domicílio implica no controle dos fatores do meio físico do homem, que podem exercer efeitos prejudiciais à sua saúde. Se tem esgoto (ou fossa séptica), água potável e coleta de lixo. Ex.: esgoto a céu aberto. Ex.: famílias que espalham lixo pelo quintal, tendo ou não coleta de resíduos ativa. Ex.: casas que não possuem água encanada e dependam de coleta em poços ou açudes.

Desnutrição	Assinalar se algum integrante da família está em acompanhamento, ou necessita estar, por questões nutricionais, sejam elas relacionadas à alimentação ou a fatores patológicos (considerar riscos de segurança alimentar).
Uso de álcool e outras drogas	Se algum morador faz uso compulsivo de drogas lícitas ou ilícitas, que apresentem potencial para causar dependência química. Considerar para drogas lícitas o uso abusivo de álcool, principalmente, se este consumo resulta em violência doméstica, direção perigosa e agressões.
Maiores de 18 anos sem Renda	Situação na qual a pessoa maior de 18 anos não esteja exercendo nenhuma ocupação remunerada (não incluir na avaliação férias, licenças ou afastamentos temporários). Considerar a mulher que não tem renda, pois tem potencial para estar em situação de violência (violência patrimonial). Quando o integrante possuir renda informal (vendas terceirizadas, trabalho por aplicativos, bicos, entre outros), não assinalar.
Analfabetismo	Pessoa que, a partir da idade escolar (maior que 10 anos), não sabe ler, nem escrever, no mínimo, um bilhete, e/ou que sabe apenas assinar o nome. Considerar, por exemplo, aquelas pessoas que não sabem diferenciar o nome de alguns medicamentos (diferencia apenas pela cor), e aquelas que não conseguem ler uma receita médica.
Menores de 02 anos	Todas as crianças residentes no domicílio com idade até 02 anos (1 ano, 9 meses e 29 dias).
Maiores de 60 anos	Toda pessoa com mais de 60 anos completos.
Hipertensão	Pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não usam medicação anti-hipertensiva. Pacientes que usam medicação anti-hipertensiva serão assinalados na planilha e, posteriormente, estratificados. Não assinalar pacientes que tiveram episódios pressóricos eventuais.

Diabetes <i>Mellitus</i>	Grupo de doenças metabólicas, caracterizadas por Hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos. Pacientes que fazem uso ou não de Insulina serão assinalados na planilha e, posteriormente, estratificados.
Hemodialisados	Pacientes que estão realizando diálise.
Gestantes	Toda gestante residente na casa, independente da idade gestacional ou idade cronológica.
Povos originários (indígenas e quilombolas)	Se a família possuir um ou mais indígenas e/ou quilombolas, marcar este item.
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC, com uso de medicação (Bombinha) ou em uso de oxigênio.	Pacientes que fazem uso de medicação broncodilatadoras e de anticolinérgicos, para alívio dos sintomas associados à produção e eliminação das secreções, de forma crônica e contínua. Bem como, pacientes que utilizam oxigênio diariamente, seja continuamente ou em períodos específicos prescritos.
Tuberculose, Hanseníase e Hepatites	Usar esse campo, quando algum morador possuir alguma das doenças do cabeçalho, ativas, ou seja, em tratamento, ou aguardando resultado de resposta imunológica (controles de cura). Ainda que existam mais de um paciente com a mesma doença, ou a ocorrência de mais de uma destas no mesmo domicílio, considerar como "possui" ou "não possui", assinalando uma única vez esse campo.
Câncer	Pacientes que estão em tratamento para Câncer. Não considerar pacientes curados de neoplasias, tumores, entre outros.

FORMULÁRIO DE APOIO À ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO

Caso prefiram, e tenham a possibilidade de preencher no computador, faça uma cópia do arquivo modelo para começar a preencher. Assim, preservamos o modelo para todos. Para preenchimento manual, basta preencher os dados, abaixo, e, ao finalizar, **escanear para realizar o envio**.

[Clique aqui para abrir o arquivo](#)

DADOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Município: _____

Nome UBS: _____

Profissional de Referência na Unidade: _____

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Profissional	Número	Carga Horária	Nome dos Profissionais
Médico			
Enfermeiro			
Nutricionista			
Psicólogo			
Assistente Social			
Dentista			
Técnico em Saúde Bucal			
ACS			
ACE			
Fisioterapeuta			
Fonoaudiólogo			
Educador Físico			
Farmacêutico			
Terapeuta Ocupacional			

REGULAÇÃO E AGENDAMENTO

Existe profissional agendador na Unidade? Descreva o processo e o fluxo de agendamento para atendimento na Unidade ou fora dela.

INFORMAÇÕES DA POPULAÇÃO

MORTALIDADE			
Ano	Infantil	Fetal	Materna
2014			
2015			
2016			
2017			
2018			
2019			
2020			
2021			
2022			
2023			
2024			



POPULAÇÃO CADASTRADA

Total de pessoas cadastradas na UBS: _____
População cadastrada, maior que 20 anos: _____
População cadastrada, maior que 60 anos: _____
Número de nascidos vivos na área da Unidade, em 2024: _____

Homens	Faixa Etária	Mulheres
	95 a 99 anos	
	90 a 94 anos	
	85 a 89 anos	
	80 a 84 anos	
	75 a 79 anos	
	70 a 74 anos	
	65 a 69 anos	
	60 a 64 anos	
	55 a 59 anos	
	50 a 54 anos	
	45 a 49 anos	
	40 a 44 anos	
	35 a 39 anos	
	30 a 34 anos	
	25 a 29 anos	
	20 a 24 anos	
	15 a 19 anos	
	10 a 14 anos	
	5 a 9 anos	
	1 a 4 anos	
	TOTAL	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO FAMILIAR	
Alto risco	
Risco intermediário	
Baixo risco	
Não estratificado	



ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

Grupos de Crônicos		
Hipertensos	 Alto risco	
	 Risco intermediário	
	 Baixo risco	
	 Não estratificado	
Diabéticos	 Alto risco	
	 Risco intermediário	
	 Baixo risco	
	 Não estratificado	
Idosos	 Alto risco	
	 Risco intermediário	
	 Baixo risco	
	 Não estratificado	
Gestante	 Alto risco	
	 Risco intermediário	
	 Baixo risco	
	 Não estratificado	
Crianças	 Alto risco	
	 Risco intermediário	
	 Baixo risco	
	 Não estratificado	
Saúde Mental	 Alto risco	
	 Risco intermediário	
	 Baixo risco	
	 Não estratificado	

PLANILHA DE FLUXOS E NECESSIDADES DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

As atividades desenvolvidas pelos serviços de urgência e emergência apresentam outros recortes que equivalem ao processo de territorialização da AB. Durante 15 dias, o serviço registrará todas as entradas no documento, abaixo, no qual estão contidos os dados que se relacionam com a queixa, a classificação de risco, UBS de origem e período de utilização que procurou o serviço. Após esse levantamento, é indicado que, com suporte do Apoiador Educacional, o gestor do serviço, junto com trabalhadores representantes, realize uma análise do perfil da população que utilizou o atendimento de urgência, no período. **Essa análise pode se repetir periodicamente, e a ideia é que isso ocorra, para que a Rede sempre se atualize e sinta o impacto das mudanças realizadas de forma coletiva na Rede.** A título de um processo inicial, esse é o recorte indicado. A análise busca pontos como: percentual de utilizadores por UBS, Identificação da Classificação de Risco, quais são os casos de classificação azul e verde, e o horário de utilização do serviço. Isso permitirá entender o itinerário terapêutico da população local, e em diálogo com os demais diagnósticos, identificar como a população se comporta em relação aos serviços existentes e vice-versa.

PLANILHA DE PREENCHIMENTO

Unidade de atendimento:
Horário de funcionamento:
Recursos disponíveis: () Raio X () ECG () Exames laboratoriais
Possui leitos de observação? Se sim, quantos?
Como se dá o acesso ao serviço? () Porta aberta () Porta regulada

DEMANDAS DE URGÊNCIA (2 semanas de observação e registro)

Data	Horário	Condição de Saúde	Estágio de agudização	UBS de origem	Encaminhamento

PLANILHA DE FLUXOS E NECESSIDADES DOS SERVIÇOS AMBULATORIAIS

As atividades desenvolvidas pelos serviços ambulatoriais apresentam outros recortes que equivalem ao processo de territorialização da AB. O documento de territorialização dos serviços ambulatoriais tem o objetivo de **mapear as características epidemiológicas dos usuários ativos no serviço, de forma georreferenciada**. Isso quer dizer, que a identificação deles irá permitir que a Rede identifique e dialogue sobre possíveis perfis de utilização por parte dos trabalhadores de AB em relação aos serviços ambulatoriais disponíveis e se há uma demanda majoritária.

PLANILHA PARA PREENCHIMENTO

Unidade de atendimento:
Horário de funcionamento:
Especialidades disponíveis
Recursos disponíveis: () Raio X () ECG () Exames laboratoriais
Como se dá o acesso ao serviço? () Porta aberta () Porta regulada

REGISTROS DE DEMANDAS

Serviço de origem (serviço que encaminhou o paciente; se não, anotar como demanda espontânea)	Condição de saúde	UBS de referência	Encaminhamento



FORMULÁRIO DE APOIO À ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO (APÓS O PREENCHIMENTO DAS PLANILHAS)

Caso prefiram, e tenham a possibilidade de preencher no computador, deixamos o *link* de acesso disponível, abaixo, com a seguinte IMPORTANTE orientação: **faça uma cópia do arquivo modelo para começar a preencher. Assim, preservamos o modelo para todos.**

[Clique aqui para abrir o arquivo](#)

DADOS DO SERVIÇO DE SAÚDE

Município: _____

Nome do Serviço: _____

Referência para quais serviços: _____

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Profissional	Número	Carga Horária
Médico Generalista		
Médico Especialista		
Enfermeiro		
Auxiliar de Enfermagem		
Técnico de Enfermagem		
Nutricionista		
Psicólogo		
Assistente Social		
Dentista		
Técnico em Saúde Bucal		
Fisioterapeuta		
Fonoaudiologia		
Educador Físico		
Farmacêutico		
Terapeuta Ocupacional		
Outros		

REGULAÇÃO E AGENDAMENTO

Existe profissional agendador na unidade, descreva o processo e o fluxo de agendamento para atendimento na unidade ou fora dela.



This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

PROMOÇÃO À SAÚDE

Descreva, no campo abaixo, detalhadamente, os Programas para Promoção da Saúde implantados, ou em fase de implantação, no seu serviço, relatando o nome dos **grupos/ações, os objetivos, o funcionamento, o público-alvo e os resultados esperados.**

[illegible]

[illegible]

AÇÕES DE MATRICIAMENTO EM REDE E COMUNICAÇÃO ENTRE SERVIÇOS

Descreva, abaixo, quais os **formatos de organização de comunicação** para realização de referência e contrarreferência, se existem reuniões de matriciamento, com quais serviços e frequências são realizados, ou, a partir do projeto, têm pretensão de acontecer.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

SOBRE OS PRAZOS E ENCAMINHAMENTOS

Após realização da estratificação de risco, confecção do mapa e construção da proposta do plano operativo, cada serviço compartilhará as informações com a gestão local. Teremos um momento de compartilhamento e reflexão com o GT e a gestão para pactuar desdobramentos no território.

Prazo para a estratificação de risco familiar:

até 30 dias, a partir da oficina.

Prazo para confecção do mapa:

até 30 dias, a partir da oficina.

Prazo para o preenchimento do Plano Operativo:

até 40 dias, a partir da oficina.

Bibliografia

CICONELLO NETO, V. A. **Planilhas**: uma ferramenta simples na classificação de risco familiar. Apresentação em Congresso Nacional de experiências SUS, Julho, 2017.
OLIVEIRA, G. N. O projeto Terapêutico Singular. In: CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 3ª Ed. São Paulo, Hucitec, 2010.
BARRETO, M; CREPALDI, M. A. Genograma no contexto do SUS e SUAS a partir de um estudo de caso - **Revista Nova Perspectiva Sistêmica**, n. 58, p. 74-85, agosto 2017. Disponível em: <https://www.revistanps.com.br/nps/article/view/297>. Acesso em: 16 mai. 2025.



Anexo 3 • Metodologias e ferramentas para a Atividade 1

Roteiro para produção do Caderno de Informações em Saúde:

Parte 1 - Dimensão Epidemiológica

Análise dos problemas de saúde regionais

Análise Demográfica

Permite observar especificidades demográficas relevantes para o acesso aos serviços de saúde e às necessidades de saúde regional. Algumas variáveis e indicadores sugeridos: população total; população segundo sexo e idade; pirâmide etária; taxa geométrica de crescimento; razão de dependência; índice de envelhecimento; densidade demográfica.

Análise Socioeconômica e Cultural

Permite observar possíveis nexos entre as necessidades de saúde e as condições de vida (inclusive, de produção laboral) da população. Algumas variáveis e indicadores sugeridos: renda média domiciliar; taxa de analfabetismo; Produto Interno Bruto (PIB) municipal; percentual da população com acesso à água e esgoto; condições das moradias; esperança de vida ao nascer; taxa de desemprego; formalidade do emprego; beneficiários de planos de saúde privados; Índice de Gini; Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

Análise das condições de nascimento e óbito

Permite observar importantes condições de nascimento e de saúde do período gravídico-puerperal, que contribuem com planejamento de ações dirigidas à saúde materno-infantil regional, além dos grupos de risco, áreas prioritárias de atuação e possíveis nexos entre a disponibilidade e a qualidade

Principais fontes

- PROADESS
- IBGE
- Região e Redes
- PROGRAMASUS
- Análises locais

- PROADESS
- IBGE
- Região e Redes
- PROGRAMASUS
- Análises locais

- SINASC
- SIM
- PROADESS
- Análises locais



da Atenção à Saúde regional. Algumas variáveis e indicadores sugeridos: taxa bruta de natalidade; número e proporção de nascidos vivos, segundo semanas de gestação, trimestre de início de Pré-natal; tipo de parto (vaginal e cesáreo); grupo etário; raça/cor; escolaridade da mãe; peso ao nascer e anomalia identificada no recém-nascido, taxa de mortalidade total e suas principais causas, segundo sexo e faixa etária; mortalidade infantil e suas principais causas; mortalidade por causas evitáveis, segundo sexo e faixa etária. planejamento.

Perfil de morbidades

Permite identificar indicadores relativos à morbidade nos municípios e regiões, identificando características epidemiológicas, como a distribuição, o comportamento, a magnitude, a tendência, a incidência e a prevalência de agravos em saúde e de seus fatores de risco na população, nos últimos anos, além do perfil das principais demandas atendidas no nível ambulatorial e hospitalar. Algumas variáveis e indicadores sugeridos: incidência e prevalência das principais doenças, como Diabetes *Mellitus*, Hipertensão, doenças do aparelho circulatório e Neoplasias (mama e colo de útero), proporção de sobrepeso e obesidade, segundo sexo e fase da vida; proporção de tabagismo e consumo abusivo de álcool, segundo sexo e faixa etária; principais transtornos mentais, segundo faixa etária; incidência e prevalência de DPOC na população geral; incidência de casos novos de Tuberculose; taxa de detecção de Hanseníase; incidência de Sífilis Congênita; incidência de Dengue; prevalência de pessoas que vivem com HIV/AIDS; taxa de internação no SUS, padronizada por sexo e idade; taxa de internações segundo causas selecionadas; proporção de internações por causas sensíveis e evitáveis pela Atenção Básica.

- IDB
- VIGITEL
- PNS
- SINAN
- SIA
- SIH
- SCNES
- PROADESS
- e-Gestor AB
- GBD Compare
- Análises locais

Parte 2 - Dimensão Acesso

Análise da capacidade de resposta da RAS aos problemas regionais

Atenção Primária à Saúde (APS)

Analisar a cobertura da APS, observando o percentual de cada município e regiões, bem como as quantidades referidas nos parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Algumas variáveis e indicadores sugeridos: cobertura de equipes de Estratégia de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica; equipe de Saúde Bucal. Identificar as formas e dificuldades de contratação dos profissionais de saúde. Identificar a existência de serviços e equipamentos de saúde com estratégias específicas para territórios e populações vulneráveis nos municípios e regiões. Analisar o perfil das demandas de encaminhamento da APS para a Atenção Especializada, identificando aspectos quantitativos e qualitativos. Algumas variáveis e indicadores sugeridos: proporção de encaminhamentos segundo especialidades clínicas; proporção das principais demandas de exames de apoio diagnóstico e terapêutico. Analisar a existência de macroprocessos da APS na região de saúde para:

- a realização de processos básicos (territorialização, cadastramento da população, diagnóstico local, classificação das famílias por grau de vulnerabilidade, entre outros);
- procedimentos de gerenciamento de riscos em saúde (metas de segurança do paciente, esterilização, higiene e limpeza, gerenciamento dos resíduos, entre outros);
- atenção às condições crônicas (estratificação de risco, plano de cuidados, estabilização das principais condições crônicas, como gestante, criança menor de 2 anos, Hipertensão, Diabetes, idoso, Saúde Mental, entre outras);
- atenção aos eventos agudos (classificação de risco e atendimento aos casos de urgências);

Principais fontes

- SCNES
- E-Gestor AB
- SI-PNI
- SISCAN
- Dados das coordenações de AB
- PROADESS
- PNAUM
- Análises locais

- realização de ações de prevenção (vacinação, prevenção do Câncer de Colo Uterino e Mama, ações de educação em saúde, entre outros);
- realização de ações de vigilância em saúde (ações de rastreamento, notificação obrigatória, bloqueios, tratamento supervisionado, controle ambiental, entre outros);
- responsabilização pela saúde da população sob sua responsabilidade (autocuidado apoiado, coordenação dos fluxos e contrafluxos das pessoas nas RAS, microprocessos regulatórios, Atenção Domiciliar, entre outros);
- oferta e realização de serviços de cuidado farmacêutico (serviços clínico assistenciais, serviços técnico-pedagógicos, serviços relacionados à segurança do paciente e à gestão do Cuidado Farmacêutico).

Atenção Ambulatorial Especializada (AAE)

Analisar a quantidade e qualidade dos serviços ambulatoriais especializados, observando sua distribuição, a resolutividade da assistência ambulatorial de alta complexidade e a resolutividade das Linhas de Cuidado prioritárias nos municípios e regiões.

Identificar a existência de oferta de Educação Permanente e processos de integração para as equipes da APS nos municípios e regiões. Algumas variáveis e indicadores sugeridos: interconsulta para pessoas com condições crônicas de alto risco; construção de plano de cuidados interdisciplinares, com enfoque no autocuidado apoiado; acesso regulado; protocolos de acesso e encaminhamento, matriciamento e telessaúde.

Analisar os fluxos de Atenção à Saúde dos procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade dos municípios na região. Permite a identificação do volume e do padrão do deslocamento dos pacientes na busca por atendimento, revelando os polos de atração e as áreas com poucas opções de assistência. Algumas variáveis e indicadores sugeridos:

- SCNES
- SIA
- Fontes primárias da região
- Planos de Ação Regional das RAS
- Análises locais

mapeamento dos fluxos a partir de dados de origem (município de residência) e destino (local de atendimento).

Atenção Hospitalar

Caracterizar a rede física de hospitais dos municípios e regiões, descrevendo a infraestrutura física e perfil assistencial. Algumas variáveis e indicadores sugeridos: capacidade instalada; número de leitos de internação, leitos de UTI e de ambulatorios; principais serviços prestados, segundo especialidades médicas.

Caracterizar a Rede Materno-Infantil (RMI) no âmbito hospitalar dos municípios e regiões para atender às gestantes, às parturientes, às puérperas e aos bebês. Algumas variáveis e indicadores sugeridos: número de gestantes, parturientes, puérperas e bebês vinculados a APS; composição das equipes assistenciais; mapeamento de fluxos do procedimento parto; número de consultas, segundo os grupos de interesse.

Analisar a capacidade dos municípios e regiões para atender às pessoas com condições crônicas, que demandam procedimentos hospitalares eletivos.

Analisar os fluxos de Atenção à Saúde nas internações de média e alta complexidade dos municípios na região. Permite a identificação do volume e do padrão do deslocamento dos pacientes na busca por atendimento, revelando os polos de atração e as áreas com poucas opções de assistência. Algumas variáveis e indicadores sugeridos: mapeamento dos fluxos, a partir de dados de origem (município de residência) e de destino (local de internação).

Analisar a resolutividade dos municípios e regiões na assistência hospitalar de média e alta complexidade.

Analisar os componentes do conjunto de Serviços de Urgência 24 horas para atender as pessoas com eventos agudos, que

- SCNES
- SIH
- Planos de Ação Regional das RAS
- Análises locais

demandam atendimento na Rede de Urgência e Emergência (RUE) no âmbito Hospitalar, pré-hospitalar, fixo e móvel, nos municípios e regiões.

Sistemas de Apoio

Analisar a quantidade e a qualidade de exames de apoio diagnóstico e terapêutico, para as pessoas atendidas nos pontos de Atenção das RAS.

Analisar o planejamento, a logística e o acesso a medicamentos na região de saúde, observando a seleção e a relação de medicamentos padronizados (regional e municipais) e a cadeia logística de abastecimento farmacêutico (programação, aquisição, armazenamento e distribuição) de medicamentos e insumos dos componentes básicos, estratégico e especializado da Assistência Farmacêutica.

Observar a existência de Sistemas Informatizados, que disponibilizem informações clínicas, administrativas e gerenciais, para facilitar a tomada de decisão pelos técnicos, equipes, gerentes e gestores, e sua distribuição no território da região; analisar a oferta de serviços de telessaúde.

- SIA
- SIH
- Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde
- PNAUM
- Relatórios gerenciais
- Planos de Ação Regional das RAS
- Análises locais

Sistemas Logísticos

Identificar a existência de centrais municipais e/ou regionais de agendamento de consultas, exames e procedimentos especializados. Analisar a existência de mecanismos de integração entre a APS e a AAE, de vínculo entre as equipes e de estratégias que colocam a APS como protagonista no ordenamento da RAS.

Identificar a existência de central de leitos municipais e/ou regionais. Analisar a capacidade de integração dos pontos de Atenção ambulatoriais, que necessitam de internação hospitalar, com outras centrais de leitos e/ou de urgência/

- Análises locais

emergência, para viabilizar o cuidado para as pessoas que necessitam de Atenção Hospitalar fora da região, bem como de mediação e controle da regulação assistencial. **Aspectos que podem ser observados:** tempo de espera para consultas, exames e cirurgias; taxa de recusa dos leitos de retaguarda e UTI; processos de referência e contrarreferência com a Atenção Primária; protocolos de acesso.

Identificar a existência de Sistema de Transporte Sanitário.

Aspectos que podem ser observados: quantidade e qualidade, capacidade de integração entre os pontos das RAS; identificar as estratégias de gestão, como critérios, fluxos, ajuda de custo e amparo legal destinados ao Tratamento Fora de Domicílio (TFD).

Identificar a existência de prontuário eletrônico (ou registro eletrônico). Analisar sua capacidade de integrar os pontos de Atenção das RAS, a partir do registro clínico, auxiliando a tomada de decisão clínica e a coordenação do cuidado para cada pessoa atendida. Observar, também, o gerenciamento e a gestão da Informação em Saúde.

Mecanismos de gestão e governança da RAS

Identificar a existência de infraestrutura e de mecanismos voltados à gestão regional de saúde. Permite qualificar a estrutura voltada à governança regional e de Rede. **Aspectos que podem ser observados:** existência de infraestrutura e/ou equipes qualificadas para a gestão regional de saúde; a existência de Consórcios intermunicipais; mecanismos de integração de Rede (Grupos Condutores, *Fóruns* de Prestadores e/ou outros colegiados de gestão, Comitê de governança das Redes de Atenção à Saúde).

Identificar a existência dos produtos do planejamento regional. Analisar e qualificar a situação dos planos e das programações regionais. **Aspectos que podem ser observados:** planos municipais de saúde e suas principais

- PAG – CONASEMS
- SIOPS
- FNS
- Siconfi
- DIGISUS Gestor
- Análises locais

prioridades; Programação Anual de Saúde e Relatório de Gestão Anual; quadros de necessidades, elaborados pelos Conselhos de Saúde; experiências de construção conjunta dos instrumentos de planejamento do SUS; plano regional e/ou macrorregional para a implementação das Redes de Atenção à Saúde; PPI/PGASS.

Analisar a constituição e a efetividade das CIR/Colegiados Macrorregionais. **Aspectos que podem ser observados:** regularidade das reuniões; participação de representantes de todos os municípios que compõem o território, além de representantes do estado.

Identificar a existência de processos regionais e/ou macrorregionais para discussão da contratualização/contratação dos estabelecimentos de saúde visando apreender as relações entre contratantes e contratados. **Aspectos que podem ser observados:** pactuação da oferta municipal e estadual na região; mecanismos de avaliação e de controle; prestação da assistência ambulatorial e hospitalar.

Identificar a alocação de recursos financeiros SUS na região. **Permite compreender** as características regionais na alocação de recursos financeiros SUS, segundo origem (municipal, estadual e federal), níveis de Atenção prioritários e evolução dos gastos. **Algumas variáveis e indicadores sugeridos:** participação dos gastos em saúde na receita própria do município; cumprimento da EC 29 pelos gestores municipais e estadual; execução financeira em saúde dos gestores municipais e estadual; transferências financeiras do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos Municipais de Saúde (FMS) e para o Fundo Estadual de Saúde (FES).

Analisar a situação dos municípios e/ou região em relação a judicialização. **Aspectos que podem ser observados:** quantitativos e qualitativos dos processos; experiências de enfrentamento da judicialização.



Anexo 4 • Metodologias e ferramentas para Atividade 5

Itinerário terapêutico

No Brasil, a discussão sobre itinerários terapêuticos é recente, e ainda conta com a contribuição de poucos autores. Dentre eles, Rabelos composto por Paulo César B. Alves, Iara Maria A. Souza e Miriam C. M. Rabelos tem como contribuição mais marcante a organização do livro *Experiência de Doença e Narrativa*. Para esses autores, o itinerário terapêutico pode ser compreendido como "um conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para um objeto preconcebido: o tratamento da aflição." (1999, p. 133). A literatura sobre o tema tem como principal objetivo compreender e analisar os "processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento." (Alves e Souza, 1999, p. 125). Assim como acontece com outros conceitos do campo das ciências sociais, é possível encontrar diversas explicações e definições para o conceito de itinerário terapêutico.

Tal polissemia torna sua definição uma tarefa complexa e, segundo os autores, pode produzir uma redução do fenômeno a interpretações de caráter meramente explicativo. Alves e Souza (1999) apontam que a análise dos itinerários terapêuticos não pode ser reduzida ao estudo sobre a disponibilidade de serviços e/ou as ofertas de procedimentos de saúde.

A abordagem adotada deve considerar que não são apenas as premissas previamente estabelecidas, tais como escolha racional, valores culturais, estruturas de redes sociais ou modelos explicativos que importam para interpretar como as pessoas ou grupos constituem suas distintas trajetórias na busca de tratamentos para suas aflições. Esses elementos são insuficientes, na medida em que se mostram limitados para considerar a influência exercida pelo contexto sociocultural do indivíduo, no momento de escolha do tratamento. O indivíduo só é capaz de construir sua trajetória, a partir de um campo de possibilidades socioculturais, que são viabilizadas durante o percurso de busca e realização de tratamentos e são marcadas por projetos distintos, por vezes, até contraditórios.

Sugere-se a utilização dessa abordagem para o mapeamento da Rede assistencial e para a identificação de lacunas, que podem se tornar objeto de





planejamento tanto para investimentos estruturais quanto para reorganização e qualificação dos processos de trabalho. A atividade permitirá compreender o percurso dos usuários dentro da Rede, identificando gargalos, disfunções e potencialidades na articulação entre os diferentes pontos de Atenção.

Métodos como entrevistas com usuários e profissionais, análise documental, fluxogramas assistenciais e georreferenciamento das Unidades de Saúde são ferramentas que podem contribuir para traçar com precisão o itinerário percorrido pelos pacientes, contribuindo para uma organização mais eficiente da Rede e para a implementação de ações corretivas e de aprimoramento contínuo.



Saúde
Redes



CONASEMS