

PlanificaSUS

WORKSHOP 5

Integração e Comunicação
entre Atenção Primária à Saúde e
Atenção Ambulatorial Especializada



VERSÃO PRELIMINAR

PlanificaSUS

WORKSHOP 5

Integração e Comunicação
entre Atenção Primária à Saúde e
Atenção Ambulatorial Especializada



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.

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Saúde da Família
Esplanada dos Ministérios, bloco G
Ed. Sede MS - 7º andar
CEP: 70.058-900 - Brasília DF
Fone: (61) 3315-9031
Site: aps.saude.gov.br

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
ALBERT EINSTEIN
Instituto Israelita de Responsabilidade Social
Av. Brigadeiro Faria Lima, 1.188 - 3º andar
CEP: 01451-001 - São Paulo - SP
Fone: (11) 2151-4573
Site: www.einstein.br

Coordenação:

Marcio Anderson Cardozo Paresque

Elaboração de texto:

Francisco Timbó de Paiva Neto
Gabriela Alves de Oliveira Hidalgo
Isadora Siqueira de Souza
Wagner Fulgêncio Elias

Projeto gráfico e diagramação:

Rudolf Serviços Gráficos

Edição de texto:

Kátia Amorim

Colaboração:

Adriane Reis Arcos
Danylo Santos Silva Vilaça
Francisco Timbó de Paiva Neto
Gabriela Alves de Oliveira Hidalgo
Isadora Siqueira de Souza
Leticia Alves Tadeu Santiago
Marcio Anderson Candozo Paresque
Marco Antônio Bragança de Matos
Priscila Rodrigues Rabelo Lopes
Rubia Pereira Barra
Wagner Fulgêncio Elias

VERSÃO PRELIMINAR

Publicação financiada pelo Projeto de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (lei n.º 12.101, de 27 de novembro de 2009), por meio da portaria n.º 3.362, de 8 de dezembro de 2017 - Parecer Técnico Inicial Recomendativo de Análise Técnica e Financeira de Projeto no Âmbito do PROADI-SUS nº 2/2021 - CGGAP/DESF/SAPS/MS (0019478128) e despacho SAPS/GAB/SAPS/MS (0019480381).

Ficha Catalográfica

Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein

PLANIFICASUS: *Workshop* 5 - Integração e Comunicação entre Atenção Primária à Saúde e Atenção Ambulatorial Especializada/ Hospital Israelita Albert Einstein: Diretoria de Atenção Primária e Redes Assistenciais: São Paulo. Ministério da Saúde, 2021.
36 p.: il.

1. Atenção à Saúde 2. Integração dos Serviços de Saúde 3. Sistema Único de Saúde I. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein - SBIBAE.

APRESENTAÇÃO

A Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE) foi fundada em 1955 e tem como missão oferecer excelência de qualidade no âmbito da saúde, da geração do conhecimento e da responsabilidade social, como forma de evidenciar a contribuição da comunidade judaica à sociedade brasileira. Apresenta quatro pilares principais que orientam o trabalho: Assistência à Saúde, Ensino e Educação, Pesquisa e Inovação e Responsabilidade Social.

O Instituto Israelita de Responsabilidade Social Albert Einstein desenvolve há mais de 20 anos várias atividades relacionadas à gestão de serviços públicos do Sistema Único de Saúde (SUS), além de projetos, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). Entre eles, está o projeto A Organização da Atenção Ambulatorial Especializada em Rede com a Atenção Primária à Saúde, conhecido como PlanificaSUS e executado pela área de Projetos e Novos Serviços da Diretoria de Atenção Primária e Redes Assistenciais.

O PlanificaSUS tem como objetivo dar continuidade à implantação da metodologia de Planificação da Atenção à Saúde (PAS), em regiões de saúde das Unidades Federativas que finalizaram a Fase 1 do PlanificaSUS (triênio 2018-2020) e que aderiram a fase 2 (triênio 2021-2023), fortalecendo o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) na organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no SUS.

O PlanificaSUS é executado pela SBIBAE, sendo um projeto proposto pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), que apresenta, como área técnica responsável, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde e, como área de atuação, a de Desenvolvimento de Técnicas e Operação de Gestão em Serviços de Saúde e a Coordenação Geral de Garantia de Atributos de Atenção Primária à Saúde do Departamento de Saúde da Família.

A PAS tem como objetivo apoiar o corpo técnico-gerencial das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde na organização dos macroprocessos da APS e da AAE. Ela permite desenvolver a competência das equipes para a organização da Atenção à Saúde, com foco nas necessidades dos usuários sob sua responsabilidade, baseando-se em diretrizes clínicas, de acordo com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). Nesse sentido, as atividades da planificação podem ser compreendidas como um momento de discussão e mudança no *modus operandi* das equipes e dos serviços, buscando a correta operacionalização de uma dada Rede de Atenção.

O PlanificaSUS fase 2 pretende fortalecer macroprocessos organizados na primeira fase, além de implantar novos macroprocessos, que serão trabalhados tanto na APS quanto na AAE. Além disso, serão disparadas atividades de planejamento, monitoramento e dispersão em cada etapa apresentada no decorrer do triênio.

Ao longo do triênio, materiais como este Guia do *Workshop*, Guias da Etapa e Notas Técnicas serão disponibilizados com o objetivo de nortear você, profissional de saúde, na execução dos processos de trabalho disparados pelo PlanificaSUS.

Como Guia tenho o objetivo de, por meio deste material, instrumentalizar você, que faz parte da Equipe PlanificaSUS na execução do **Workshop 5**.

BOAS-VINDAS!

Que bom ter você em mais uma Etapa do PlanificaSUS! E aí, podemos iniciar o *Workshop 5*? Sinta-se em casa e à vontade para se conectar com todos que chegaram nesta unidade.

Este é um momento de aproximação da equipe de saúde local com a base teórica do PlanificaSUS. Esse espaço é muito valioso por ser o momento de trabalho em grupo com diversas possibilidades de aprendizado. O *Workshop* é direcionado para 100% dos profissionais das unidades de saúde da APS e da AAE, para gestores, coordenadores e outros atores estratégicos que o município ou a região de saúde considerarem pertinentes.

O grupo pode usar estudo dirigido, estudo de caso, dramatização, leitura de texto de apoio, debates, discussão em plenária e o que mais a criatividade e potencialidade local permitir.

Os temas estudados terão continuidade nas discussões das oficinas tutoriais. E são nessas oficinas que vamos juntar o que foi captado aqui com as mudanças e aperfeiçoamento da prática. Mas voltaremos a falar sobre isso mais no final deste encontro.

Pois bem, temos então como objetivos para o *Workshop*:

- Realizar um alinhamento teórico-conceitual dos profissionais de saúde para os temas centrais da etapa operacional correspondente.
- Sensibilizar para a mudança dos processos de trabalho.

Estamos falando sobre...



Fonte: Banco de imagens Einstein

O PlanificaSUS reúne um conjunto de ações educacionais, baseadas em metodologias ativas de aprendizagem, voltadas para o desenvolvimento de competências de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para a organização e a qualificação dos processos assistenciais.

Baseando-se no princípio da **andragogia***, são utilizadas práticas de problematização, que proporcionam a ação reflexiva dos participantes.



*A andragogia é a arte de ensinar adultos, criada pelo educador Malcom Knowles (1913 - 1997). O termo tem origem na língua grega e literalmente significa "ensinar para adultos". Por trás do nome um pouco estranho está uma ciência voltada para adultos que desejam aprender. Diferente das crianças, os adultos já possuem experiência de vida e, portanto, procuram adquirir conhecimentos que possam contribuir positivamente em suas vidas; que realmente fará a diferença no cotidiano, que tenha aplicabilidade no seu dia a dia, incluindo seus processos de trabalho (DEAQUINO, 2007).



Com o PlanificaSUS, a Região de Saúde poderá apresentar unidades da APS e da AAE com seus macroprocessos organizados e integrados, permitindo uma melhor gestão do cuidado oferecido aos usuários, à família e à comunidade, além da oportunidade de realização da expansão da metodologia para as demais regiões de saúde dos estados.

SE LIGA AQUI...

Em poucas palavras, metodologias ativas são estratégias de ensino que colocam o participante no protagonismo do processo, e não o professor/tutor. Têm como premissa estimular que o participante estude, pesquise, reflita e tome decisões com autonomia para solucionar desafios e atingir um objetivo da vida real.

Te desejo um excelente *Workshop*!

SUMÁRIO

▪ APRESENTAÇÃO	3
▪ BOAS-VINDAS!	5
▪ ATIVIDADES DO <i>WORKSHOP</i> 5	9
▪ ROTEIRO DE ATIVIDADES	13
▪ BLOCO EMBARQUE / CONEXÃO	13
ATIVIDADE 1 - ACOLHIMENTO DO <i>WORKSHOP</i>	13
ATIVIDADE 2 - O QUE IMAGINAMOS PARA HOJE?	14
ATIVIDADE 3 - CONTRATO DE APRENDIZAGEM	14
▪ BLOCO 1	17
ATIVIDADE 1 - ORIENTAÇÃO PARA O ESTUDO DIRIGIDO	17
ATIVIDADE 2 - ESTUDO DIRIGIDO E DÚVIDAS COM O TUTOR	17
TEXTOS PARA ALINHAMENTO TEÓRICO	18
TEXTO A. INTEGRALIDADE DO CUIDADO E ATENÇÃO CENTRADA NA PESSOA	18
TEXTO B. O PROCESSO DE INTEGRAÇÃO ENTRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA	21
▪ BLOCO 2	27
ATIVIDADE 1 - ORIENTAÇÕES PARA O TRABALHO EM GRUPOS	27

ATIVIDADE 2 - A SENHORA TEREZA NA PERSPECTIVA DA ATENÇÃO CENTRADA NA PESSOA	28
CASO 1 - A SENHORA TEREZA	28
▪ BLOCO 3	33
ATIVIDADE 1 - ELEMENTOS DE INTEGRAÇÃO ENTRE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA NO CASO DA SENHORA TEREZA	33
ATIVIDADE 2 - ALINHANDO OS PRÓXIMOS PASSOS	34
ATIVIDADE 3 - RELEMBRANDO E AVALIANDO O ENCONTRO (DESEMBARQUE)	35
▪ REFERÊNCIAS GERAIS	36
▪ REFERÊNCIAS TEXTO A	36
▪ REFERÊNCIAS TEXTO B	36

ATIVIDADES DO *WORKSHOP* 5

Ficou curioso sobre como colocar em prática as atividades do *Workshop*? Fique tranquilo!

Considerando que cada região tem uma dinâmica de organização, é importante estimular a flexibilidade e **combinar com os participantes** alguns detalhes, como:

- **Programação do *Workshop*:** Vocês poderão realizar todas as atividades em um único turno, bem como poderão dividir as atividades em momentos distintos. Isso é uma escolha da equipe!
- **Operacionalização:** A programação está dividida em blocos que, de acordo com a escolha da equipe, podem acontecer de forma unificada (no mesmo turno) ou dividida, em dias separados, obedecendo a ordem dos blocos.
- **Horário protegido:** Não se esqueça da importância da organização do horário protegido da equipe para realização do *Workshop* de acordo com a configuração pactuada.
- **Recursos necessários:** Verifique a estrutura necessária para realização do *Workshop* (salas físicas, recursos audiovisuais e conexão).
- **Formato do encontro:** Você pode se perguntar se o *Workshop* pode ser realizado de maneira virtual. A resposta é sim, mas... considerando que o PlanificaSUS utiliza uma metodologia de encontros e que as equipes já estarão nas unidades, nada melhor do que um olho no olho, não é?

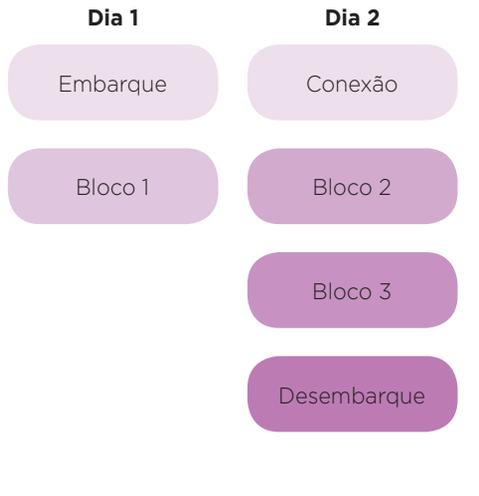
Combine o que for necessário para garantir um ambiente confortável e o melhor aproveitamento do *Workshop* 5. A seguir, o quadro de atividades e as propostas sugeridas para operacionalização dos blocos.

Bloco	Ordem da atividade	Título da atividade sugerida	Tempo médio (minutos)
Embarque/ Conexão	1	Acolhimento e abertura do <i>Workshop</i> (embarque)	10'
	2	O que imaginamos para hoje?	5'
	3	Contrato de aprendizagem	15'
1	1	Orientações para o estudo dirigido	5'
	2	Estudo dirigido e dúvidas com o tutor	55'
2	1	Orientações para o trabalho em grupo	5'
	2	A senhora Tereza na perspectiva da atenção centrada na pessoa	55'
3	1	Elementos de integração entre atenção primária à saúde e atenção ambulatorial especializada no caso da senhora Tereza	60'
	2	Alinhando nossos próximos passos	10'
	3	Relembrando e avaliando o encontro (desembarque)	20'
Tempo total sugerido para o Workshop			240' = 4 horas

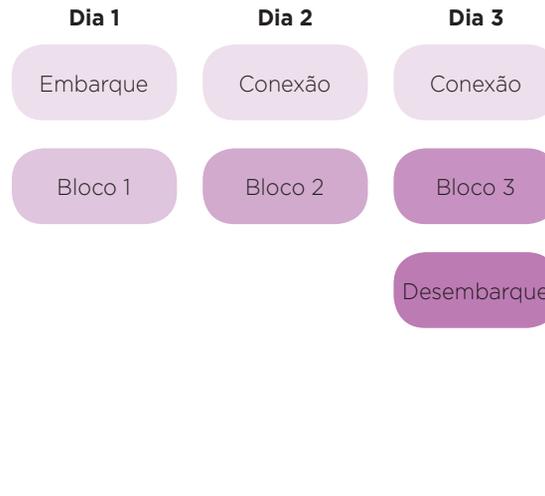
Proposta 1:
Em momento único



Proposta 2:
Em dois momentos



Proposta 3:
Em três momentos





BLOCO EMBARQUE/CONEXÃO

ROTEIRO DE ATIVIDADES

Dando início às atividades, te apresento o **bloco embarque**, responsável pelos aspectos iniciais de nossa programação. Caso a equipe opte pela realização do *Workshop* em um único dia, seria interessante utilizar o **bloco embarque** uma única vez, no início da programação. Mas se a equipe optar pela realização dos blocos em momentos distintos, poderá utilizar o **bloco embarque** no início das programações como uma forma de **conexão** desta jornada.

BLOCO EMBARQUE / CONEXÃO

ATIVIDADE 1 - ACOLHIMENTO DO *WORKSHOP*

Responsável pela atividade: tutor.

Tempo sugerido para a atividade: 10 minutos.

Vamos para uma dinâmica “quebra-gelo” para trazer o foco no aqui e no agora.

Dependendo de sua realidade, aqui vão algumas sugestões para aplicar essa atividade. Se fizer sentido, escolha uma para aplicar.

- A. Cada pessoa recebe quatro cartas: bate aqui, punhos, rodadinha e salmão feliz (movimento de vaivém com as mãos, como se fosse uma barbatana). Em seguida, cada um procura alguém com a mesma carta que a sua e faz o gesto que a carta mandar. Repetir duas a três rodadas.
- B. Em duplas ou trios, pergunte “O que vocês têm em comum que é incomum?”. Além de gerar risadas, funciona com um ótimo quebra-gelo. Uma única rodada já é o suficiente.
- C. Em duplas ou trios, pergunte “Como é estar na sua pele hoje?”.
- D. Em dupla, reflitam “Como a profissão do meu colega reflete positivamente no meu trabalho?”.

ATIVIDADE 2 – O QUE IMAGINAMOS PARA HOJE?

Responsável pela atividade: tutor.

Tempo sugerido para a atividade: 5 minutos.

“Uma imaginação vívida convence todo o corpo a obedecer.”
(Aristóteles)

É possível revelar percepções e caminhos futuros por meio de nossa imaginação. Você já imaginou o que vamos aprender hoje?

Temos como objetivo geral compreender a importância do conhecimento recíproco, da vinculação e do apoio entre as equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) no cenário das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Além disso, vamos também:

- Compreender o conceito de atenção centrada na pessoa.
- Entender o conceito de coordenação do cuidado na RAS.
- Formular mecanismos de integração e comunicação entre APS e AAE.

ATIVIDADE 3 – CONTRATO DE APRENDIZAGEM

Responsável pela atividade: tutor.

Tempo sugerido da atividade: 15 minutos.

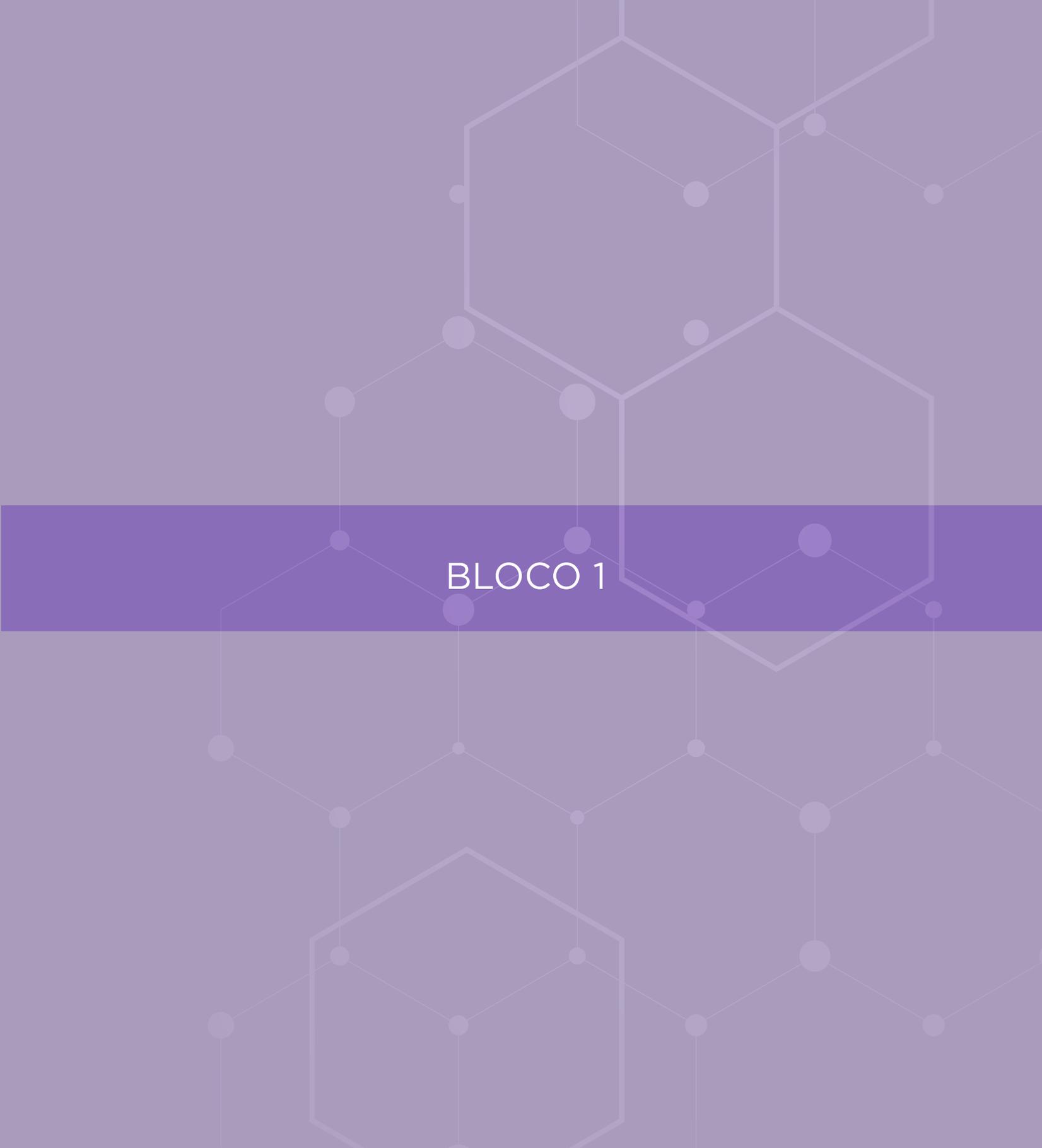
Vamos realizar agora nosso **Contrato de Aprendizagem**?

Manter um bom relacionamento é fundamental para qualquer relação. Essa é a proposta do Contrato de Aprendizagem. Trata-se de pactuações sobre o que se espera de ATITUDE de cada pessoa presente (participantes e tutor).

Tudo o que for combinado deve ser respeitado por todos. Por exemplo: tempo de intervalo, combinar de misturar os membros das equipes nos momentos de pequenos grupos, etc.

Vamos registrar nosso Contrato de Aprendizagem, fazer a leitura de todos os itens e, se for preciso, realizar uma pequena votação para garantir que a maioria está de acordo.

Se sentiu acolhido e alinhou as expectativas iniciais para o *Workshop 5*? A partir daqui você dará início ao **bloco 1**: um momento muito importante para conhecimento e revisão de conceitos relacionados aos processos de trabalho associados à temática central da etapa. Neste bloco, você terá acesso a textos e poderá registrar suas impressões para observações posteriores. Não deixe passar nada!



BLOCO 1

BLOCO 1

ATIVIDADE 1 – ORIENTAÇÃO PARA O ESTUDO DIRIGIDO

Responsável pela atividade: tutor.

Tempo sugerido da atividade: 5 minutos

Essa é com você! O Estudo Dirigido é um formato de atividade que apoia a sua autonomia na programação do *Workshop*.

Para poder participar ativamente das próximas atividades é muito importante o estudo prévio desse material. E é isso que faremos por aqui. Para o *Workshop 5*, preparamos dois textos:

Texto A. Integralidade do Cuidado e Atenção Centrada na Pessoa	(página 18)
Texto B. O Processo de Integração entre a Atenção Primária à Saúde e a Atenção Ambulatorial Especializada	(página 21)

ATIVIDADE 2 – ESTUDO DIRIGIDO E DÚVIDAS COM O TUTOR

Responsáveis pela atividade: participantes sob orientação do tutor.

Tempo sugerido da atividade: 55 minutos.

O Estudo Dirigido pode se configurar em dois momentos:

- Individual;
- Coletivo.

Se optado pelo estudo dirigido individual, estude cada texto e selecione:

- **Palavra** que chamou sua atenção ou lhe pareceu poderosa;
- **Frase** que comoveu, engajou ou provocou você;
- **Parágrafo/trecho** que foi significativo, que te inquietou.

Como um grupo, discuta e registre suas escolhas. Comece compartilhando suas palavras, frases e parágrafo/parte:

Explique a seleção realizada. Olhando para as escolhas coletivas de palavras, frases e parágrafo/parte, reflita sobre a conversa identificando:

- Que temas mais chamam a atenção?
- Que implicações ou desdobramentos podem ser refletidos?

Textos para alinhamento teórico

Texto A. Integralidade do Cuidado e Atenção Centrada na Pessoa

Gabriela Alves de Oliveira Hidalgo

Ao pensar em integralidade do cuidado, a primeira ideia que vem à mente é a do cuidado integral exercido do ponto de vista individual, que enxerga a pessoa como um todo, em suas múltiplas necessidades, sejam estas da dimensão física, familiar, social, psicológica ou espiritual, passando pelos campos da promoção, da prevenção, da cura, da reabilitação até os cuidados paliativos (BRASIL, 2017).

Porém, é importante você saber que o conceito de integralidade do cuidado também envolve o conjunto de serviços em rede, da Atenção Primária à Saúde (APS) aos outros pontos de atenção, necessários para que a pessoa tenha suas demandas de saúde atendidas. Para garantia desse tipo de integralidade, a integração e a comunicação nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) é fundamental, sendo o tema principal da etapa 5 e tendo a APS o papel de coordenação desse cuidado (STARFIELD, 2002; MENDES *et al.*, 2019).

Voltando a atenção à saúde do ponto de vista individual, o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) é um modelo de abordagem clínica que permite uma visão integral do indivíduo, fazendo com que a equipe de saúde saia do campo unicamente físico e compreenda a pessoa em todas as suas dimensões, de forma ampliada (STEWART, 2017; GUSSO, LOPES e DIAS, 2019).

Para organização e desenvolvimento de um cuidado centrado na pessoa, o MCCP favorece o diálogo com o usuário, trazendo à tona sua compreensão do processo saúde-doença e de suas necessidades em saúde. Entre os benefícios do MCCP, podemos citar (CERON, 2012; GUSSO, LOPES e DIAS, 2019):

- Redução da carga de sintomas;
- Redução da hiperutilização dos serviços de saúde;
- Maior adesão ao tratamento;
- Aumento da satisfação da pessoa e da equipe de saúde.

O MCCP propõe quatro passos, conforme figura 1 (GUSSO, LOPES e DIAS, 2019; STEWART *et al.*, 2017).

Figura 1. Os quatro passos do Método Clínico Centrado na Pessoa



Fonte: Adaptado de Gusso, Lopes e Dias (2019).

Passo 1: Explorando saúde, doença e experiência da doença

Além das informações que já costumamos colher durante o atendimento clínico (anamnese, exame clínico, exames complementares e sintomas), explorar o entendimento e a experiência da pessoa em estar doente (sentimentos, ideias, funcionalidade, expectativas) é muito importante para compreender a pessoa que adoce, para além da doença física (GUSSO, LOPES e DIAS, 2019). Acompanhe a tabela 1.

Tabela 1. Acrônimo* SIFE para explorar a experiência por trás do adoecimento

S	Sentimento	Sentimento da pessoa, especialmente o medo de estar doente "Será que minha dor é câncer?"
I	Ideias	Ideias sobre o que está acontecendo "Minha vizinha morreu de câncer de estômago há 2 meses. Estou preocupada da minha dor no estômago ser câncer também."
F	Funcionalidade	O efeito da doença sobre sua funcionalidade "Minha dor no estômago incomoda, mas consigo fazer minhas atividades normalmente. Minha vizinha não tinha a mesma funcionalidade de antes."
E	Expectativas	Expectativas em relação ao profissional da APS "Preciso de uma endoscopia?" "Tem remédio para minha dor melhorar?" " Preciso de um <i>check-up</i> completo?"

Fonte: Adaptado de Gusso, Lopes e Dias (2019).
Nota: APS: Atenção Primária à Saúde.



*Acrônimo, também conhecido como sigla, é um vocábulo ou redução literal de intitulos baseados nas letras ou sílabas iniciais de cada um ou de alguns dos componentes do intitutivo. Isto é, a palavra formada pela junção das primeiras letras ou a junção das sílabas iniciais de um grupo de palavras, que normalmente representam um título (FERREIRA, 1999).



Passo 2: Entendendo a pessoa como um todo

Nesse passo, o foco é entender que as necessidades de saúde de um indivíduo vão além do contexto físico e envolvem aspectos sociofamiliares, econômicos, espirituais e psicológicos, os quais devem ser considerados para desenvolver um olhar de cuidado ampliado. É fundamental conhecer a pessoa como um todo, reconhecendo o ciclo de vida, seu papel social e relação com a comunidade (GUSSO, LOPES e DIAS, 2019; BRASIL, 2017; MENDES *et al.*, 2019; STEWART *et al.*, 2017).

Passo 3: Elaborando um plano comum de manejo dos problemas

Compartilhar a lista de problemas encontrada durante a avaliação clínica, construir um entendimento comum sobre o que esses problemas significam e traçar um plano conjunto para os problemas abordados, priorizando as condutas a partir da compreensão do que a pessoa cuidada lista como demanda principal, são fundamentais para ativação do usuário, do ponto de vista de autocuidado apoiado e empoderamento sobre sua condição de saúde (CERON, 2012; STEWART, 2017; GUSSO, LOPES e DIAS, 2019; MENDES *et al.*, 2019).

Passo 4: Intensificando a relação entre profissional-pessoa

A equipe de saúde, em especial a da APS, deve utilizar da longitudinalidade para cumprir esse passo, uma vez que o vínculo com a pessoa é construído ao longo do tempo e se estende à família – na maioria das vezes cuidada também por essa mesma equipe. Ações que contribuem para o fortalecimento do vínculo são os próprios passos do MCCP, assim como uma postura empática e acolhedora com o usuário. (STEWART *et al.*, 2017; GUSSO, LOPES e DIAS, 2019).

É importante compreender que atenção centrada na pessoa não se restringe à aplicação de um método em si, mas é desenvolvida a partir do entendimento da essência trazida pelos passos sinalizados no MCCP, algo importante para você ficar atento nos diversos espaços e nas variadas ações de cuidado.

Texto B. O Processo de Integração entre a Atenção Primária à Saúde e a Atenção Ambulatorial Especializada

Wagner Fulgêncio Elias

Quando falamos na estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), alguns fundamentos teóricos são importantes e devem ser considerados para que as RAS sejam verdadeiramente efetivadas no território (MENDES, 2011). De maneira especial, a **interdependência** e a **ação colaborativa** podem ser destacadas, quando considerada a necessidade da integração.

Precisamos entender que nenhum serviço da rede e nenhum ponto de atenção é suficiente, de maneira isolada, para atingir os objetivos da RAS junto à população; por isso são **interdependentes** entre si e, dessa forma, a rede só será efetiva quando houver verdadeira **colaboração** interorganizacional, ou seja, quando seus elementos constituintes trabalhem de maneira integrada e complementar, potencializando mutuamente sua capacidade resolutiva.

Você deve se recordar do conceito de microssistemas clínicos (GODFREY, 2004), não é? Eles podem ser definidos como a menor unidade geradora de valor para o usuário, na qual se articulam **os 5Ps**: as necessidades e anseios das **pessoas** usuárias são acolhidas pelos **profissionais** do serviço de saúde, que, por **processos** de trabalho organizados, devem promover uma resposta adequada a essas necessidades, conforme os **padrões** estabelecidos pelas diretrizes clínicas, cumprindo, assim, o **propósito** de gerar valor efetivo para a população.

Esse conceito é importante porque, de maneira operacional, para que possa ser ofertada a melhor resposta às necessidades dos usuários de riscos alto e muito alto, podemos considerar a relação entre a Atenção Primária

à Saúde (APS) e a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) como **um único microsistema clínico**, uma vez que os resultados clínicos e funcionais desejados para essa subpopulação só serão alcançados quando os profissionais desses dois níveis de atenção trabalharem de maneira contínua, integrada e colaborativa.

Essa integração não pode ser feita apenas no campo normativo e teórico, mas concretizada na rotina de trabalho de ambos os serviços, para que os dois possam atingir seus propósitos adequadamente.

Como, porém, operacionalizar essa integração?

Quando compreendemos os fundamentos teóricos da RAS e o papel organizacional da APS e da AAE, é possível identificar diversos elementos e processos de trabalho que, ao serem implantados, não apenas favorecem, mas, de fato, concretizam essa unidade (MENDES, 2012). Esses elementos podem ser pensados a partir dos cinco elementos de organização do microsistema clínico: profissionais, pessoas (população), processos, padrões e propósito.

No entanto, antes disso e para que tudo isso seja possível, o primeiro e mais fundamental elemento de integração deve ser estabelecido: é fundamental que seja definida a **diretriz clínica**.

Uma boa diretriz clínica funciona como a linguagem comum da RAS e é a condição de possibilidade para a implantação dos elementos e processos que serão apresentados mais adiante. Ela deve conter informações que permitam identificar, com precisão, a população da RAS, segundo seus estratos de risco, e estabelecer as competências de cada ponto de atenção, identificando o itinerário do cuidado com esse usuário na RAS e as melhores evidências de como esse cuidado deve ser ofertado.

Agora, vamos identificar outras estratégias e processos para integração entre APS e AAE usando, como chave de leitura, os cinco componentes do microsistema clínico.

Pessoa ou população

Acolher e responder às demandas e às necessidades de saúde da pessoa e também da população devem ser as razões de existir de qualquer serviço de saúde. A APS e a AAE devem ter clareza da população pela qual têm responsabilidade compartilhada. Essa definição de responsabilidade possui um componente territorial, no qual a equipe da AAE é referência para um número específico de equipes de APS e deve se corresponsabilizar pelos usuários de maior risco, que são captados e compartilhados pela APS. Trata-se também de um componente assistencial, pois essa população deve ser identificada e vinculada à APS e ter seu risco corretamente estratificado, seguindo a diretriz clínica. O acesso desses usuários à AAE deve

ser coordenado e facilitado pela APS e, por sua vez, a equipe da AAE precisa comunicar à APS sobre o comparecimento desses usuários ao serviço ou sua ausência, de modo a garantir a busca efetiva dos faltosos pela APS.

Profissionais

Para além de uma vinculação territorial, na qual a equipe de AAE possui o cadastro e os contatos de cada equipe de APS, é importante que os profissionais de ambas as equipes se conheçam mutuamente e estabeleçam uma relação de confiança, parceria e complementariedade de saberes.

As ferramentas de comunicação formais (como o prontuário eletrônico em rede e o plano de cuidados) e informais (como os grupos virtuais e os aplicativos de mensagens) permitem essa interação entre profissionais e estreitam as relações.

Processos

A organização de macro e microprocessos de trabalho de maneira integrada entre as equipes de APS e AAE é um dos principais escopos do PlanificaSUS. A atenção aos processos, tanto assistenciais quanto gerenciais, deve ser feita de maneira a facilitar a integração entre as equipes da APS e da AAE. Alguns exemplos são:

- As agendas de atendimentos e exames dos usuários que estão em cuidado compartilhado devem ser conhecidas por ambas as equipes.
- O fluxo assistencial deve ser claro, com critérios e regras para o acesso à AAE, regulado pelas equipes de APS.
- O compartilhamento das informações do cuidado é pela ferramenta do plano de cuidado, elaborado e monitorado por ambas as equipes.

Padrões

A qualidade da atenção ao usuário é um objetivo sempre presente na relação APS-AAE. Assim, ferramentas de educação permanente dos profissionais e de melhoria contínua dos processos devem ser estabelecidas, como:

- Estabelecimento de agenda e metodologias para apoio matricial, focado na melhoria das práticas clínicas.
- Discussão de casos com acompanhamento compartilhado.
- Cursos rápidos, com foco no conhecimento das diretrizes clínicas e em habilidades de manejos específicos.

Propósito

O propósito de alcançar os melhores resultados clínicos e funcionais para os usuários deve ser comum a todos os componentes da RAS, e constitui-se de potente eixo de integração entre APS e AAE na medida em que esses resultados objetivos são buscados de maneira conjunta e integrada por ambas as equipes, com ferramentas como:

- Estabelecer uma cultura de implementação de ciclos de melhoria contínua dos processos do cuidado.
- Determinar um painel de indicadores para a RAS, com o monitoramento constante dos indicadores de processos, de resultados intermediários e de resultados.

E aí, sentiu entusiasmo com a programação? Você acabou de concluir mais um bloco!
No próximo bloco, você receberá orientações para o trabalho em grupos e em seguida, conhecerá a senhora Tereza em uma situação específica de sua vida. Curioso para nossa discussão de caso?
A seguir, as atividades do **bloco 2**.

— Espaço reservado para um intervalo —
(em caso de programação contínua)





BLOCO 2

BLOCO 2

ATIVIDADE 1 - ORIENTAÇÕES PARA O TRABALHO EM GRUPOS

Responsável pela atividade: tutor.

Tempo sugerido da atividade: 5 minutos.

Preparados para começarmos a trabalhar em pequenos grupos?

Nesse momento, é importante estimular a reflexão entre você e seus colegas sobre as realidades de seus serviços, levando à **articulação entre teoria e prática**.

Relembrar o conteúdo teórico que já foi estudado será valioso para esse momento. A partir da [página 18](#), você tem acesso a textos do referencial teórico, para consultar sempre que achar necessário.

Nos *Workshops* do PlanificaSUS, é esperada a participação de profissionais de saúde de diferentes formações e cargos, o que pode acarretar variados pontos de vista sobre o processo de trabalho nos serviços de saúde.

Intenção: Ouvir diferentes opiniões é crucial, **buscando o ponto em comum entre as falas**, para que seja possível visualizar a importância da articulação da RAS. Quando trabalhamos em **grupos**, é comum observarmos **posturas diferentes de participação**. Alguns falam mais, outros ficam mais calados. Por isso, vamos libertar o que cada um está pensando usando as **Estruturas Libertadoras de aprendizagem** (LIBERATING STRUCTURES, s.d.).

Estruturas Libertadoras (EL) são formatos que possibilitam, de maneira rápida e simples, que um grupo de pessoas (de qualquer tamanho) melhore radicalmente a forma como interage e trabalha junto.

O controle é distribuído com o grupo, e o tutor não sabe que soluções serão encontradas para os problemas colocados. A tutoria atua com uma **facilitação leve** ao serviço do grupo, para que todos participem e troquem aprendizados entre si.

Em cada atividade, você terá o passo a passo para aplicar a metodologia sugerida. Vamos lá?

ATIVIDADE 2 – A SENHORA TEREZA NA PERSPECTIVA DA ATENÇÃO CENTRADA NA PESSOA

Responsável pela atividade: tutor.

Tempo sugerido para a atividade: 55 minutos.

Lembra que você se apropriou do “**Texto A - Integralidade do Cuidado e Atenção Centrada na Pessoa**” no bloco destinado ao estudo dirigido? Agora, você conhecerá o **Caso 1 – A senhora Tereza**. Confira:

Caso 1 – A senhora Tereza

A senhora Tereza é uma mulher de 58 anos de idade, baixo letramento, já avó, com história há 15 anos de Diabetes tipo 2, complicada por hipertensão arterial e episódios recorrentes de depressão. Apresenta obesidade e luta para fazer o controle de peso desde jovem. Em consulta recente com sua equipe de saúde da família, queixou-se de fadiga e tristeza. No exame clínico, verificou-se que ela estava com hemoglobina glicada alta, pressão arterial elevada e sintomas maiores de depressão, que limitavam muito o autocuidado, apesar de estar tomando medicação antidepressiva em dose otimizada. O médico de família compartilhou com a senhora Tereza sua impressão e decidiram, de forma conjunta, que a saúde mental seria a prioridade de cuidado nesta consulta, onde a conduta foi dividir o caso com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) durante reunião com a equipe de saúde mental, para apoio no manejo do quadro de depressão.

Ao passar pelo psiquiatra, sua pressão arterial estava em 220 x 124 mmHg, e ela se queixava de dor de cabeça e fadiga. O psiquiatra alarmou-se com sua pressão arterial e a referiu ao pronto atendimento no mesmo dia.

No serviço de urgência e emergência, foi medicada e ficou em observação até melhora da pressão. Ao ser reavaliada pelo clínico, recebeu uma receita com duas novas medicações e a informação de que seu tratamento estava inadequado por necessitar de remédios mais fortes.

No dia seguinte, a senhora Tereza recebeu a visita da Agente Comunitária de Saúde (ACS) e relatou o que havia acontecido na consulta com o psiquiatra e no pronto atendimento. A ACS pediu para ver quais eram os medicamentos novos e, após verificar a gaveta de remédios da usuária, constatou que ela já possuía os medicamentos prescritos, tendo muitas cartelas guardadas sem iniciar o uso. Ao perguntar para a senhora Tereza desde quando ela possuía os medicamentos, ela não soube responder.

Ao passar o caso na reunião de equipe, a ACS sugeriu acionar o farmacêutico da equipe multiprofissional da unidade para realizar uma visita domiciliar e auxiliar a senhora Tereza da melhor maneira. Além disso, questionou se a usuária seria elegível para compartilhamento com a AAE. Revisando o prontuário, a enfermeira verificou que ao longo do tempo, o encaminhamento para o cardiologista tinha sido feito diversas vezes, sem a adesão da paciente, mas agora, com o apoio do ambulatório organizado no novo modelo PASA, todos concordaram que o compartilhamento seria uma excelente opção e iniciaram o preenchimento do formulário de compartilhamento do cuidado AAE-APS no mesmo dia.

Na visita domiciliar, o farmacêutico organizou toda medicação da usuária (inclusive os antidepressivos) e orientou a senhora Tereza quanto aos horários, aos efeitos colaterais e até ao armazenamento da medicação. Além disso, foi iniciado, na unidade de saúde, um plano de cuidado para a senhora Tereza, sob coordenação do farmacêutico, que, posteriormente, foi integrado pelo CAPS e AAE como plano de cuidados unificado. Assim, foi possível construir uma comunicação entre os pontos de atenção, visando o bem-estar da senhora Tereza, que elogiou muito o farmacêutico, a ACS e toda sua unidade pelo cuidado em saúde recebido.

Fonte: Adaptado de Mendes *et al.* (2019).

Vamos, agora, discutir um pouco sobre o caso da senhora Tereza e como podemos identificar os passos (ou a ausência deles) presentes no caso, considerando o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP).

A Estrutura Libertadora escolhida para a aplicação da atividade chama-se **1, 2, 4, todos**. É bem simples.

Essa estrutura tem uma duração média de 10 a 12 minutos, e seu objetivo é engajar a todos, simultaneamente, na geração de perguntas, ideias e sugestões, provocando a inteligência coletiva.

Os passos são:

- 1 minuto: reflexão **individual** sobre a questão norteadora.
- 2 minutos: os participantes se juntam em **duplas** e compartilham suas reflexões.
- 4 minutos: as duplas se juntam em **quartetos** e compartilham seus pontos de dúvida.
- 5 minutos: o tutor pergunta: “Qual foi o ponto que mais se destacou em sua conversa?”.
- Construção coletiva de uma resposta.

Questão norteadora: Quais os aspectos do MCCP foram identificados ou não no caso da senhora Tereza?

Sugiro que você tenha no ambiente papel, caneta, lápis, bloco de papel autoadesivo e outros materiais, caso necessitem.

Se preferir, dependendo do ritmo do grupo e do tempo, o tutor poderá aplicar também as seguintes perguntas disparadoras:

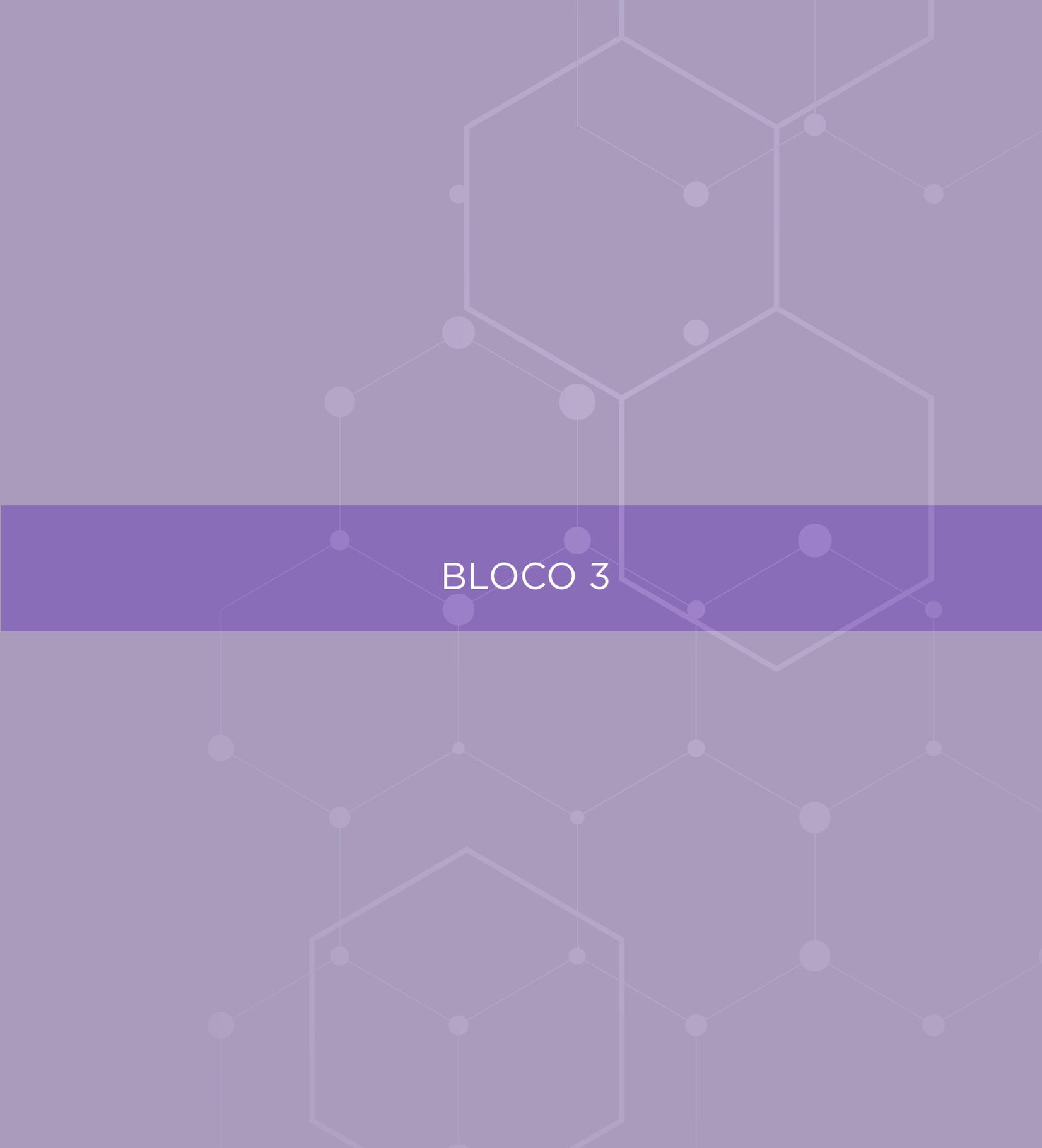
1. Quais são os conceitos-chave do cuidado centrado na pessoa?
2. Qual o cenário ideal, considerando o cuidado centrado na pessoa, no caso da senhora Tereza?

Olha só! Concluiu mais um bloco! Espero que esteja gostando da programação. Agora, caso sua equipe tenha optado por realizar todos os blocos do *Workshop 5* em um mesmo turno, sugiro que vocês façam um intervalo. Caso tenham optado pela realização dos blocos em momentos distintos, até o próximo bloco!

↳ Espaço reservado para um intervalo ↳
(em caso de programação contínua)



Chegou no último bloco do *Workshop 5*? Parabéns por ter avançado até aqui!
A proposta do **bloco 3** é que você e sua equipe possam refletir em grupo sobre os elementos de integração entre Atenção Primária à Saúde e Atenção Ambulatorial Especializada. Além disso, ainda no **bloco 3** você realizará o alinhamento dos próximos passos e terá a oportunidade de avaliar as atividades que realizou. Sua opinião é muito importante! Vamos encerrar a programação com chave de ouro com este último bloco?



BLOCO 3

BLOCO 3

ATIVIDADE 1 - ELEMENTOS DE INTEGRAÇÃO ENTRE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA NO CASO DA SENHORA TEREZA

Responsável pela atividade: tutor.

Tempo da atividade: 60 minutos.

Ainda tendo como contexto o **Caso 1 - A senhora Tereza**, que está na [página 28](#), vamos nos basear para a próxima discussão no **Texto de Apoio B - Elementos de Integração entre Atenção Primária à Saúde e Atenção Ambulatorial Especializada**, encontrado na [página 21](#).

Para relembrar um conceito muito importante da integração entre APS e AAE, colocamos aqui um trecho do Texto de Apoio B:

*Precisamos entender que nenhum serviço da rede e nenhum ponto de atenção é suficiente, de maneira isolada, para atingir os objetivos da RAS junto à população; por isso são **interdependentes** entre si e, dessa forma, a rede só será efetiva quando houver verdadeira **colaboração** interorganizacional, ou seja, quando seus elementos constituintes trabalhem de maneira integrada e complementar, potencializando mutuamente sua capacidade resolutiva. (MENDES, 2011).*

Nesta atividade, o desafio é partir para ações que provoquem mudanças e apoiem a integração, pensando, porém, em mudanças que cada um tem governabilidade para provocar. Apresentamos a Estrutura Libertadora **15% soluções:**

É uma Estrutura Libertadora incrível que pode gerar grandes resultados começando com pequenas contribuições individuais. É qualquer primeiro passo ou solução que você possa fazer sem aprovação ou recursos extras, é algo que você pode começar agora mesmo se quiser. O incrível dessa estrutura é o poder em identificar o que temos de melhorar como grupo, chamamos a atenção para como nós (indivíduos) podemos contribuir para uma mudança focando no que é possível. Afinal, você pode mudar o curso de um rio mudando a posição de algumas pedras.

Partindo de uma questão norteadora simples, vocês encontrarão soluções para grandes desafios.

Questões Norteadoras: Com o objetivo de aplicar a Integração entre APS e AAE, imaginando-se no cenário do caso 1 e exercendo sua função real enquanto profissional, quais são seus 15%? Onde você tem discrição e liberdade para agir? O que é possível você fazer sem mais recursos ou autoridade?

Os passos são:

- 5 minutos: de forma individual, tente pensar em uma lista de soluções 15%.
- 10 minutos: **compartilhe** suas ideias com um pequeno grupo (dois a quatro membros) – 2 a 3 minutos por pessoa e uma pessoa de cada vez.
- 20 minutos: os membros do grupo fornecem consultoria uns aos outros, fazendo perguntas esclarecedoras e oferecendo conselhos – 5 a 7 minutos por pessoa e uma de cada vez.

Sugiro que você tenha no ambiente papel, caneta, lápis, bloco de papel autoadesivo e outros materiais, caso necessitem.

Ao final dessa atividade, sugiro que cada participante leve uma lista das mudanças que cada um pode provocar em seus territórios.

Imagine a grande mudança quando juntos, dentro de cada *expertise* e função, transformarmos nossas atividades/procedimentos/fluxos para tornar real a integração entre APS e AAE.

ATIVIDADE 2 – ALINHANDO OS PRÓXIMOS PASSOS

Responsável pela atividade: tutor.

Tempo da atividade: 10 minutos.

Vamos encerrar o encontro de hoje?

Os temas estudados hoje no *Workshop* terão continuidade nas discussões das oficinas tutoriais da Etapa 5 do PlanificaSUS. São nessas oficinas que vamos juntar o que foi estudado no *Workshop* 5 para tornar possíveis as mudanças e aperfeiçoamentos da prática. Lembrando que tanto o *Workshop* quanto a oficina tutorial são espaços de operacionalização da tutoria.

A tutoria, por sua vez, não se constitui de um processo fiscalizador ou de avaliação de desempenho, e nem mesmo de definição sobre o que os profissionais devem fazer. Pelo contrário, é um “fazer junto”, sem substituir o profissional em suas funções e responsabilidades, ajudando-o na reflexão sobre a própria prática, na identificação de fragilidades e nas ações de melhoria identificadas como necessárias.

ATIVIDADE 3 – RELEMBRANDO E AVALIANDO O ENCONTRO (DESEMBARQUE)

Responsável pela atividade: tutor.

Tempo da atividade: 20 minutos.

Rapidinho, vamos lembrar o que foi apresentado como objetivo para o encontro do *Workshop 5*?

- **Compreender** a importância do conhecimento recíproco, da vinculação e do apoio entre as equipes de APS e AAE no cenário das RAS.
- **Compreender** o conceito de atenção centrada na pessoa.
- **Entender** o conceito de coordenação do cuidado na RAS.
- **Formular** mecanismos de integração e comunicação entre APS e AAE.

Como proposta avaliativa do *Workshop 5*, complete as frases:

Antes eu pensava...

Hoje, no *Workshop 5*, eu aprendi...

Intenção: Essas frases incompletas ajudam você a refletir sobre o que foi mais significativo e vem de forma automática na mente após o encontro proposto.

Gratidão por sua companhia e por toda troca de aprendizados durante o *Workshop 5*.
Desejo uma excelente continuidade das reflexões aqui disparadas. Lembre-se de que você é um agente multiplicador dos ensinamentos vivenciados no dia de hoje, e os processos de trabalho se tornam mais significativos ao refletirmos sobre eles.

Até Breve!

REFERÊNCIAS GERAIS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 22 set. 2021.
- DEAQUINO, T. E. **Como aprender: andragogia e as habilidades de aprendizagem**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.
- FERREIRA, A.B.H. **Dicionário eletrônico aurélio** século XXI. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira e Lexikon Informática, 1999.
- INSTITUTE OF MEDICINE. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century**. Washington: National Academy Press, 2001. Disponível em: <http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10027 >. Acesso em: 07 ago. 2021.
- LIBERATING STRUCTURES. **Introduction**. [s.d.]. Disponível em: <https://www.liberatingstructures.com>. Acesso em: 21 set. 2021.

REFERÊNCIAS TEXTO A

- CERON, M. **Habilidades de comunicação: abordagem centrada na pessoa**. São Paulo: Universidade Aberta do SUS, 2012. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade24/unidade24.pdf. Acesso em: 22 set. 2021.
- GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 22 set. 2021.
- MENDES, E. V. *et al.* **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude-2a-edicao/>. Acesso em: 22 set. 2021.
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília DF: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf. Acesso em: 21 set. 2021.
- STEWART, M. *et al.* **Medicina centrada na pessoa – transformando o método clínico**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

REFERÊNCIAS TEXTO B

- GODFREY, M. M. **Clinical microsystem action guide**. Hanover: Trustees of Dartmouth College, 2004.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 22 set. 2021.
- MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 22 set. 2021.



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

