

PlanificaSUS

WORKSHOP 2

Território e Gestão de
Base Populacional



VERSÃO PRELIMINAR

PlanificaSUS

WORKSHOP 2

Território e Gestão de
Base Populacional



Tiragem: 2ª edição - 2021 - versão eletrônica

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:

Francisco Timbó de Paiva Neto
Gabriela Alves de Oliveira Hidalgo
Isadora Siqueira de Souza
Marco Antônio Bragança de Matos
Rubia Pereira Barra
Priscila Rodrigues Rabelo Lopes

Projeto gráfico e diagramação:

Rudolf Serviços Gráficos

Edição de texto:

Kátia Amorim

Colaboração:

Adriane Reis Arcos
Ana Alice Freire de Sousa
Francisco Timbó de Paiva Neto
Gabriela Alves de Oliveira Hidalgo
Isadora Siqueira de Souza
Leticia Alves Tadeu Santiago
Marcio Anderson Cardozo Paresque
Marco Antônio Bragança de Matos
Michelle Leite da Silva
Rodrigo Silva Amaral
Rubia Pereira Barra
Priscila Rodrigues Rabelo Lopes

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 n.º 2/2021 - CGGAP/DESF/SAPS/MS (0019478128) e despacho SAPS/GAB/SAPS/MS (0019480381).

Ficha Catalográfica

Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein

PLANIFICASUS: *Workshop 2* - Território e Gestão de Base Populacional. / Hospital Israelita Albert Einstein: Diretoria de Atenção Primária e Redes Assistenciais: São Paulo. Ministério da Saúde, 2021.
38 p.: il.

1. População 2. Territorialidade 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 acompanhados pelo PlanificaSUS.

Como Guia, tenho o objetivo de, por meio deste material, instrumentalizar você, que faz parte da Equipe PlanificaSUS na execução do ***Workshop 2***.

BOAS-VINDAS!

Tudo pronto para iniciar a Etapa 2 do PlanificaSUS? Já viu que vamos conversar sobre o lugar em que vivemos e atuamos? Sim, chegou a hora de conversar sobre território!

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 a 100% dos profissionais das unidades de saúde da APS e da AAE, a gestores, coordenadores e outros atores estratégicos que o município ou a região de saúde considerarem pertinentes.

Você e sua equipe podem utilizar de estratégias como 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 ao 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.

Ou seja...



Fonte: Banco de imagens Einstein

O PlanificaSUS reúne um conjunto de ações educacionais, baseadas em metodologias de aprendizagem ativa, voltadas para o desenvolvimento de competências de conhecimento, habilidade e atitude, 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 2</i>	9
■ ROTEIRO DE ATIVIDADES	12
■ BLOCO EMBARQUE/CONEXÃO	12
ATIVIDADE 1 - ACOLHIMENTO DO <i>WORKSHOP</i>	12
ATIVIDADE 2 - AONDE QUEREMOS CHEGAR?	12
ATIVIDADE 3 - CONTRATO DE APRENDIZAGEM	13
■ BLOCO 1	15
ATIVIDADE 1 - ORIENTAÇÕES PARA O ESTUDO DIRIGIDO	15
ATIVIDADE 2 - ESTUDO DIRIGIDO E DÚVIDAS COM O TUTOR	15
TEXTOS PARA ALINHAMENTO TEÓRICO	16
TEXTO A - GESTÃO COM BASE POPULACIONAL	16
TEXTO B - TERRITÓRIO EM SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA**	20
TEXTO C - O TERRITÓRIO REGIONAL DE SAÚDE	25

■ BLOCO 2	29
ATIVIDADE 1 - ORIENTAÇÕES PARA O TRABALHO EM GRUPOS	29
ATIVIDADE 2 - GESTÃO DE BASE POPULACIONAL	29
ATIVIDADE 3 - TERRITÓRIO EM SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA	31
■ BLOCO 3	34
ATIVIDADE 1 - TERRITÓRIO REGIONAL DE SAÚDE	34
ATIVIDADE 2 - ALINHANDO NOSSOS PRÓXIMOS PASSOS	35
ATIVIDADE 3 - RELEMBRANDO E AVALIANDO O ENCONTRO (DESEMBARQUE)	35
■ REFERÊNCIAS GERAIS	37
■ REFERÊNCIAS TEXTO A	37
■ REFERÊNCIAS TEXTO B	37
■ REFERÊNCIAS TEXTO C	38
■ RECOMENDAÇÕES DE LEITURAS	38

ATIVIDADES DO *WORKSHOP 2*

Você iniciará entendendo a dinâmica proposta para este *Workshop* e verá que é bem simples operacionalizar este momento junto de sua equipe, o mais importante é a **produção de sentido** para vocês.

Considerando que cada região tem uma dinâmica de organização, é importante estimular a flexibilidade e **verificar com os participantes** alguns aspectos, 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 pactuada com a 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). Também é necessário considerar que materiais poderão ser utilizados.
- **Formato do encontro:** Você pode estar se perguntando se existe a possibilidade de realização do *Workshop* de maneira virtual. A resposta é sim, mas... Considerando que o PlanificaSUS utiliza uma metodologia de encontro e que as equipes já estarão nas unidades, nada melhor do que um olho no olho, não é? Ainda assim, se a equipe optar pelo formato virtual, a sugestão é que a dinâmica de execução em blocos seja considerada.

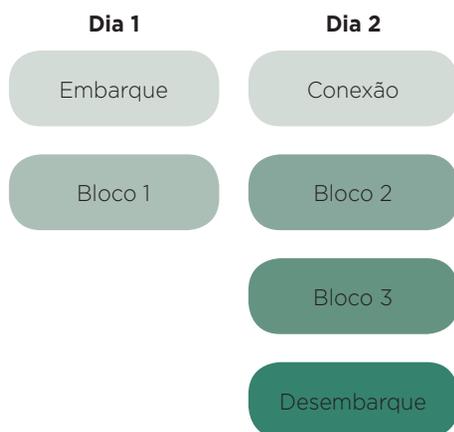
Combine o que for necessário para garantir um ambiente confortável e o melhor aproveitamento do *Workshop 2*. A seguir, te trago o quadro de atividades e as propostas sugeridas para operacionalização dos blocos.

Bloco	Ordem da atividade	Título da atividade sugerida	Tempo médio (minutos)
Embarque/ conexão	1	Acolhimento e abertura do <i>Workshop</i> (embarque)	10'
	2	Aonde queremos chegar?	5'
	3	Contrato de aprendizagem	5'
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	Gestão de Base Populacional	40'
	3	Território em Saúde e Atenção Primária	60'
3	1	O Território Regional de Saúde	40'
	2	Alinhando nossos próximos passos	5'
	3	Relembrando e avaliando o encontro (desembarque)	10'
Tempo total sugerido para o <i>Workshop</i>			240' = 4 horas

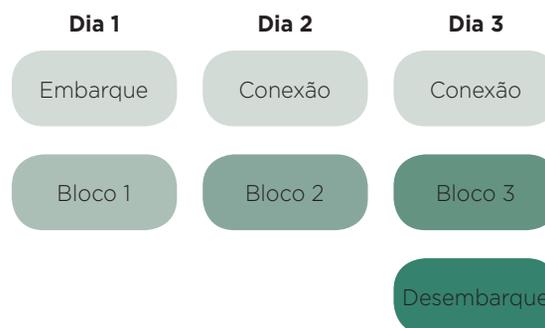
Proposta 1:
Em momento único



Proposta 2:
Em dois momentos



Proposta 3:
Em três momentos





BLOCO EMBARQUE/CONEXÃO

ROTEIRO DE ATIVIDADES

Iniciando as 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 **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 que proporciona o foco no aqui e agora.

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

- A. 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.
- B. Em duplas ou trios, sinalize ao próximo o que você deseja para o encontro completando a frase: “Hoje, para nós, eu desejo...”.
- C. Em duplas ou trios, pergunte “Como é estar na sua pele hoje?”.

ATIVIDADE 2 - AONDE QUEREMOS CHEGAR?

Responsável pela atividade: tutor.

Tempo sugerido para a atividade: 5 minutos.

Um dia, Paulo Freire compartilhou o seguinte pensamento:

“Quem ensina aprende ao ensinar. E quem aprende ensina ao aprender. A educação, qualquer que seja ela, é sempre uma teoria do conhecimento posta em prática”.

E, para pôr em prática nossas teorias de conhecimento, vamos discutir a importância do **território** para organização dos processos de trabalho. Neste *Workshop*, o objetivo geral é discutir a importância da gestão de base populacional no diagnóstico e na organização do território da Rede de Atenção à Saúde. Além disso, vamos também:

- Compreender o conceito de gestão de base populacional.
- Compreender o conceito de território e suas interfaces.

ATIVIDADE 3 – CONTRATO DE APRENDIZAGEM

Responsável pela atividade: tutor.

Tempo sugerido da atividade: 5 minutos.

Já dizia Piaget: *“Pensar é agir sobre o objeto e transformá-lo”*.

Um bom relacionamento é essencial para que qualquer programação em grupo seja produtiva e para que o processo de pensar e agir seja iniciado. Para isso, trago 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.

E aí, o nível de animação continua elevado para o *Workshop 2*? A partir daqui você dará início ao **bloco 1**: um momento importante para conhecimento e revisão de conceitos relacionados aos processos de trabalho associados à temática central da etapa. Neste bloco, você terá acesso aos textos de alinhamento conceitual e poderá registrar suas impressões para observações posteriores. Anote, grave, fotografe se quiser... Só não deixe de registrar suas impressões para discutir em seguida, ok?



BLOCO 1

BLOCO 1

ATIVIDADE 1 – ORIENTAÇÕES 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 esse *Workshop* há três textos que servirão de base para as discussões. Para conseguir participar ativamente das próximas atividades é muito importante o estudo prévio desse material. E é isso que faremos por aqui.

Texto A. Gestão de base populacional	(página 16)
Texto B. Território em Saúde e Atenção Primária	(página 20)
Texto C. O Território Regional de Saúde	(página 25)

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 se dá em dois momentos.

- Individual
- Coletivo

Se optar 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 você sentiu que capta a ideia central do texto.

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

Explique por que você fez as seleções que fez. 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 – Gestão com Base Populacional*

Do Modelo da Gestão da Oferta para o Modelo da Gestão da Saúde da População

O modelo de gestão que se pratica no Sistema Único de Saúde (SUS), que é o modelo da gestão da oferta, é incompatível com a geração de valor para as pessoas usuárias, pois tem seu foco na oferta de serviços, e não nas necessidades da população usuária. Isso acontece porque o modelo da gestão de oferta tem preocupação fundamental com a organização dos serviços de saúde, focando nas instituições prestadoras, e não nas pessoas usuárias.

O modelo da gestão da oferta opera com indivíduos não estratificados por riscos diferenciados. Tal modelo é estruturado por parâmetros de oferta, construídos, em geral, por séries históricas que refletem mais os mecanismos políticos de conformação dos padrões de capacidade instalada ao longo do tempo. Ademais, o modelo não tem ligação com as reais necessidades das pessoas usuárias e leva a uma espiral de crescimento da oferta, porque desconsidera a mudança do modelo de atenção à saúde, bem como a importância dos mecanismos de racionalização da demanda.

Há vários problemas que decorrem da utilização do modelo da gestão da oferta. O primeiro deles é o critério populacional. Nesse modelo, a população é genérica, normalmente definida pelas projeções demográficas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O segundo, essa população é artificialmente homogeneizada, o que significa desconhecer as diferenças entre subpopulações nos campos dos riscos sanitários e do acesso aos serviços de saúde. Na prática social, não são estratificados os riscos sanitários e nem estabelecidas as desigualdades no acesso aos serviços. Terceiro, o modelo da gestão da oferta opera com população que é uma soma de indivíduos, sem criar vínculos e responsabilidades entre profissionais de saúde e pessoas usuárias, sem envolver intervenções sobre determinantes sociais da saúde, sem estabelecer registros potentes das pessoas usuárias e nem estabelecer parcerias entre profissionais de saúde e pessoas

* MENDES, E.V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015. Disponível em: <http://www.saude.go.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>.

usuárias. Por fim, outro problema é que esse modelo de gestão opera por meio de parâmetros de oferta, constituídos por valores médios estabelecidos com base em séries históricas, e sem discriminar os diferentes estratos de risco e os acessos diferenciados entre grupos de pessoas usuárias.

Como parâmetros de oferta, utilizados internacional e nacionalmente, podem ser citados: número de leitos por mil pessoas, número de médicos por mil pessoas, número de enfermeiros por mil pessoas, número de odontólogos por mil pessoas, número de exames de patologia clínica por pessoa, número de consultas médicas de generalistas por pessoa, número de consultas médicas de especialistas por pessoa, número de consultas de enfermagem por pessoa, número de consultas odontológicas por pessoa e outros tantos.

Um exemplo paradigmático de parâmetro de oferta manifesta-se na portaria 1.101 do Ministério da Saúde (revogada e substituída pela portaria 1.631 do Ministério da Saúde, de 1º de outubro de 2015), que dispõe sobre os parâmetros assistenciais do SUS. Nessa portaria, fixam-se os parâmetros de duas a três consultas médicas por mil habitantes, sendo 12% de consultas básicas de urgência, 3% de consultas de urgência pré-hospitalar e de urgência, 63% de consultas médicas básicas e 22% de consultas médicas especializadas (BRASIL, 2002).

O modelo da gestão da oferta fracassou universalmente, e esse fracasso foi assim expresso por Porter e Teisberg: “a revolução nos sistemas de saúde só será possível quando o cerne da discussão se deslocar dos prestadores de serviços para o valor gerado para as pessoas usuárias desses sistemas” (PORTER; TEISBERG, 2007).

O esgotamento do modelo de gestão da oferta convoca outro modelo de gestão, denominado “gestão da saúde da população” e estruturado com base no conceito de saúde da população. Tal conceito implica algumas características: a população é mais que a soma dos indivíduos que a compõem; tem como um dos focos a redução das desigualdades; considera os determinantes sociais da saúde; reconhece a responsabilidade pelo alcance de resultados sanitários; utiliza o enfoque epidemiológico na gestão da saúde, o que inclui medir estruturas, processos e resultados, compreender como eles se relacionam e estabelecer prioridades em consonância com as necessidades da população; e supõe a estratificação da população por subpopulações de riscos (STOTO, 2013).

Nos Estados Unidos, o conceito de saúde da população, em uma versão que se aproveita do conceito elaborado por Evans e Stoddart (EVANS, STODDART, 1990), foi disseminado pela proposta de organização dos sistemas de atenção à saúde, desenvolvida pelo *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) e denominada de **Tripla Meta** (*Triple Aim*). Essa proposta sugere que os sistemas de atenção à saúde devem ser orientados para alcançarem, simultaneamente, três metas: a melhoria da saúde da população; a melhoria da experiência das pessoas com os cuidados recebidos; e a redução ou controle do gasto *per capita* (BERWICK; NOLAN; WHITTINGTON, 2008). Portanto, uma das metas centra-se na saúde da população, mas o conceito de população é interpretado como uma população afiliada a um sistema de atenção à saúde com vinculação sanitária – e não meramente financeira.

O modelo da gestão da saúde da população move um sistema estruturado por indivíduos que buscam atenção para um sistema que se responsabiliza, sanitária e economicamente, por uma população determinada e ela vinculada, sendo fundamental conhecê-la, captar suas necessidades reais e discriminá-la segundo critérios de riscos e acesso (DUBOIS; SINGH; JIWANI, 2008).

A gestão da saúde da população tem esse nome porque se faz sobre necessidades de uma população adstrita a um sistema de atenção à saúde. Tal população é determinada, e não uma população geral, que guarda, com o sistema de atenção à saúde, uma relação de vínculo permanente e personalizado.

Na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (RAS), seu elemento fundante e sua razão de ser são essas populações determinadas, postas sob suas responsabilidades sanitárias. A população das RAS tem espaço de vinculação qualificado, que é a Atenção Primária à Saúde (APS). A população de responsabilidade das RAS, então, não é a população dos censos demográficos, nem a população geral que tem direito ao SUS, mas a população cadastrada e vinculada a uma unidade de APS, a qual vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações de acordo com riscos sociais e sanitários (MENDES, 2011).

O conhecimento profundo da população usuária de um sistema de atenção à saúde é o elemento básico que torna possível romper com a gestão da oferta e instituir a gestão da saúde da população – elemento essencial das RAS. Assim, o objetivo da gestão da saúde da população é gerar valor para as pessoas usuárias, de modo a melhorar a saúde definida de forma ampla, o que vai além da ausência de doenças, incluindo o bem-estar físico, mental e social (MCALERLERNY, 2003).

A gestão da saúde da população é a habilidade de um sistema em estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, segundo os riscos; implementar e monitorar as intervenções sanitárias relativas a ela; e prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas necessidades e preferências (HALPERN; BOULTER, 2001).

Fazer gestão da saúde da população significa aplicar de maneira proativa estratégias e intervenções em determinados grupos populacionais, por meio de um contínuo de cuidados, que envolve a promoção da saúde, a prevenção das condições de saúde e as ações curativas, reabilitadoras e paliativas, objetivando a melhoria dos indicadores sanitários e econômicos, e a oferta de serviços seguros, efetivos, eficientes e equitativos.

O modelo de gestão proposto implica a vinculação permanente de uma população, organizada socialmente em famílias, com a APS. Para isso, é necessário percorrer um trajeto institucional, que envolve a organização de alguns macroprocessos básicos da APS, como o processo de territorialização, o cadastramento das famílias, a estratificação de riscos familiares, a vinculação da população às equipes de APS, a identificação

de subpopulações com riscos individuais biopsicológicos e a estratificação de subpopulações por estratos de risco nas condições crônicas.

Segundo McAlearney e Lewis, a gestão da saúde da população envolve várias dimensões, dentre elas:

- Definir uma população de responsabilidade sanitária e econômica.
- Estabelecer um registro dessa população e de suas subpopulações.
- Ter a APS como centro de comunicação e ordenação de fluxos.
- Conhecer profundamente essa população em seus riscos sociais e sanitários.
- Integrar em RAS as ações dos diferentes pontos de atenção à saúde.
- Operar um modelo de gestão que inclua os elementos do conceito de saúde da população como ações sobre os determinantes intermediários e proximais da saúde, e sobre os determinantes biopsicológicos individuais.
- Desenvolver e aplicar parâmetros de necessidades, com base em evidências científicas.
- Dividir a população em subpopulações, segundo estratos de risco.
- Estabelecer metas de melhoria dos indicadores sanitários e econômicos.
- Definir estratégias para impactar a segurança, os custos e os resultados clínicos.
- Buscar a redução das desigualdades.
- Monitorar os processos e os resultados em termos de qualidade, eficiência e efetividade.
- Implantar sistemas efetivos de informações em saúde.
- Operar com equipes multiprofissionais, trabalhando de forma interdisciplinar na elaboração, na execução e no monitoramento de planos de cuidados.
- Estabelecer parcerias entre profissionais de saúde e pessoas usuárias no cuidado.

Ainda, a gestão da saúde da população exige a utilização de parâmetros assistenciais coerentes. Por isso, é necessário superar os parâmetros de oferta e instituir parâmetros construídos a partir das necessidades reais das pessoas usuárias e das populações e subpopulações adstritas às RAS. É fundamental que esses parâmetros sejam construídos com base em evidências científicas (MCALERLNEY, 2003; LEWIS, 2014).

O Ministério da Saúde lançou, em uma consulta pública, um conjunto de parâmetros que se orientam pelas necessidades de saúde da população. Essa proposta representa mudança doutrinária e operativa de ruptura com a gestão da oferta e coerente com a gestão da saúde da população. Foram propostos parâmetros para: atenção hospitalar, rede materno-infantil, atenção à saúde bucal, doenças crônicas, atenção especializada, equipamentos de exames complementares de diagnóstico e eventos relevantes em saúde pública (BRASIL, 2015).

Em 2017, foram publicados os **Critérios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.**

Acesse pelo link: [Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015](#) ✨

TEXTO B – Território em Saúde e Atenção Primária**

Pensar em saúde utilizando a perspectiva do território evidencia a oportunidade da organização de macroprocessos básicos da Atenção Primária à Saúde (APS) (MENDES, 2015). Além disso, ao analisarmos o território, é importante considerar os diversos os fatores que condicionam o estado de saúde das pessoas, como o nível de desenvolvimento social e econômico da população; a infraestrutura existente, de moradia e de trabalho; a subjetividade, a afetividade, a espiritualidade, a sexualidade, o gênero e a diversidade cultural; a participação das pessoas nas decisões da comunidade; o grau de desigualdade de renda; a presença de agentes transmissores de doenças e alergias; a qualidade da alimentação; a qualidade do saneamento; os níveis de violência, discriminação, dependência química etc.; se é área de risco físico-natural (deslizamentos de terra, inundações etc.); mudanças cíclicas e climáticas na bacia hidrográfica na qual o território está inserido; e a presença de fontes poluidoras, como indústrias e uso abusivo e não regulamentados de agrotóxicos. Com estes aspectos esclarecidos é possível identificar necessidades organizacionais da APS, fortalecer os macroprocessos identificados, sem perder a dimensão de que o território permanece em constante construção.

A concepção de território por vezes pode ser apresentada a partir de uma dimensão meramente administrativa para a gestão física dos serviços de saúde, não sendo utilizado o real potencial deste conceito para a identificação de problemas de saúde e de propostas de intervenção. Esse espaço apresenta, então, além de uma extensão geográfica, um perfil ambiental, demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que se relaciona com a população, podendo evidenciar suas necessidades em saúde. Estabelecer clareza na identificação destes aspectos pode apresentar oportunidades de melhoria em processos como territorialização, cadastramento das famílias, estratificação de risco familiar e identificação das subpopulações do território, caracterizados como macroprocessos básicos da APS (MENDES, 2015).

É importante pensar e refletir sobre as condições sociais que podem favorecer ou comprometer a situação saúde-doença de grupos que habitam determinadas áreas, visto que, quanto melhores as condições sociais de uma população e melhor a possibilidade de organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), possivelmente melhor o cenário saúde-doença dessa população. Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e a situação epidemiológica e ambiental de um território devem orientar a organização do sistema de atenção à saúde e podem ser evidenciados na perspectiva de organização dos processos de trabalho que envolvem o território. Essas variáveis estão profundamente inter-relacionadas e as políticas públicas de educação, emprego e saneamento, por exemplo, precisam estar articuladas com tal cenário.

** Texto adaptado a partir do guia de estudo da Oficina de Territorialização e Vigilância em Saúde, no âmbito da Planificação da Atenção à Saúde do Rio Grande do Sul e do Distrito Federal, 2017.

O tripé, formado por DSS, situação de saúde-doença e RAS, constitui a base para se compreender a problemática de saúde de um determinado território. Uma análise situacional na saúde abrange essas três dimensões, e cada uma delas apresentam seus indicadores próprios, possibilitando a comparação desses aspectos entre vários territórios de saúde.

Não basta programar ações setoriais, é preciso que se faça valer tudo aquilo que é necessário e fundamental para a vida humana em um determinado lugar. A interação e a articulação entre todos estes aspectos fazem daquele lugar bom para se viver, um lugar saudável (SOUZA, 2004).

Território e Riscos à Saúde

São as condições objetivas de vida das pessoas em interação com seu meio social, ambiental e territorial, que moldam como elas percebem o risco. Essa percepção inclui valores básicos sociais e pessoais (tradições, crenças, hábitos), bem como experiências anteriores, que tenham apresentado risco ou ameaça às suas vidas (abertura de estradas, infestações ambientais de *Aedes aegypti* e usinas nucleares).

A concepção tradicional de saúde (pautada no modelo médico-assistencial) fez com que o setor saúde ficasse impotente em face dos problemas provocados pelo intenso processo de aglomeração e exclusão social. Para superar este cenário vem sendo fortalecida, por parte do Ministério da Saúde, a ideia das ações de promoção da saúde, orientadas para as ações coletivas e definidas como:

Promoção da Saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas (BRASIL, 2018, p. 9).

De acordo com Yunes e Szymanski, risco é usado pelos epidemiologistas em associação a grupos e populações; já a vulnerabilidade refere-se aos indivíduos e às suas suscetibilidades ou predisposições a respostas ou consequências negativas. Para essas autoras, existe relação entre vulnerabilidade e risco: “a vulnerabilidade opera apenas quando o risco está presente; sem risco, vulnerabilidade não tem efeito”. Uma pessoa submetida a situações de risco pode tornar-se suscetível e propensa a apresentar sintomas e doenças (YUNES; SZYMANSKI, 2001). Com isso, as autoras propõem que a interpretação da vulnerabilidade incorpore necessariamente o contexto como lócus de vulnerabilidade, que pode acarretar maior suscetibilidade ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para proteção das pessoas contra as enfermidades (CONASS, 2015). Nesta perspectiva, a promoção da saúde atua no desenvolvimento de ações que se antecipem ao dano ou ao agravo.

As políticas de promoção da saúde, vigilância em saúde, saúde ambiental, saúde do idoso, da criança e da mulher, entre outras, são formas instituídas que objetivam controlar os riscos aos quais as populações-alvo estão expostas.

A seguir, são explorados macroprocessos básicos da APS que se relacionam com o território e que, quando organizados, apresentam oportunidades de diminuição dos riscos à saúde de sua respectiva população, fortalecendo as RAS:

Territorialização

Além de falarmos de território, outro conceito importante é o da **Territorialização**. Trata-se do processo de habitar e vivenciar um território; uma técnica e um método de obtenção e análise de informações sobre as condições de vida e saúde de populações; um instrumento para se entender os contextos de uso do território em todos os níveis das atividades humanas (econômicos, sociais, culturais, políticos etc.)(MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Esse processo torna o “território como uma categoria de análise social” (SOUSA, 2004).

A discussão sobre territórios e suas possibilidades, na perspectiva da organização dos serviços de saúde, busca estabelecer áreas geográficas de responsabilidade e atuação das equipes de saúde. Isso significa desdobrar todo o processo de planejamento de suas atividades (diagnóstico, identificação e priorização dos problemas de saúde; e programação, operacionalização e monitoramento das ações de saúde), que são indissociáveis do processo de identificação do território e suas possibilidades. Na atualidade, incorporou-se a noção de risco, fundamental para o estabelecimento de prioridades de atuação da equipe de saúde.

O foco da territorialização na Estratégia Saúde da Família (ESF) está em estabelecer dois territórios sanitários fundamentais:

- O território área de abrangência, que é o espaço de responsabilidade de uma equipe da ESF.
- O território microárea, que é o território de responsabilidade de um Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Essa última visão implica que o território sanitário, além de geográfico, é também cultural, social, econômico e político. Cabe também diferenciar entre territórios político-administrativos e territórios sanitários. Os territórios político-administrativos são territórios de desconcentração dos entes públicos – Ministério e Secretarias de Saúde –, que se definem a partir de uma lógica eminentemente política. Diferentemente, os territórios sanitários são recortados pelos fluxos e contrafluxos da população de responsabilidade de uma RAS, em suas demandas pelos serviços de saúde.

No modelo tradicional de cuidados primários, o território da área de abrangência é construído a partir de todas as pessoas que vivem na área de responsabilidade de uma unidade de APS. Na ESF, há tantos territórios de abrangência quantas são as equipes, porque a função de responsabilização é imputada a cada equipe em relação às famílias adscritas.

O processo de territorialização envolve a identificação de perfis territorial-ambiental (a geografia e ambiente, a delimitação do território da unidade da ESF em um mapa, as vias de acesso e as características dos domicílios), demográfico, socioeconômico e institucional.

O Conhecimento da População e o Cadastro

O primeiro elemento das RAS e sua razão de ser correspondem a uma população colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica. É isso que marca a atenção à saúde baseada na população e consiste em característica essencial das RAS.

O conhecimento da população de uma RAS envolve um processo complexo, estruturado em vários momentos: o processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos socio sanitários; a vinculação das famílias à Unidade Básica de Saúde; a identificação de subpopulações com fatores de risco; a identificação das subpopulações com condições de saúde estratificadas por graus de riscos; e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas.

Na concepção de RAS, cabe à APS a responsabilidade de articular-se, intimamente, com a população, fortalecendo a função de coordenadora dessas redes, nesse nível micro do sistema, por meio do processo de conhecimento e vinculação da equipe de saúde com a população adscrita, estratificada em subpopulações e organizada, socialmente, em famílias.

O **Cadastro Familiar** tem o objetivo de conhecer as famílias adscritas às equipes da ESF, constituindo base importante para a construção de relações de vínculo entre a população e os profissionais de saúde da família. O cadastro familiar é uma ferramenta fundamental para a ESF, porque é a partir dele que se define a população que, organizada socialmente em famílias, vincula-se a cada equipe de ESF. A população de uma RAS não é aquela fornecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mas pessoas que efetivamente vivem no território de responsabilidade de cada equipe da ESF. Com um cadastro familiar efetivo é possível romper com um dos problemas centrais do Sistema Único de Saúde (SUS), que é a gestão da oferta, e instituir, verdadeiramente, a gestão de base populacional, proporcionando a utilização de ferramentas como a **Estratificação de Risco Familiar**, que considera aspectos de vulnerabilidade das famílias daquele território.

Com o Previne Brasil o **Cadastro do Cidadão** na Atenção Primária à Saúde (APS) compõe uma das ações realizadas pelas Equipes de Saúde. Por meio dele pode-se obter o reconhecimento da população adstrita à equipe que atua na APS, subsidiando o planejamento dos profissionais e gestores nas ofertas de serviços e o acompanhamento dos indivíduos sob sua responsabilidade*. Portanto, serão considerados como usuários cadastrados aqueles que foram vinculados a uma equipe de APS através de um cadastro individual completo (FCI), cadastro simplificado por meio do módulo “Cidadão” do PEC e usuários identificados a partir das Fichas de Atendimento Individual (FAI), Ficha de Visita Domiciliar (FVD) ou Ficha de Procedimento (FP).



Para mais informações sobre cadastro no Previne Brasil acesse a [Nota Técnica Explicativa - Relatório de Cadastro, disponível aqui](#) 



Identificação das subpopulações com condições crônicas estabelecidas

A população de responsabilidade das RAS vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos sócioambientais. É importante salientar que o conhecimento da população total não é o bastante para a compreensão das necessidades em saúde: a população necessita ser vista de maneira subdividida, denominadas **Subpopulações**, onde são considerados, entre outros aspectos, as condições crônicas estabelecidas (Gestante; Criança; Hipertensos, Diabéticos; Mulheres na faixa etária de rastreamento do câncer de mama e colo de útero.). A subdivisão considera fatores de riscos e estratificação de risco em relação às condições de saúde estabelecidas (MENDES, 2015).

É preciso destacar que condição crônica não é igual à doença crônica. Todas as doenças crônicas (diabetes, doenças cardiovasculares, cânceres, doenças respiratórias crônicas, doenças musculoesqueléticas crônicas e outras) são condições crônicas. Distingue do conceito de **subpopulações com condições crônicas estabelecidas, que em outras palavras** são condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida (puericultura, hebicultura e senicultura); aos distúrbios mentais de longo prazo; às deficiências físicas e estruturais contínuas (amputações, cegueiras, deficiências motoras persistentes e outras); às doenças metabólicas; às doenças bucais não agudizadas; e às condições de saúde caracterizadas como enfermidades, que se referem ao modo como as pessoas percebem o seu adoecer, ou seja, a resposta subjetiva do indivíduo e/ou de sua rede de relações frente a uma determinada situação de adoecimento (KNAUTH et al., 2013; MENDES, 2015).

Na perspectiva de RAS é esperado da APS a responsabilidade de articular-se com as subpopulações e suas necessidades específicas, isso implica que não será possível dialogar em uma perspectiva de base populacional

ou organização das RAS se não houver o processo de conhecimento e relacionamento mais aprofundado da equipe de saúde com a população adstrita, organizada em grupos familiares por risco de vulnerabilidade e estratificada em subpopulações com condições crônicas estabelecidas (MENDES, 2019). O conhecimento da população usuária de um sistema de atenção à saúde compõe o conjunto de elementos básicos que tornam possível romper com a gestão baseada na oferta, característica dos sistemas fragmentados, e possibilita a gestão baseada nas necessidades de saúde da população, ou gestão de base populacional, elemento essencial das RAS (MENDES, 2015).

Na perspectiva de fortalecimento das RAS, a compreensão e organização dos macroprocessos básicos da APS, relacionados ao território, apresentam oportunidades de desenvolvimento dos processos de trabalho que possibilitam um cuidado mais direcionado às necessidades de saúde das pessoas usuárias que habitam os territórios de vida.

Texto C - O Território Regional de Saúde

Marco Antônio Bragança Matos
Priscila Rodrigues Rabelo Lopes
Rúbia Pereira Barra

Os territórios considerados sanitários, que estão predefinidos na divisão político-administrativa, são: o país, os estados e os municípios. Entretanto, para construir RAS eficazes, de qualidade e com responsabilização sanitária, deve-se considerar outros territórios sanitários. O espaço, entre o espaço estadual e o espaço municipal, constitui-se das macrorregiões de saúde em que as RAS se completam, ali devem existir todos os serviços de atenção primária, secundária e terciária. Essas macrorregiões são compostas por microrregiões de saúde com autossuficiência em serviços de atenção primária e secundária. Os municípios, participantes das macrorregiões e das regiões ou microrregiões de saúde, devem, no mínimo, prestar os serviços de APS aos seus cidadãos (MENDES, 2019).

As Regiões de Saúde (territórios regionais) são espaços geográficos contínuos constituídos por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

O território regional deve ser bem definido, baseado em parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo e a resposta

necessários ao atendimento, a melhor proporção de estrutura/população/território e a viabilidade operacional sustentável. A organização das Regiões de Saúde deve favorecer a ação cooperativa e solidária entre os gestores e o fortalecimento da participação popular (BRASIL, 2017).

Esse processo de territorialização regional é expresso nos Planos Diretores de Regionalização (PDR) identificados pelos gestores municipais e estaduais, que em comum acordo instituem a região de saúde, respeitadas as pactuações nas **Comissões Intergestores***, desde que se dê a existência de um mínimo de ações e serviços de: APS, serviços de urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde (MENDES,2019).

*Você sabe o que são Comissões Intergestores?

As Comissões Intergestores são instâncias de pactuação consensual das três esferas de governo - União, estados, DF e municípios para definição das regras da gestão compartilhada do SUS. Para saber mais, [acesse aqui](#) 

Considerando que o primeiro elemento das RAS, e sua razão de ser, é uma população, colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica, para que as RAS sejam implantadas é necessário a construção social de territórios com populações adscritas (MENDES, 2011). Desta forma, as RAS devem ser capazes de identificar claramente a população e a área geográfica sob sua responsabilidade, a fim de preservar, recuperar e melhorar a saúde das pessoas e da comunidade (BRASIL, 2017).

O território de abrangência da AAE é a Região de Saúde e seu conhecimento é o primeiro passo para a gestão de base populacional. Para garantir o acesso da população da região ao município-sede da AAE é necessário conhecer o número de municípios, o tamanho e as condições de vida da população, a condição da malha viária e o tempo de deslocamento. A gestão da AAE convoca a solidariedade e a corresponsabilidade entre os vários atores da RAS. O componente de governança é essencial para uma resposta efetiva às necessidades da população. Várias das situações identificadas nos ciclos de atendimento da AAE remetem ao funcionamento da rede, como fragilidades na APS ou nos sistemas de apoio diagnóstico e logísticos, ou a necessidades específicas dos usuários.

O processo de regionalização implica na conexão entre a equipe especializada e entre as mesmas equipes da APS dos municípios de uma região, sendo esquematizadas maneiras de comunicação direta, a fim de possibilitar a continuidade do cuidado e a integração entre elas. Além disso, os territórios sanitários devem ser combinados com os níveis de Atenção à Saúde, com base nos princípios da escala, qualidade e acesso, na densidade tecnológica requisitada e na disponibilidade de recursos para sua execução.

A organização da RAS deve prover uma suficiência de Atenção Especializada na Região de Saúde, definindo a continuidade do cuidado para a macrorregião de saúde ou, até mesmo, para referências estaduais, em casos de maior complexidade clínica ou demanda por serviços de maior densidade tecnológica e alto custo. A equipe especializada deve conhecer os serviços de referência e os fluxos de acesso pactuados para as especialidades, os exames e os procedimentos previstos na carteira ampliada e avançada não disponíveis no ambulatório, o nível estadual de saúde deve realizar o mapeamento e as pactuações necessárias para a garantia desses fluxos de atenção.

Muito bem, você acabou de concluir mais um bloco! No próximo bloco, você receberá orientações para o trabalho em grupos e em seguida poderá refletir sobre um caso apresentado, envolvendo a temática território. Curioso para nossa discussão de caso? Fique agora com 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 16](#), 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** a serviço do grupo, para que todos participem e troquem aprendizados e percepções entre si.

A cada atividade, você terá o passo a passo para desenvolver a metodologia. Vamos lá?

ATIVIDADE 2 - GESTÃO DE BASE POPULACIONAL

Responsável pela atividade: tutor.

Tempo sugerido para a atividade: 40 minutos.

Após a leitura do **Texto A - Gestão de Base Populacional**, que se encontra na [página 16](#), vamos iniciar um diálogo acerca da temática que o texto aborda.

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

Essa estrutura tem uma duração média de 20 a 22 minutos, e seu objetivo é engajar todos simultaneamente na geração de perguntas, ideias e sugestões, provocando a inteligência coletiva.

Os passos são:

- 2 minutos: de forma individual, liste as primeiras ideias que vem à cabeça quando você leu a questão norteadora.
- 4 minutos: os participantes se juntam em **duplas** e compartilham suas listas formando uma lista única.
- 6 minutos: as duplas se juntam em **quartetos** e complementam suas listas, observando o que estava faltando, construindo assim uma lista única.
- 10 minutos: o tutor pergunta: “Quais as diferenças de mais destaque? Vamos fazer uma lista coletiva!”.
- Construção coletiva de uma resposta.

Questão norteadora: Quais as diferenças entre Modelo da Gestão da Oferta para o Modelo da Gestão da Saúde da População?

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

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

1. Quais as principais implicações da utilização do modelo de gestão da oferta?
2. Quais as potencialidades que você identifica com a utilização do modelo de gestão de base populacional?
3. Onde, no meu cotidiano de trabalho, eu identifico oportunidades de execução do modelo de gestão de base populacional?

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



ATIVIDADE 3 - TERRITÓRIO EM SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA

Responsável pela atividade: tutor.

Tempo da atividade: 60 minutos.

O **Texto A** nos deixa claro uma informação importante:

“O conhecimento profundo da população usuária de um sistema de atenção à saúde é o elemento básico que torna possível romper com a gestão da oferta e instituir a gestão da saúde da população – elemento essencial das RAS”.

A partir dessa informação, vamos aprofundar o conhecimento no **Texto B - Território em Saúde e Atenção Primária**, que está na [página 20](#). Te convido a refletir sobre alguns aspectos relacionados à APS, que envolvem diretamente a relação deste cenário com o território.

Questão norteadora: Pensando no modelo de gestão da saúde da população, qual a importância dos processos de territorialização, cadastro familiar e individual, diagnóstico local da APS e identificação das subpopulações?

Dessa vez, vamos nos movimentar!

Você deve tirar na sorte um desses temas:

1. Territorialização
2. Cadastro familiar e individual
3. Diagnóstico local na APS
4. Identificação das subpopulações

Agora, caminhe neste território (aqui neste espaço) e encontre o “seu povo”, pessoas que sortearam o mesmo tema. Iniciem um bate-papo sobre qual a importância desse tema no *Modelo da Gestão da Saúde da População*. *Dê exemplos e ouça exemplos dos seus colegas.*

- 8 minutos: **compartilhe** suas ideias com um pequeno grupo – 2 a 3 minutos por pessoa e uma pessoa de cada vez.

Após o bate-papo, te convido a “integrar com um povo diferente”. Procure um colega que sorteu um tema distinto do seu. Pode ser qualquer outro tema, mas tem que ser diferente do seu. Faça essa dupla e troquem informações sobre a importância de cada tema no *Modelo da Gestão da Saúde da População*.

- 5 minutos: **compartilhe** suas ideias com sua dupla – 2 a 3 minutos por pessoa e uma pessoa de cada vez.

Muito bem, olhe quantas informações novas você ouviu até aqui!

O desafio agora é formar quartetos com um integrante de cada tema. Você e sua dupla podem se juntar a outra dupla, ou se for preciso se separarem... tudo bem, vocês de alguma forma ainda vão se manter conectados por meio da parceria que construíram.

Os grupos vão trocar informações sobre a importância de cada tema no *Modelo da Gestão da Saúde da População*. *Você agora é um expert no seu tema, e tem a responsabilidade de compartilhar tudo o que aprendeu com as pessoas do seu grupo.*

- 20 minutos: as duplas se juntam em **quartetos** – 4 a 5 minutos por pessoa e uma pessoa de cada vez.

Após esse momento de integração com outras “populações” é hora de retornar ao “seu povo”. Forme novamente um grupo com todas as pessoas que sortearam o mesmo tema que o seu, e juntos escrevam uma frase respondendo a Questão Norteadora.

- 20 minutos: foram formados 4 grupos, cada grupo terá 4 minutos para construir uma resposta e ler em voz alta para o grande grupo.

Sugerimos que você tenha no ambiente papel, caneta, lápis, bloco de papel autoadesivo e outros recursos para serem usados pelos participantes, caso necessitem.

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



E vem aí o último bloco do *Workshop 2*! Você arrasou chegando até aqui!
A proposta do **bloco 3** é que você e sua equipe possam refletir em grupo sobre aspectos do território relacionados com a 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. Capricha aí na sua participação neste último bloco, hein?!



BLOCO 3

BLOCO 3

ATIVIDADE 1 - TERRITÓRIO REGIONAL DE SAÚDE

Responsável pela atividade: tutor.

Tempo da atividade: 40 minutos.

Vamos continuar discutindo sobre território em saúde, só que desta vez considerando o cenário Regional e os aspectos relacionados à Atenção Ambulatorial Especializada. Para que você possa iniciar algumas inquietações com sua equipe, há uma questão norteadora logo mais. Porém, para que as discussões sejam produtivas, preciso te sinalizar que é necessário se apropriar do **Texto C - O Território Regional de Saúde**, localizado na [página 25](#).

Questão norteadora: Após a leitura do texto, qual a sua compreensão do território de abrangência da AAE?

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

1. Em poucas palavras, como você descreveria as Regiões de Saúde e sua relevância para o território?
2. Qual a importância da regionalização para os aspectos relacionados ao território no contexto da AAE?

Dessa vez, vamos usar uma outra EL, chamada de **5 porquês**.

Intenção: essa EL ajuda no aprofundamento das respostas e na construção de aprendizados bem sólidos.

Os passos são:

- Pergunte-se: “O que vem à mente quando penso em Regionalização?”.
- 2 minutos: individualmente, usando papel e canetinha colorida, faça uma pequena chuva de ideias.
- 10 minutos: em pares, gentilmente e sorridente, um dos participantes, “o entrevistador”, pergunta para o outro: “Por que você acredita que isso veio à sua mente?”. Continue perguntando: “Por quê? Por quê? Por quê?” até cinco vezes ou até que os participantes não consigam se aprofundar na resposta (5 minutos). Depois, os papéis se invertem, quem foi “entrevistado” agora será o “entrevistador” por 5 minutos.
- 5 minutos: cada par compartilha a experiência e as discussões realizadas com um outro par, formando um quarteto.

- Em grande grupo, o tutor convida todos a refletirem, perguntando “Quais **os principais** aspectos da regionalização nos serviços de Atenção Ambulatorial Especializada?”.
- Como sugestão, o tutor pode fazer uma lista em papel pardo/cartolina /*flip chart* com todas as contribuições e deixar fixada no ambiente até o final do *Workshop*.
- Convide, quem quiser, a registrar a produção coletiva por meio de foto.

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



ATIVIDADE 2 – ALINHANDO NOSSOS PRÓXIMOS PASSOS

Responsável pela atividade: tutor.

Tempo da atividade: 5 minutos.

Os temas estudados hoje terão continuidade nas discussões da oficina tutorial da Etapa 2 do PlanificaSUS. Nesta oficina, a equipe somará os alinhamentos que serão realizados e as atividades disparadas ao que foi estudado aqui no *Workshop 2* para tornar possíveis as mudanças e aperfeiçoamentos da prática. Lembrando que tanto o *Workshop* quanto a oficina tutorial são espaços de operacionalização da tutoria.

ATIVIDADE 3 – RELEMBRANDO E AVALIANDO O ENCONTRO (DESEMBARQUE)

Responsável pela atividade: tutor.

Tempo da atividade: 10 minutos.

Aqui, vamos relembrar rapidamente aonde queríamos chegar utilizando a metodologia “Rotina de pensamento +1”:

- **Compreender** o conceito de gestão de base populacional.
- **Compreender** o conceito de território e suas interfaces.
- **Discutir** a integração da APS e da AAE a partir da perspectiva do território e de seus desdobramentos nos processos de trabalhos das unidades de saúde.

Depois de participar deste *Workshop* e ser apresentado a novas ideias, deixo esse convite aqui:

- Em 3 minutos, trabalhando individualmente, relembre e liste as ideias-chave que vem na sua memória, sem precisar olhar anotações ou material.

Adicione (+)1 na sua lista passando seus papéis à esquerda. Você receberá os papéis do colega também.

- Em um ou dois minutos, leia a lista que você recebeu e adicione uma coisa nova à lista.

A adição pode ser uma elaboração (adicionar um detalhe), um novo ponto (algo que estava faltando) ou uma conexão (adicionando uma relação entre ideias).

- Repita este último processo pelo menos 2 vezes.

Ao final da última rodada, devolva os papéis ao dono original que poderá levar para casa novas ideias no papel, memória e coração.

Gratidão por sua companhia e por toda troca de aprendizados durante o *Workshop 2*.
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

- DEAQUINO, T. E. **Como aprender: andragogia e as habilidades de aprendizagem**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.
- LIBERATING STRUCTURES. **Introduction**. [s.d.]. Disponível em: <<https://www.liberatingstructures.com>>. Acesso em: 22 nov. 2021
- PROJECT ZERO. Harvard. **A thinking routine from project zero**. Disponível em: <<http://www.pz.harvard.edu/sites/default/files/%2B1%20Routine.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2021

REFERÊNCIAS TEXTO A

- BERWICK, D. M.; NOLAN, T. W.; WHITTINGTON, J. **The triple aim: care, health and cost**. *Health Affairs*, 27(3):759-69, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.101, de 12 de junho de 2002**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1101_12_06_2002.html>. Acesso em: 22 nov. 2021
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015**. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631_01_10_2015.html>. Acesso em: 22 nov. 2021
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de atenção à saúde. Departamento de regulação, avaliação e controle de sistemas critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Série Parâmetros SUS – Volume 1. Disponível em: <<http://portalquovos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/setembro/13/Caderno-1-Criterios-e-Parametros-ASSISTENCIAIS-1-revisao.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2021
- DUBOIS, C. A.; SINGH, D.; JIWANI, I. The human resource challenge in chronic care. **Caring for people with chronic conditions: a health system perspectives**. Maidenhead: Open University Press, p. 143-173, 2008. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/96468/E91878.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2021
- EVANS, R. G.; STODART, G. L. **Producing health, consuming health care**. *Soc Sci Med.*, 31(12):1347-63, 1990.
- HALPERN, R.; BOULTER, P. **Population-based health care: definitions and applications**. Tufts Managed Care Institute. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/fbb8/5119a7288821ffa45e58a99a9aa6efef7d46.pdf> >. Acesso em: 24 nov. 2021
- LEWIS, N. **Populations, population health, and the evolution of population management: making sense of the terminology in US health care today**. IHI Leadership Blog, 2014. Disponível em: <<http://www.ihl.org/communities/blogs/population-health-population-management-terminology-in-us-health-care>>. Acesso em: 23 nov. 2021
- MICALERLERNEY, A. S. **Population health management: strategies to improve outcomes**. Chicago: Health Administration Press, 2003.
- MENDES, E. V. **As redes de assistência à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde Organização Mundial da Saúde/Conselho Nacional de Secretários da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes_de_atencao_mendes_2.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2021
- MENDES, E.V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2021
- PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos**. Porto Alegre: Bookman Companhia, 2007.
- STOTO, M. A. **Population health in the affordable care act era**. Washington: Academy Health, 2013. Disponível em: <<https://www.academyhealth.org/files/publications/files/AH2013pophealth.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2021

REFERÊNCIAS TEXTO B

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Para entender a gestão do SUS – progestores**. Brasília, DF: CONASS, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf2>>. Acesso em: 17 nov. 2021
- KNAUTH, D.R.; OLIVEIRA, F.A.; CASTRO, R.C.L. **Antropologia e atenção primária à saúde**. Em: DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J.; DUNCAN, M.S.; GIUGLIANI, C. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. – 4. ed. - Porto Alegre, RS: Artmed; 2013.
- MENDES, E.V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2021

MENDES, E.V. **Desafios do SUS**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, p. 868, 2019. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/desafios-do-sus/>>. Acesso em:

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. **Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas**. Cadernos de Saúde Pública, 21(3):898-906, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000300024>. Acesso em: 19 nov. 2021

SOUZA, M. A. **Uso do território e saúde: refletindo sobre 'municípios saudáveis'**. In: SPERANDIO, A. M. G. (Org.). **O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis**. 1.ed. Campinas: Ipes Editorial, v.2, 2004.

YUNES, M. A.; SZYMANSKI, H. **Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas**. In: TAVARES, J. (Org.). **Resiliência e educação**. 2. ed. São Paulo: Cortez, p. 13-42, 2001.

REFERÊNCIAS TEXTO C

BRASIL. Presidência da República. **Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011**: regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html>. Acesso em: 17 nov. 2021

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 549, 2011. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/as-redes-de-atencao-a-saude/>>. Acesso em: 24 nov. 2021

MENDES, E.V. **Desafios do SUS**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, p. 868, 2019. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/desafios-do-sus/>>. Acesso em: 17 nov. 2021

RECOMENDAÇÕES DE LEITURAS

Acesse aqui algumas leituras complementares:

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n. 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 17 nov. 2021

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). CONASS Debate. Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada. Brasília, DF: CONASS, 2016. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/CONASS-Debate-N-5.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2021

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Para entender a gestão do SUS. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde. Brasília, DF: CONASS, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2021

Mendes EV. A construção social da Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2015. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2021

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. Disponível em: <https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/redesAtencao.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2021



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

