

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**RAQUEL DAIONE BATISTA**

**AS REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE: INTERFACES ENTRE O  
SABER E AGIR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE**

**CORINTO – MINAS GERAIS  
2014**

**RAQUEL DAIONE BATISTA**

**AS REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE: INTERFACES ENTRE O  
SABER E AGIR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de Especialista.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup>. Marília Rezende da Silveira

**CORINTO – MG**

**2014**

**RAQUEL DAIONE BATISTA**

**AS REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE: INTERFACES ENTRE O  
SABER E AGIR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de Especialista.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup>. Marília Rezende da Silveira

Banca Examinadora

Professora Marília Rezende da Silveira – UFMG - Orientadora

Professora Matilde Meire Miranda Cadete – UFMG - Examinadora

Aprovada em Belo Horizonte, em 29 de agosto de 2014.

## **DEDICATÓRIA**

À Felipe Bernardes Batista, meu querido amigo, companheiro, médico, pessoa dedicada, alegre, realizado... Estaria ao meu lado estudando, se especializando pela Federal como os sonhos sonhados na inscrição, mas o destino traçou outros planos...

Descanse em paz.

Saudades

## **AGRADECIMENTOS**

À minha equipe de Saúde da Família Vila Operária, pelo suporte, aprendizado, motivação e superação.

À professora Marília Rezende da Silveira pela paciência.

À Universidade Federal de Minas Gerais por me acolher, capacitar e cultivar minhas expectativas e meu saber.

“Ninguém caminha sem aprender a caminhar,  
sem aprender a fazer o caminho caminhando,  
refazendo e retocando o sonho pelo qual se  
pôs a caminhar.”

Paulo Freire

## RESUMO

O Município de Diamantina está localizado no nordeste de Minas Gerais e possui 47.647 habitantes. É microrregional de saúde e referência para o Vale do Jequitinhonha. No município há 84% da área de cobertura da população pela Atenção Primária de Saúde (APS). A Estratégia Saúde da Família Vila Operária (ESF-VO) é composta por uma equipe multiprofissional que atende a uma população adstrita de 3.885 pessoas. Neste existem as Redes de Atenção à Saúde (RAS): VivaVida, HIPERDIA e Urgência/Emergência. As RAS são organizações que atuam em conjunto com os serviços de saúde, vinculadas entre si, por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa possibilitando ofertar uma atenção contínua e integral. Este trabalho objetivou divulgar a RAS e fomentá-la como uma estratégia de saúde na prática do fazer saúde na APS. A fundamentação teórica se deu por pesquisa bibliográfica com os descritores: atenção à saúde, sistemas de saúde, educação em saúde nos sites de estudos e pesquisas científicas: SciELO, BIREME, nos Cadernos de Atenção Básica, site e links do Ministério da Saúde, bem como de relatos de experiência na ESF em estudo. A expectativa é de que o entendimento do funcionamento das RAS e formação de equipe-rede seja o diferencial para APS e que este Plano de Intervenção gere uma mudança na realização do atendimento, mas principalmente na resolutividades das ações práticas de saúde. A operacionalização dos grupos conforme a técnica de Grupos Operativos de Pichón-Rivière permitirá a fixação e reprodução do método às comunidades e descentralização do saber.

**Palavras-chave:** Atenção à saúde. Sistemas de saúde. Educação em saúde.

## ABSTRACT

The city of Diamantina is located in the northeast of Minas Gerais, has 47,647 inhabitants is microregional health and reference to the Valley of Jequitinhonha. In the municipality for 84% of coverage of the population by the Primary Health Care (PHC). The Family Health Strategy Vila Worker (ESF-VO) is composed of a multidisciplinary team that serves a population of 3,885 people enrolled in this there are the Health Care Networks (RAS): VivaVida, HIPERDIA and Urgency / Emergency. The RAS are organizations that work in conjunction with health services, linked together by a single mission, common goals and for cooperative action enabling us to offer a comprehensive and continuing care. This paper aims to disseminate the RAS and promote it as a health strategy in the practice of making health PHC. The theoretical basis was given by literature search using the keywords health care, health systems, health education in the studies and scientific research sites: SciELO, BIREME, in the Collection of Basic, site links, and the MS Care, as well as reports experience in the FHS study. The expectation is that the understanding of how the RAS and team-network is the differential for this APS and Intervention Plan generates a change in the realization of the service, but mainly in resolutividades practices of health actions. The operationalization of the groups according to the technique of Operating Groups PichónRivière allow fixation and reproducing method for communities and decentralization of knowledge.

**Keywords:** Health care. Health systems. Health education.



## LISTA DE ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária de Saúde
ABNT	Associação Brasileira de Normas e Técnicas
ASB	Auxiliar em Saúde Bucal
CISAJE	Centro de Integração da Assistência do Jequitinhonha
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GO	Grupos Operativos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
HIPERDIA	Hipertensos e Diabéticos
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa De Agentes Comunitários de Saúde
RAS	Rede de Atenção em Saúde
SAMU	Sistema de Atendimento Móvel de Emergência
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
VO	Vila Operária

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Microrregional de Diamantina.....	12
Figura 2 -Equipe da ESF – Vila Operária.....	13
Figura 3 – Grupo de Hipertensão: Dinâmica do Coração e Teatro: Julgamento da HAS.....	16
Figura 4 – Grupo de Diabetes Mellitos.....	16
Figura 5 - Passeio com grupo de caminhada/HAS/DM em Mendanha- Rio Jequitinhonha.....	16
Figura 6 - Campanha de Vacinação.....	17
Figura 7- Grupo de Planejamento Familiar: Maquiagem.....	17
Figura 8 – Grupo de Gestantes: Atividade Física.....	17
Figura 9 – Atividade Laboral grupo de artesãs.....	18
Figura 10 - Do sistema piramidal hierárquico para a rede horizontal integrada de serviços de saúde.....	25
Gráfico 1 – População cadastrada por faixa etária pela ESF Vila Operária em 2012.....	14
Gráfico 2 – Distribuição de patologias da população adstrita ESF VO em 2012.....	14
Gráfico 3 – Número de atendimentos pelo médico e enfermagem no ano de 2012.....	15
Gráfico 4 - Grupos operativos realizados pela ESF VO em 2012.....	15
Tabela – 1 – As diferenças entre os sistemas fragmentados e as redes de atenção à saúde.....	24

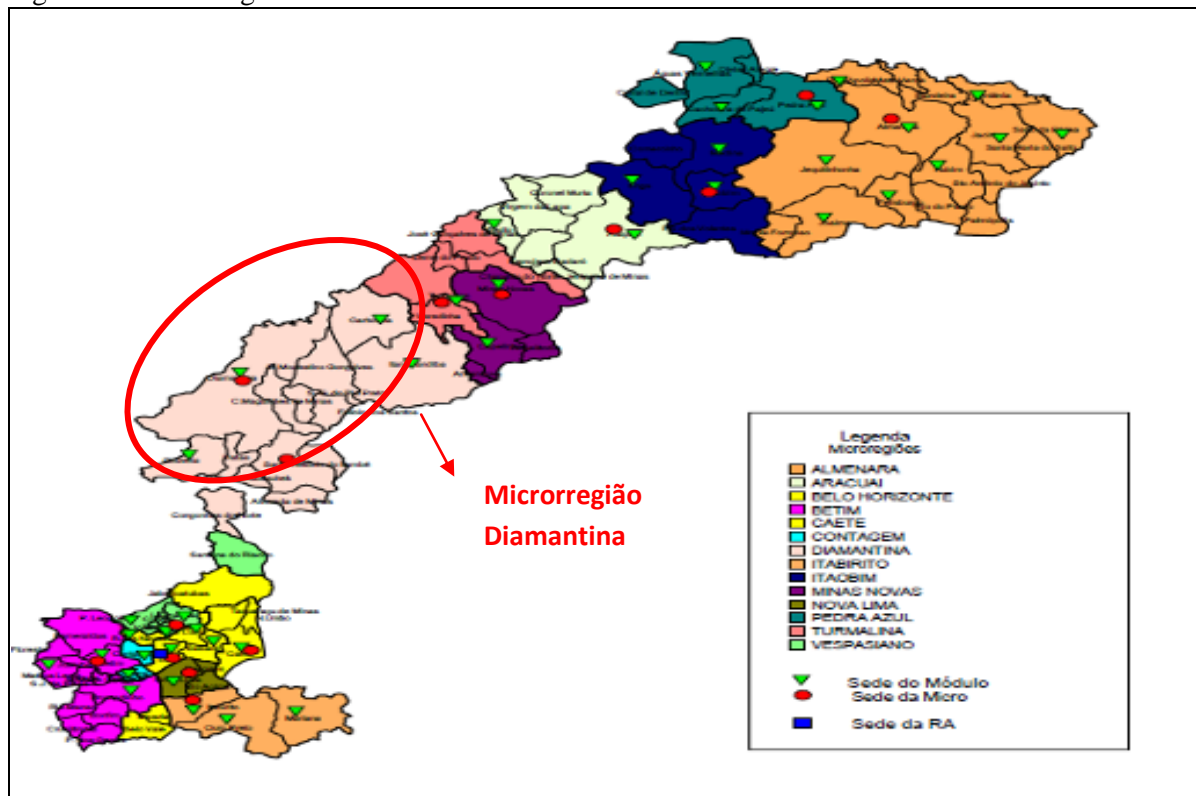
## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
Erro! Indicador não definido.	
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>19</b>
<b>3 OBJETIVO.....</b>	<b>20</b>
<b>4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....</b>	<b>21</b>
<b>5 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>22</b>
5.1 Conceituação das RAS e Operacionalização.....	22
5.2 Grupos Operativos como estratégia de ação na abordagem da ESF.....	29
<b>6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>31</b>
6.1 Situação	
Problema.....	311
6.2 Objetivos Gerais.....	31
<b>7 CONSIDERAÇÕES</b>	
<b>FINAIS.....</b>	<b>334</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>35</b>
<b>ANEXO 1.....</b>	<b>39</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013), Diamantina possui uma população de 47.647 habitantes e se localiza no nordeste de Minas Gerais. Caracteriza-se como mesorregião do Jequitinhonha, com área de 3869 Km<sup>2</sup> e é microrregional de saúde, sendo referência para todo o Vale do Jequitinhonha e Mucuri. O módulo assistencial abrange 14 cidades, totalizando 153.863 pessoas, conforme apresentado pela Fig.1, a seguir:

Figura 1 – Microrregional de Diamantina



Fonte: Nascimento (2009)

Neste contexto, os serviços de apoio oferecidos são divididos entre a população e toda a microrregião. Contamos com 84% da área de cobertura da população de Diamantina pela atenção primária, totalizando nove unidades de atenção à saúde da família, dentre as quais encontram-se sete Equipes de Saúde da Família (ESF) e dois Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), uma unidade do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Corpo de Bombeiros, uma unidade de Pronto Atendimento geral e outro especializado em ortopedia e pediatria, dois hospitais de referência em ortopedia, gestão de

risco e neurocirurgia, este último referencia macrorregional, duas Unidades de Terapia Intensiva: adulto e neonatal e o Consócio Intermunicipal de Saúde de Alto Jequitinhonha (CISAJE) , onde estão as Redes de Atenção à Saúde: Viva Vida, HIPERDIA e Urgência e Emergência.

Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada inicial de atenção à saúde da população, sendo definida:

[...] por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006, p. 26).

A ESF Vila Operária (Fig.2) possui área de abrangência dos bairros: Vila Operária, Vila Arraiolos e parte do Largo Dom João, cuja Unidade de Saúde foi implantada em 1998, sendo composta por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar contando com um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, um dentista, duas auxiliares de consultório dentário, uma técnica em higiene bucal e uma auxiliar de serviços gerais, além do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que embora centralizado, atende a todas as equipes do município de Diamantina.

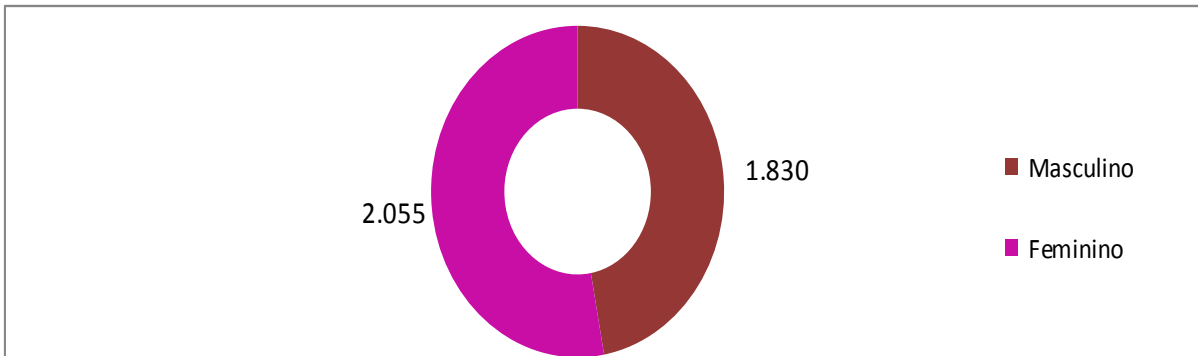
A Figura 2 a seguir apresenta a equipe de saúde da família que atende na Vila Operária.

Figura 2 – Equipe da ESF – Vila Operária



A população adstrita é constituída de 3.885 pessoas cadastradas, sendo a maior parte do sexo feminino, 2.055 pessoas, e a população masculina de 1.830 pessoas (Gráf. 1). Dado semelhante ao levantamento referente ao estado de Minas Gerais, com predominância feminina (DATASUS, 2012).

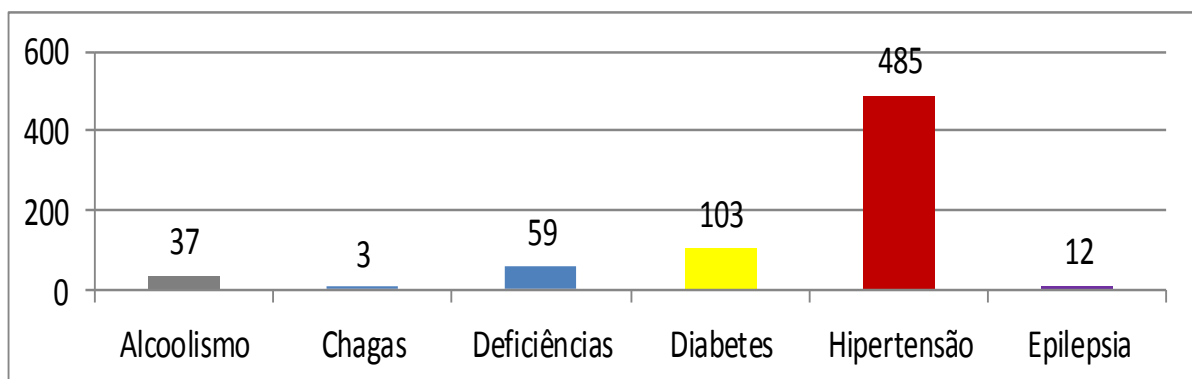
Gráfico 1 – População cadastrada por faixa etária pela ESF Vila Operária em 2012



Fonte: DATASUS (2012)

Atualmente, na ESF VO existem cadastrados: 103 diabéticos, 485 hipertensos, 37 alcoolistas, 03 chagásicos, 59 deficientes e 12 pessoas com alterações diagnosticadas por epilepsia, como demonstrado no Gráf. 2.

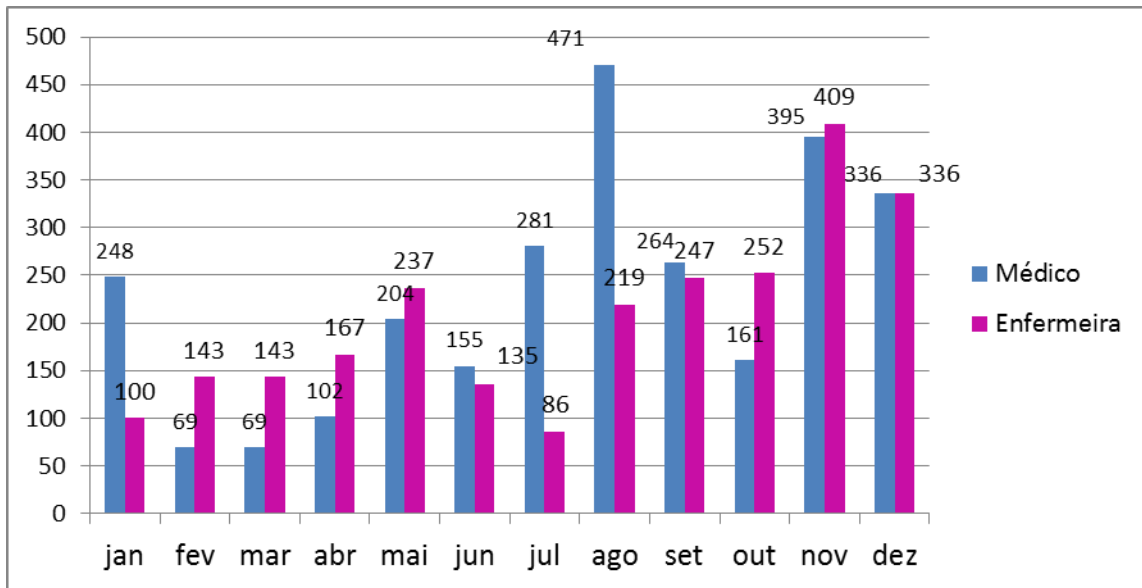
Gráfico 2 – Distribuição de patologias da população adstrita cadastrada pela ESF VO em 2012



Na análise dos dados do gráf.3, verifica-se um aumento das consultas médicas e de enfermagem a partir do mês de julho, fato este justificável pela extinção das fichas limitadas a oito consultas agendadas pela manhã, organização da agenda mensal da equipe e início do acolhimento em tempo integral e classificação de risco para atendimento a pacientes agudos, utilizando-se método Manchester.

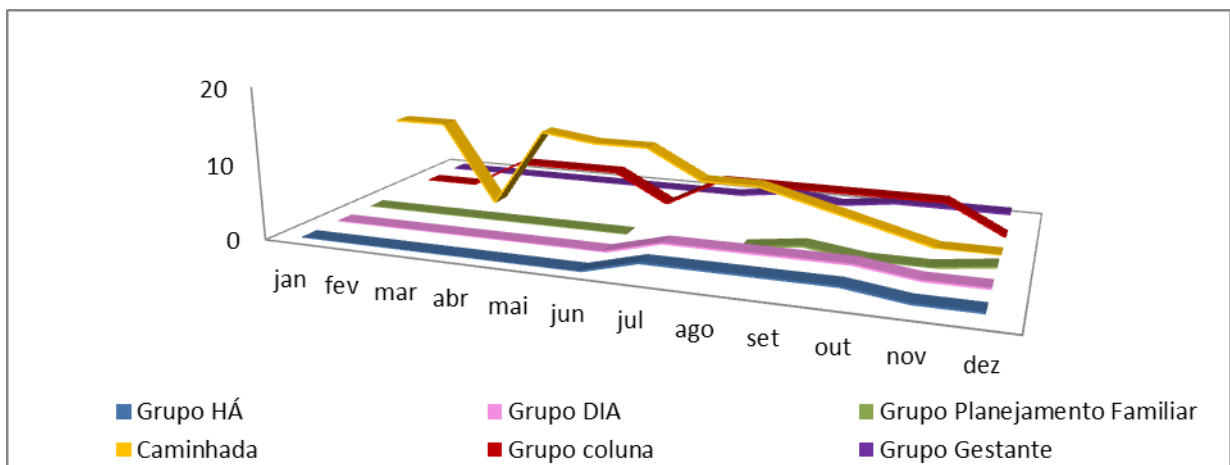
O Gráfico 3 apresenta o quantitativo de atendimentos feitos tanto por médicos quanto por enfermeiros.

Gráfico 3 – Número de atendimentos pelo médico e enfermagem no ano de 2012



O gráf.4 representa a padronização mensal de grupos de hipertensos, diabéticos, planejamento familiar e de coluna. Destaca-se que houve um decréscimo do grupo de caminhada justificada pela localização do posto, já que o mesmo foi alterado de posição, estando na parte baixa do bairro, em localização contrária da área de caminhada. A realização dos grupos foi e está sendo uma meta cumprida, pois se identificou a necessidade de permanência dos grupos operativos, devido ao vínculo e à adesão da comunidade a estes grupos. Esta construção de vínculo foi construída há coordenações anteriores e a própria comunidade realiza cobranças para que aconteça, o que para ESF é fator positivo.

Gráfico 4 - Grupos operativos realizados pela ESF VO e NASF em 2012



Os registros fotográficos (figuras 3 a 9) são evidências dos diversos grupos realizados na comunidade pela ESF VO e pelo NASF, estas evidenciam a alta adesão da comunidade, conforme relatado no parágrafo anterior.

Figura3 – Grupo de Hipertensão: Dinâmica do Coração e Teatro: Julgamento da HAS



Fonte: autora

Figura4 – Grupo de Diabetes Mellitos



Fonte: autora

Figura 5-Passeio com grupo de caminhada/HAS/DM em Mendanha- Rio Jequitinhonha



Fonte: autora



Figura 6 - Campanha de Vacinação



Fonte: autora

Figura 7- Grupo de Planejamento Familiar: Maquiagem e auto-cuidado.



Fonte: autora

Figura 8 – Grupo de Gestantes: Atividade Física para gestantes.



Fonte: autora

Figura 9 – Atividade Laboral grupo de artesãs



O diagnóstico situacional possibilitou a visualização da realidade de trabalho na UBS, da necessidade da população e do perfil da comunidade. Além de permitir um planejamento de ações em saúde e aproximação da equipe com a comunidade e liderança local, onde criamos maior vínculo e apoio, propusemos fazer o diagnóstico a cada seis meses para planejar, mas também para refletir e dar concordância com o cumprimento de metas e os obstáculos.

Houve o primeiro evento, realizado em junho/2012 na UBS com a equipe e líderes comunitários onde houve grande mobilidade social e maior visão das necessidades da população e no segundo evento em dezembro/2012, ocorrido no Centro Espírita do bairro, com participação dos líderes comunitários, religiosos, comunidade, coordenador da APS, Secretário de Saúde do Município de Diamantina e dois líderes políticos e, por interferências político-partidárias, não gerou muitos frutos positivos, apesar dos esforços e ânimos exaustados. Os líderes partidários contrários fizeram da reunião um debate político do Município e Estado. Este evento fez com que decidíssemos não contatar com a classe dos “políticos” e decidimos também a realização do evento anual, pois o prazo de seis meses para realização das ações e metas foi insuficiente.

A reunião referida no segundo evento, diferente do primeiro planejamento possibilitou a identificação dos nós críticos como: necessidade de aumento da resolutividade da assistência à saúde, maior transparência da gestão e regulação, identificação e priorização dos principais problemas de saúde e abordagens terapêuticas diferenciadas. Amplificamos as discussões para a coordenação da atenção primária em saúde e para as demais equipes sobre a ênfase no saber fazer e dispensação do tempo às ações rotineiras e tempestuosas do atendimento. Foi identificado que este acontece com maior frequência na atenção primária, onde o médico é uma máquina de atender, o enfermeiro faz tudo, ACS são cobrados, a equipe não para um segundo, porém modelos de saúde são lançados, processos de trabalho

melhorados, tecnologias implantadas e o cuidado, a prática de saúde é isolada e mais uma vez a doença é o foco. Como mudar a situação? Se a unidade fecha para educação em saúde a população “quebra a porta”. Como dar conta da situação se o enfermeiro é um profissional que tem a obrigação de fazer atendimentos agudos e crônicos, consultas registradas online, sem suporte, cuidar dos dados epidemiológicos, planejar, gerenciar a unidade, a logística, as visitas, os ACS, dos agendamentos de consultas especializadas e exames...?

Resolvemos iniciar as atividades com a prioridade: educação em saúde e resolutividade, apenas o entendimento do conhecer e do novo possibilitará mudanças. O entendimento das RAS e seu funcionamento surgiram como um agente salvador que permitirá dar maior resolutividade nas ações de saúde e prover suporte educacional.

As Redes de Atenção à Saúde são descritas como sistemas integrados de prestação de serviços de saúde caracterizados por foco nas necessidades de saúde da população; coordenação e integração do cuidado através de um *continuum*; sistemas de informação que interliguem consumidores e prestadores de serviços; informações sobre custos dos serviços, qualidade dos atendimentos e satisfação dos usuários; uso de incentivos financeiros e estruturas organizacionais e contínua melhoria dos serviços prestados (MENDES, 2007).

## 2 JUSTIFICATIVA

O desconhecimento na existência das Redes de Atenção à Saúde ou o não saber exercer a práxis desta dentro das atividades da Atenção Primária em Saúde é um problema importante para a equipe e para a comunidade. Consequentemente, este estudo aponta para a possibilidade de troca, de aprendizado entre os profissionais e usuários, o que pode representar melhor qualidade de vida para a população, economia para o sistema de saúde e uma prática profissional o mais próxima possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.

Como demonstrado no diagnóstico situacional há redes evidenciadas no micro e macro regiões de saúde, como: HIPERDIA, Viva Vida e Urgência e Emergência que funcionam ora somente na atenção secundária ou somente na primária. Desta forma, foi possível estabelecer a necessidade de organização, divulgação de informações para população, para a equipe, manter educação continuada, estudar casos e possibilidades, desenhar e estruturar a rede com o foco na comunidade onde estão as Unidades de Saúde e assim garantir a práxis das Redes como estratégia de atenção em saúde e melhorando a resolutividade.

A reflexão sobre o problema e a perspectiva de uma intervenção para solucioná-lo ou minimizá-lo surgiu quando eu estava cursando a Unidade Didática I, Módulo 4, do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. O referido módulo aborda os temas Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde e Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Entre os conteúdos contidos no referido Módulo, dentro do tema Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade encontra-se o de *trabalho com grupos* (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009). Através do estudo desse módulo pude conhecer e aprender um pouco sobre os grupos operativos baseados no referencial teórico proposto por Pichón Rivière, (2005). Foi possível assimilar que fazíamos vários grupos e muitos não tinham a proposta teórica daquele autor, embora de grande relevância e aprendizado, poderíamos melhorar se os assim fizéssemos.

Por isso a importância da escolha, para ser abordado neste trabalho, onde a elaboração teórica é fundamentada na psicologia social de Pichón Rivière.

### **3 OBJETIVO**

Elaborar um plano de intervenção para a equipe do Programa de Saúde da Família VO com vistas a divulgar a Rede de Atenção em Saúde (RAS) e fomentá-la como uma estratégia de saúde na prática do fazer saúde na Atenção Primária de Saúde.

#### 4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

O presente estudo foi idealizado durante a disciplina Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Consiste em um plano de ação cujo problema foi determinado de acordo com o método de estimativa rápida que identificou os nós críticos mais prevalentes na unidade e formas de ações programadas e planejadas. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A fundamentação teórica se deu por meio de pesquisa bibliográfica disponibilizadas nos sites de estudos e pesquisas científicas da BIREME, na base de dados *da Scientific Electronic Library Online* (SciELO) , com os descritores: atenção à saúde, sistemas de saúde e educação em saúde. Também foram consultados os Cadernos de Atenção Básica, site oficiais e links do Ministério da Saúde correspondentes às RAS 2013 e 2014, bem como de relatos de experiência ocorridos na própria unidade de saúde em estudo.

A pesquisa bibliográfica iniciou-se após identificação do diagnóstico situacional da unidade básica de saúde com foco centralizado em melhorar resolutividade dos nossos serviços e reuniões com toda a equipe da Atenção Básica do Município, líderes comunitários, líderes religiosos e políticos para elaboração da proposta de intervenção, estas resultaram na decisão pela busca de conhecimento em literatura específica.

Após esta etapa, realizou-se a proposta de intervenção propriamente dita e o plano de ação com foco na formação de grupo operativo com o tema proposto. Ao término do Módulo 4, que aborda o trabalho com grupos, com foco em Grupo Operativo como proposto por Pichón-Rivière, foi possível aprofundar no referido autor e através de livros e texto entender e elucidar sobre os benefícios dos grupos operativos.

Textos bases, como portarias e manuais do MS, bem como entendimento do funcionamento das Redes, elucidadas por Mendes (2007, 2009, 2010 e 2011) em seus estudos nacionais e internacionais foram exaustivamente estudadas, bem como os vídeos de várias palestras dirigidas por este autor sobre o tema, desta forma elaborei o presente trabalho que contém um Plano de Ação que busca responder ao objetivo proposto.

## 5 REFERENCIAL TEÓRICO

### 5.1. Conceituação e operacionalização das Redes de Atenção à Saúde

O ponto inicial para pensar em rede é integração. Mendes (2009) define o conceito de Redes de Atenção às Saúdes (RAS) como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculadas entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente. Desta forma, é possível ofertar uma atenção contínua e integral a uma população definida, coordenada pela Atenção Primária à Saúde (APS), prestada no tempo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com responsabilidade econômica.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010, p. 12)

O surgimento das RAS fez-se em resposta à fragmentação das ações e serviços de saúde, Brasil (2010) nas Diretrizes para Organização da Rede de atenção à Saúde do SUS, refere à fragmentação:

[...] a organização da atenção e da gestão do SUS expressa o cenário apresentado e se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas demonstradas por: (1) lacunas assistenciais importantes, (2) financiamento público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde, (3) configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas, (4) fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública e (5) a pulverização dos serviços nos municípios (6) pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária em Saúde (APS) (BRASIL, 2010, p.6)

Mendes (2010) amplia que os sistemas fragmentados são um desastre sanitário e econômico para todo o mundo. Fernandez (2004) resume as características dos sistemas fragmentados: inexistência da continuidade de atenção; foco nas condições agudas através das unidades de pronto-atendimento, ambulatorial e hospitalar; passividade dos usuários; ênfase no curativismo; modelo de atenção à saúde fragmentada e ausência de estratificação de risco; atenção centrada no médico e financiamento por procedimentos.

O perfil epidemiológico brasileiro, vivido atualmente, é caracterizado por uma tripla

carga de doença que envolve a persistência de doenças parasitárias, infecciosas e desnutrição, importante componente de problemas de saúde reprodutiva com mortes maternas e óbitos infantis por causas consideradas evitáveis e o desafio das doenças crônicas e seus fatores de risco como sedentarismo, tabagismo, alimentação inadequada, obesidade e o crescimento das causas externas em decorrência do aumento da violência e dos acidentes de trânsito, trazendo a necessidade de ampliação do foco (BRASIL, 2010)

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) expõe que algumas experiências têm demonstrado que a Atenção Primária a Saúde (APS), como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, se apresenta como mecanismo de superação da fragmentação sistemática. Mendes (2011) através da tabela de comparações – tabela 1 demonstra as diferenças entre os sistemas fragmentados e as redes de atenção à saúde.

Tabela 1 - As diferenças entre os sistemas fragmentados e as redes de atenção à saúde.

Sistema Fragmentado	Redes de Atenção à Saúde
<b>Organizados por componentes isolados</b>	Organizado por um contínuo de atenção
<b>Organizado por níveis hierárquicos</b>	Organizado por uma rede poliárquica
<b>Orientado para atenção a condições agudas</b>	Orientado para condições crônicas e agudas
<b>Voltado para indivíduos</b>	Voltado para a população
<b>O sujeito é o paciente</b>	O sujeito é agente de saúde
<b>Reativo</b>	Proativo
<b>Ênfase nas ações curativas</b>	Atenção integral
<b>Cuidado Profissional</b>	Cuidado multiprofissional
<b>Gestão da oferta</b>	Gestão de base populacional
<b>Financiamento por procedimentos</b>	Financiamento por capitação ou por desfecho de condição de saúde

Fonte: MENDES, E. V. (Org.). **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. 549p

As estruturações das redes são um desafio e este se torna maior quando associamos a ideia de integralização das ações ao cenário estrutural, dimensão do campo de trabalho a contextos regionais disformes com diferentes características econômicas, sociais, culturais, ambientais e sanitários.

A RAS surge para consolidar os princípios de universalidade, integridade e equidade, fortalecendo a Humanização em Saúde, pois se trata de cuidados integrais e campo de atuação singular (MENDES, 2010)



Comumente, as abordagens gerenciadas pela atenção à saúde eram feitas por ordenações horizontais, por diagramas piramidais nos quais se ordenavam o cuidado ou a importância dos fatores. Pestana e Mendes (2004) referem-se à superação do sistema piramidal hierárquico e ao avanço para rede horizontal integrada de serviço de saúde. A abordagem do cuidado com pensamento em redes e não mais hierarquizado reflete o movimento de aproximação do conceito de redes com a integralidade, agregando linhas de cuidado, a imagem de mandala na gestão de práticas cuidadoras (CECCIM; PERLA, 2006).

A figura 10 expõe as diferenças entre as abordagens do processo de abordagem à saúde piramidal e a influencia das redes e linhas de cuidados aderidas a estas como conjunto necessário a práxis e interpelações essenciais ao desenvolvimento

Figura 10—As diferenças entre o sistema piramidal hierárquico para a rede horizontal integrada de serviços de saúde.



Fonte: MENDES, E. V. (Org.). **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. 549p

A RAS caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, nos diferentes níveis, com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS); pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população; pela responsabilização na atenção contínua e integral; pelo cuidado multiprofissional; e, ainda, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2010).

Fundamenta-se na compreensão da Atenção Primária à Saúde, como primeiro nível de atenção, a ênfase na função resolutiva dos cuidados primários dos problemas mais comuns de saúde, a partir dos quais se realiza e coordena o cuidado em todos os Pontos de Atenção. Estes são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular, coordenados pela APS, como primeiro nível de atenção (OMS, 2003)

Todos os Pontos de Atenção à Saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das Redes de Atenção à Saúde, se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam.

Organizando um itinerário de cuidados – uma linha de cuidado - com gestão integrada, é possível prestar a atenção certa no lugar certo para as pessoas, alocando os recursos racionalmente, produzindo serviços que respondam às necessidades da população. A atenção primária tem o papel de protagonista nas RAS, é essencial para que o sistema possa assumir riscos dentro de limites financeiros pré-definidos e aceitar os desafios da qualidade (TASCA, 2011).

A portaria nº 4.279, de 30/12/2010 considera que não há como prescrever um modelo organizacional único para as RAS, porém evidenciou-se um conjunto de atributos essenciais ao seu funcionamento: população e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e a oferta de serviços de saúde; estabelecimentos de saúde que prestam serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos e integram os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os coletivos; Atenção Básica à Saúde estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada preferencial do sistema; Prestação de serviços especializados em lugar adequado; Coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção; Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade; Sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais; e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações; Participação social; Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico; Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede; Sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede; Financiamento tripartite, garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede; Ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde e Gestão baseada em resultado (BRASIL, 2010).

A operacionalização das RAS se dá pela interação dos seus três elementos constitutivos: população/região de saúde definidas, estrutura operacional e por um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde (MENDES, 2010)

A seguir estão discriminadas as particularidades de cada elemento constitutivo da RAS:

**I - A população:** a atenção à saúde baseada na população é a habilidade de um sistema em estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, sob sua responsabilidade, segundo os riscos, de programar e avaliar as intervenções sanitárias relativas a essa população e de prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas preferências (TMCI, 2008).

Fator importante e que Mendes (2010) expõe como processo de trabalho é que a população de responsabilidade das redes de atenção à saúde vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos sócio sanitários. Assim, a população total de responsabilidade de uma rede de atenção à saúde deve ser plenamente conhecida e registrada em sistemas de informação potentes.

Mas não basta o conhecimento da população total: ela deve ser segmentada, subdividida em subpopulações por fatores de riscos e estratificada por riscos em relação às condições de saúde estabelecidas. O conhecimento da população de uma rede de atenção à saúde envolve um processo complexo, estruturado em vários momentos, sob a responsabilidade fundamental da atenção primária: o processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos socio sanitários; a vinculação das famílias à unidade de atenção primária à saúde/equipe do Programa de Saúde da Família; a identificação de subpopulações com fatores de riscos; a identificação das subpopulações com condições de saúde estabelecidas por graus de riscos; e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas (MENDES, 2010, p. 38).

**II - A estrutura operacional** –É constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós. Esta é formada por cinco componentes: o centro de comunicação, a atenção primária à saúde; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança da rede de atenção à saúde. Os três primeiros correspondem aos nós das redes e o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós. E o quinto, o componente que governa as relações entre os quatro primeiros (MENDES, 2010).

**III - Os modelos de atenção à saúde** -são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (MENDES, 2010)

No Brasil, Mendes (2009) propôs, com base no MAC, um modelo de atenção às condições crônicas para utilização no SUS, que é composto de seis elementos, subdivididos em dois grandes campos: o sistema de atenção à saúde e a comunidade. No sistema de atenção à saúde, as mudanças devem ser feitas na organização da atenção à saúde, no desenho do sistema de prestação de serviços, no apoio às decisões, nos sistemas de informação clínica e no autocuidado apoiado. Na comunidade, as mudanças estão centradas na articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade. Esses seis elementos apresentam interrelações que permitem desenvolver usuários informados e ativos e equipe de saúde preparada e proativa para produzir melhores resultados sanitários e funcionais para a população.

A Atenção Primária de Saúde no funcionamento das RAS tem como funções: 1 - ser base para o serviço de saúde como um todo; 2 - ser resolutiva, devendo-se identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais; 3-Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS (BRASIL, 2010).

A RAS atua como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articula, também, as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Para isso, é necessário incorporar ferramentas de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinela e incidentes críticos, dentre outros e 4 - Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2010).

Os profissionais de saúde e seu compromisso com a construção de práticas de saúde inovadoras são primordiais para a implantação das RAS e o trabalho em saúde e na Atenção Primária de Saúde considerada como um lugar de “criação, invenção e ao mesmo tempo um

território vivo” se apresenta com múltiplas disputas no modo de produzir saúde (BRASIL, 2010, p. 80).

Por isso, a necessidade de programar a práxis (ação-reflexão-ação) nos locais de trabalho para a troca e o cruzamento com os saberes das diversas profissões. Além disso, é preciso considerar e valorizar o poder terapêutico da escuta e da palavra, o poder da educação em saúde e do apoio matricial a fim de construir modos para haver a correponsabilização do profissional e do usuário. Contudo, o foco do trabalho vivo deve ser as relações estabelecidas no ato de cuidar que são: o vínculo, a escuta, a comunicação e a responsabilização com o cuidado (BRASIL, 1997 e 2004).

Na concepção da produção de saúde em rede, o trabalho deve ser visto como uma categoria central, o que implica em valorização dos trabalhadores de saúde. Além disso, é preciso considerar o valor terapêutico da escuta e da palavra, o poder da educação continuada em saúde e apoio matricial, a fim de construir modos de cuidado com responsabilidades compartilhadas entre os profissionais e os usuários. Isso porque as relações construídas no ato de cuidar são a principal característica do trabalho vivo, é nesse momento que se estabelece o projeto terapêutico singular, com base na escuta e na responsabilidade com o cuidado (WHITAKER, 1993).

## **5.2 Grupos Operativos como estratégia de ação**

O médico e psiquiatra Enrique Pichón-Rivière foi um dos precursores da Psicologia Social. Ele desenvolveu uma teoria que explica os fenômenos grupais e demonstra que um grupo pode ser mobilizado para trabalhar operativamente (PICHÓN-RIVIÈRE, 2005).

A origem da técnica dos grupos operativos foi um incidente acontecido no Hospital Psiquiátrico de Las Mercês, em Rosário. Enrique PichónRivière trabalhou naquele hospital como docente e em atendimento clínico e conviveu com uma greve dos profissionais de enfermagem do hospital. Para suprir a falta dos profissionais em greve, Pichón-Rivière colocou os pacientes menos comprometidos para assistir aos mais comprometidos e pode observar que essa situação gerou alterações positivas nos dois grupos, com melhora do quadro clínico. Este novo processo de comunicação estabelecido entre os pacientes e a ruptura de papéis estereotipados, o de quem é cuidado, para o de quem cuida, formaram os elementos

referenciais do processo de evolução desses enfermos (ABDUCH, 1999 *apud* ZANETTI, 2012, p. 25).

A técnica de grupos por ele criada, chamada de Grupos Operativos, caracteriza-se:

Por estar centrada, de forma explícita, numa tarefa que tem por finalidade aprender a pensar em termos da resolução das dificuldades criadas e manifestadas no campo grupal, e não no campo de cada um de seus integrantes, o que seria uma psicanálise individual em grupo. Consideramos o doente que enuncia um acontecimento como o porta-voz de si mesmo e das fantasias inconscientes do grupo. Neste aspecto reside a diferença entre a técnica operativa e as outras técnicas grupais, já que as interpretações são feitas em dois tempos e em duas direções distintas. (PICHÓN-RIVIÈRE, 2005, p. 147 *apud* ZANETTI, 2012, p.26).

Os Grupos Operativos constituem-se em uma técnica de trabalho que busca a promoção de um processo grupal em aprendizagem; promover a leitura crítica da realidade, sendo que a apropriação desta realidade deve ocorrer de forma ativa; estimular a postura investigadora onde cada resposta se transforme em outra pergunta; a aprendizagem é vista como sinônimo de mudança (CARLOS; SCHOSSLER, 2006 *apud* ZANETTI, 2012, p. 26).

Os princípios organizadores desta teoria são o vínculo e a tarefa. O Vínculo é uma estrutura psíquica complexa, de caráter social, sendo assim, o vínculo é um processo motivado que tem direção e sentido, ou seja, tem um “por que” e um “para quê”. Estabelece-se o vínculo, quando somos internalizados pelo outro e internalizamos o outro dentro de nós. Quando ocorre uma mútua representação interna. Cada pessoa se relaciona de acordo com seus modelos de vinculação, de acordo com suas matrizes de aprendizagem, e tendem a reeditar este modelo em outras circunstâncias (BRASIL, 1999).

A tarefa é o modo pelo qual cada integrante interage a partir de suas próprias necessidades, as quais se constituem em um polo norteador de conduta (BRASIL, 1999). Portanto, a aprendizagem preconizada pela ótica pichoneana é sinônimo de mudança. Só é capaz de aprender quem é capaz de mudar. No entanto, a situação de mudança suscita medos básicos, como o medo de perda e o medo de ataque. Ambos configuram-se em ansiedades, e estas por sua vez, se colocam a serviço da resistência à mudança (PAIN, 1998 *apud* ZANETTI, 2012, p. 27).

## **6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

O trabalho de conscientização da existência das RAS e a utilização desta como estratégia em saúde na APS serão realizados sobre a proposta de Pichón-Rivière. Trata-se de um grupo operativo desenvolvido para o reconhecimento da APS nas RAS.

### **6.1 Situação Problema**

Falta de reconhecimento das Redes existentes na micro e macrorregião de Diamantina e formas de intervenções desta como estratégia de saúde na APS.

### **6.2 Objetivos Gerais**

- Envolver a equipe nas discussões sobre o papel desses sujeitos na RAS
- Possibilitar espaços e momentos de ação-reflexão-ação sobre a realidade vivenciada no atendimento ao usuário e possibilidades de enfrentamento junto às RAS;
- Capacitar a equipe da Estratégia Saúde da Família em relação se tornarem equipes-rede;

META 1 – Desenvolver três encontros com coordenação da APS e enfermeiros da atenção primária em saúde, bem como membros da equipe da atenção primária em saúde para discutir o significado, importância e metodologia das RAS e desenvolvimento de Grupos Operativos conforme proposto por Pichón-Rivière com tema centralizado na identificação das RAS como estratégia à saúde da comunidade na APS , no primeiro bimestre de 2015.

Objetivos específicos	Ações/atividades	Responsáveis	Cronograma
<p>- Desenvolver atividades de aproximação dos membros da equipe com o conteúdo teórico sobre a RAS.</p> <p>- Desenvolver o Grupo Operativo (GO) segundo Pichón-Rivière de reconhecimento das RAS nas ações da APS</p> <p>- Instigar a prática de atividades de GO nas comunidades para difusão da Equipe de Saúde atuando como equipe-rede.</p>	<p>- Promover reunião de discussão sobre as RAS na micro e macrorregião de Diamantina, incluindo os coordenadores de cada RAS no município e os agentes “cuidadores”, equipes da atenção básica de saúde.</p> <p>- Realização de Grupo Operativo com os envolvidos nas RAS e APS: atenção primária, secundária e apoio, com objetivo de identificação de cada serviço dentro ou em apoio ao outro. Foco nas ações transversais e responsabilidade da APS nas Redes.</p> <p>- Realizar grupo operativo de atividades práticas para equipes de saúde da família com tema: Sou Equipe – rede.</p>	<p>- Enfermeira V.O., coordenação da atenção primária em Saúde do município de Diamantina e NASF</p> <p>- Enfermeira da V.O., coordenação da APS, representante das RAS: Rede de Urgência e Emergência; Rede Viva – Vida e HIPERDIA e NASF</p> <p>Enfermeiros, médicos das ESF do município e NASF</p>	<p>janeiro/2015</p> <p>janeiro / 2015</p> <p>Fevereiro/2015</p>



## META 2 – Avaliação dos resultados e continuidade dos trabalhos.

<b>Objetivos específicos</b>	<b>Ações/atividades</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Cronograma</b>
- Avaliar os resultados obtidos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover reuniões de discussão, avaliação e análise do trabalho em desenvolvimento.</li> <li>- Elaborar um instrumento de avaliação de resultados (qualitativos e quantitativos).</li> <li>- Definir a continuidade e criação de novos grupos, a partir da avaliação realizada.</li> </ul>	Equipes da APS e NASF	Apartir de março/2015 e mensal

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espero que este Plano de Intervenção gere uma mudança na realização do atendimento, mas principalmente na resolutividade das ações práticas de saúde para a comunidade. A operacionalização dos grupos, conforme a técnica de Grupos Operativos de Enrique PichónRivière, permitirá a fixação e reprodução do método às comunidades e descentralização do saber. Através dos grupos operativos vamos propiciar encontro entre usuário e profissional.

Merhy (2002) enfatiza que nessa relação de encontro, há um espaço estratégico para as mudanças no modo de produzir saúde, permitindo que coloquemos o usuário, com suas necessidades, no centro da atenção para produção do cuidado. Estamos propiciando para a comunidade um processo de trabalho diferenciado, onde ela faz parte do serviço e não se sujeita a ele.

Enfim, a expectativa é de que o entendimento do funcionamento das RAS e a conscientização da equipe, como equipe-rede seja o diferencial para APS e conseqüentemente para atenção secundária, terciária e para os serviços de apoio do Município de Diamantina. A partir desta conscientização cada profissional que estiver atendendo um paciente/cliente, família e comunidade poderá ter a compreensão de que não está sozinho e que há uma Rede, com apoio, trabalho conjunto e transversal e que a técnica de Grupos Operativos de Enrique Pichón- Rivière propiciará uma nova concepção pedagógica para os profissionais da equipe e a comunidade, fortalecendo as ações de saúde.

## REFERÊNCIAS

ABDUCH, Chafi. Grupos Operativos com Adolescentes. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília, 1999. Disponível em <http://www.adolesc.br/bvs/adolesc/P/pdf/cadernos1.pdf>. Acesso em 31 ago. 2011.

BRASIL. Gabinete Ministerial. Ministério da Saúde. **Política de Redes de Atenção à Saúde**. Portaria GM/MS n. 4279, DOU 30.12.2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.36p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS** (Ministério da Saúde- Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Brasília, DF. 2004).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 648**, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais** - Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 56 p. - (Cadernos de Atenção Básica; 14) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Cadernos de Atenção Básica nº 15.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008 - (Cadernos de Atenção Básica; 17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema de informação da atenção básica: SIAB**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. **Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão e em redes de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde**. In: PINHEIRO, R.; MATTOA, R.A. (Orgs). *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro, IMS/UERG – CEPESC – ABRASCO, 2006, p. 165 – 184.

CARLOS, Sérgio Antônio. SCHOSSLER, Alexandre Baldasso. Por uma visualização do processo grupal. **Revista PSICO**, Porto Alegre, PUCRS, v. 37, n. 2, pp. 159-167, maio/ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br.com.br>>. Acesso em: 21 ago. 2011.

CAMPOS, F. C.C.de, FARIA, H.P. e SANTOS, M.A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. - Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010

FERNANDEZ, J.M.D. **Los sistemas integrados de salud: un modelo para avanzar tras completar lastransferencias**. Barcelona: B & F Gestión y Salud; 2004

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico de 2013**. Disponível em: <<http://www.scielo.br.com.br>>. Acesso em: 22 de agosto de 2014.

MENDES, E.V. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. 2007. Disponível em [www.saude.mg.gov.br](http://www.saude.mg.gov.br) acesso em 28 jun.2014.

MENDES, E. V. (Org.). **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. 549p

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009

MENDES, E.V., *As redes de atenção à saúde*, **Ciênc. saúde coletiva**. v.15 n.5, p....., Rio de Janeiro Aug. 2010. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005)

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002

NASCIMENTO, E.C. Vale do Jequitinhonha: Entre a carência social e a riqueza cultural **Revista de Artes e Humanidades**, n4, mai-out, 2009

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2003.

PAIN, Alves Filho. **Diagnóstico e Tratamento dos Problemas de Aprendizagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986. SNYDERS, George. 1998.

PESTANA, M.; MENDES, E.V. – **Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa**. Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2004.

RIVIÉRE, Enrique Pichón. **O processo grupal**. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

TASCA, Renato (coordenador). **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), 2011. O autor aborda as potencialidades que as redes de atenção propiciam quando coordenadas pela Atenção primária em Saúde, enfatizando experiências bem sucedidas nesta área.

TMCI - Tufts Managed Care Institute. **Population-based health care: definitions and applications**. [site da Internet] [acessado 2013 set 15]. Disponível em: <http://www.thci.org>

WHITAKER, Francisco. **Rede – uma estrutura alternativa de organização**. In Mutações sociais, publicação trimestral do CEDAC. Rio de Janeiro, Ano 2/nº3/ março/abril/maio de 1993. <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=312160#>

VASCONCELOS, Mara; GRILLO, Maria José Cabral; SOARES, Sônia Maria. **Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde e Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2009.

ZANETTI, L.A. **Hipertensão arterial sistêmica – um desafio factível de ser enfrentado na arquitetura do processo de trabalho em saúde**. 2012. Monografia – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2012.

## ANEXO 1 – Modelo para Grupo Operativo: Reconhecer e agir como RAS na APS

### **Nome: Grupo Operativo: Reconhecer e Agir nas RAS**

**Objetivo:** Identificar a APS e reconhecê-la na RAS do Município e Estado de forma que a prática de saúde se desenvolva com apoio e de forma conjunta e integrada, bem como formar equipe – rede, ou seja, fazer com que a equipe de Saúde da Família se estabeleça como integrante e componente de uma Rede de Atenção à Saúde.

**Material:** Cartolinas coloridas, fita adesiva, canetinhas coloridas e barbante ou lã.

**Duração:** 40 minutos

**Componentes:** um líder e mínimo de dois integrantes e máximo: 30 integrantes. Caso seja necessário realização da dinâmica para quantitativo maior que 30 integrantes, necessário 02 líderes.

### **Etapas:**

A primeira etapa é explicar o que é RAS através de cartilha, slides, pôster e demais pedagógicos, importante instigar os objetivos e funções e inserir na realidade vivida no dia-a-dia da unidade.

A segunda etapa será montar as RAS que existem no município e a APS inserida nesta. O líder solicita a formação de um círculo e coloca no nome do Município como título no chão, solicita a formação de grupos por unidade de saúde, mantém a conformação de círculo, entrega para cada grupo pedaços circulares e retangulares de cartolina. A ilustração 1 e 2 exemplifica as descrições e conformação das figuras. Cada grupo responde as seguintes questões, em um pedaço circular da cartolina:

1 – Nome da APS: total de pessoas/famílias cadastrados, nº diabéticos, hipertensos, pessoas com tuberculosos, com hanseníase, deficiência física, distúrbio mental, alcoólatras, drogadictos e gestantes. Aproveita o momento para questionar a existência e enfatizar a importância do mapa territorial com indicação dos citados acima, bem como identificação de áreas de riscos e as formas de intervenção em acordo com este. Colocar no centro do círculo.

2 – Centralizar 01 círculo grande, 01 médio e 01 pequeno de cores diferentes, sendo que o primeiro é a atenção terciária, o segundo: atenção secundária e o menor atenção primária. Em cada pedaço de cartolina em cores: escrever cada estabelecimento de saúde do município: secundários e terciários.

3 – Entregar fitas retangulares compridas, em única cor, deve-se escrever: os serviços de

apoio comuns a todos, como serviços de apoio e diagnóstico e de informações em saúde.

4 – Em fitas retangulares em uma única cor: Os principais sistemas logísticos das redes de atenção à saúde são o cartão de identificação das pessoas usuárias, o prontuário clínico, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde e os sistemas de transporte em saúde.

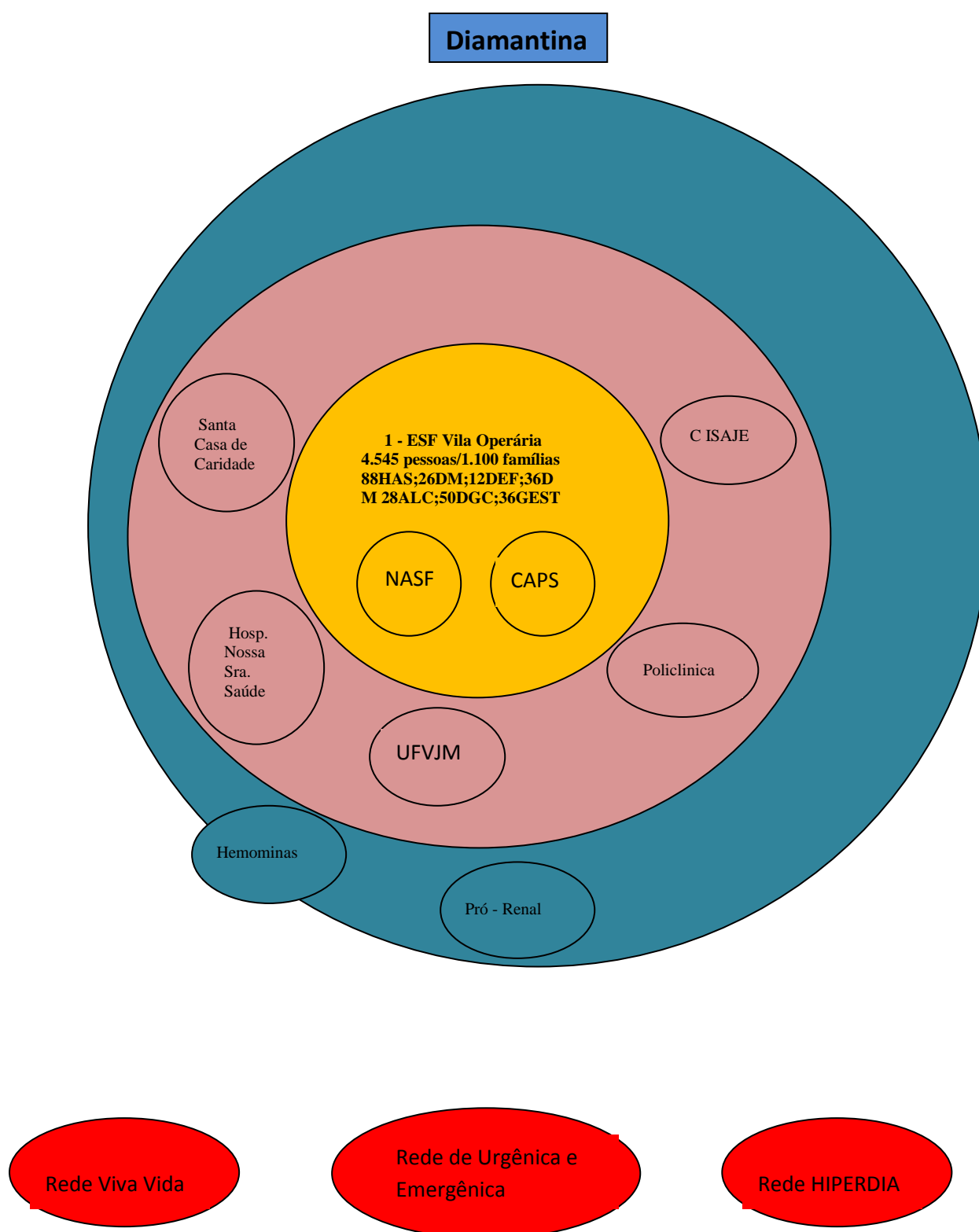
5 – Listar as Redes de Atenção no Município em pedaços de cartolina

6- Formar as Redes de Atenção Específica. Dispondo as figuras móveis: círculos pequenos e retângulos: Exemplo: Rede Cegonha (Ilustração 2)

7 – Todas as redes devem ser formadas e o líder apoiará e a reafirmará as funções e as facilidades de contar com apoio transversal.

8 – Como forma avaliativa após a confecção das redes um profissional de cada grupo deverá exemplificar uma situação do cotidiano e abordagem em rede do caso referido

Ilustração 1 – Figuras geométricas





3-Regional de saúde
3-Policlínica
3-Farmácia Central
3 -Cedimagem
3 –Vigilâncias: sanitária e epidemiológicas e Zoonoses
3 –Regulação
4-Cartão SUS
4-Prontuário
4-Encaminhamentos
4 -Referência e Contra-referência
4-Ficha de atendimento agudo: Estrato Manchester
4-SAMU
4-Corpo de Bombeiros

Ilustração 2 – Conformação da Rede Viva Vida:

