

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE
ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

RÚBIA CERQUEIRA PERSEQUINI LENZA

ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA NO DISTRITO FEDERAL -

A Experiência da Região de Saúde Leste

BRASÍLIA

2021

RÚBIA CERQUEIRA PERSEQUINI LENZA

ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA NO DISTRITO FEDERAL -

A Experiência da Região de Saúde Leste

Trabalho de Dissertação apresentada à Comissão Examinadora da Escola Fiocruz de Governo como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas em Saúde. Área de concentração: Justiça Social

Orientadora: Prof. Dra. Fernanda Maria Duarte Severo

Coorientadora: Dra. Júlia Modesto Pinheiro Dias Pereira

BRASÍLIA

2021

Catálogo na Fonte
Escola Fiocruz do Governo
Biblioteca

L-575a Lenza, Rúbia Cerqueira Persequini.

Atenção ambulatorial especializada no Distrito Federal: a experiência da região de Saúde Leste / Rúbia Cerqueira Persequini Lenza, Brasília, 2021.

123 f.: il.

Orientador Prof. Dra. Fernanda Maria Duarte Severo. Coorientadora: Dra. Júlia Modesto Pinheiro Dias Pereira.

Dissertação (Mestrado Profissional em Políticas Públicas em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, DF.

1. Atenção Ambulatorial Especializada. 2. Atenção primária a saúde. 3. Região de Saúde Leste. 4. Reforma Sanitária do Distrito Federal. I. Lenza, Rúbia Cerqueira Persequini. II. FIOCRUZ Brasília. III. Título.

CDD 614.0981

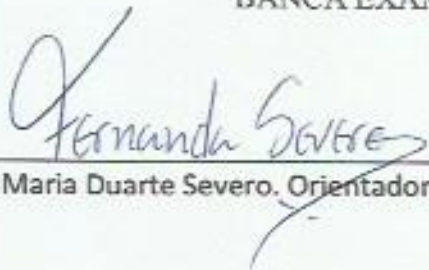
Rúbia Cerqueira Persequini Lenza

Atenção Ambulatorial Especializada no Distrito Federal – A Experiência da Região de Saúde Leste

Dissertação apresentada à Escola de Governo Fiocruz como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Políticas Públicas em Saúde, na linha de pesquisa Saúde e Justiça Social.

Aprovado em 25/02/2021.

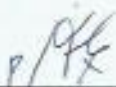
BANCA EXAMINADORA



Dra. Fernanda Maria Duarte Severo, Orientadora - Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília



Dra. Júlia Modesto Pinheiro Dias Pereira - Companhia de Planejamento do Distrito Federal



Dr. José Agenor Álvares da Silva - Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília



Dra. Gilmara Lima Nascimento - Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal



André Luiz Dutra Fenner - Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília

*Ao meu marido, Leonardo e nosso filho, César,
meus maiores incentivadores e apoiadores em todos
os projetos de vida.*

*Aos meus pais Maria do Carmo e Persequini pelos
valores ensinados, exemplo de família e busca
constante pelo conhecimento.*

*E principalmente à Deus, por eu ter tanto a
agradecer!*

AGRADECIMENTO

À minha orientadora, Professora Dra. Fernanda Severo e coorientadora Dra. Júlia Modesto Pereira pelo acolhimento, paciência, compartilhamento de saberes, dedicação e amizade durante todo o período do mestrado.

À Ana Cláudia Pontes por ter me incentivado e motivado a entrar no Programa de Mestrado Profissional da Fiocruz Brasília.

Aos meus familiares, pais e irmãos, meu marido Leonardo e filho César pelo carinho, amor, por estarem ao meu lado, me incentivarem e me apoiarem em todas as minhas escolhas.

Às minhas amigas June, Karine, Milena, Christiane, Fabiana, Gilmara, Tercília e Mayara por acreditarem no meu potencial profissional, pela amizade, pelos ouvidos de tantas horas e por me fazerem acreditar em mim mesma.

Aos colegas do mestrado pelo compartilhamento, carinho e amizade que fizemos ao longo desses dois, quase três anos.

À Secretaria de Saúde e Superintendência da Região Leste pela oportunidade de trabalho e aprendizado diário.

“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

A integração entre os níveis de atenção é um desafio contínuo mesmo em sistemas de saúde consolidados e de alta performance. A reestruturação do sistema público de saúde do Distrito Federal (DF), baseado no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), na reconfiguração da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e Atenção Hospitalar (AH) trouxe como desafio a necessidade de integração entre esses níveis. O presente documento se trata de um estudo descritivo que tem como fundamento o relato de experiência, onde se expõe a construção da AAE do DF e da Região de Saúde Leste, considerando aspectos da observação, análise e experiência do pesquisador. Descreve brevemente a organização da Atenção de Saúde Secundária no contexto da saúde pública brasileira, dialogando com o relato de experiência da pesquisadora como integrante da gestão da Atenção Ambulatorial Especializada da Região de Saúde Leste do Governo do Distrito Federal. Para a análise do diagnóstico situacional da AAE da Região Leste de Saúde do Distrito Federal foram adotados pressupostos do planejamento estratégico, utilizando-se uma ferramenta gerencial: a Matriz SWOT. Este trabalho constrói um consolidado histórico a fim de colaborar com o registro documental do nível de atenção e a gestão do conhecimento.

Palavras-chaves: Atenção Ambulatorial Especializada; Atenção Secundária à Saúde; Região de Saúde Leste; Reforma Sanitária do Distrito Federal.

ABSTRACT

The integration between levels of care is a continuous challenge even in a consolidated and high performance health system. The restructuring of Federal District's public health system, based on the fortification of Primary Health Care (PHC), on the reconfiguration of the Specialized Outpatient Care (SOC) and Hospital Care (HC) has brought as a challenge the necessity of integration between these levels. This document is a descriptive study based on an experience report that exposes the construction of the SOC of Federal District and of Eastern Health Region, considering aspects of the researcher's observation, analysis and experience. It briefly describes the organization of Secondary Health Care in the context of Brazilian public health, dialoguing with the experience report of the researcher as member of the management of Specialized Outpatient Care in Eastern Health Region of Federal District's Government. In order to analyze the situational diagnosis of Federal Districts' SOC, strategic planning assumptions were adopted using a management tool: the SWOT Matrix. This work builds a historical consolidation in order to collaborate with the documentary record of the organization's level of care and knowledge management.

Keywords: Specialized Outpatient Care; Secondary Health Care; Eastern Health Region; Federal District's Sanitary Reform.

RESUMEN

La integración entre niveles de atención es un desafío constante incluso en sistemas de salud consolidados y de alto desempeño. La reestructuración del sistema público de salud en Distrito Federal (DF), basada en el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud (APS), la reconfiguración de la Atención Ambulatoria Especializada (AAE) y la Atención Hospitalaria (AH), trajo como desafío la necesidad de integración entre estos niveles. Este documento es un estudio descriptivo basado en el relato de experiencia, donde la construcción del AAE de DF y de la Región Sanitaria Este, considerando aspectos de la observación, análisis y experiencia del investigador. Describe brevemente la organización de la Atención Secundaria de Salud en el contexto de la salud pública brasileña, dialogando con el relato de experiencia del investigador como parte de la gestión de Atención Ambulatoria Especializada en la Región Este de Salud del Gobierno del Distrito Federal. Para el análisis del diagnóstico situacional de la AAE en la Región Sanitaria Este del Distrito Federal, se adoptaron supuestos de planificación estratégica, utilizando una herramienta de gestión: la Matriz SWOT. Este trabajo construye una historia consolidada con el fin de colaborar con el registro documental del nivel de atención y gestión del conocimiento.

Palavra-llave: Atención ambulatoria especializada; Atención médica secundaria; Región de Salud Este; Reforma Sanitaria del Distrito Federal.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as Redes de Atenção à Saúde	36
Figura 2: Estrutura Operacional das RAS.....	38
Figura 3: Representação gráfica do Distrito Federal, regiões de saúde e regiões administrativas, DF, 2018.....	47
Figura 4: Exemplo de operacionalização dos panoramas de regulação: Panorama 1	59
Figura 5: Exemplo de operacionalização dos panoramas de regulação: Panorama 2	59
Figura 6: Exemplo de operacionalização dos panoramas de regulação: Panorama 3	60
Figura 7: Cartograma das Regiões Administrativas da Região Leste	65
Figura 8: Casa de Parto São Sebastião	77
Figura 9: Policlínica Paranoá	80
Figura 10: Policlínica São Sebastião	82
Figura 11: Centro de Atenção Psicossocial II Paranoá.....	83
Figura 12: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas Itapoã	84
Figura 13: Centro de Especialidades Odontológicas.....	85
Figura 14: UBS da Região Leste – Localização no mapa	108

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Gráfico de População por faixa etária e sexo da Região de Saúde Leste..... 62

Gráfico 2 - Carga Horária por Categoria Profissional – Enfermeiro e Cirurgião-Dentista... 110

Gráfico 3 - Carga Horária por Categoria Profissional – Especialistas em Saúde..... 111

Gráfico 4 - Carga Horária por Categoria Profissional – Especialidade Médica..... 111

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - . Média de rendimentos per capita e domiciliar, Região de Saúde Leste, Distrito Federal, 2018	63
Tabela 2 - Proporção de habitantes com plano de saúde, Região de Saúde Leste, Distrito Federal, 2018.	63
Tabela 3 - Escolaridade das pessoas com 25 anos ou mais de idade, Região de Saúde Leste, Distrito Federal, 2018.	64
Tabela 4 - Unidades Básicas de Saúde da região, Região de Saúde Leste, 2018.....	67
Tabela 5 - Unidades de Atenção Secundária da região, Região de Saúde Leste, 2018.	69
Tabela 6 - Servidores por estabelecimento local da DIRASE Leste – Número de Servidores e Carga Horária	109

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Regiões de Saúde e suas Regiões Administrativas - SESDF	47
Quadro 2 - Atribuições do CRDF.....	57
Quadro 3 - Quadro de Gerências de Saúde da Família (GSAP) e Unidades Básicas (UBS) pertencentes a cada uma delas – Região Leste/DF	67
Quadro 4 - Síntese de áreas sem cobertura da Estratégia Saúde da Família, Região de Saúde Leste, 2019	70
Quadro 5 - Matriz SWOT	88
Quadro 6 - Matriz SWOT da AASE da Região de Saúde Leste	89

LISTA DE SIGLAS

Sigla	Significado
AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
AASE	Atenção Ambulatorial Secundária
AGR	Acordos de Gestão Regionais
AH:	Atenção Hospitalar
APS	Atenção Primária à Saúde
ASS	Atenção Secundária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CADH	Centro de Atenção ao Diabético e Hipertenso
CEITAP	Central de Informações Toxicológicas e Atendimento Psicossocial
CERA	Central de Regulação Ambulatorial
CERAC	Central de Regulação Interestadual e de Alta Complexidade
CERCE	Central de Regulação de Cirurgias Eletivas
CERIH	Central de Regulação de Internação Hospitalar
CERTS	Central de Regulação do Transporte Sanitário
CERIH	Central de Regulação de Internação Hospitalar
CERU	Central de Regulação de Internação Hospitalar
CET	Central de Regulação de Urgências Central Estadual de Transplantes
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CODEPLAN	Companhia de Planejamento do Distrito Federal
CR	Centrais de Regulação
DF	Distrito Federal
DIRASE	Diretoria Regional de Atenção Secundária à Saúde
DIRAPS	Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde
EFG	Escola Fiocruz de Governo
ESF	Equipe de Saúde da Família
FINER	Factível, Interessante, Nova (inovadora), Ética e Relevante
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GPMA	Gerência de Planejamento, Monitoramento e Avaliação
GTRA	Grupo Técnico de Regulação Assistencial

Sigla	Significado
HRL	Hospital da Região Leste
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IGES	Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal
LIEP	Laboratório de Inovação e Educação Permanente
MPPPS	Mestrado Profissional em Políticas Públicas em Saúde
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan- Americana da Saúde
PDAD	Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios
RA	Região Administrativa
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SESDF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SRSLE	Superintendência da Região de Saúde Leste
SUS	Sistema Único de Saúde
SWOT	<i>Strenghts</i> (Forças), <i>Weaknesses</i> (Fraquezas), <i>Oportunities</i> (Oportunidades) e <i>Threats</i> (Ameaças)
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
URD	Unidade de Referência Distrital
VIGITEL	Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico;

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
1.1 OBJETIVOS	25
1.1.1 Objetivo Geral.....	25
1.1.2 Objetivos Específicos	26
2 PERCURSO METODOLÓGICO	27
2.1 ANÁLISE: MATRIZ SWOT	28
3 A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA NA PERSPECTIVA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	31
3.1 POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO	39
4 A REFORMA SANITÁRIA NO DISTRITO FEDERAL	44
4.1 CONVERTE	49
4.2 A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA NO DF	52
4.3 O COMPLEXO REGULADOR DO DF.....	54
5 A REGIÃO DE SAÚDE LESTE	61
5.1 ESTRUTURA DA REDE ASSISTENCIAL DA REGIÃO LESTE	65
5.1.1 Áreas sem cobertura da APS	69
5.2 ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA NA REGIÃO LESTE	71
5.3 UNIDADES DE SAÚDE DA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA DA REGIÃO DE SAÚDE LESTE	76
5.3.1 Casa de Parto de São Sebastião (43)	77
5.3.2 Unidade de Pronto Atendimento (44)	78
5.3.3 Policlínica Paranoá (43)	79
5.3.4 Policlínica São Sebastião.....	81
5.3.5 Centro de Atenção Psicossocial II Paranoá	83
5.3.6 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas Itapoã.....	84
5.3.7 Centro de Especialidades Odontológicas (45)	85
6 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL – ANÁLISE SWOT	87
6.1 AMBIENTE INTERNO.....	90
6.2 FORÇAS.....	90
6.3 FRAQUEZAS	94
6.4 AMBIENTE EXTERNO.....	97
6.5 OPORTUNIDADES	97
6.6 AMEAÇAS.....	108
7 CONCLUSÃO	113

8. REFERÊNCIAS	115
9. ANEXOS	119

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Secundária à Saúde (ASS) é um tema ainda pouco explorado em publicações científicas, porém de grande importância na organização da saúde pública brasileira. Na perspectiva da organização da saúde em sistemas de forma integralizada e não fragmentada, a ASS, se mostrou complementar e estrutural, atuando na integração e suporte à Atenção Primária e na ampliação do acesso a população à Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). (1) (2)

A AAE é uma das formas de organização da atenção secundária. A literatura descreve, a atenção secundária, como dispositivos de saúde ainda muito centrados ao âmbito hospitalar que pode envolver atividades ambulatoriais ou não. Nesse estudo, o foco das estratégias de ações secundárias em saúde são as ações ambulatoriais especializadas.

A lógica de organização do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com Solla e Chioro (2008) pressupõe a constituição de uma rede de serviços organizada de forma regionalizada e hierarquizada (3). No Brasil uma das formas de organização e integração dos níveis de atenção foi o modelo de Redes de Atenção à Saúde (RAS) regionalizado, implantado em 2010. As 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.” (4)

O êxito da implantação e consolidação das RAS só é possível com a integração da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Atenção Secundária à Saúde (ASS) de forma eficiente, com qualidade e de maneira resolutiva. Essa organização, como eixo estruturante do SUS, tem a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora dos fluxos de atenção ao cidadão e a ASS garantindo o acesso oportuno e de forma organizada à atenção ambulatorial especializada. (1)

De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) constitui problema muito importante nos sistemas de

atenção à saúde em geral e no SUS em particular, não sendo contemplada ainda com uma política nacional.

A AAE consiste em uma das áreas menos estudadas nos sistemas de atenção à saúde e não é diferente no SUS. Quando se buscam pesquisas relevantes em AAE, encontram-se poucos trabalhos comparativamente com a Atenção Primária à Saúde (APS) e com a atenção hospitalar. Nesse sentido, há de se marcar que o campo da AAE constitui vazio cognitivo que necessita ser superado, para que as soluções a ela relativas sejam conduzidas de forma efetiva e eficiente. Essa constatação sugere que devem ser estimuladas as investigações relativas à AAE em nossas instituições acadêmicas e de pesquisa. (5)

Esse estudo se propõe a diminuir o vazio de pesquisas e análises sobre o tema, apresentando um recorte histórico longitudinal sobre a AAE no campo da saúde pública brasileira e uma análise documental sobre a reorganização da AAE na Região de Saúde Leste do Distrito Federal.

Como Terapeuta Ocupacional formada em 2002 iniciei minha carreira na AAE atendendo crianças e adolescentes com transtorno e deficiência mental. O trabalho ainda era incipiente e pouco ou quase nada integrado com a APS, num momento em que as RAS ainda não haviam sido institucionalizadas e a assistência à saúde ainda estava centrada em práticas isoladas e desconectadas com o território. O próprio conceito de território ainda estava sendo construído e consolidado no país. Um momento de maturação e evolução do sistema único de saúde e de fortalecimento dos municípios como gestores locais desse SUS.

No percurso da minha trajetória profissional fui me moldando e me qualificando, assim como acontecia com as políticas públicas de saúde no Brasil. Muitos questionamentos, ansiedades, frustrações, busca por integração, por construção e formação de redes de atenção e de cuidado foram sendo construídas numa carreira que permeava a assistência e a gestão de saúde pública. Nesse trajeto me transformei em Terapeuta Ocupacional sanitária, gestora de saúde pública, atuando como assessora técnica no Ministério da Saúde, por 8 anos (2009 a 2017) e na Fiocruz (2017 e 2018).

Quando fui selecionada para o Mestrado Profissional de Políticas Públicas de Saúde, em 2017, trabalhava na Escola Fiocruz de Governo (EFG), no Laboratório de Inovação em Educação Permanente (LIEP). Em julho de 2018, assumi um cargo como Terapeuta Ocupacional em concurso público na Secretaria de Saúde do Distrito Federal (GDF). E em dezembro de 2018 me desliguei da EFG para me dedicar de forma integral ao GDF.

Iniciei, em 2019 a atuação na gestão da saúde pública do governo do Distrito Federal como Gerente de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (GPMA) da Diretoria de Atenção Secundária à Saúde (DIRASE) da Região de Saúde Leste e me aprofundei na Atenção Secundária à Saúde. Focando nos objetivos de um mestrado profissional, surgiu a necessidade e motivação para escrever sobre minha prática de trabalho, algo que me fez querer pesquisar e buscar qualificação todos os dias, algo que me incita e move continuamente, me motiva, me gera dúvidas, inquietações e solicita respostas e tomadas de decisões cotidianamente. Assim como o interesse em deixar um legado para a gestão pública de saúde, um documento que traduz o registro e o caminho feito pela AAE na Região Leste e seus profissionais.

Imediatamente várias perguntas e questões começaram a surgir à medida em que eu buscava mais informações na literatura.

- Como surgiu a organização do nível secundário de atenção à saúde no contexto da saúde pública brasileira?
- Como ele se insere numa perspectiva das Redes de Atenção à Saúde?
- Quais as diretrizes para a organização desse nível de atenção nos estados, municípios e no DF?
- Como se deu essa organização no Distrito Federal, e mais especificamente, na Região de Saúde Leste?

Desta forma, como proposta para o desenvolvimento de dissertação do Mestrado Profissional em Políticas Públicas em Saúde (MPPPS) da Escola Fiocruz de Governo – Fiocruz

Brasília, este trabalho propõe o desenho de uma análise documental. Fazendo um diálogo entre uma breve revisão da literatura sobre a organização da Atenção Secundária à Saúde no contexto da saúde pública brasileira e um relato da AAE da Região de Saúde Leste do Governo do Distrito Federal.

A Linha de pesquisa do MPPPS ao qual ingressei é a de Saúde e Justiça Social que tem como foco:

(...) a aproximação transdisciplinar e intersetorial das questões relacionadas à saúde, bem como sua articulação com outras dimensões das lutas, conflitos e desigualdades sociais. Baseada em uma concepção ampliada de saúde, a noção de Justiça Social que orienta essa linha, articula-se à temática dos direitos e aos processos de democratização da sociedade brasileira. Ela busca extrapolar a conformação e a organização setorial das políticas públicas. Nesse sentido, a linha objetiva promover perspectivas de análise e de pesquisa direcionadas à contextualização crítica dos problemas contemporâneos da sociedade brasileira, valorizando o estudo sistemático de sua formação e estrutura social, a fim de associar o tema da saúde a questões atuais. (6)

A organização da saúde por níveis de atenção é uma proposta para reduzir a fragmentação do cuidado ao usuário do SUS e promover maior acesso, a tempo, de forma integral e equânime. A linha da pesquisa é focada em Gestão de Saúde Pública e Justiça Social.

Um dos aspectos de saúde e justiça social, relevante no contexto da pesquisa, é a redução da desigualdade social. As formas desiguais de acesso às unidades e serviços de saúde, sendo elas pela atenção básica, secundária e/ou hospitalar agravam ainda mais as desigualdades sociais no país. De acordo com o Ministério da Saúde o :

reconhecimento das profundas desigualdades no acesso aos serviços de saúde no país obriga a elaboração de propostas que induzam o crescimento da oferta adequada de serviços de saúde em todas as regiões do território nacional, de forma que se busque um perfil de oferta mais harmônico. (7)

A orientação do financiamento, à saúde pública brasileira, vem se consolidando com recursos escassos e subfinanciados desde a criação do SUS, em 1990. Essa situação se agravou em 2016 com a aprovação da Emenda Constitucional do Teto de Gastos Públicos, a EC 95, que congela o financiamento dos direitos sociais como, saúde e educação até 2026. A

consequência é deterioração progressiva do SUS, impactando negativamente no financiamento das ações desenvolvidas pela rede de saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Desta forma, o planejamento financeiro do SUS, precisa ser muito bem cuidado proporcionando distribuição adequada e racionalizando o uso dos recursos disponíveis. É necessário reorientar a lógica de alocação dos recursos com base nas necessidades em saúde, com base em métodos epidemiológicos, qualitativos e comparativos. (7) Esse estudo se propõe a contribuir qualitativamente para o planejamento financeiro adequado ao tamanho dos desafios e da complexidade dos SUS.

Considerando ainda aspectos de Democracia e Saúde conforme descrito pela primeira vez na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, mobilizando a sociedade brasileira na defesa da ampliação do conceito sobre Saúde, elevando-a à condição de Direito (7). A produção dessa dissertação reafirma a conquista da saúde como um direito universal e acessível a todos. Para a garantia de um sistema de saúde com qualidade e de acesso universal é necessária organização e integração entre os diversos níveis de atenção, garantindo o acesso à serviços de atenção básica e especializada, de forma equânime. O atual vazio assistencial da atenção especializada, ou o vazio cognitivo, proporciona o aumento das desigualdades sociais e assistenciais, da injustiça e da fragmentação do sujeito. (5) (7)

A busca por alternativas de enfrentamento aos problemas, assim como o conhecimento e a explanação de boas práticas em atenção secundária à saúde visam reafirmar as garantias constitucionais do direito à saúde e os avanços significativos no processo de consolidação e fortalecimento do SUS.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

O objetivo geral dessa pesquisa é descrever a organização da Atenção Ambulatorial Especializada na Região de Saúde Leste, consolidando um histórico a fim de colaborar com o registro documental da organização do nível de atenção na região e a gestão do conhecimento.

1.1.2 Objetivos Específicos

- a) Descrever o processo de reorganização da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) na Região Leste de Saúde do Distrito Federal;
- b) Mapear e caracterizar principais serviços da AAE da Região Leste de Saúde do Distrito Federal.
- c) Analisar as fortalezas, oportunidades, fraquezas e ameaças da AASE na região Leste do DF.

O trabalho está estruturado em introdução, percurso metodológico, desenvolvimento e conclusão. O desenvolvimento foi dividido em quatro capítulos: A Atenção Ambulatorial Especializada na Perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, A Reforma Sanitária no Distrito Federal, A Região de Saúde Leste e Diagnóstico Situacional – Análise Swot.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo descritivo com uma análise documental em que se expõe a construção da AAE da Região de Saúde Leste do Distrito Federal, considerando aspectos da observação, análise e experiência do pesquisador. Pretende-se descrever brevemente a organização da ASS no contexto da saúde pública brasileira, dialogando com a reorganização da Atenção Ambulatorial Especializada da Região de Saúde Leste do Governo do Distrito Federal.

Para consolidação e corpo ao estudo o primeiro passo é montar um banco de dados secundários com pesquisas com características semelhantes ao caso a ser investigado. A abordagem utilizada para a pesquisa desse percurso é a abordagem histórico-longitudinal.

Dias e Becker (2003) afirmam que a perspectiva histórico-longitudinal se justifica não somente pela necessidade de entender a ordem e a sequência de eventos ao longo do ciclo de vida de uma organização/instituição, mas também para apontar ou verificar se a mudança foi contínua, progressiva e automática. (10)

A análise documental conta com fontes de evidência adicionais à pesquisa histórica (como a observação direta), as quais contribuem para a credibilidade dos resultados da pesquisa. (10)

Foi feita uma coleta de documentação técnica-administrativa de caráter histórico própria e uma revisão assistemática da literatura indexada, uma leitura flutuante norteadas pela busca de conteúdos atinentes ao recorte do estudo utilizando-se da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com as palavras-chave: Atenção Secundária à Saúde, Atenção Especializada à Saúde, Atenção Ambulatorial Especializada, Atenção Ambulatorial Secundária.

A busca segue de modo assistemático e condensa os achados provenientes de diferentes fontes, admitindo o conteúdo empírico da estrutura de serviços disponíveis nos territórios do DF.

Após a leitura flutuante dos artigos indexados recolhidos na busca da literatura nacional (Brasil), utilizou-se, a técnica adaptada da “*snowball sampling*” (11) ou amostragem por bola de neve. Baldin e Munhoz (2011) citam que essa técnica é uma forma de amostra não probabilística utilizada em pesquisas sociais nas quais os participantes iniciais de um estudo indicam novos participantes que por sua vez indicam novos participantes e assim sucessivamente, até que seja alcançado o objetivo proposto. Vinuto, 2014 afirma que a técnica bola de neve utiliza cadeias de referência na qual trabalhos como artigos e publicações acadêmicas com conteúdo significativo ao tema são considerados *sementes* e se faz uma busca nas referências bibliográficas dos mesmos para encontrar outras produções relevantes sobre o tema. (12)

Os dados foram coletados para verificar se respondem às perguntas-chave, considerando a relevância do objeto em questão e a qualidade metodológica do material. A expectativa com essa revisão é que ela traga instrumentos e relatos sobre a Atenção Secundária à Saúde no contexto brasileiro assim como a AAE no contexto do DF e possa fundamentar tecnicamente a análise crítica que será feita.

A partir desse agregado de informações aplica a análise SWOT na expectativa de colaborar com uma observação rigorosa que potencialize encaminhamentos para a gestão.

2.1 ANÁLISE: MATRIZ SWOT

Para a análise do diagnóstico situacional da AAE da Região Leste de Saúde do Distrito Federal foram adotados pressupostos do planejamento estratégico, utilizando para tanto, uma ferramenta gerencial: a Matriz SWOT. (13)

SWOT é o acrônimo das palavras *Strengths* (Forças), *Weaknesses* (Fraquezas), *Opportunities* (Oportunidades) e *Threats* (Ameaças), conhecida no Brasil como matriz FOFA,

e se configura como uma ferramenta que permite analisar as condições internas e externas de uma determinada situação. Trata-se de uma das práticas mais comuns voltadas para o pensamento estratégico e organização de empresas. (14)

Por meio dessa estratégia, é possível ter uma visão clara e objetiva sobre quais são as forças e fraquezas no ambiente interno, elencando elementos em que seja possível potencializar as fortalezas e corrigir ou minimizar as ameaças no ambiente externo.

É uma ferramenta usada para a realização de análise de cenário, ou de ambiente e serve como base para planejamentos estratégicos e de gestão. (14)

Esse trabalho será uma contribuição para a gestão da Região de Saúde Leste, uma análise sobre o processo iniciado em 2017 pela SESDF e que ainda necessita de um grande percurso para se consolidar e se fortalecer.

Esta dissertação encontra-se dividida em quatro partes principais. Eminentemente descritiva à produção de conhecimentos, objetivou consolidar caracterizações dos serviços e análises sintéticas a partir dos insumos organizacionais. Descrever o processo de organização da Atenção Ambulatorial Especializada no Distrito Federal, especificamente na Região de Saúde Leste

No primeiro capítulo, apresentamos uma síntese histórica sobre o processo de organização da Atenção Ambulatorial Secundária (AAS) no contexto da saúde pública brasileira e da ordenação das Redes de Atenção, destacamos tópicos privilegiados da Política Nacional de Regulação a fim de descrever os pressupostos que visavam a qualificação das práticas da atenção.

No segundo capítulo resgatamos a documentação político-administrativa da Reforma Sanitária do Distrito Federal (2015-19) pertencente aos fundos documentais do governo do DF e apresentamos sumariamente a estruturação da Rede de Atenção, conferindo destaque para o projeto que firmou as balizas da Atenção Ambulatorial Especializada.

No terceiro capítulo apresenta-se os principais serviços da AAE da Região Leste de Saúde do Distrito Federal. Descreve, ainda, a estrutura assistencial pública da Região, assim como uma breve fotografia da região. Apresenta-se ainda as unidades de saúde da AAE da Região Leste.

O quarto capítulo apresenta o Diagnóstico Situacional e a Análise Swot organização da AAE da região Leste como instrumento de gestão para identificar os problemas, potencialidades, desafios e necessidades futuras.

3 A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA NA PERSPECTIVA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

O presente capítulo, compilado a partir da literatura indexada e das bases político administrativas, confere destaque para o processo de organização da Atenção Ambulatorial Secundária (AASE), contemplando o surgimento conceitual da terminologia de designação, contextualiza-a no âmbito das Redes de Atenção e em suas interfaces com os pressupostos da Política Nacional de Regulação.

O modelo atual de atenção à saúde do Brasil é organizado em níveis de atenção à Saúde: Atenção Primária à Saúde (APS) que compreende as ações da atenção básica; Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) compreendendo atenções de nível secundário à saúde e Atenção Hospitalar (AH) que compreende o nível terciário. Ao longo desse documento vem sendo falado sobre a AAE, mas que se trata esse nível de atenção?

Comumente associamos a atenção ambulatorial às consultas feitas por especialistas em policlínicas tradicionais, Centros de Referência em Atenção Especializada por temáticas como os odontológicos, de reabilitação física, intelectual, visual ou auditiva, atenção psicossocial e a realização de exames como ecografia, ecocardiograma e eletroencefalograma dentre outros. Os serviços são classificados como “atenção secundária à saúde”.

Na concepção de rede de saúde, a atenção secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade. Esse nível compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência. (15)

A indexação de palavras-chave, na página da Biblioteca Virtual da Saúde, (BVS) em Descritores em Ciências da Saúde utilizada nessa pesquisa, não contém a expressão “atenção especializada” e suas variantes no idioma de língua inglesa como termo descritivo

catalogado. Possui o termo “Atenção Secundária à Saúde” com a seguinte definição em Português: “Nível de atenção representado por programas, sistemas e serviços de tratamento ambulatorial e pequenos hospitais de tecnologia intermediária, que incorpora funções do nível primário e acrescenta as de tratamento especializado, com objetivo de reabilitação.”¹ Tem como sinônimos em português: Atenção Médica Secundária; Atenção Secundária; Atenção Secundária de Saúde; Cuidados Médicos Secundários; Cuidados Secundários; Cuidados Secundários de Saúde. (16)

A utilização do termo Atenção Especializada tornou-se progressivamente mais difundida na literatura do campo da Saúde Coletiva, em substituição ao termo Atenção Secundária à Saúde.

A busca pela definição do Termo Atenção Ambulatorial Especializada encontrou as seguintes referências teóricas.

A Atenção Especializada compreende um conjunto de ações e serviços de saúde realizados em ambiente ambulatorial, que incorporam a utilização de equipamentos médico-hospitalares e profissionais especializados para a produção do cuidado em média e alta complexidade. Essa atenção contempla cirurgias ambulatoriais, procedimentos traumato-ortopédicos, ações especializadas em odontologia, patologia clínica, anatomopatologia e citopatologia, radiodiagnóstico, exames de ultrassonografia, diagnose, fisioterapia, terapias especializadas, próteses e órteses. (17)

Solla e Chioro (2008), por sua vez, situam que:

A área de atenção especializada, de uma maneira geral, pode ser conceituada e ao mesmo tempo delimitada pelo território em que é desenvolvido um conjunto de ações, práticas, conhecimentos e técnicas assistenciais caracteristicamente demarcadas pela incorporação de processos de trabalho que englobam maior densidade tecnológica, as chamadas tecnologias especializadas. (3)

Rocha (2014) citando Valderas et al (2009) situa a Atenção Especializada como o lugar de atuação dos médicos especialistas. Esta se daria no cuidado de condições muito

¹ <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>

incomuns para a atenção primária, que exigem um alto nível de conhecimento técnico ou equipamento especializado. (17)

Os autores discutem, ainda, o campo da atenção especializada como parte de um sistema de cuidados integrais, tendo como objetivo a oferta de retaguarda técnica, assumindo a responsabilidade pelos usuários, cujo processo de diagnóstico e tratamento fundamenta-se num vínculo principal a ser preservado com a atenção básica.

Para entender a rede de serviços de atenção especializada como um território estratégico de intervenção do sistema de saúde deve-se reconhecer que é a APS que tem redefinido os papéis da atenção secundária e terciária. Enquanto a rede de serviços de atenção primária deve ser extremamente capilarizada com unidades de pequeno porte distribuídas o mais próximo possível de onde os usuários vivem e trabalham, tendo, portanto, como sua principal característica a descentralização, a atenção especializada deve ser preferencialmente ofertada de forma hierarquizada e regionalizada. (3)

O Decreto 7.508 de 2011 que regulamentou a Lei nº 8.080/1990 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, definiu que para ser instituída, uma Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de: I - atenção primária; II - urgência e emergência; III - atenção psicossocial; **IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar;** e V - vigilância em saúde. (18)

O Decreto também cria a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES , que compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde. A RENASES (19) divide a Atenção Especializada em três subcomponentes: Atenção Ambulatorial Especializada, Odontologia Especializada e Atenção Hospitalar. Define como:

Atenção Ambulatorial Especializada:

Os cuidados ou tratamentos que extrapolam a capacidade de resolução dos serviços de atenção primária; que são referenciados ou encaminhados pelas portas de entrada do sistema e são prestados a indivíduos e/ou grupos.

Odontologia Especializada:

As ações e serviços da Assistência Odontológica Especializada e de Reabilitação Protética abrangem o conjunto de ações odontológicas de média e alta complexidade realizadas em ambiente ambulatorial e/ou hospitalar, e as ações de reabilitação oral com a oferta de próteses, de acordo com a necessidade.

Atenção Hospitalar:

Compreende o conjunto de ações realizadas em regime de internação hospitalar. Abrange procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, assistência farmacêutica, assistência hemoterápica, reabilitação, consultas especializadas e preparação para alta. Contempla também a modalidade Hospital Dia. (19)

A Atenção Ambulatorial Especializada, é compreendida, então, no interim desta pesquisa, como um conjunto de ações e serviços de saúde caracteristicamente demarcadas pela incorporação de tecnologias especializadas, englobando processos de trabalho de densidade tecnológica intermediária entre a Atenção Básica e a Atenção Hospitalar. Por tecnologias especializadas entende-se tanto aquelas que se referem a conhecimentos específicos, tecnologias leve/duras, quanto a aparato instrumental específico, tecnologia dura, assimilando que as tecnologias relacionais, leves, transversalizam de maneira singular todas as modalidades de cuidado em saúde.

A Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) deve corresponsabilizar-se pelos usuários, cumprindo o objetivo de garantir retaguarda assistencial e consultoria a processos cuidadores que se fundamentam num vínculo principal mais frequente com a APS, articulando-se ainda com a Atenção Hospitalar e a Atenção às Urgências e Emergências.

No contexto da saúde pública, há muito se discute o gargalo da atenção especializada à saúde com a existência de vazios assistenciais formado pela ausência de especialistas médicos e não médicos na assistência direta aos usuários do SUS e pelo vazio

cognitivo, que se caracteriza pela ausência de soluções, políticas sobre o tema e a escassez de publicações sobre esse nível de atenção. (5)

A Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) consiste em uma das áreas menos estudadas nos sistemas de atenção à saúde e não é diferente no SUS. Quando se buscam pesquisas relevantes em AAE, encontram-se poucos trabalhos comparativamente com a Atenção Primária à Saúde (APS) e com a atenção hospitalar. Nesse sentido, há de se marcar que o campo da AAE constitui vazio cognitivo que necessita ser superado, para que as soluções a ela relativas sejam conduzidas de forma efetiva e eficiente. Essa constatação sugere que devem ser estimuladas as investigações relativas à AAE em nossas instituições acadêmicas e de pesquisa. (5)

Ademais, a forma como a AAE opera em diversos lugares, ainda se caracteriza pela forma fragmentada e não integralizada com os níveis de Atenção Primário e Hospitalar, bem distante da lógica proposta pelas Redes de Atenção à Saúde (RAS), agravando ainda mais o vazio assistencial e organizacional existentes sobre o tema.

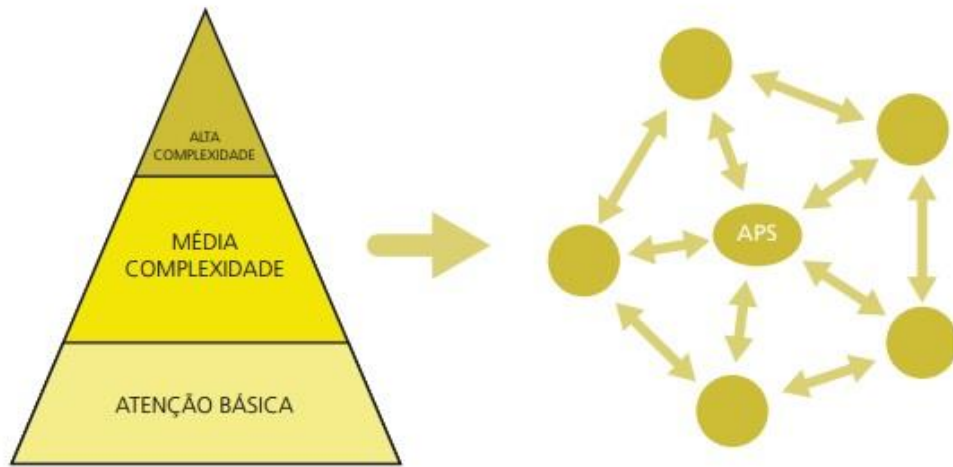
Em se tratando de Redes de Atenção à Saúde, em 2010 e 2011, o Governo Federal, em pactuação com estados e municípios, publicou dois instrumentos normativos que estabelece diretrizes para organização das RAS, no âmbito do SUS, a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 e o Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n. 8.080/1990.

As principais características das RAS: ⁴

(...) a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a Atenção Básica como centro de comunicação; a centralidade nas necessidades de saúde da população; a responsabilização por atenção contínua e integral; o cuidado multiprofissional; o compartilhamento de objetivos e o compromisso com resultados sanitários e econômicos. (4)

A principal mudança no sistema de saúde, com o conceito de RAS é que o centro da organização da Rede passa a ser da APS que coordena e ordena o cuidado, conforme representado na Figura abaixo:

Figura 1: A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as Redes de Atenção à Saúde



Fonte: CONASS 2016 (5)

A concepção vigente até então era o sistema hierárquico com os níveis de atenção bem divididos: atenção primária, média complexidade e alta complexidade, de forma fragmentada e piramidal. Com o advento das RAS o sistema passa a ser horizontalizado, quebrando-se as relações hierarquizadas, respeitando as diferenças nas densidades tecnológicas. Não há relação de maior ou menor importância entre os níveis de atenção, atuando de forma horizontalizada. Os três níveis de atenção se tornam interdependentes e integrados entre si, tendo como ponto de organização central a APS

O CONASS afirma que

as RAS são organizações poliarquias de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela APS. (5)

O objetivo com a organização em redes é melhorar a qualidade da assistência ao indivíduo, não fragmentando seu cuidado e integrando com os pontos de atenção do sistema, seja na APS, AAE ou na assistência hospitalar. Otimizar também os recursos existentes para que atuem de forma mais efetiva e eficiente, sem desperdiçar recursos que são caros ao SUS e

otimizando os resultados na prestação do cuidado, além de preservar o princípio da equidade no SUS.

As RAS possuem três elementos fundamentais: a população (território), a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde. (15)

a) População: o primeiro elemento é a definição de uma população em um território adscrito.

A região de saúde deve ser bem definida, baseada em parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável. (15)

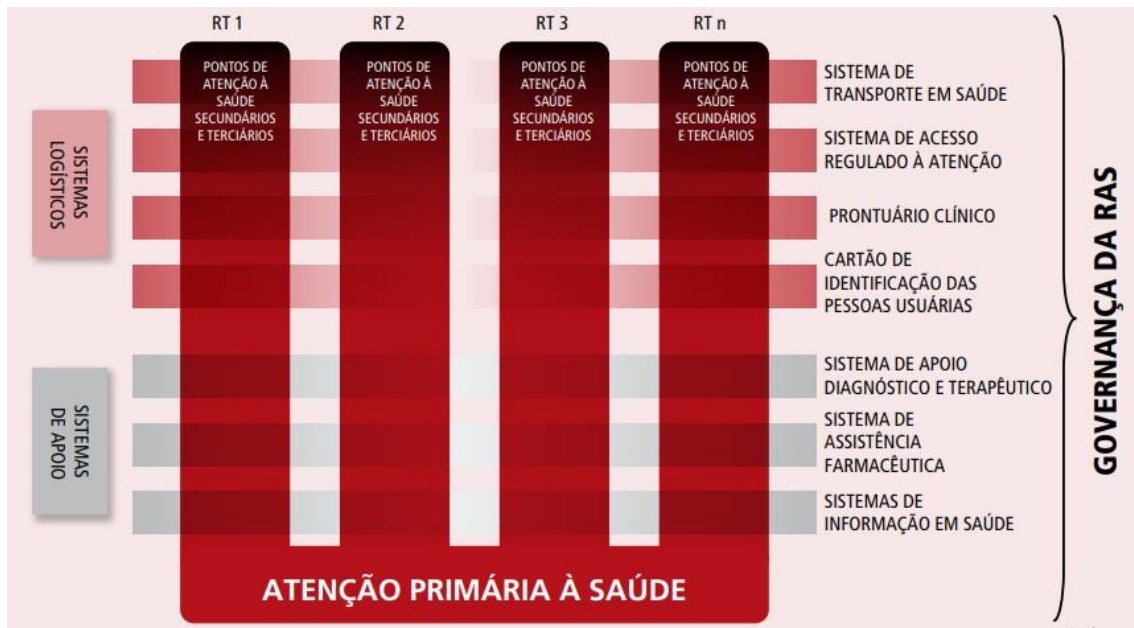
b) Estrutura Operacional: o segundo elemento é constituição da Rede em pontos de atenção à saúde e a maneira como eles se relacionam. Os serviços de saúde estruturam-se numa rede de pontos de atenção, composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser distribuídos, espacialmente, de forma ótima. (20)

De acordo com o CONASS 2016 consiste na estrutura operacional constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós. Os componentes que estruturam a RAS incluem: APS; os pontos de atenção secundária e terciária; os sistemas de apoio (sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de tele assistência e sistemas de informação em saúde); os sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde) e o sistema de governança (capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da referida rede).

A Figura 2, vinculada a este texto, mostra a forma de organização das redes em redes temáticas, como Rede de Cuidados Materno-Infantil, Rede de cuidados a pessoas com doenças crônicas, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Urgência e Emergência, como alguns exemplos. Essa é uma organização que permite uma estrutura para resolver vários problemas

de saúde comuns, estabelecendo visão e objetivos únicos e usando tecnologias e recursos compartilhados para atingir os seus objetivos. (20)

Figura 2: Estrutura Operacional das RAS



Fonte: Vilaça 2011, (20).

As RAS estruturam-se para enfrentar uma condição de saúde específica ou grupos afins de condições de saúde, por meio de um ciclo completo de atendimento. (5)

c) Modelos de Atenção à Saúde: O terceiro elemento constitutivo das RAS são os modelos de atenção à saúde.

O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das RASs, 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, definido 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. (20)

Os modelos de atenção à saúde são diferenciados por modelos de atenção aos eventos agudos e às condições crônicas. A AAE se caracteriza pelo cuidado às condições crônicas de saúde. Não será discutido nesse trabalho os modelos de atenção à eventos agudos por não serem o escopo da atenção secundária à saúde.

3.1 POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO

A regulação é um processo fundamental na organização das Redes de Atenção à Saúde, pois através da regulação é possível direcionar o usuário, considerando a utilização dos recursos humanos, financeiros e dos distintos níveis de complexidade, orientando a organização do sistema de saúde de maneira referenciada e com eficiência. (21)

O conceito é ainda mais amplo quando parte do acolhimento na atenção primária à saúde, a classificação de risco e de critérios para referenciamento do usuário à uma unidade ambulatorial especializada ou mesmo a um leito de urgência ou cirúrgico, de acordo com suas necessidades, garantindo os princípios do SUS.

Regulação traz no seu conceito ideias fundamentais de controle (ajustamento e regramento), equilíbrio (correção e conservação), adaptação (interação e transformação) e direção (negociação e comando). As duas primeiras estão relacionadas aos processos operacionais e logísticos da regulação de acesso, processos normativos e com importante grau de rigidez. Adaptação e direção traduzem o papel político da mesma, sobretudo aquele relacionado à tomada de decisão. (22)

No Sistema Único de Saúde (SUS), a regulação teve um olhar inicialmente mais direcionado para os mecanismos de controle e avaliação e, posteriormente, direcionado para os mecanismos assistenciais. (22)

Em 1º de agosto de 2008 o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Regulação do SUS. As ações de que se trata a Política estão organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si:

I - Regulação de Sistemas de Saúde: tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas;

II - Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS; e

III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização. (23)

Por estar relacionada diretamente à organização das Redes de Atenção à Saúde a Regulação tem por objetivo garantir o acesso adequado às especialidades, médicas e não médicas, e a leitos de urgência e cirúrgicos em tempo oportuno aos usuários do SUS, permitindo o consumo racional de recursos garantindo o princípio da integralidade e equidade. Sugere-se

a divisão da regulação em dois processos: microrregulação (relacionado ao consumo dos serviços de saúde, ou seja, de como as pessoas têm suas necessidades resolvidas no cotidiano) e macrorregulação (mecanismos estratégicos da gestão). (22)

Porém, para avançar no princípio da integralidade e da equidade, há necessidade de arranjos que articulem a regulação com a efetiva produção da rede de cuidados. Isto é, dispositivos que atuem na articulação e coordenação da rede que está em constante movimento e transformação, devendo ser considerados não apenas os valores quantitativos, mas também os qualitativos e subjetivos, como os interesses dos atores envolvidos. (24)

Também são atribuições da Política Nacional de Regulação:

- I- garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada
- II- garantir os princípios da equidade e da integralidade;
- III- fomentar o uso e a qualificação das informações dos cadastros de usuários, estabelecimentos e profissionais de saúde;
- IV- elaborar, disseminar e implantar protocolos de regulação;
- V- diagnosticar, adequar e orientar os fluxos da assistência;
- VI- construir e viabilizar as grades de referência e contra referência;
- VII- capacitar de forma permanente as equipes que atuarão nas unidades de saúde;
- VIII- subsidiar as ações de planejamento, controle, avaliação e auditoria em saúde;
- IX- subsidiar o processamento das informações de produção; e
- X- subsidiar a programação pactuada e integrada. (23)

De acordo com Feltrin et al (21) a Regulação em Saúde vem sendo fortalecida desde sua criação, em 2008, e vista de maneira mais efetiva como um conjunto de ações que envolvem três aspectos: regulação de sistema, regulação da atenção à saúde e regulação do acesso à assistência, todos estes como mediadores coletivos, com diversos atores e estratégias diversas para organizar o SUS para o alcance de seus objetivos, sendo fundamental o funcionamento de todos esses aspectos para a oferta de um cuidado de qualidade e oportuno.

Barbosa et al (25) afirma que os processos regulatórios propiciam à gestão pública o estabelecimento de um melhor controle do acesso aos serviços ofertados e da aplicação dos

recursos (eficiência), os quais favorecem a organização do sistema de saúde para a atenção às urgências (eficácia) e qualificam essa atenção de forma a proporcionar o alcance em maior dimensão dos objetivos sanitários coletivos propostos na política de saúde (efetividade). (25)

Em todos os níveis assistenciais, é de extrema importância conhecer o usuário e o seu conhecimento sobre a Rede na qual ele está inserido. Os processos regulatórios, quando orientados por protocolos bem definidos e compartilhados e qualificados em equipe dão agilidade, direcionamento, transparência e efetividade aos encaminhamentos à AAE.

Para otimizar e operacionalizar a articulação entre a APS e AAE o Ministério da Saúde criou o SISREG, em 2006, Sistema que permite o controle e regulação dos recursos hospitalares e ambulatoriais especializados no nível Municipal, Estadual ou Regional. Possui como benefício a estabilização definitiva do sistema em produção, onde foram alcançados níveis ótimos de confiabilidade, escalabilidade, performance e disponibilidade. (26)

Os sistemas informatizados vêm permitindo aos gestores conhecer o tamanho real das filas de espera, monitorá-las, definir prioridades clínicas, conhecer o índice de absenteísmo de consultas e exames, além de garantir maior imparcialidade e transparência no controle das agendas.

O desafio ainda é a integração efetiva dos níveis de atenção e os sistemas de Regulação são uma das estratégias para esse enfrentamento. A precariedade dos mecanismos de referência e contrarreferência esbarra nas dificuldades de articulação das unidades de atenção primária e especializada e no conflito que perpassa por disputa de saberes e distanciamento matricial dos especialistas e generalistas. A baixa utilização, ou até mesmo a inexistência de protocolos de encaminhamento/referenciamento também foi um dos desafios da regulação apontados por Cavalcanti et al (2018).

A integração da governança e assistencial dos níveis de atenção deve ser encarada como medida estratégica para o enfrentamento dos desafios postos e para o fortalecimento e efetivação dos processos regulatórios no SUS.

4 A REFORMA SANITÁRIA NO DISTRITO FEDERAL

Este capítulo apresenta uma síntese descritiva do processo político-administrativo da Reforma Sanitária do Distrito Federal (2015-19) composta a partir da revisão da literatura técnica pertencente aos fundos documentais do governo do DF e em menor escala de literatura indexada. A compilação não ambiciona originalidade mas a síntese sobre a estruturação da rede de atenção a partir de 2017 permite a ampliação do quadro compreensivo do encadeamento/conversão entre os níveis de Atenção, bem como das diretrizes orientadoras da Atenção Ambulatorial Especializada em curso.

O Distrito Federal (DF) apresenta características organizacionais muito singulares em seu território. Segundo Guedes et al (2019) “trata-se de um único estado e município, o que responsabiliza a Secretaria Estadual de Saúde pela gestão tanto da APS quanto da média e alta complexidade, além das ações de vigilância em todo o seu território.” (27)

A singular natureza administrativa do DF, no campo da saúde pública, em muitas vezes reduz os conflitos que poderiam surgir nas esferas municipais e estaduais, mas em outras ocasiões o aumento das responsabilidades e competências centradas em uma única Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SESDF) concentram o poder e a tomada de decisão indo em contramão às tendências de gestão de forma mais horizontal e descentralizada. (28)

O Plano de Governo 2015-2018 assumiu compromissos de reformulação da saúde pública o que foi confirmado no Plano Distrital de Saúde – PDS/2016-2019 que seguiu as diretrizes do Ministério da Saúde, da 15ª Conferência Nacional de Saúde e da 9ª Conferência Distrital de Saúde.

A necessária reconstrução do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal fundamenta-se na ampliação do acesso, na melhoria da qualidade e da eficiência do sistema, como também na promoção da equidade das ações e serviços de saúde, na integralidade da

atenção e na continuidade do cuidado. A regionalização do sistema, a atenção básica, o pronto atendimento, a ampliação do Programa Saúde da Família e a modernização da gestão da saúde são elementos estratégicos para a organização e a melhoria das redes de saúde e a integração entre o Distrito Federal e os municípios do Entorno. (29)

Em 2015 iniciou-se no Distrito Federal a:

Reforma do Setor Saúde do Governo do Distrito Federal (...) que teve por base o fortalecimento da atenção primária à saúde, a organização da atenção secundária, a criação do complexo regulador em saúde, a proposição de uma regionalização e descentralização, a sistematização das contratações e execuções contratuais, além da proposição e criação de um novo modelo de gestão para o principal hospital público de Brasília. (28)

A Atenção Primária estava enfraquecida e sem ordenamento, a cobertura de saúde da família era uma das piores do Brasil, cerca de 28% em 2015, e, mesmo onde havia equipes, a estratégia era realizada sem as diretrizes que a caracterizam como Atenção Básica em Saúde. Cada posto ou centro de saúde tinha um conjunto de serviços diferente.

O cuidado primário era prestado em postos rurais e centros de saúde, com a oferta de especialidades em ginecologia, pediatria, clínica médica e odontologia. Este modelo tornou-se o contraponto à implantação da ESF. (30)

Especialistas focais, principalmente clínicos, ginecologistas e pediatras, mas também anestesiólogos, cirurgiões e outros, trabalhavam de acordo com as próprias agendas. Em alguns locais havia uma equipe de saúde da família, colocada em espaços improvisados nos centros tradicionais, apenas para justificar o pagamento de gratificações que aumentavam em 30% os salários de todos os servidores lotados em unidades com pelo menos uma equipe do programa. Uma lei local garantia o pagamento na SESDF, o que gerava distorção do objetivo de estimular a estratégia saúde da família. (28)

O nível secundário de saúde era inexistente em termos de organização. Ambulatórios sem uma diretriz única funcionavam de forma independente em diversas Regiões

Administrativas do DF. Não existia uma fila única para a atenção especializada, estratificação de casos ou protocolos de encaminhamentos para os especialistas. O sistema de regulação era frágil e não unificado também.

A Secretaria de Saúde caracterizava-se também pela centralização da gestão e pouca autonomia e organização das Regiões Administrativas.

O território, onde se localizavam as unidades de saúde, estava dividido em 15 Coordenadores Regionais de Saúde, os quais geriam territórios e redes de serviços diferenciados e desiguais entre si. As Regiões de Saúde eram formadas por duas ou mais Coordenações Gerais de Saúde (CGS), as quais contemplavam uma ou mais Regiões Administrativas. Havia, portanto, camadas sobrepostas de regionalização, o que agravava a fragmentação dos processos de gestão, dificultava a articulação entre serviços e atores na organização da atenção, aumentava os custos gerenciais com remuneração de cargos e funções, combinando com uma intensa desigualdade na disponibilidade de recursos de saúde nesses territórios. (31)

A partir de 2015 a Secretaria de Saúde do Distrito Federal iniciou estudos para reestruturar as Regiões Sanitárias do DF com base na estrutura geográfica e territorial das Regiões Administrativas, com estímulo a descentralização e regionalização.

Foram criadas sete regiões de saúde pelo Decreto 37.057, de janeiro de 2016 – Norte, Sul, Leste, Oeste, Sudoeste, Centro-Sul e Centro, cada uma com um ou dois hospitais regionais e vários outros equipamentos públicos, como UBS, CAPS e policlínicas. (32)

O Decreto 37.515 também de 2016, instituiu o Programa de Gestão Regional da Saúde - PRS para as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital instituindo a regionalização da saúde no DF. De acordo com o Decreto as Regiões de Saúde ficaram com as seguintes Regiões Administrativas:

Quadro 1 - Regiões de Saúde e suas Regiões Administrativas - SESDF

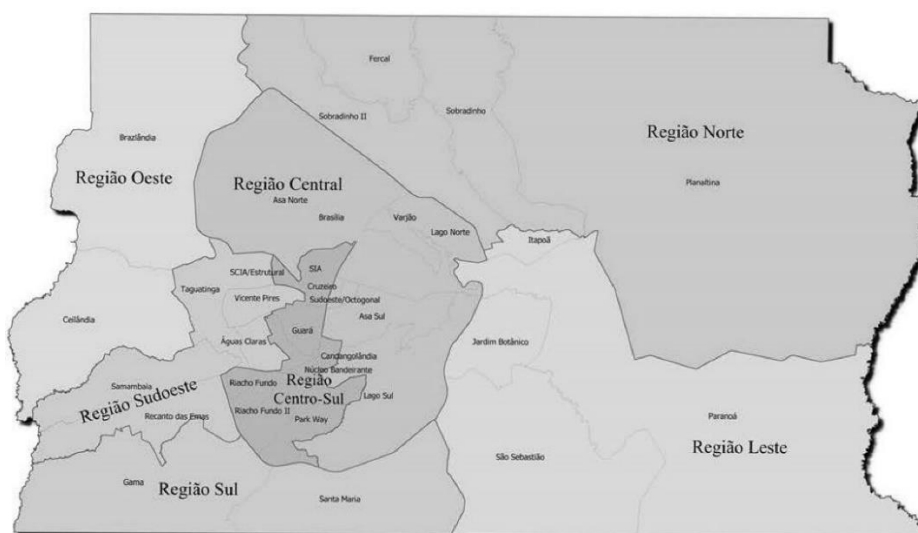
Regiões de Saúde	Regiões Administrativas (RA)	
Região Centro-Sul	Brasília (Asa Sul) (RA I)	Candangolândia (RA XIX)
	Lago Sul (RA XVI)	Núcleo Bandeirante (RA VIII)
	Riacho Fundo I (RA XVII)	Guará (RA X)
	Riacho Fundo II (RA XXI)	SAI (RA XXIX)
	Park Way (RA XXIV)	SCIA (Estrutural) (RA XXV)
Região Centro-Norte	Brasília (Asa Norte) (RA I)	Sudoeste/Octogonal (RA XXII)
	Lago Norte (RA XVIII)	Varjão (RA XXIII)
	Cruzeiro (RA XI)	
Região Oeste	Ceilândia (RA IX)	Brazlândia (RA IV)
Região Sudoeste	Taguatinga (RA III)	Samambaia (RA XII)
	Águas Claras (RA XX)	Recanto das Emas (RA XV)
	Vicente Pires (RA XXX)	
Região Norte	Sobradinho I (RA V)	Fercal (RA XXXI)
	Sobradinho II (RA XXVI)	Planaltina (RA VI)
Região Leste	Paranoá (RA VII)	Itapoã (RA XXVIII)
	Jardim Botânico (RA XXVII)	São Sebastião (RA XIV)
Região Sul	Gama (RA II)	Santa Maria (RA XIII)

Fonte: (31)

Os sete territórios sanitários do DF, nomeados Regiões de Saúde, possuem estrutura própria de gestão com certa autonomia, intensificada com o processo de regionalização iniciado em 2015, não havendo, no entanto, autonomia financeira. (Figura 3)

(27)

Figura 3: Representação gráfica do Distrito Federal, regiões de saúde e regiões administrativas, DF, 2018



Fonte: (27)

Nas Regiões de Saúde, para cada Superintendência, foram criadas estruturas administrativas enxutas, com capacidade de gerir os processos de gestão da assistência e alguns de suporte, tais como o planejamento, as aquisições e contratações regionais. Todavia, propiciou-se maior coordenação assistencial com a possibilidade de intercâmbio de recursos humanos, materiais e físicos (equipamentos e instalações) entre unidades de saúde da mesma região. (31)

Em 2017 foram assinados os Acordos de Gestão Regional. Os acordos foram assinados entre as áreas técnicas da Administração Central da Secretaria de Saúde e as Superintendências. Possuíam indicadores de saúde e metas pré-estabelecidas de cumprimento anual e frequência mensal de monitoramento. Os indicadores foram fruto de várias discussões e oficinas coordenadas pela Diretoria de Gestão Contratualizada, diretoria ligada diretamente ao Gabinete do Secretário de Saúde, com a participação de atores e gestores das Superintendências de saúde e áreas técnicas da ADMC. O AGR é um Acordo de assinatura Regional e continua sendo um dos principais instrumentos de monitoramento e avaliação da Gestão em 2020.

Atualmente as Superintendências possuem autonomia de gestão, mas não financeira. Não se avançou na independência financeira das Regiões por dificuldades estruturais da SESDF e nos organogramas das Superintendências.

Somente uma pequena parte do orçamento é executada diretamente pelas regiões, aquela correspondente ao PDPAS (Programa de Descentralização Progressiva de Ações de Saúde), um recurso pequeno, limitado a R\$ 8 mil por item, teoricamente utilizado para situações excepcionais de falta de materiais ou pequenas contratações, mas que foi essencial para manter o fornecimento de alguns insumos em vários momentos. (28)

Além da descentralização e regionalização a reforma sanitária do DF apresentou ainda outras três etapas que serão discutidas a seguir: o Converte, a Atenção Ambulatorial Especializada e o Complexo Regulador.

4.1. CONVERTE

Em 2017, iniciou-se um processo de reforma no sistema de saúde tendo como ponto de partida a APS.

O primeiro grande desafio para a estruturação da rede de atenção à saúde de Brasília foi a organização da APS, de forma a cumprir seus atributos essenciais e derivados. Para isso, lançou-se o programa de conversão de todos os modelos de APS adotados no DF em Estratégia Saúde da Família (ESF), conhecido como Converte ou Converte APS. (28)

Dentre os vários problemas que a saúde pública do Distrito Federal enfrentava abaixo os principais que culminaram na estratégia nomeada Converte:

- (i) a fragilidade da atenção primária,
- (ii) a dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde,
- (iii) as heterogêneas formas de organização e assistência dos serviços,
- (iv) a ausência de fluxos e protocolos orientadores sobre o que deveria ser atendido, em qual lugar, quando e por que deveriam acontecer os encaminhamentos,
- (v) a distribuição heterogênea de profissionais da saúde entre as regiões, havendo superconcentração de profissionais em algumas zonas mais centrais e lotados na Atenção Primária à Saúde,
- (vi) a Atenção Ambulatorial sem regulação da APS de forma fragmentada e não associada à linhas de cuidado à saúde. (27)

As Portarias SESDF nº 77/2017 e nº 78/2017, estabeleceram a mudança na Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal e propuseram a conversão de todas as Unidades Básicas de Saúde para o modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF). As Portarias fundamentaram a ESF no Distrito Federal e estabeleceram diretrizes comuns para a SESDF. Estabelecem que:

Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada e de contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde e tem como funções principais a resolução da maioria dos problemas de saúde da população, a organização dos fluxos e contrafluxos entre os diversos pontos de atenção à saúde e a responsabilização pela saúde dos usuários em quaisquer dos pontos de atenção em que se encontrem. (33)

Diretrizes:

I - Acolhimento: ato de receber e escutar as pessoas que procuram as unidades de saúde, como mecanismo de ampliação e facilitação do acesso, devendo ocorrer sempre, em qualquer contato do cidadão com a unidade de saúde, independentemente do motivo da busca pelo serviço;

II - Classificação de Risco: processo de priorização dos atendimentos por meio da avaliação da gravidade de uma situação apresentada, utilizando critérios clínicos e de vulnerabilidade;

III - Resolutividade: as equipes são responsáveis por resolver 85% ou mais das demandas de saúde da população dentro da Atenção Primária, buscando capacitar-se continuamente e buscar instrumentos para exercer as competências indispensáveis para atender sua população de forma integral, em função de seu perfil social e epidemiológico, e direcionando os pacientes a outros níveis de atenção à saúde somente quando estritamente necessário;

IV - Territorialização: metodologia utilizada para definir a abrangência de atuação dos serviços para adequar o modelo assistencial ao perfil populacional, com base no reconhecimento do território, considerando as relações entre ambiente, condições de vida, situação de saúde e acesso às ações e serviços de saúde;

V - Adscrição da clientela: cada equipe deve promover o cadastramento e o acompanhamento da população sob sua responsabilidade, por meio de ações na unidade de saúde, na comunidade ou em visitas domiciliares, utilizando as informações para o planejamento de seu trabalho e para o desencadeamento de ações de outros níveis da gestão;

VI - Garantia de acesso: a organização do trabalho das equipes deve ser feita de modo a garantir aos usuários o atendimento de suas demandas por saúde, inclusive as agudas, do modo e no tempo adequados às suas necessidades, por demanda espontânea ou mediante agendamento, garantido o acolhimento em qualquer hipótese mesmo para a população não adscrita, que deve, no mínimo, ser ouvida, orientada e, se for o caso, direcionada à unidade responsável pelo atendimento;

VII - Ordenação da rede de saúde: as equipes devem conhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, cabendo-lhes ordenar a demanda em relação aos outros pontos de atenção à saúde, organizando os fluxos da atenção ou do cuidado.” (33)

As Portarias incentivaram que a implantação fosse regionalizada, valorizando as singularidades dos territórios. Os profissionais da APS não contemplados pela Portaria 77

deveriam optar por exercer suas atividades em outros pontos da rede ou se capacitar para atuar como médicos e enfermeiros de equipes da ESF. A SESDF ofereceu às Regiões de Saúde um Curso que contemplou módulos teóricos e práticos. (30)

Vinte anos após a regulamentação do PAB variável, pela primeira vez em sua história, o Governo do GDF aderiu fortemente à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), proporcionando uma ampliação de acesso real para quase 70% da população da capital do País. (34).

Mas, como afirmou o Secretário de Saúde à época: (28)

a publicação de um normativo, ainda que baseado na melhor literatura e com orientações corretas, jamais seria suficiente para promover reforma tão ampla. A força de trabalho disponível nunca havia se organizado dessa forma, e muita resistência deveria ser esperada, como de fato aconteceu.

Guedes et al (2019) afirmam que, em conjunto com o processo do Converte – APS, surgiram algumas questões relativas à gestão de saúde que precisavam ser pensadas:

- “(…) b) médicos que não haviam aderido ao programa, muitos com restrições laborais que os impediam atuar em unidades de emergência e urgência;
- c) a necessidade de um nível de atenção que desse retaguarda assistencial para a APS;
- d) a necessidade de manutenção da formação e apoio matricial destes novos especialistas que atuariam na APS como médicos de família;
- e) a existência de uma rede de ambulatórios fragmentada principalmente em ambientes hospitalares que funcionavam sem acesso regulado, sem priorização das necessidades dos usuários, com filas intermináveis e mal qualificadas;
- f) a falta de diagnóstico da rede ambulatorial, com serviços muitas vezes formados por necessidade dos profissionais e não necessidade da população;
- g) ausência de um fluxo claro de encaminhamento e marcação de consultas, gerando duplicidade nas filas e uma cultura de “peregrinação” dos usuários em busca de consultas especializada;
- h) existência de centros de referência específicos que tinham estrutura própria e robusta de gestão, criando-se pequenos feudos que não conversavam com a rede.” (27)

4.2. A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA NO DF

Tais questões provocaram na gestão a elaboração de uma estratégia para o planejamento da AASE, no âmbito da atenção secundária à saúde. O então denominado, *Projeto Estratégico para organização da AAE na SESDF* foi realizado em 2018. O projeto realizou um diagnóstico situacional com mapeamento das estruturas ambulatoriais e de atenção secundária do DF e teve as seguintes etapas:

- Diagnóstico e Organização das estruturas físicas (definição dos serviços da AAE).
- Criação de nível gestor regional da Atenção Secundária.
- Dimensionamento de pessoal
- Desenvolvimento de marco legal para regulamentação do nível de atenção - Criação de marcos técnicos.
- Regulação das consultas médicas e não médicas nas regiões de saúde.
- Estabelecimento de estratégias de matriciamento nas regiões de saúde. (27)

O diagnóstico elencou uma série de equipamentos existentes nas Regiões de Saúde do DF, estruturalmente vinculados à Diretoria Hospitalar ou à Diretoria Administrativa das Regiões.

A necessidade de organização de serviços era urgente. A APS estava em pleno processo de reestruturação e comendo novas equipes e com diretrizes bem desenhadas. A retaguarda para a APS também precisava se estruturar e se organizar, considerando as normativas do Ministério da Saúde e o novo desenho da gestão distrital de saúde.

Ainda no final de 2017 iniciaram-se oficinas de trabalho para a estruturação e a formalização da Diretoria de Atenção Secundária à Saúde em cada uma das Regiões do DF.

Em 19 de julho de 2018 foi publicada a Portaria nº 773 que estabelece diretrizes e normas para a organização da Atenção Ambulatorial Secundária no âmbito do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal. (35)

Art. 2º Para os fins desta Portaria, considera-se:

I Atenção Ambulatorial Secundária (AASE) é o conjunto de ações e serviços especializados em nível ambulatorial, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, que compreende serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico. (35)

A AASE, no âmbito da organização do SUS no Distrito Federal:

(...) é co-responsável pela assistência aos usuários, cumprindo o objetivo de garantir retaguarda assistencial e consultoria aos processos de cuidado, que se fundamentam no vínculo principal mais frequente com Atenção Primária em Saúde, articulando-se ainda com a atenção hospitalar e à rede de urgências e emergências. (35)

Os serviços da AASE são regulados a partir da APS, respeitando os fluxos e protocolos da SESDF. A AASE atua como espaço de educação em saúde para os profissionais da APS, através de ações de matriciamento, que segundo a referida Portaria, é:

é o processo de intervenção pedagógico-terapêutica criado por duas ou mais equipes, em construção compartilhada, consistente em oferecer suporte técnico especializado a uma equipe interdisciplinar de saúde, a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações, invertendo a lógica da fragmentação dos saberes. (Distrito Federal, 2018).

Os atendimentos da Atenção Ambulatorial Secundária são realizados em ambulatorios, que podem funcionar em hospitais, policlinicas ou centros de especialidades, e devem abranger:

I - Linhas de Cuidado Obrigatórias por Região de Saúde: Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, Atenção à Saúde da Mulher, Atenção à Saúde da Pessoa com Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Atenção à Saúde Bucal;

II - Linhas de Cuidado Preferenciais: Atenção à Saúde da Pessoa com Doenças Infecciosas (IST/AIDS e doenças tropicais), Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, Práticas Integrativas em Saúde e Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência. (35)

O Conselho de Saúde do Distrito Federal, por meio da Resolução 505 de 15 de outubro de 2018, aprovou a Atenção Ambulatorial Secundária como uma estratégia de

fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, organizada a partir da territorialização e das linhas de cuidado, de acordo com os princípios de descentralização e regionalização do SUS. Determinando que os serviços de AASE objetivem a ampliação e organização do acesso a consultas e procedimentos especializados, buscando a integralidade e resolutividade do cuidado. (36)

4.3 O COMPLEXO REGULADOR DO DF

O Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal (CRDF) e suas Centrais de Regulação (CR) foram criados e fortalecidos, a partir Reforma Sanitária do DF, para a execução de um processo regulatório de acesso para os serviços de internação hospitalar, ambulatorial (procedimentos e consultas especializadas), cirurgias eletivas, alta complexidade, transporte sanitário, urgências e transplantes de pacientes do Distrito Federal e de fora dele. (22)

O termo “regulação” norteia-se, no mercado de trabalho, pelos componentes de oferta e demanda. Na saúde, traz à tona importantes questões relacionadas à saúde suplementar, principalmente no que tange aos planos e seguros de saúde. E, no Brasil, traz a premente necessidade de regular os sistemas de saúde numa tentativa de mediar a disputa entre a oferta e a demanda, inclusive com vários impactos no acesso aos serviços especializados e hospitalares. (22)

As primeiras iniciativas de Regulação na SESDF iniciaram-se em 2004, antes mesmo da Política Nacional de Regulação e Saúde ser publicada. Era uma iniciativa ainda insipiente liderado pelo Grupo Técnico de Regulação Assistencial (GTRA) (22). A Regulação na secretaria de saúde passou, ao longo dos anos, por diversas modificações em sua estrutura organizacional desde a sua idealização com o GTRA e a atual estrutura do CRDF. Foram incluídas no organograma da SESDF e sofrendo alterações conforme essa secretaria se reestruturava e se reinventava no processo de organização da atenção e entendendo a relevância da regulação do acesso à assistência como componente importante para a gestão pública. Em

2009, houve a institucionalização de um Complexo Regulador no Distrito Federal por meio de publicação da Portaria SESDF nº 189, de 07/10/2009.

Em 2017 houve reconfiguração do CRDF, seguindo as diretrizes da reforma sanitária do DF. Até essa data a SESDF não regulava seus mais de 4.000 leitos gerais de internação em hospitais públicos da rede de atenção especializada do DF. Embora o processo regulatório estivesse desenhado desde 2004, estimava-se que, antes da sua reconfiguração, apenas 33% dos serviços realizados pela SESDF estavam disponíveis para a regulação, pois não foram institucionalizados mecanismos de controle da oferta de serviços realizados pela secretaria. (22)

No âmbito da SESDF, a regulação em saúde, por meio do CRDF, deve promover o controle do acesso aos serviços a partir da atenção primária e das unidades de pronto atendimento a outros níveis de atenção, considerando a equidade, a integralidade, os recursos assistenciais disponíveis e a melhor alternativa assistencial às necessidades da população.

Atualmente o CRDF contempla as seguintes ações:

- a) Regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências;
- b) Controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados;
- c) Padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais;
- d) Estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, interregional e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados.

De acordo com o site da Secretaria de Saúde do DF o CRDF é composto por 4 Diretorias que têm, entre outras atribuições, a tarefa de regular o acesso referente à Atenção Ambulatorial e Hospitalar da SES, o SAMU responsável por todo o atendimento móvel de urgência, a Central Estadual de Transplantes (CET) e a Diretoria Administrativa.²

² <http://www.saude.df.gov.br/crdf/> em 06/02/2021.

1. Diretoria de Regulação de Atenção Ambulatorial e Hospitalar – DIRAAH é composta por 5 (cinco) Centrais:

○ Central de Regulação da Internação Hospitalar – CERIH

– Responsável por gerenciar os processos regulatórios relacionados ao acesso à internação hospitalar, no âmbito da Secretaria, entre outras atribuições;

○ Central de Regulação Ambulatorial – CERA

– Responsável por gerenciar os processos regulatórios relacionados à atenção ambulatorial especializada, no âmbito da Secretaria, entre outras atribuições;

○ Central de Regulação de Cirurgias Eletivas – CERCE

– Responsável por gerenciar os processos regulatórios relacionados às cirurgias eletivas, no âmbito da Secretaria, entre outras atribuições;

○ Central de Regulação Interestadual e de Alta Complexidade – CERAC

– Responsável por gerenciar os processos regulatórios relacionados à Alta Complexidade, à Regulação Interestadual e ao Tratamento Fora de Domicílio, de acordo com as diretrizes da Secretaria, entre outras atribuições;

2. Diretoria do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU

– Responsável promover a regulação e o atendimento pré-hospitalar móvel às urgências e emergências clínicas, pediátricas, gineco-obstétricas, traumáticas e psiquiátricas, entre outras atribuições;

3. Central de Regulação do Transporte Sanitário – CERTS

– Responsável por gerenciar os processos regulatórios de acesso ao transporte sanitário, no âmbito da Secretaria, entre outras atribuições;

4. Diretoria Administrativa – DA

– Responsável por planejar, organizar, dirigir, coordenar e controlar as atividades de apoio operacional, de gestão de pessoas, de gestão orçamentária e financeira, e contratações conforme diretrizes da Secretaria e legislação vigente, entre outras atribuições. (37)

O CRDF configura-se dentro da SESDF como uma Unidade de Referência Distrital (URD), ou seja, é uma unidade pública de atenção à saúde destacada por suas especificidades assistenciais, especialização ou finalidade, como referência para todas as Regiões de Saúde. O CRDF abrange oito Centrais de Regulação (CR), conforme o escopo de atuação: Central de Regulação de Internação Hospitalar (CERIH), Central de Regulação Ambulatorial (CERA), Central de Regulação Interestadual e de Alta Complexidade (CERAC), Central de Regulação

de Cirurgias Eletivas (CERCE), Central de Regulação do Transporte Sanitário (CERTS), Central de Regulação de Urgências (CERU), Central de Informações Toxicológicas e Atendimento Psicossocial (CEITAP) e Central Estadual Transplantes (CET). (37)

As competências do CRDF e das CR estão descritas no Quadro 2 conforme abaixo:

Quadro 2 - Atribuições do CRDF

Complexo Regulador em Saúde (CRDF)
<ul style="list-style-type: none"> • Garantir o acesso aos serviços públicos de saúde de forma adequada, levando em consideração os princípios da equidade, universalidade e integralidade; - Implementar ações que incidam sobre prestadores de serviços, públicos e privados, de modo a orientar uma produção eficiente, eficaz e efetiva das ações de saúde; - Fomentar o uso e a qualificação das informações dos cadastros de usuários, estabelecimentos e profissionais de saúde em plataformas operacionais de base nacional; - Orientar às diretorias dos hospitais próprios, conveniados e contratados da SES/DF, a adoção de medidas administrativas e assistenciais necessárias ao funcionamento da rede de atenção ao paciente; • Controlar a oferta de leitos disponíveis, bem como e a agenda de consultas, exames e procedimentos; - Padronizar os protocolos de regulação para as áreas reguladas após a pactuação dos gestores envolvidos; - Estabelecer as grades de referência e contra referência entre unidades, conforme fluxos e protocolos padronizados, diagnosticando, adequando e orientando os fluxos da assistência; • Capacitar de forma permanente as equipes de regulação que atuarão nas unidades de saúde; • Subsidiar as ações de planejamento, controle, avaliação, auditoria em saúde e o processamento das informações de produção para a tomada de decisões; - Subsidiar a programação pactuada e integrada; - Organizar fluxos de referência especializada inter-regional e interestadual.
Centrais de Regulação (CR)
<ul style="list-style-type: none"> • Absorver ou atuar de forma integrada aos processos autorizativos, de acordo com os protocolos previamente estabelecidos;

- Fazer a gestão e monitoramento da ocupação de leitos e agendas das unidades de saúde; - Efetivar o controle dos limites físicos e financeiros dos serviços sob regulação, conforme a Programação Pactuada Integrada (PPI);
- Aplicar os critérios de classificação de risco, priorização de atendimentos e parâmetros de encaminhamentos, conforme pactuação prévia entre os atores envolvidos;
- Executar a regulação do processo assistencial, baseada em protocolos regulatórios.

Fonte: (22)

A especificidade da organização política e de gestão do Distrito Federal, assim como suas regiões e serviços de saúde, incitou uma estruturação do CRDF seguindo um modelo regionalizado que atendesse a lógica de território em saúde do DF. O modelo de regulação é dividido em Panoramas de Regulação:

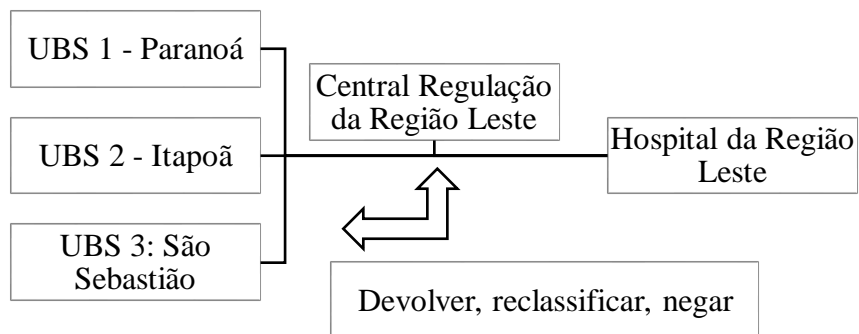
- Panorama 1 ou Regulação Regional: refere-se ao quadro de oferta de serviços que está presente em todas as regiões de saúde do Distrito Federal, ou seja, ocorre quando o território/região de saúde tem condições de gerenciar sua própria distribuição de oferta e a alocação da demanda dos pacientes, conforme sua capacidade instalada. Além disso, o território ou região de saúde torna-se responsável pela qualificação das solicitações (consultas/procedimentos/internações), de acordo com os fluxos e protocolos vigentes.

- Panorama 2 ou Regulação Pactuada (inter-regional): refere-se à região ofertante do recurso que deve ter aptidão para gerenciar, além de suas demandas, também as demandas de outro território/região, mediante pactuações prévias (cotas de atendimentos). O território deverá atender as classificações de risco da sua própria região e as das regiões pactuadas. A fila de espera para agendamento de cada especialidade seguirá as diretrizes de priorização de acordo com a classificação de risco e complexidade de cada especialidade, respeitados os protocolos e linhas de cuidado adotados pela SES/DF.

- Panorama 3 ou Regulação Central: refere-se aos recursos que não estão presentes na maioria dos territórios, estando concentrados em unidades executantes específicas que servem a toda a rede SES/DF. São os serviços escassos e estratégicos que servem à população do DF como um todo. O processo regulatório para o acesso a esses serviços é realizado pelas Centrais de Regulação (CR) do próprio CRDF com gerenciamento das demandas, avaliação e marcação, observados os fluxos e protocolos vigentes. (38)

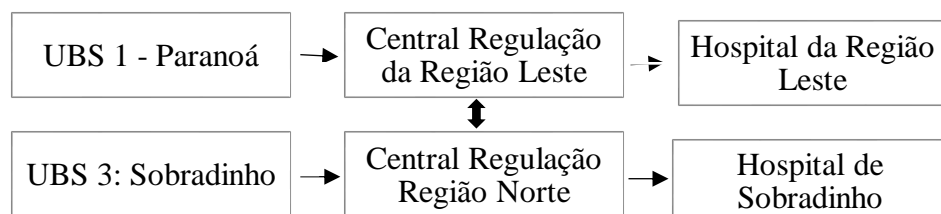
Panorama de Regulação consiste na subdivisão de serviços da atenção especializada e hospitalar, conforme distribuição regional, resultando na formação de quadros de oferta desses serviços.

Figura 4: Exemplo de operacionalização dos panoramas de regulação: Panorama 1



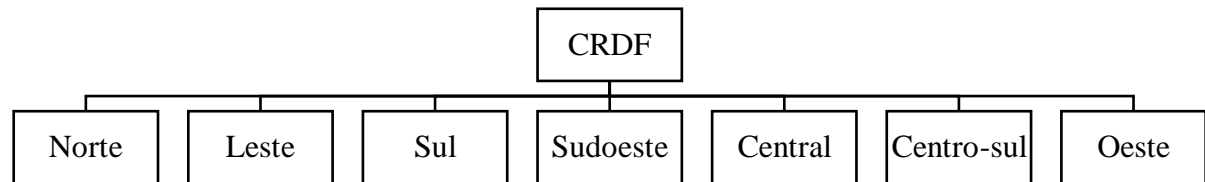
Fonte: Elaboração da autora,2020.

Figura 5: Exemplo de operacionalização dos panoramas de regulação: Panorama 2



Fonte: Elaboração da autora,2020.

Figura 6: Exemplo de operacionalização dos panoramas de regulação: Panorama 3



Fonte: Elaboração da autora, 2020.

5 A REGIÃO DE SAÚDE LESTE

Este capítulo expõe a Região de Saúde Leste apresentando dados relevantes e informações atualizadas de suas Regiões Administrativas, assim como os principais serviços da AAE da Região. Descreve ainda a estrutura assistencial pública do sistema único de saúde e apresenta uma breve fotografia da região.

A Região de Saúde Leste é uma das 7 regiões que dividem a Rede de Atenção à Saúde do Distrito Federal e conta com 4 Regiões Administrativas (RAs), sendo elas: Paranoá, São Sebastião, Itapoã e Jardim Botânico. (39)

De acordo com o Site InfoSaúde-DF, onde se localiza a Sala de Situação do DF a projeção populacional da região é de 343.883³ habitantes para o ano de 2020, um dos menores contingentes entre todas as regiões de saúde, de acordo com a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SESDF). A Região é a segunda menor em população total dentre as Regiões de Saúde do Distrito Federal. A projeção de crescimento da região Sul, em termos populacionais, é menor que da região Leste. Porém, é sabido que a população total da região é maior do que a projeção realizada, devido ao enorme crescimento de construções habitacionais como condomínios e conjuntos habitacionais, ainda sem a regulamentação do Governo do Distrito Federal.

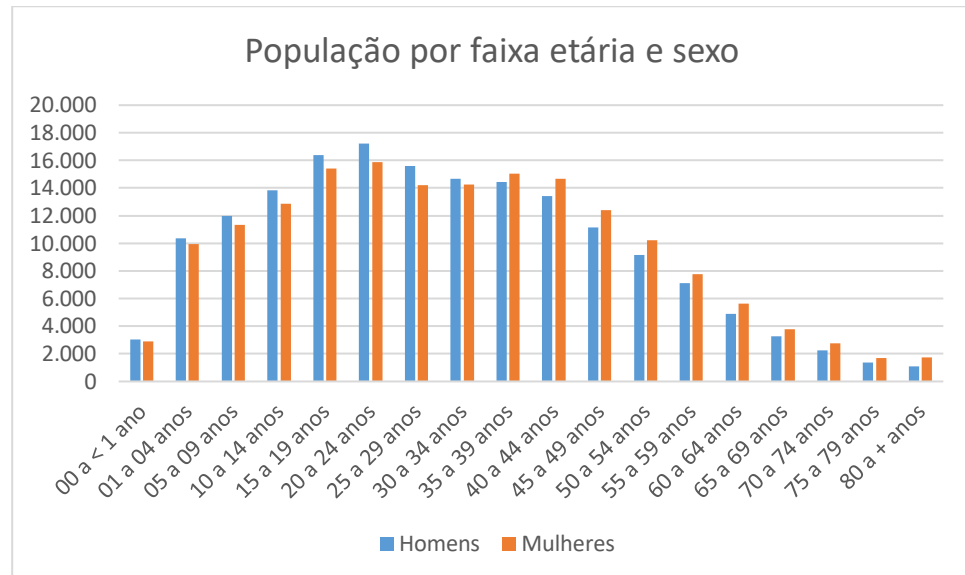
A maior concentração de habitantes fica em São Sebastião, com 115.988 habitantes, o que corresponde a 33,7% da população. A região do Paranoá possui 74.690 habitantes, 21,7%. O Itapoã possui projeção populacional para 200 de 64.764 habitantes, 18,8% e o Jardim Botânico conta com 58.138 habitantes, totalizando 16,9%. (40)

A população da região de saúde Leste corresponde a 11,26% do total do DF e é a segunda região mais extensa, com 1.264,18 km², 21,97% da área total do DF. Se somada à região Norte (Planaltina, Sobradinho, Sobradinho II e Fercal), que lhe é adjacente, ocupam

³ Fonte: IBGE e cálculo da distribuição por RA CODEPLAN - <http://info.saude.df.gov.br/area-tecnica/populacao/>

mais que 50% da área do DF. Todas as suas RAs surgiram de forma não planejada, na porção leste do DF, inicialmente não previstas para expansão urbana. (40)

Gráfico 1 - Gráfico de População por faixa etária e sexo da Região de Saúde Leste



Fonte: (40)

O fluxo migratório é bastante intenso e na maioria dos casos a mudança ocorre dentro da própria região, com uma considerável parcela da população mudando de residência mais de uma vez ao ano, o que dificulta o processo de territorialização e o vínculo com as equipes de Saúde da Família. Além disso, esse território está em constante expansão, não só por empreendimentos imobiliários, mas principalmente, por invasões e ocupações desordenadas. Áreas que há 2 ou 3 anos eram consideradas rurais, já não são mais, fenômeno bastante visível em São Sebastião. (41)

Por se tratar de uma região de saúde em que o contraste entre o muito e pouco é bem evidente, uma diferença que é bastante visível, e que não seria diferente, é relação de renda de cada região administrativa pertencente à região de saúde Leste. É uma região de extremos, tendo uma parte com alto padrão de vida e elevado poder aquisitivo, e outra parte com renda

per capita mais baixa, sendo algumas dessas áreas de pobreza. Fazem parte do grupo de alta renda o Jardim Botânico. São Sebastião, Paranoá e Itapoã compõem o grupo de baixa renda.

O Paranoá possui uma renda média *per capita* de R\$ 826,40 e a média domiciliar de R\$ 2.381,00. A diferença de renda per capita do Jardim Botânico para o Paranoá são de quase 8 vezes. A tabela 1 busca evidenciar esse contraste entre as RAs da região.

Tabela 1 - Média de rendimentos per capita e domiciliar, Região de Saúde Leste, Distrito Federal, 2018

Região Administrativa	Per capita	Domiciliar
Itapoã	930,8	2.907,80
Paranoá	826,4	2.381
São Sebastião	1.359,60	3640
Jardim Botânico	5.872,10	15.704,10

Fonte: Codeplan/DIEPS/GEREPS/PDAD 2018

Na Região Leste 48,7% ganham mais de 1 a 2 salários-mínimos por rendimento bruto do trabalho. A RA com a menor porcentagem, aqui descrita, foi o Paranoá, com 24% dos habitantes ganhando até um salário mínimo, seguido do Itapoã, com 23%.

Quanto ao acesso a serviços de saúde, 74,4% dos residentes da Região Leste não possuem plano de saúde e, portanto, podem ser considerados usuários do SUS. No Paranoá, 91% da população não possui plano de saúde, em contraste, o Jardim Botânico é a RA com maior porcentagem de pessoas cobertas por algum plano de saúde. Paranoá e Itapoã são as regiões que menos possuem habitantes com plano de saúde particular, com apenas 3%.

Tabela 2 - Proporção de habitantes com plano de saúde, Região de Saúde Leste, Distrito Federal, 2018.

Plano	São Sebastião		Itapoã		Jardim Botânico		Paranoá	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Empresarial	12.242	10,76	4.104	6,72	9.216	35,3	3.739	6
Sem plano	94.758	83,28	55.077	90,24	6.150	23,5	58.363	91

continuação

continua |

Plano	São Sebastião		Itapoã		Jardim Botânico		Paranoá	
Particular	6.776	5,96	1.855	3,04	10.752	41,2	2.011	3
Total	113.776	100	61.036	100	26.118	100	64.114	100

Fonte: Codeplan/DIEPS/GEREPS/PDAD 2018

Não distante da realidade de extremos da região, a escolaridade é outro fator que evidencia as grandes disparidades presentes na região Leste, onde os habitantes acima de 25 anos das RAs com maior poder aquisitivo possuem um grau de instrução muito maior em relação aos habitantes das RAs com menor poder aquisitivo. Destaques para o Itapoã com 13.314 pessoas com o ensino fundamental incompleto ou sem escolaridade. A relação completa pode ser vista na tabela abaixo.

Tabela 3 - Escolaridade das pessoas com 25 anos ou mais de idade, Região de Saúde Leste, Distrito Federal, 2018.

Escolaridade	Itapoã	Paranoá	São Sebastião	Jardim Botânico
Sem escolaridade	1.215	1.669	1.404	-
Fundamental incompleto	12.099	11.327	18.436	636
Fundamental completo	2.220	2.611	3.843	-
Médio incompleto	3.298	2.684	3.932	-
Médio completo	9.079	12.107	19.868	2.145
Superior incompleto	1.526	1.927	4.500	807
Superior completo	2.847	3.537	11.522	12.948

Fonte: Codeplan/DIEPS/GEREPS/PDAD 2018

Com relação às RAs menos favorecidas da região (Itapoã, Paranoá e São Sebastião), fica evidente a relação entre vulnerabilidade social e o grau de escolaridade de seus habitantes. Parecidas em total de habitantes, as RAs Itapoã e Paranoá também estão próximas com relação ao grau de escolaridade de seus habitantes, com Itapoã possuindo 13.314 pessoas acima de 25 anos com o ensino fundamental incompleto ou sem escolaridade, enquanto que o Paranoá possui 12.996 habitantes nas mesmas condições.

Em números absolutos, São Sebastião é a RA da região com maior número de pessoas acima de 25 anos com grau de escolaridade sendo de ensino fundamental incompleto ou sem escolaridade, com um total de 23.683 pessoas, porém, deve-se levar em consideração que a RA possui a maior população da região, chegando quase a soma das populações de Itapoã e Paranoá.

5.1 ESTRUTURA DA REDE ASSISTENCIAL DA REGIÃO LESTE

As 4 Regiões Administrativas da Região de Saúde Leste são apresentadas abaixo na Figura. Apesar de o Lago Sul estar representado nessa figura, atualmente ele não faz parte da Região Leste. Mesmo tendo proximidade geográfica, o Lago Sul compõe a Superintendência da Região de Saúde Central.

Figura 7: Cartograma das Regiões Administrativas da Região Leste



Fonte: Grupo Conductor das Doenças Crônicas Não Transmissíveis da Região de Saúde Leste.

A Região de Saúde Leste conta com uma rede de estabelecimentos de saúde para atendimento de sua população adscrita, sendo aparelhos de Atenção Primária à Saúde, Atenção Secundária e Atenção Terciária, são eles:

- 1 Hospital Regional,
- 1 Policlínica Paranoá,
- 1 Policlínica São Sebastião,
- 1 Centro de Atenção ao Diabético e Hipertenso,
- 1 Centro de Especialidades Odontológicas,
- 1 Unidade de Pronto Atendimento (administrada pelo IGES),
- 1 Casa de Parto,
- 2 laboratórios de análise clínica,
- 1 Centro de Atenção Psicossocial- CAPS II Paranoá,
- 1 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas no Itapoã,
- 28 Unidades Básicas de Saúde (sendo 4 delas são Unidades Básica de Saúde Prisional),
- 62 equipes de Saúde da Família,
- 8 Equipes de Saúde do Sistema Prisional e
- 5 Núcleos Ampliados de Saúde da Família- NASF.

A cobertura da Atenção Primária à Saúde na Região Leste, segundo dados de outubro/2018, é de 90,4% no Itapoã, 91,4% em São Sebastião e 139,6% no Paranoá⁴.

⁴ *O percentual do Paranoá acima de 100 é decorrente à cobertura da população do Paranoá Parque que ainda não é considerada nas estimativas do IBGE, por ser um conjunto habitacional recente.

Tabela 4 - Unidades Básicas de Saúde da região, Região de Saúde Leste, 2018

	UBS Urbana	UBS Rural	Total
Itapoã	3	0	3
Paranoá	3	5	8
São Sebastião	11	2	13
Jardim Botânico	0	0	0

Fonte: Grupo Conductor das Doenças Crônicas Não Transmissíveis da Região de Saúde Leste.

Quadro 3 - Quadro de Gerências de Saúde da Família (GSAP) e Unidades Básicas (UBS) pertencentes a cada uma delas – Região Leste/DF

	GSAP	Equipes
PARANOÁ	GSAP 1 PARANOÁ	UBS 1 - Branca
		UBS 1 - Amarela
		UBS 1 - Azul
		UBS 1 - Verde
		UBS 1 - Rosa
		UBS 1 - Lilás
		UBS 1 - Marrom
		UBS 1 - Vermelha
		UBS 1 - Laranja
		UBS 1 - Prata
	GSAP 2 PARANOÁ	UBS 2 - Quadra 18
		UBS 2 - Sobradinho dos Melos
		UBS 4 - Jardim II
		UBS 5 - Quebrada dos Neres
		UBS 6 - Cariru
		UBS 7 - Café sem Troco
		UBS 8 - PAD DF
	GSAP 3 PARANOÁ	UBS 3 - Buriti
		UBS 3 - Jatobá
		UBS 3 - Jacarandá
		UBS 3 - Ipê
UBS 3 - Jequitibá		
	UBS 3 - Pequi	
ITAPOÃ	GSAP 1 ITAPOÃ	UBS 1 - Azul

		UBS 1 - Rosa
		UBS 1 - Laranja
		UBS 1 - Lilás
		UBS 1 - Cinza
		UBS 1 - Marrom
		UBS 1 - Verde
		UBS 1 - Vermelha
		UBS 1 - Amarela
	GSAP 2 ITAPOÃ	UBS 2 - Equipe 1
		UBS 2 - Equipe 2
UBS 3 - Equipe 3		
UBS 3 - Equipe 4		
UBS 3 - Equipe 5		
SÃO SEBASTIÃO	GSAP 1 SÃO SEBASTIÃO	UBS 1 - Amarela
		UBS 1 - Azul
		UBS 1 - Verde
		UBS 1 - Rosa
		UBS 1 - Lilás
		UBS 1 - Marrom
		UBS 1 - Vermelha
		UBS 1 - Laranja
		UBS 1 - Prata
		UBS 1 - Branca
	GSAP 2 SÃO SEBASTIÃO	UBS 2 TRE - Equipe 24 Vila Nova 1
		UBS 2 TER - Equipe 15 Setor Tradicional
		UBS 3 Oeste - Equipe 11 Oeste 1
		UBS 3 Oeste - Equipe 12 Oeste 2
	GSAP 3 SÃO SEBASTIÃO	UBS 4 - Morro Azul
		UBS 5 - Nova Betânia
		UBS 6 - São Francisco
		UBS 7 - Morro da Cruz
		UBS 8 - Cavas de Baixo
	GSAP 4 SÃO SEBASTIÃO	UBS 9 Resid. Bosque - Equipe 21
UBS 9 Resid. Bosque - Equipe 23		
UBS 10 - João Cândido		
UBS 11 - Resid. Bosque 2		
UBS 12 - São José		

Fonte: SESDF/SRSLE/DIRAPS

Tabela 5 - Unidades de Atenção Secundária da região, Região de Saúde Leste, 2018.

Região Administrativa	Policlínica	CADH	CEO	Casa de Parto	UPA	CAPS
Itapoã	—	—	—	—	—	01(AD)
Paranoá	01	01	01	—	—	01(tipo II)
São Sebastião	01	—	—	01	01	—
Jardim Botânico	—	—	—	—	—	—

Fonte: Grupo Condutor das Doenças Crônicas não Transmissíveis da Região de Saúde Leste.

A região de saúde Leste conta com 5 Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF-AB) consistidos, atuando em 3 RAs. São duas equipes no Paranoá, atuando uma na UBS 01 e a outra na UBS 03 (Paranoá Parque), uma equipe no Itapoã atuando na UBS 01 e duas equipes atuando em São Sebastião, uma na UBS 01 e outra na UBS 09. Além disso, existe uma equipe NASF em transição, ainda incompleta, para o apoio das equipes da zona rural do Paranoá. Portanto, tão logo se espera que a região possua a cobertura de 6 equipes NASF-AB.

5.1.1 Áreas sem cobertura da APS

Setor Habitacional Jardins Mangueiral (São Sebastião) - trata-se de empreendimento de interesse social, destinado à cidadãos em faixa social elevada (renda mensal de até 12 salários-mínimos). Foram construídas e entregues 8.000 unidades habitacionais, ocupadas gradativamente desde 2011, atualmente possui população estimada de 16.132 pessoas.

Área rural (Itapoã) - Itapoã é uma Região Administrativa sem sua poligonal definida. Possui a população estimada de cerca de 557 pessoas.

Condomínios (Itapoã e Paranoá) - dada ao crescimento disforme nas Regiões Administrativas do Itapoã e Paranoá, especificamente tratando-se de moradias condominiais,

como Altiplano Leste, Estância Quintas da Alvorada, Privê La Font, Entre Lagos, Euler Paranhos. A população estimada desses condomínios é de 26.650 pessoas.

Jardim Botânico - Região Administrativa com cerca de 74% da área em regularização, tem densidade urbana entre as mais baixas do DF e está no grupo de alta renda. Sua população estimada é de 24.275 pessoas.

Residencial Crixá (São Sebastião) - trata-se de empreendimento de interesse social, destinado à cidadãos em faixa social inicial (renda mensal de até R\$ 1,8 mil). Estão sendo construídos 3.120 apartamentos e na primeira fase, inaugurada em agosto de 2019, cerca de 600 imóveis já foram ocupados, com uma estimativa de 2.000 pessoas. Em fevereiro de 2020, 832 famílias receberam suas unidades.

Itapoã Parque (Itapoã) - trata-se de empreendimento de interesse social, destinado a cidadãos em faixa social de 1 a 2 (renda mensal de até R\$ 1,8 mil e de até R\$ 3,6 mil, respectivamente). Serão construídos 12.400 apartamentos e na primeira fase, obras iniciadas em janeiro de 2019, 640 imóveis já serão entregues em 2021, com uma estimativa de 2.300 pessoas.

Quadro 4 - Síntese de áreas sem cobertura da Estratégia Saúde da Família, Região de Saúde Leste, 2019

Região	População estimada⁵	Status
Jardins Mangueiral	16.132	Imóveis ocupados e população referenciada para a Policlínica do Lago Sul, ações básicas.
Área rural (Itapoã)	557	Referência para atendimento de demanda espontânea na UBS nº 2 Paranoá
Condomínios (Itapoã e Paranoá)	20.650	População referenciada para atendimento médico para a Policlínica do Paranoá
Jardim Botânico	24.275	População referenciada para a Policlínica do Lago Sul, ações básicas

⁵ População projetada através do setor censitário 2010 através de metodologia de crescimento populacional.

Residencial Crixá	10.000	Primeira fase com 600 imóveis (2.000 pessoas) serão entregues em agosto de 2019.
Itapoã Parque	40.000	Primeira fase com 640 imóveis (2.300 pessoas) em obras (início em janeiro de 2019)

Fonte: Grupo Conductor das Doenças Crônicas não Transmissíveis da Região de Saúde Leste.

5.2 ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA NA REGIÃO LESTE

Para descrever o processo de organização da Atenção Ambulatorial (AAE) na Região Leste é necessário falar da Planificação da Atenção à Saúde, iniciativa promovida pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass como estratégia para consolidar a organização das Redes de Atenção à Saúde tendo como coordenadora do cuidado a Atenção Primária e a como retaguarda especializada a Atenção Secundária.

Desde 2007 o Conass, vem executando a Planificação da Atenção à Saúde (PAS), desenvolvendo capacitações, tutorias e oficinas junto às secretarias estaduais de saúde com o intuito de fortalecer e organizar a APS e AAE.

O CONASS vem desenvolvendo, desde 2007, uma proposta que vai muito além da capacitação das equipes de saúde, uma vez que propicia o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) nos territórios, por meio de mudanças efetivas na atitude dos profissionais e nos processos de trabalho, bem como da gestão. Esse processo contribui para a organização dos serviços em Redes de Atenção à Saúde (RAS). (42)

A PAS é um processo que reúne um conjunto de ações educacionais voltadas a aprimorar conhecimentos, desenvolver habilidades e atitudes necessárias à organização e qualificação dos processos assistenciais.

Em 2016 iniciou-se o processo de PAS na Região de Saúde Leste do Distrito Federal.

A PAS no Distrito Federal iniciou em abril/2016 com uma reunião com a equipe gestora da SESDF/DF, na sede do CONASS, para apresentação da proposta da PAS e da definição de estratégias para a sua operacionalização. Em junho desse mesmo ano, foi escolhida a linha de cuidado para atenção ao diabético e hipertenso, em vista dos indicadores de saúde relacionados a morbimortalidade dessas doenças. (1)

A reforma sanitária da saúde do DF foi fator desencadeante para o início da PAS no estado. A escolha da Região Leste deu-se por associação do perfil dos gestores, do território e disponibilidade da equipe em iniciar o processo de trabalho. A Estratégia do Converte foi essencial para que as discussões da organização da APS e AAE na região pudessem acontecer na Planificação mediada pelo CONASS.

A linha de cuidado para atenção ao diabético e hipertenso foi eleita como prioritária para ser trabalhada pela PAS, em vista dos indicadores de saúde relacionados a morbimortalidade dessas doenças. O modelo implantado pelo CONASS é o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), integrando os diversos pontos de atenção e construindo uma rede regionalizada.

A planificação foi iniciada na Região Leste pela Região Administrativa do Itapoã em 2016 e expandida, em 2018, para o Paranoá e São Sebastião.

A PAS na região foi estabelecida em duas etapas:

Etapa 1: ciclos mensais de oficinas, tutoria e organização progressiva dos macroprocessos, em momentos de concentração e dispersão.

- Etapa 2: supervisão na região e unidades para aperfeiçoamento dos macroprocessos da primeira etapa, novos ciclos de oficinas e tutorias relativos a processos para qualificação da atenção às condições crônicas.

Para alinhamento conceitual, foram realizadas as oficinas teóricas, sendo primeiro trabalhada a oficina “As Redes de Atenção à Saúde no SUS”, denominada “Oficina Mãe”, para que os gestores se apropriassem da proposta da Planificação. Nessa oficina foram escolhidos os facilitadores das oficinas teóricas. (42)

Os temas escolhidos para as oficinas teóricas iniciais foram: Redes de Atenção à Saúde, Atenção Primária à Saúde, Território e Vigilância em Saúde, Organização da Atenção aos Eventos Agudos e às Condições Crônicas na APS, Monitoramento e Avaliação na APS e Assistência Farmacêutica. As oficinas contaram com a participação de profissionais das unidades de saúde da APS e AAE e gestores da Região.

Além das oficinas o processo da PAS também contou com supervisão por tutores em cada equipe para dar suporte ao desenvolvimento das atividades. Os tutores tinham não tinham perfil gerencial ou fiscalizador, mas atuante no “fazer junto” com as equipes e profissionais.

O processo de tutoria compreendeu três momentos principais:

- Resgates da fundamentação teórica, sempre breves e objetivos, inseridos na discussão dos processos e remetendo ao processo de educação permanente, quando necessário;

- Supervisão in loco da atividade, num diálogo com o seu responsável direto. A supervisão deve checar a atitude do profissional, o seu conhecimento e aplicação das normas e recomendações; verificar o desenvolvimento da atividade frente às normas e recomendações vigentes; verificar o registro do processo no prontuário e nos sistemas de informação; identificar inconformidades e propor as ações corretivas.

- Avaliação dos problemas ou inconformidades identificadas, análise de seus fatores causais, priorização e elaboração de um plano de ação, seguindo-se os outros passos do ciclo do PDSA, sigla da língua inglesa: *PLAN - DO - STUDY - ACT* ou *Adjust*.

As equipes, em conjunto com os tutores desenvolveram os planos de ação para suas unidades, sempre dialogando com os momentos teóricos das Oficinas, num processo pactuado e integrado de ações. Os Planos foram apresentados coletivamente para que o processo de educação permanente acontecesse pelo trabalho e para o trabalho, expondo os sucessos e desafios de cada equipe junto às outras, como forma de estímulo e motivação para a continuidade do processo. Os planos foram atualizados mensalmente.

As relações entre a APS e a AAE foram sendo construídas e delimitadas, através de estratificação de risco, encaminhamentos implicados com critérios e pactuações, uma vez que a AAE não é porta aberta e tem a APS como ordenadora da rede.

A integração entre os dois níveis de atenção se efetiva e se qualifica nas relações de confiança e respeito entre os profissionais especialistas e generalistas. Pessoas, identificadas na APS, com estratificação de alto e muito alto risco, são encaminhados para o AAE. O acompanhamento compartilhado e a integração fazem-se por ambos, por meio de um *Plano de Cuidado*. Dentre as novas formas de atenção profissional clínica, foram envidados esforços para a imediata implantação da Atenção Contínua. Trata-se de um atendimento individual sequencial dos profissionais de uma equipe multidisciplinar com elaboração do plano de cuidado para o usuário, por meio de uma matriz de gerenciamento de processos. (42)

Outro aspecto importante da PAS é o matriciamento de profissionais da AAE à APS, que pode ser desenvolvido presencial ou remotamente, “orientando no manejo adequado dos hipertensos e diabéticos de baixo e médio risco e realizando discussão dos casos mais complexos, de forma que possam instituir o cuidado compartilhado desses usuários naquele nível de atenção”. (42)

Iniciada em 2016 com ampliação para outras regiões administrativas em 2018, a PAS obteve vários avanços na organização como eixo estruturante da APS e AAE na região.

Sob o ponto de vista da atenção primária, entre os principais processos implantados podem ser citados:

“(…) normatização do acolhimento, identificação de vulnerabilidade familiar – classificação de risco das famílias, implantação do banco de horas, painel de bordo, estratificação de risco de hipertensos e diabéticos, encaminhamentos para o AAE de diabéticos e hipertensos de alto risco, acompanhamento dos Planos de Ação dos usuários que retornam do AAE para a APS e matriciamento. Também foi constatada grande evolução nos cadastros dos usuários e no registro do eSUS, uma melhor organização dos fluxos dos usuários e profissionais na UBS, maior integração dos profissionais, em especial da odontologia, com a organização das reuniões das equipes, a implantação do colegiado gestor e o estabelecimento de agenda integrada. (1)

Na AAE, muitos avanços também podem ser mencionados, entre eles:

(…) adequações necessárias na estrutura física para seu funcionamento; carteira de serviços, com a definição dos profissionais essenciais à realização da atenção contínua, incluindo o enfermeiro responsável pelo ponto de apoio; adequação da recepção do ambulatório e dos fluxos, tanto internos, quanto para os encaminhados realizados pela APS; atendimento contínuo para os diabéticos e hipertensos encaminhados pela APS; elaboração de um roteiro de atendimento específico por cada categoria profissional que integra o ambulatório, de um formulário de encaminhamento da APS para a AAE, de um plano de cuidado e de protocolos para tratar crises de hipoglicemia e hiperglicemia. Além disso, está sendo garantido o matriciamento de endocrinologia e cardiologia, uma das potencialidades da planificação na região, pois vem ocorrendo sistematicamente essa atividade nas UBS e sendo constantemente discutido o acesso regulado pela APS.

Em 2019 o Secretário de Saúde do Distrito Federal destacou a PAS da região

Leste como um dos principais avanços na gestão da saúde de 2015 a 2018:

(…) ressaltamos a saudável experiência que tivemos na região Leste com a planificação da saúde, realizada com o apoio do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) a partir de 2016. Com a planificação, criou-se um ambulatório especializado para pacientes com condições crônicas, que funciona dentro do hospital, mas na estrutura administrativa da atenção secundária, em total integração com a atenção primária da região. São comoventes os depoimentos dos pacientes atendidos e dos profissionais, tanto de atenção primária quanto dos especialistas focais do ambulatório, que participaram da planificação. Efetivamente houve cooperação mútua dos dois níveis de atenção, com matriciamento efetivo e comunicação constante. Como resultado, maior controle de condições crônicas, maior resolutividade das equipes de saúde da família, menor número de internações hospitalares por condições sensíveis e agudizações, e pacientes satisfeitos, com percepção de alta qualidade do cuidado. O modelo já foi

aprovado pelo Colegiado de Gestão da SESDF para expansão a toda a rede.”
(28)

A Planificação foi essencial para o sucesso da organização da AAE da região Leste. Não somente na Linha de Cuidado da Diabetes e Hipertensão, mas na reestruturação das policlínicas, no estabelecimento do matriciamento entre os especialistas e a APS, na estratificação de casos e o referenciamento das UBS para a AAE tendo como ponto positivo a organização e transparência da regulação e agendamento por critérios de risco.

O processo de planificação provou que é possível a organização em conjunto dos níveis de APS e AAE acontecendo de forma integral e concomitante. O sucesso de um está diretamente relacionado ao outro, na condução de uma linha de cuidado integrada com a assistência ao usuário, reduzindo limitações de acesso e assistência, tornando os gastos com o sistema público de saúde mais otimizados e destinados ao que realmente é necessário. O cuidado compartilhado, adotado na PAS, tem sido usado no manejo de muitas condições crônicas, considerando-se que resulta em melhor assistência, quando comparado a cuidados primários ou especializados

Atualmente a AAE da região Leste é modelo de organização e integração para o Distrito Federal, continuando com as tutorias dos profissionais do CONASS e mantendo o canal de comunicação e estreitamento de laços abertos e intenso debate. O matriciamento dos especialistas também continua sendo um ponto forte dessa integração, se estendendo não somente à Linha de cuidado da Hipertensão e Diabetes como também matriciamento da Rede de Atenção Psicossocial, Rede de cuidados Odontológicos, Nutricionais e Oftalmológico.

Abaixo apresento as unidades de saúde da atenção ambulatorial especializada da Região de Saúde Leste.

5.3 UNIDADES DE SAÚDE DA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA DA REGIÃO DE SAÚDE LESTE

5.3.1 Casa de Parto de São Sebastião (43)

Figura 8: Casa de Parto São Sebastião



Fonte: Assessoria de Comunicação da Região de Saúde Leste

A Casa de Parto de São Sebastião é uma unidade de assistência obstétrica e neonatal, que presta atendimento humanizado e de qualidade, baseado em três pilares que apoiam a mudança de modelo do parto e nascimento no SUS: boas práticas, que respeitam a vontade da mulher e a fisiologia do seu corpo, bem como um atendimento sem intervenções desnecessárias à mulher e ao recém-nascido; atuação de enfermeiros obstetras e técnicos de enfermagem que prestam um cuidado inovador ao atender a mulher em trabalho de parto, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido; ambiente acolhedor e privativo, que garante a presença do acompanhante durante todo o processo de internação (a entrada da doula também é permitida, porém encontra-se suspensa durante a pandemia).

A Casa de Parto de São Sebastião é o único estabelecimento obstétrico da SESDF/DF que possui banheira para realização de parto na água e dispõe de quarto PPP, no qual a mulher permanece da admissão à alta no mesmo ambiente e no qual a assistência integral à mulher e recém-nascido é realizada por enfermeiro obstetra e técnico em enfermagem.

5.3.2 Unidade de Pronto Atendimento (44)

Ilustração: Unidade de Pronto Atendimento de São Sebastião



Fonte: Assessoria de Comunicação da Região de Saúde Leste

A Unidade de Pronto Atendimento de São Sebastião (UPASS) é composta por equipe multidisciplinar que tem como objetivo prestar o primeiro atendimento aos casos emergenciais, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial e definindo a necessidade ou não de encaminhamento aos serviços hospitalares de maior complexidade.

A unidade é de funcionamento ininterrupto e é composta por: Equipe de Enfermagem, Equipe Médica, Equipe de Odontologia, Equipe de Nutrição, Equipe de Farmacêuticos, Técnicos Administrativos, Técnicos de Radiologia e Técnicos de Laboratório. Todos trabalham em regime de escala de plantão.

O atendimento é por demanda espontânea, ao chegar à UPASS o paciente é atendido pela equipe do Registro, que faz a ficha de atendimento e encaminha o paciente para o Acolhimento e Classificação de Risco. A Classificação é feita pelo Enfermeiro, por meio de Protocolo próprio da Secretária de Saúde do Distrito Federal, e determina em cores a gravidade do paciente: Azul, Verde, Amarelo, Laranja e Vermelho.

Após a Classificação de Risco, o paciente é atendido pela equipe médica, pela ordem de prioridade na classificação, e encaminhado para sala de medicação, realização de exames e/ou observação na Sala Amarela ou na Sala Vermelha.

Na UPASS são realizados exames de Raio X, exames laboratoriais de rotina e eletrocardiograma. Nos casos em que são necessários demais exames, tais como tomografia e ultrassonografia, o paciente é encaminhado para as unidades hospitalares de maior complexidade, mediante disponibilidade de vaga.

Em 2017 com a publicação da Lei Nº 5.899, de 03 de julho, o Poder Executivo do Distrito Federal instituiu o Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal - IGESDF e que passou a ser responsável pela gestão das UPAs no DF.

5.3.3 Policlínica Paranoá (43)

A Policlínica Paranoá da Região de Saúde Leste do Distrito Federal oferece atendimento ambulatorial especializado e atua como suporte à Atenção Primária à Saúde em casos que não são de urgência e emergência. Oferta serviços como ambulatórios de especialidades: Cardiologia, Cirurgia ginecológica, Climatério, Dermatologia, Endocrinologia, Endocrinologia pediátrica, Geriatria, Infante puberal, Infectologia, Mastologia, Neurologia, Neurologia pediátrica, Obesidade pediátrica, Oftalmologia, Oncologia ginecológica, Gastroenterologia, Psiquiatria, Nutrição, Fisioterapia, Terapia ocupacional, Psicologia, Serviço social, Planejamento familiar/reprodução humana, Pneumologia (Adulto), Fonoterapia e Práticas integrativas (Acupuntura).

Figura 9: Policlínica Paranoá



Fonte: Assessoria de Comunicação da Região de Saúde Leste

Agrega as seguintes especialidades:

- Mapa, Holter e eletrocardiograma.
- Ambulatório do Pé diabético: O ambulatório do pé diabético atende usuários diabéticos com feridas nos membros inferiores. É realizado curativo, avaliação da ferida, avaliação dos pulsos em membros inferiores, orientações para o autocuidado e acompanhamento pela equipe da unidade de saúde.
- Ambulatório de Feridas Complexas: O ambulatório de feridas complexas atende usuários com feridas que necessitam da realização de curativo, avaliação da ferida, orientações para o autocuidado e acompanhamento de enfermagem.
- Centro de Atenção ao Hipertenso e Diabético – CADH: Serviço ambulatorial de Atenção à Saúde da Pessoa com Doenças Crônicas Não Transmissíveis - Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). O CADH atende pacientes, incluindo crianças e

adolescentes, com doenças crônicas de alto/muito alto risco. Possui equipe multidisciplinar composta por Endocrinologista, Cardiologista, Nutricionista, Psicólogo, Assistente social, Oftalmologista, Neurologista, Dentista, Enfermeiro e Técnico de enfermagem. Os pacientes são atendidos por toda a equipe multiprofissional que elabora, juntamente com o paciente e a família, o Plano de Cuidado que poderá ser acompanhado também pela unidade de referência na Atenção Primária. Os usuários podem ser estratificados tanto pelo médico, quanto pelo enfermeiro, como baixo, moderado, alto e muito alto risco. Os usuários classificados com baixo e moderado risco permanecem sob os cuidados da APS com apoio matricial dos profissionais do CADH. Pacientes estratificados com alto e muito alto risco são encaminhados via regulação para agendamento do atendimento no CADH conforme fluxo de agendamento.

5.3.4 Policlínica São Sebastião

Atendimento ambulatorial especializado com suporte à Atenção Primária à Saúde, e em casos que não são de urgência e emergência (Atenção Especializada – hospitais) Requisitos: As consultas de primeira vez são previamente agendado pelas equipes ESF da Região de Saúde Leste através dos sistemas de regulação SISREG III ou SISCONWEB. A Gerência ou Central de Regulação é responsável pelo processo de regulação do acesso à Atenção Ambulatorial Secundária (AASE). As Consultas Retorno são agendadas pelo ambulatório da policlínica.

Figura 10: Policlínica São Sebastião



Fonte: Assessoria de Comunicação da Região de Saúde Leste

Além do exposto, a clínica também conta com Atendimento Multiprofissional que agrega as seguintes especialidades: Alergia pediátrica, Serviço social, Pneumopediatria, Pediatria geral, Ginecologia, Geriatria, Clínica médica, Enfermagem e Pré-natal de alto risco.

Observações: Atende a população residente na Região Leste e que ainda não possui cobertura da ESF (Equipe de Saúde da Família).

5.3.5 Centro de Atenção Psicossocial II Paranoá

Figura 11: Centro de Atenção Psicossocial II Paranoá



Fonte: Assessoria de Comunicação da Região de Saúde Leste

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Distrito Federal (DF) oferecem assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em saúde mental. Abrange a atenção a pessoas com necessidades relacionadas a transtornos mentais como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, etc., e pessoas com quadro de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas, como álcool, cocaína, crack e outras drogas.

O CAPS II Paranoá presta assistência integral aos pacientes portadores de transtornos mentais graves, severos e persistentes. A inserção social dessas pessoas é um dos principais objetivos. Realiza as seguintes atividades: Atendimento multidisciplinar a pacientes a partir de 18 anos; atendimentos individuais de Psicologia, Psiquiatria, Serviço social, Enfermagem e terapia Ocupacional; Grupos terapêuticos (no momento encontram-se suspensos por conta da pandemia); Ações de prevenção; Visitas domiciliares e busca ativa de pacientes e

familiares que estão ausentes do tratamento e os que procuram o serviço com dificuldade de adesão ao tratamento; Matriciamento das equipes de estratégia saúde da família; Encaminhamentos para acompanhamento em Unidades Básicas de Saúde e ambulatório.

É um Serviço de porta aberta com acolhimento individual para avaliação do plano terapêutico adequado ao paciente.

5.3.6 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas Itapoã

Figura 12: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas Itapoã



Fonte: Assessoria de Comunicação da Região de Saúde Leste

O CAPS-AD (álcool e drogas) Itapoã oferece atendimento multiprofissional e psicossocial para pacientes dependentes ou que fazem uso nocivo de álcool e outras drogas. É um serviço de porta aberta com acolhimento individual para avaliação do plano terapêutico adequado ao paciente.

O CAPS AD oferece atendimento em atenção multidisciplinar a pacientes a partir dos 16 anos de idade e seus familiares em relação aos transtornos decorrentes do uso de álcool e drogas. Presta os seguintes atendimentos: Atendimentos individuais de Psicologia, Psiquiatria, Clínica Médica, Serviço social e Enfermagem; Grupos terapêuticos (no momento encontram-se suspensos por conta da pandemia); Ações de prevenção; Visitas domiciliares e

busca ativa de pacientes e familiares que estão ausentes do tratamento; Encaminhamentos para acompanhamento em Unidades Básicas de Saúde.

5.3.7 Centro de Especialidades Odontológicas (45)

Figura 13: Centro de Especialidades Odontológicas



Fonte: Assessoria de Comunicação da Região de Saúde Leste

Os Centro de Especialidades Odontológicas – CEO são unidades de referência para as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Primária, ofertando procedimentos clínicos odontológicos complementares em um sistema de referência e contrarreferência importantes para a organização da demanda e atendimento às necessidades de saúde do cidadão.

O CEO da Região Leste iniciou seu atendimento em 2019 e aguarda habilitação do Ministério da Saúde. Possui atendimento especializado em odontologia para tratamento mais complexos, como endodontia (canal), periodontia avançada (tratamento das gengivas),

atendimento às pessoas com deficiência que não conseguiram ser adequadamente tratadas nas UBSs, cirurgia oral menor (extração de sisos), diagnóstico de câncer bucal, disfunção da articulação temporomandibular, prótese total e radiografias.

Para atendimento no Serviço de Saúde Bucal da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, o usuário deve procurar a unidade básica de saúde (centro de saúde ou clínica da família) mais próxima de sua casa. Caso o paciente necessite, o cirurgião-dentista da unidade básica o encaminha para o CEO ou outra unidade de referência, de acordo com os protocolos de cada especialidade.

As consultas de primeira vez são previamente agendadas pelas equipes ESF da Região de Saúde Leste através dos sistemas de regulação SISREG III ou SISCONWEB. A Gerência ou Central de Regulação é responsável pelo processo de regulação do acesso às especialidades odontológicas. Atende a população residente na Região Leste

Endereço: Área Especial Hospitalar, quadra 2, conjunto K, lote 1, CEP 71570-050; Paranoá – (localizada na área de ambulatório do Hospital da Região Leste).

6 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL – ANÁLISE SWOT

Como mencionado ao longo desta dissertação, a análise SWOT define elementos que influenciam no ambiente de trabalho, estruturando-se o modelo básico para a formação da estratégia SWOT que, em Inglês, significa: *Strengths* (forças); *Weaknesses* (fraquezas); *Oportunities* (oportunidades) e *Threats* (ameaças).

O método SWOT é uma criação atribuída a Kenneth Andrews e Roland Christensen, professores da Harvard Business School, nos Estados Unidos da América (EUA). O objetivo de ambos foi conceber um modelo de avaliação competitiva para uma organização. É importante que as organizações e/ou unidades de saúde realizem constantemente uma avaliação frente à sua posição no mercado e, através das avaliações, implementem estratégias para melhor dirimir os problemas. Essa avaliação da posição competitiva é realizada por meio da matriz SWOT. Este método utiliza dois eixos: o das variáveis internas e o das variáveis externas, cada um deles composto também por duas variáveis: pontos fortes e pontos fracos da organização; oportunidades e ameaças do meio externo. (46)

De acordo com Rezende (2008), as forças ou pontos fortes da organização são as variáveis internas e controláveis que propiciam condições favoráveis para a organização em relação ao seu ambiente. São características ou qualidades, que podem influenciar positivamente o desempenho da instituição. Os pontos fortes devem ser amplamente explorados. (47)

As fraquezas são as debilidades que inibem a capacidade de desempenho da instituição. São fragilidades que precisam ser cuidadas e analisadas para evitar a falência institucional. As fraquezas podem ser controladas pela própria empresa e relevantes para o planejamento estratégico. (14)

Oportunidades são situações externas que podem contribuir para a concretização dos objetivos estratégicos, que podem criar as condições favoráveis quando bem utilizadas a favor da instituição.

As ameaças, por sua vez, são situações externas que podem prejudicar a execução dos objetivos estratégicos. São fatores que impactam negativamente diretamente na organização e não podem ser controlados, podendo prejudicar seu desenvolvimento. (13) (14).

Para a construção da matriz são feitas duas colunas e duas linhas, a primeira linha diz respeito ao ambiente interno, com as forças e as fraquezas. A segunda linha, ao ambiente externo, com as oportunidades e ameaças.

Quadro 5 - Matriz SWOT

	Aspectos positivos	Aspectos negativos
Ambiente interno	Forças	Fraquezas
	As forças, ou pontos fortes, são as variáveis internas que proporcionam condições favoráveis para o desenvolvimento e aprimoramento de um serviço em relação ao seu ambiente	As fraquezas são deficiências que inibem a capacidade de desempenho
Ambiente Externo	Oportunidades	Ameaças
	São situações externas que podem contribuir para a concretização dos objetivos de um determinado serviço e podem criar as condições favoráveis, desde que a mesma tenha condições ou interesse de utilizá-las.	Diz respeito às situações externas que podem prejudicar a execução de objetivos estratégicos.

Fonte: (47)

O uso da análise de SWOT foi utilizado na área da Saúde como método sugerido na publicação da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) para a realização da análise de viabilidade, sendo possível identificar as facilidades e dificuldades existentes na unidade ou organização de saúde. (46)

Para análise da organização da AAE da região Leste será utilizada a matriz SWOT como instrumento de gestão para identificar os problemas, potencialidades, desafios e

necessidades futuras. A análise SWOT é elaborada na perspectiva de focar a síntese dos cenários; ou seja, sintetizar os pontos fortes, fracos, oportunidades e ameaças.

Esta análise utilizou um método útil na organização do planejamento estratégico, o de que se relacionar e identificar as forças/fraquezas, oportunidades/ameaças da organização da AASE da Região Leste. Sendo assim, força/oportunidade é algo positivo, e fraqueza/ameaça é algo negativo. Através desta análise, pode-se fazer uma investigação das forças e fraquezas do ambiente interno e das oportunidades e ameaças que advém do ambiente externo.

Os elementos foram elencados considerando a literatura específica que descreve como se deu a organização do nível de atenção secundário na região Leste, descrito pelos autores Bruno de Almeida Pessanha Guedes, Fabiana Loureiro Binda do Vale, Rodrigo Wilson de Souza, Maria Katallini Alves Costa, Sandro Rodrigues Batista e a experiência desta mestranda na gestão e atuação na Diretoria de Atenção Secundária da Região Leste.

Quadro 6 - Matriz SWOT da AASE da Região de Saúde Leste

	Aspectos positivos	Aspectos negativos
Ambiente interno	Forças (Strengths) <ul style="list-style-type: none"> • Pioneirismo na organização da AAE no Distrito Federal; • Planificação da Atenção à Saúde e consultoria do CONASS; • Diversidade de serviços/pontos de atenção; • Matriciamento realizado pelos profissionais da DIRASE 	Fraquezas (Weaknesses) <ul style="list-style-type: none"> • Fragmentação dos serviços da Rede de Atenção à Saúde no DF; • Alta rotatividade dos profissionais na APS e na AAE; • Profissionais “mal distribuídos” na RAS; • Falta de informação sobre produtividade na AAE
	Oportunidades (Opportunities) <ul style="list-style-type: none"> • Continuidade da consultoria do CONASS na organização da AAE da Região Leste; • Organização do Cuidado em linhas de Atenção com base nas RAS; • Possibilidades de ampliação do Matriciamento • Oferta de protocolos de especialidades na SESDF 	Ameaças (Threats) <ul style="list-style-type: none"> • Extensão do território da Região Leste; • Reduzida disponibilidade de profissionais especialistas na região • Sistemas de Informação da SESDF desarticulados
Ambiente Externo		

--	--	--

Fonte: Elaboração da autora, 2020.

6.1 AMBIENTE INTERNO

O Ambiente Interno é o local que pode ser controlado pelos indivíduos que fazem parte dele. As forças, ou pontos fortes, são as variáveis internas que proporcionam condições favoráveis para o desenvolvimento e aprimoramento de um serviço em relação ao seu ambiente, já fraquezas são deficiências que inibem a capacidade de desempenho.

Como ambiente interno, entende-se a gestão no âmbito da Superintendência de Saúde Leste e sua Diretoria Regional de Atenção Secundária à Saúde – DIRASE.

6.2 FORÇAS

- Pioneirismo na organização da AAE no Distrito Federal

Conforme descrito anteriormente, a Região de Saúde Leste foi a primeira região a iniciar a organização da AAE na Reforma Sanitária do Distrito Federal. Em 2017 o alinhamento da gestão central da Secretaria de Saúde do DF com a Superintendência da Região Leste proporcionou um cenário favorável para a autonomia e iniciativa da região no processo de organização das suas demandas, enfrentamento das dificuldades e propostas de solução para os impasses, culminando no planejamento local do nível secundário ambulatorial de saúde.

O processo de estruturação e organização na AAE teve início com a apresentação da proposta aos profissionais das especialidades, endocrinologia e cardiologia que aceitaram compor a linha de cuidado de condições crônicas não transmissíveis (diabetes e hipertensão). Os especialistas focais passaram pelas oficinas de planificação junto com os profissionais da APS. A seguir começaram a receber as tutorias pelos consultores do CONASS, iniciando-se o diálogo entre APS e atenção especializada. (27). A iniciativa da região foi uma das principais fortalezas para a consolidação e fortalecimento do processo na região.

A região elaborou diagnóstico situacional com a realização de um trabalho de campo para catalogação das estruturas que apresentavam potencial para este nível de atenção, além de mapeamento dos processos de trabalho que neles existiam.

A experiência da região foi apresentada à Secretaria Adjunta de Assistência à Saúde e dessa forma, elaborou-se uma proposta de formalização do nível de atenção intermediário entre a APS e a AH para todo o DF, seguindo o modelo experienciado pela Leste, que pudesse ser organizado de forma a atender as necessidades da APS. A partir dessa proposta a Secretaria de Saúde deu andamento no processo de Reforma Sanitária da Saúde no DF e a criação de novos cargos e organogramas contemplando a AAE na gestão da Administração Central da Secretaria e nas demais Superintendências Regionais de Saúde.

- Planificação da Atenção à Saúde e consultoria do CONASS

A parceria com o CONASS e o início do processo de Planificação da Atenção à Saúde (PAS) a região pôde se organizar e dar início ao planejamento e implantação da organização e fluxos dos níveis de atenção à saúde.

A implementação de estratégias de integração de cuidados, desenvolvidos na Planificação, puderam implantar serviços de saúde com maior equidade, eficiência e qualidade.

Um dos produtos da PAS na região, foi a necessidade premente de regulação de consultas ambulatoriais e a organização hospitalar para recebimento da referência e contrarreferência aos cuidados ordenados pela atenção primária. (27)

O projeto teve como diferencial o foco na APS como ordenador e organizador da rede. A estratégia focada na Saúde da Família era a lógica que regia o todo o processo, antes mesmo do início do CONVERTE em âmbito distrital.

Os especialistas da região iniciaram o processo de consultoria com o CONASS e a construção coletiva das estratégias de organização em Redes integradas de cuidado, articulando

o diálogo entre a APS e a atenção ambulatorial promovendo o cuidado contínuo e coordenado dos serviços de saúde.

As tutorias e reuniões construíram coletivamente o desenho da Linha de Cuidado de Doenças Crônicas não transmissíveis (hipertensão e diabetes) culminando na criação do Centro Ambulatorial de Diabetes e Hipertensão – CADH a partir do Modelo de Atenção as Condições Crônicas (MACC) com abordagem multiprofissional.(48)

Dentre os benefícios da PAS à Região Leste, destacam-se: a implantação de novas equipes de atenção primária, com respectivo aumento na cobertura da Estratégia Saúde da Família; pacientes que evoluíram com grande melhora clínica, com redução de risco em suas estratificações; diminuição das internações por complicações de DM ou HAS; e alcance da meta de controle clínico, nunca antes conseguida pelos usuários. Houve, também, melhora acentuada no manejo dos hipertensos e diabéticos pela APS e redução de encaminhamentos indevidos ao ambulatório. (49)

O CADH foi a primeira estrutura organizada como AAE da Região. A experiência foi ampliada para as demais policlínicas, considerando as características de cada serviço e a especificidade da população atendida.

- Diversidade de serviços/pontos de atenção

Os diferentes dispositivos de atenção ambulatorial da Região Leste também foram indicativos de fortalezas para a organização do nível de atenção. As Redes de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção às Condições Crônicas de Saúde, Rede de Atenção à pessoa com Deficiência, Rede Cegonha e Rede de Urgência e Emergência estão presentes nos dispositivos da AASE da Região Leste.

- Pontos de Atenção da Diretoria de Atenção Secundária da Região Leste:
 - Policlínica Paranoá
 - Policlínica São Sebastião
 - Centro de Hipertensão e Diabetes – CADH

- Centro de Especialidades Odontológicas – CEO
 - Centro de Atenção Psicossocial II – CAPS Paranorá
 - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas – CAPS AD Itapoã
 - Unidade de Pronto Atendimento – UPA São Sebastião
 - Casa de Parto São Sebastião
- Matriciamento realizado pelos profissionais

O matriciamento é utilizado como ferramenta para a integração entre a atenção primária à saúde e a atenção ambulatorial especializada na Região Leste do Distrito Federal. O Matriciamento é conduzido pelos profissionais da atenção especializada que, de forma presencial ou à distância e dão suporte aos profissionais da APS, orientando-os no manejo adequado dos casos, realizando discussão dos mais complexos, de forma que possam instituir o cuidado compartilhado desses usuários naquele nível de atenção.

O matriciamento ocorre periodicamente (semanalmente), destinado à problematização, ao planejamento, à programação e à execução de ações colaborativas entre AAE e APS. Apresenta uma relação dialógica e horizontal entre os profissionais, baseada em uma abordagem centrada no usuário, com enfoque intersubjetivo e interdisciplinar.

Para que seja realizado, conta com horário protegido na agenda dos profissionais envolvidos, com a organização da ESF para definição dos casos ou situações para matriciamento e com os profissionais do ambulatório para apoio às equipes de saúde da família. (42)

O matriciamento é um dos pontos altos da Região Leste e é fruto da consultoria do CONASS e do processo de Planificação iniciado em 2017. Considera-se como pontos fortes a disponibilidade da equipe do ambulatório e as atividades executadas de alinhamento de conceitos, com integração de profissionais e saberes.

. O modelo de saúde planejado – trabalhado em redes de atenção, proativo, integrado, focado na pessoa e na família e voltado para a promoção e manutenção da saúde – é a resposta, que beneficia usuários e traz satisfação aos profissionais de saúde. O matriciamento foi uma ferramenta muito eficaz para a integração entre a APS e a AAE na Região Leste do DF. Entendemos que o modelo MACC é a solução para o problema das condições crônicas de saúde do nosso País. (49)

6.3 FRAQUEZAS

- Fragmentação dos serviços da Rede de Atenção à Saúde no DF

A fragmentação do cuidado é um dos principais problemas da integração e efetividade da saúde pública no país. Na Região Leste o cenário não é diferente. Mesmo com os avanços na organização do sistema único de saúde, na regionalização e níveis de atenção, a região ainda padece da fragmentação e fragilidade dos serviços, que se reflete na dificuldade de acesso à população, distanciamento e desintegração do cuidado integral à saúde.

O constante investimento no fortalecimento da atenção primária e na articulação com a AAE é um dos marcos para combater o modelo hegemônico de fragmentação do cuidado e conseqüentemente dos serviços de saúde. O Matriciamento é ferramenta estratégica e importante para o aumento e consolidações dos laços profissionais e organizações dos fluxos de atendimento.

Esse ainda é um desafio constante a ser percorrido pela região. É visível o avanço dessa fragmentação desde o início da Reforma Sanitária do DF em 2017, protagonizado pela Região de Saúde Leste, mas é um constante caminhar que ainda não foi superado completamente.

O investimento na organização de fluxos e protocolos de encaminhamento são estratégias que podem ser caminho para a solução dessa fragilidade.

- Alta rotatividade dos profissionais na APS e na AASE

Uma característica da Secretaria de Saúde do Distrito Federal é a alta rotatividade dos servidores, principalmente em cargos de gestão. Com as constantes mudanças político partidárias na gestão central da Secretaria de Saúde a gestão das unidades da APS sofrem com constantes mudanças.

Muitos dos profissionais capacitados nas qualificações do CONVERTE e da Planificação já não estão mais na região, ou não estão mais nas mesmas unidades. A sensação de constante reinício é desgastante para as equipes e gestores regionais. A descontinuidade por parte da rotatividade dos gestores implica na implantação do processo de trabalho e afeta as relações interpessoais, trazendo prejuízos aos processos e vínculos já iniciados.

- Profissionais “mal distribuídos” na RAS

Foi feito diagnóstico pelo Grupo de Trabalho criado para discutir a AAE no âmbito da SESDF de uma superconcentração de profissionais em zonas mais centrais e nobres do DF. (27). Essa concentração também se dava por especialidades, além do quantitativo de profissionais, principalmente médicos.

Apesar de tentativas prévias de organização da APS no modelo Estratégia Saúde da Família (ESF), houve nos últimos anos uma desconfiguração da rede de atenção, caracterizada por uma superconcentração de profissionais em zonas mais centrais e nobres, com uma rede fragmentada, com inúmeros pontos de atenção que praticamente não se relacionavam entre si, conforme diagnóstico do Grupo de Trabalho criado para discutir a AASE no âmbito da SESDF. (27)

Muitos desses profissionais possuem ainda restrição laboral para o atendimento na assistência à saúde, concentrando-se em áreas de gestão e administrativas. As restrições laborais são restrições médicas, de caráter temporário ou definitivo que limita o profissional de atuar em uma determinada área, ou função. As restrições precisam ser aprovadas pelos Núcleos de Segurança, Saúde e Medicina do Trabalho de cada região de saúde.

Dessa forma o número de profissionais em regiões mais distantes e unidades de saúde menores é bem pequeno, causando desassistência à população.

- Falta de informação sobre produtividade na AAE

A captação e consolidação dos dados da AAE ainda é precária dentro da Secretaria de Saúde. Muito já se evoluiu nesse quesito. Porém ainda é necessário um percurso técnico para a maior transparência dos dados e do faturamento junto ao Ministério da Saúde.

Atualmente às regiões de saúde possuem Núcleos de Captação e Análise de informações do SUS dos três níveis de atenção. Como a AAE é o nível de atenção mais recente organizado dentro da SESDF a qualificação dos profissionais para a informações correta dos dados nos sistemas de informação do SUS e a captação e migração desses dados ao Ministério da Saúde ainda é insuficiente. Existe perda de faturamento por procedimentos realizados e não informados por parte dos profissionais ou por erros na informação do código de procedimentos realizados por determinado profissional em determinado estabelecimento de saúde.

O processo de educação permanente ainda é frágil, esbarrando na falta de planejamento prévio das ações, na rotatividade dos profissionais lotados nesses núcleos e pela nomeação de servidores sem perfil ou qualificação adequada para o cargo.

Vale ressaltar que mesmo com uma lacuna na qualificação profissional e falta de *know-how* houve avanço significativo na quantidade e qualidade dessas informações pelos sistemas de captação do Ministério da Saúde. De acordo com o Site da Sala de Situação do DF, no ano de 2017, ano de criação do nível de atenção secundário no DF, o número de consultas e atendimentos da Atenção Secundária era de 571.583 anualmente, somando em todas as regiões de saúde. De janeiro a outubro de 2020 esse número passou para 1.157.929, aumentando em

mais de 50% nos dez primeiros meses do ano, com a perspectiva de aumento ainda maior quando considerados os meses de novembro e dezembro.⁶

6.4 AMBIENTE EXTERNO

As oportunidades e ameaças são localizadas no ambiente externo, ou seja, fora da governabilidade dos atores internos envolvidos à organização. As oportunidades são fatores que potencializam e podem contribuir para a concretização dos objetivos de um determinado serviço e/ou organização, podendo criar as condições favoráveis ou facilitadoras. As ameaças dizem respeito às situações externas que podem prejudicar a execução de objetivos estratégicos.

6.5 OPORTUNIDADES

- Continuidade da consultoria do CONASS na organização da AASE da Região

Leste

Em 2016 o CONASS iniciou o processo de Tutoria de Planificação da Atenção à Saúde (PAS) da região Leste. As atividades foram desenvolvidas a partir de um conjunto de oficinas teóricas temáticas, de tutorias realizadas na APS e na AASE. A planificação foi iniciada pelo Itapoã em 2016 e expandida, em 2018, para o Paranoá e São Sebastião.

Em 2020 foi mantida a pactuação entre a Superintendência de Saúde Leste e o CONASS para continuidade das tutorias da PAS. O objetivo do CONASS foi de avançar na integração da Atenção Hospitalar (AH) e no aprimoramento dos processos nos hospitais públicos para a implementação das RAS priorizadas nas macrorregiões de saúde dos estados

⁶ Dado informado pela site <http://info.saude.df.gov.br/area-tecnica/atencao-secundaria-consultas/> em 17/12/2020

Goiás, Distrito Federal, Rio de Janeiro, Rondônia, Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Maranhão e Paraná.

Os resultados apontam uma melhor organização da RAS, especificamente para a linha de cuidado das condições crônicas, hipertensão e diabetes. A PAS configurou-se como um importante instrumento de gestão das RAS.

- Organização do Cuidado em linhas de Atenção com base nas RAS

O funcionamento em Redes de Atenção e Linhas de Cuidado buscam a integralidade e tem a APS como ordenadora do cuidado. Essa é uma das diretrizes publicadas na Portaria SESDF Nº 773 de 2018 que estabelece diretrizes e normas para a organização da atenção ambulatorial secundária na SESDF. Atenção Ambulatorial Secundária no DF foi institucionalizada como uma estratégia de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, organizada a partir da territorialização e das linhas de cuidado, de acordo com os princípios de descentralização e regionalização do SUS.

A PAS na Região também trabalhou não só com a implantação do modelo assistencial, mas também com a regulamentação do modelo de gestão, envolvendo desde a definição da carteira de serviços por linha de cuidado até a programação física e financeira de acordo com a necessidade de saúde.

A AAE foi estruturada com uma carteira de serviços organizados em Linhas de Cuidado Integral como: Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, Atenção à Saúde da Mulher, Atenção à Saúde da Pessoa com Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Atenção à Saúde Bucal e Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência.

- Possibilidades de ampliação do matriciamento

O Matriciamento, como atividade terapêutico-pedagógica, foi preconizado na Portaria SESDF 773 de 2018, como uma estratégia para a implantação e qualificação da articulação entre a APS e AAE. Nessa portaria foi definida carga horária disponível para que os profissionais pudessem se dedicar à atividade.

As Unidades de AASE deverão atuar como espaço de educação em saúde para profissionais da Atenção Primária à Saúde, recomendando-se que no mínimo 10% e no máximo 20% da carga horária total disponível em cada especialidade sejam dedicados a ações de matriciamento, conforme necessidades identificadas no território e mediante programação e autorização prévia pela Gerência de Serviços de Atenção Secundária (GSAS). (35)

A SESDF planeja ampliar o matriciamento da AAE à APS para todas as especialidades em que haja profissionais capacitados e com disponibilidade para a atividade. Conforme descrito anteriormente, o matriciamento foi e continua sendo um dos pontos fortes da Região Leste e possui a capacidade de ampliação com o fomento da SESDF em suas atividades de planejamento, assim como o interesse da Gestão Regional de que a qualificação aconteça em outras especialidades ainda não iniciadas.

A continuidade da tutoria do CONASS também se dedica a fortalecer as ações de qualificação das equipes e a estratégia de ampliação do matriciamento para outras especialidades é uma delas.

- Oferta de protocolos de especialidades na SESDF

Para padronizar a solicitação de internações na AH, de consultas, exames e terapias na AAE, é necessário protocolos para encaminhamentos, que devem estar de acordo com os mais recentes e seguros consensos científicos.

Para criar fluxos ágeis de referência, exige-se a integração com as ações de solicitação e de autorização de procedimentos. Ao criar o canal para a referência de uma unidade a outra, segundo fluxos e protocolos padronizados, permite-se a utilização mais adequada dos níveis de complexidade e viabiliza-se a atenção de forma oportuna e adequada à necessidade do usuário. (50)

Ao criar o canal para a referência de uma unidade a outra, segundo fluxos e protocolos padronizados, permite-se a utilização mais adequada dos níveis de complexidade e viabiliza-se a atenção de forma oportuna e adequada à necessidade do usuário. (50)

No Distrito Federal essa ação de desenvolvimento de processos ligados à gestão da clínica compete ao profissional da Referência Técnica Distrital (RTD) segundo a Portaria nº 1032, de 17 de setembro de 2018, ligado a Subsecretaria de Assistência Integral à Saúde (SAIS).

Atualmente a oferta de protocolos de especialidades, tanto clínicos quanto de regulação, encontra-se abaixo, divididos por especialidades e APS.

PROTOSCOLOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Protocolo de acesso da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal – APS/DF

1 – Saúde da Criança

- Atenção à Saúde da Criança (Vigência: 02.12.2018 a 02.12.2019)
- Atenção à Saúde da Criança – Fluxogramas (Vigência: 02.12.2018 a 02.12.2019)
- Atenção às Crianças com Deficiência de Glicose-6-Fosfato Desidrogenase– (Vigência: de 03.01.2020 a 03.01.2022 – Renovação)

2 – Saúde do Adolescente

- Dispensação do Cloridrato de Metilfenidato para o tratamento de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade na SES-DF (Vigência: 09.03.2019 à 09.03.2021- Renovação)
- Saúde de Adolescentes no Distrito Federal (Vigência: 02.12.2018 a 02.12.2020 – Renovação)

3 – Saúde da Mulher

- Atenção à Saúde da Mulher no Pré-natal, Puerpério e Cuidados ao Recém-nascido (Vigência: 30.06.2017 à 30.06.2019)
- Atenção à Saúde da Mulher no Pré-natal, Puerpério e Cuidados ao Recém-nascido- Fluxogramas (Vigência: 30.06.2017 à 30.06.2019)
- Condutas para o rastreamento do câncer do colo do útero na Atenção Primária à Saúde (Vigência: 03.03.2018 à 03.07.2019)
- Condutas para o rastreamento do câncer do colo do útero na Atenção Primária à Saúde – Fluxograma (Vigência: 03.03.2018 à 03.07.2019)
- Detecção Precoce do Câncer de Mama (Vigência:02.12.2019 a 02.12.2020)

5 – Saúde do Idoso

- Antidepressivos em Idoso: Citalopram e Mirtazapina – Fluxograma (Vigência:06.12.2019 à 06.12.2021 Renovação)
- Antidepressivos em Idoso – Citalopram e Mirtazapina (Vigência:06.12.2019 à 06.12.2021 Renovação)
- Atenção à Saúde do Idoso (Vigência: de 05.03.2018 a 05.07.2020 – Renovação)
- Atenção à Saúde do Idoso – Avaliação Funcional (Vigência: de 05.03.2018 a 05.07.2020 – Renovação)
- Atenção à Saúde do Idoso – Fluxograma (Vigência: de 05.03.2018 a 05.07.2020 – Renovação)

6 – Saúde da População LGBT

- Fluxo de Atendimento no ambulatório de assistência especializada às pessoas Travestis e Transexuais na rede pública de saúde do DF (Vigência: 21.02.2020 à 21.02.2022 – Renovação)
- Fluxo de Atendimento no ambulatório de assistência especializada às pessoas Travestis e Transexuais na rede pública de saúde do DF – Fluxograma (Vigência: de 21.02.2018 à 21.02.2020)

7 – Protocolo de Acesso e Demanda Espontânea na APS

- Protocolo de Acesso da Atenção Primária à Saúde do DF – APS (Vigência: 17.12.2018 à 17.12.2020)
- Atendimento às Demandas Espontâneas na Atenção Primária à Saúde – (Vigência 21.01.2019 a 21.01.2021)
- Disúria – Fluxograma
- Dor Lombar– Fluxograma
- Hiperglicemia e Hipoglicemia em pacientes com Diabetes Mellitus – Fluxograma
- Situações Administrativas na APS – Fluxograma
- Crises de Asma na APS – Fluxograma
- Violência e Maus Tratos – Fluxograma
- Dermatites – Fluxograma
- Conjuntivites– Fluxograma
- Dor de Garganta – Fluxograma
- Dor de Ouvido – Fluxograma
- Reação Alérgica – Fluxograma
- Diarréia e Vômitos – Fluxograma
- Rinites Alérgicas – Fluxograma
- Cefaléia – Fluxograma

8 – Linhas de Cuidado:

ASMA

- Omalizumabe na Asma Grave e de Difícil Controle (Rev.1) – (Vigência: 03.01.2014 à 03.01.2016)

HANSENÍASE

- Protocolo de Atendimento a Pacientes Portadores de Hanseníase do Distrito Federal (Vigência 06.12.2019 a 06.12.2021)

HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS

- Manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica e do Diabetes Mellitus na Atenção Primária à Saúde – (Vigência: 21.02.2018 à 21.02.2021)
- Manejo do Pé Diabético na Atenção Primária e Especializada de Saúde (Vigência: 17.12.2020 a 17.12.2022 – Renovação)
- Manejo do Pé Diabético na Atenção Primária e Especializada de Saúde – Fluxograma (Vigência: 17.12.2020 a 17.12.2022 – Renovação)

PROTOCOLOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR

- Desospitalização para pacientes internados em enfermarias no Distrito Federal (Vigência:02.12.2016 a 02.12.2018)
- Nutrição na Internação Domiciliar (Vigência: 06.12.2016 a 06.12.2018)
- Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada no Distrito Federal (Vigência: 08/07/2014 a 08/07/2016)

PROTOCOLOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

- Diretrizes para Cuidados Paliativos em Pacientes Críticos Adultos Admitidos em UTI – (Vigência 17.05.2020 a 17.05.2022 – Renovação)
- Protocolo para Regulação da Primeira Consulta Médica Ambulatorial em Cuidados Paliativos Oncológicos para Pacientes Adultos – (Vigência: 24.01.2019 a 24.01.2021)

PROTOCOLOS DE SAÚDE MENTAL

- Protocolo De Classificação Funcional de Idosos em Uso Abusivo de Álcool e Outras Drogas a partir da Classificação Internacional De Incapacidade, Funcionalidade e Saúde (Cif) Nos CAPS -Ad da SES (Vigência 06.12.2019 a 06.12.2021)
- Anexo 1 – Protocolo De Classificação Funcional De Idosos Em Uso Abusivo De Álcool E Outras Drogas – Fluxograma (Vigência 06.12.2019 a 06.12.2021)
- Uso do Dissulfiram e Naltrexona no Tratamento da Dependência de Álcool (Vigência: 09.03.2020 a 09.03.2022)
- Uso do Decanoato de Zuclopentixol em pacientes com transtornos psicóticos ou retardo mental com agitação psicomotora– (Vigência:24.01.2019 a 24.01.2021)
- Uso do Decanoato de Zuclopentixol em pacientes com transtornos psicóticos ou retardo mental com agitação psicomotora– Fluxograma (Vigência:24.01.2019 a 24.01.2021)

PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

- Segurança do paciente: comunicação efetiva – (Vigência: 24.01.2019 a 24.01.2021)

- Segurança do Paciente: higienização das mãos nos serviços de saúde – (Vigência: 24.01.2019 a 24.01.2021)
- Segurança do Paciente – Identificação do Usuário – (Vigência: 24.01.2019 a 24.01.2021)
- Segurança do Paciente: prescrição, uso e administração de medicamentos – (Vigência: 24.01.2019 a 24.01.2021)
- Segurança do Paciente – Prevenção de Lesão por Pressão – (Vigência: 24.01.2019 a 24.01.2021)
- Segurança do Paciente – Prevenção de Quedas – (Vigência: 24.01.2019 a 24.01.2021)

PROTOSCOLOS DE ESPECIALIDADES:

Anestesiologia

- Uso de Oxiconona na Dor Crônica Moderada à Intensa – (Vigência: 03.01.2014 à 03.01.2016)
- Uso do Sugamadex na Reversão de Bloqueio Neuromuscular Induzido por Rocurônio – (Vigência: 03.01.2014 à 03.01.2016)

Cabeça e Pescoço

- Protocolo de Regulação de Consultas e Cirurgias de Cabeça e Pescoço na rede SES/DF Área (Vigência 30.12.2019 a 30.12.2021)

Cirurgia Vascular

- Protocolo de Organização da Assistência ao Portador de Doença Arterial Obstrutiva Periférica (Vigência 30.12.2019 a 30.12.2021)

Coloproctologia e Proctologia

- Protocolo de Regulação de Consultas Ambulatoriais em Coloproctologia/Proctologia na rede SES/DF (Vigência 30.12.2019 a 30.12.2021)
- Protocolo de Regulação de Exames Eletivos de Endoscopia Digestiva Baixa – Colonoscopia e Retossigmoidoscopia Flexível – na rede SES/DF (Vigência 30.12.2019 a 30.12.2021)

Endocrinologia

- Protocolo de Criança Nascida Pequena para Idade Gestacional na SES/DF (Vigência 06.12.2019 a 06.12.2021)
- Insulinoterapia (vigência: 30.06.2017 à 30.06.2019)
- Insulinoterapia – Fluxogramas (vigência: 30.06.2017 à 30.06.2019)

Gastroenterologia

- Protocolo de Ascite não Complicada no Paciente Cirrótico (Vigência 06.12.2019 a 06.12.2021)

- Anexo 1 – Ascite não Complicada – FLUXOGRAMA (Vigência 06.12.2019 a 06.12.2021)

Ginecologia e Obstetrícia

- Fetos Pequenos para Idade Gestacional e Restrição de Crescimento Fetal (Vigência:17.12.2018 a 17.12.2020)
- Fetos Pequenos para a Idade Gestacional e Restrição de Crescimento Fetal – Fluxograma
- Rotura Prematura de Membranas (Vigência: 17.12.2018 a 17.12.2020)
- Rotura prematura de membranas -Fluxogramas
- Síndrome Hipertensiva na Gestação – Manejo de Emergência (Vigência: 17.12.2018 a 17.12.2020)
- Síndromes Hipertensivas na Gestação Manejo na Emergência - Fluxograma
- Trabalho de Parto Prematuro (Vigência: 17.12.2018 a 17.12.2020)
- Trabalho de parto prematuro – Fluxograma

Hematologia e Hemoterapia

- Protocolo de Atenção Integral à pessoas com Hemofilias A e B (Vigência: 24.01.2019 a 24.01.2021)
- Protocolo Transfusional – Indicação de Hemocomponentes (Vigência: 03.03.2018 à 03.03.2020)
- Protocolo de Transfusão de Hemocomponentes em Unidades da SES/DF sem Agência Transfusional (Vigência 22.11.2019 a 22.11.2021)
- Anexo 1 – Transfusão de Hemocomponentes – REQUISIÇÃO DE TRANSFUSÃO (Vigência 22.11.2019 a 22.11.2021)
- Anexo 2 – Transfusão de Hemocomponentes -TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA (Vigência 22.11.2019 a 22.11.2021)
- Anexo 3 – Transfusão de Hemocomponentes – FORMULÁRIO DE REGISTRO DE TRANSFUSÃO (Vigência 22.11.2019 a 22.11.2021)

Infectologia

- Protocolo Clínico para Uso da Anfotericina B (Vigência: 17.12.2018 a 17.12.2020)

Neonatologia

- Critérios de Admissão e Alta nas Unidades Neonatais da SES/DF (Vigência: 03.03.2016 a 03.03.2018)
- Critérios de Admissão e Alta nas Unidades Neonatais da SES/DF – Fluxograma (Vigência: 03.03.2016 a 03.03.2018)
- Limite de Viabilidade em Neonatologia (Vigência: 21.02.2020 à 21.02.2022)
- Protocolo para Tratamento de Hipertensão Pulmonar Persistente Neonatal (Vigência 22.11.2019 a 22.11.2021)

Neurologia

- Atendimento ao Paciente com Epilepsia (Vigência:05.06.2017 à 05.06.2019)
- Fluxograma do Atendimento ao Paciente com Epilepsia (Vigência:05.06.2017 à 05.06.2019)

Oftalmologia

- Protocolo de Acompanhamento de Pacientes com Estrabismo na SES-DF (Vigência: 24.01.2019 a 24.01.2021)
- Protocolo de Regulação de Cirurgias de Catarata na SES-DF (Vigência: 24.01.2019 a 24.01.2021)
- Protocolo de Regulação de Cirurgias de Glaucoma na SES-DF (Vigência: 24.01.2019 a 24.01.2021)
- Protocolo de Regulação de Cirurgias de Pterígio e Calázio na SES-DF (Vigência: 24.01.2019 à 24.01.2021)
- Protocolo de Regulação de Cirurgias de Retina da SES-DF (Vigência: 24.01.2019 a 24.01.2021)
- Protocolo de Regulação de Cirurgia Plástica Ocular na SES-DF (Vigência: 24.01.2019 a 24.01.2021)
- Protocolo de Regulação de Consulta Oftalmológica (Vigência: 24.01.2019 a 24.01.2021)

Oncologia

- Hepatocarcinoma – Uso do Sorafenibe – (Vigência 05.07.2019 a 05.07.2021 – Renovação)
- Protocolo de Câncer Renal (Vigência 30.12.2019 a 30.12.2021)
- Protocolo de Regulação de Consultas em Ginecologia Oncológica e Colposcopias (Vigência 30.12.2019 a 30.12.2021)

Pediatria

- Protocolo de Atenção à Crianças e Adolescentes com Doenças Respiratórias na Rede de Saúde do Distrito Federal – (Vigência: 24.01.2019 a 24.01.2021)
- Protocolo de Encaminhamento das Crianças e Adolescentes nas Especialidades Clínicas e Cirúrgicas nos Níveis de Atenção à Saúde – (Vigência: 24.01.2019 a 24.01.2021)

Pneumologia

- Protocolo de Tratamento dos Portadores de Enfisema Pulmonar por Deficiência de Alfa-1-Antitripsina (Vigência 30.12.2019 a 30.12.2021)
- Tratamento Medicamentoso da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica Estável (Vigência: 24.01.2019 à 24.01.2021)
- Tratamento Medicamentoso da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica Estável – Fluxograma (Vigência: 24.01.2019 à 24.01.2021)
- Linha de Cuidado de Saúde para o Paciente com Fibrose Cística (Vigência:18.012019 a 18.01.2021)

Urgência e Emergência

- Protocolo de Urgência e Emergência da SES-DF
- Fluxo de atendimento aos pacientes vítimas de traumas no Distrito Federal
- Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco nas Portas Fixas de Urgência e emergência – Adulto(vigência: 09.03.2020 à 09.03.2022)
- Protocolo Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia: Revisão (Vigência 06.12.2019 a 06.12.2021)
- Anexo 1 – Protocolo Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia: Revisão – FLUXOGRAMA (Vigência 06.12.2019 a 06.12.2021)
- Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco nas Portas Fixas de Urgência e Emergência – Pediatria (Vigência 22.11.2019 a 22.11.2021 – Revisão)
- Anexo 1 – Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco nas Portas Fixas de Urgência e Emergência – Pediatria – (Vigência 22.11.2019 a 22.11.2021 – Revisão)

Urologia

- Protocolo de Regulação de Consultas Urológicas na rede SES/DF (Vigência 30.12.2019 a 30.12.2021)
- Protocolo de Regulação de Cirurgia Eletiva em Urologia (Vigência 22.11.2019 a 22.11.2021)

PROTOSCOLOS DE ENFERMAGEM

- Manual de Orientações para o preparo e administração de medicamentos injetáveis: pacientes adultos e pediátricos (Vigência 22.11.2019 a 22.11.2021)
- Guia de Enfermagem na Atenção ao Parto e Nascimento (09.03.2020 à 09.03.2022)
- Guia de Enfermagem na Atenção Primária I (Vigência: 21.02.2018 à 21.08.2020)
- Guia de Enfermagem na Atenção Primária II (Vigência: 21.02.2018 à 21.08.2020)
- Guia de Enfermagem na Atenção Primária III (Vigência: 21.02.2018 à 21.08.2020)
- Protocolo de Atendimento ao usuário com necessidade de cateterismo vesical intermitente (Vigência: 07.08.2018 à 07.08.2020)
- Protocolo de Atendimento ao usuário com necessidade de cateterismo vesical intermitente – Fluxograma (Vigência: 07.08.2018 à 07.08.2020)
- Protocolo de Fornecimento de Fraldas Descartáveis para uso domiciliar à usuários com diagnóstico de incontinência urinária e anal permanente (Vigência:17.05.18 a 17.05.20)
- Utilização do Sistema de Manejo à Incontinência Fecal de Pacientes Internados Restritos ao Leito (Vigência: 17.12.2018 a 17.12.2020)
- Protocolo de Assistência de Enfermagem Obstétrica – Atuação nos Centros Obstétricos dos Hospitais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (Vigência 06/12/2019 a 06/12/2021)

PROTOSCOLOS DE FISIOTERAPIA

- Condutas Fisioterapêuticas em UTI Adulto na SES-DF (Vigência: 30.06.2017 à 30.06.2019)
- Condutas Fisioterapêuticas em UTI Neonatal e Pediátrica (Vigência:03.03.2016 à 03.03.2018)
- Conduta Fisioterapêutica na Atenção Domiciliar do Distrito Federal (Vigência:17.05.18 a 17.05.20)
- Condutas Fisioterapêuticas nas Enfermarias da SES-DF (Vigência:03.03.2016 à 03.03.2018)
- Condutas Fisioterapêuticas nos Ambulatórios da SES-DF (Vigência:03.03.2016 à 03.03.2018)
- Condutas Fisioterapêuticas nas Unidades de Urgência e Emergência Adulto da SES-DF (Vigência: 21.02.2018 à 21.02.2020)

PROCOLOS DE NUTRIÇÃO

- Protocolo
Assistência_Nutricional_do_Adulto_em_Terapia_Intensiva
(Vigência 22.11.2019 a 22.11.2021)

PROCOLOS DE ODONTOLOGIA

- Atendimento Odontológico à Pessoas com Deficiência – (Vigência: 06.12.2016 à 11.01.2021)
- Atendimento Odontológico em UTI – (Vigência: 06.12.2016 à 11.08.2020)
- Cirurgia Oral Menor (Vigência: 30.06.2017 à 11.08.2020)
- Disfunção Temporomandibular e Dor orofacial (Vigência: 30.06.2017 à 11.08.2020)
- Endodontia – (Vigência: 06.12.2016 à 06.12.2018)
- Estomatologia (Vigência: 30.06.2017 à 11.01.2021)
- Odontologia na Atenção Primária – (Vigência: 06.12.2016 à 11.01.2021)
- Odontopediatria– (Vigência: 06.12.2016 à 11.01.2021)
- Ortodontia – Atendimento na SES-DF (Vigência:03.03.2016 à 11.08.2020)
- Periodontia (Vigência: 30.06.2017 à 11.08.2020)
- Protocolo de Laserterapia de Baixa Potência da SES/DF (Vigência 06.12.2019 a 06.12.2021)
- Prótese Dentária (Vigência: 30.06.2017 à 11.01.2021)
- Radiologia Odontológica e Imaginologia Dento-Maxilo-Facial (Vigência: 21.02.2018 à 11.01.2021)
- Urgências Odontológicas (Vigência: 30.06.2017 à 11.08.2020)

PROCOLOS DE SERVIÇO SOCIAL

- Protocolo de Atendimento do Serviço Social nas Unidades de Pronto Atendimento – UPA 24h (Vigência 22.11.2019 a 22.11.2021)⁷

⁷ <http://www.saude.df.gov.br/protocolos-aprovados/> em 11/02/2021

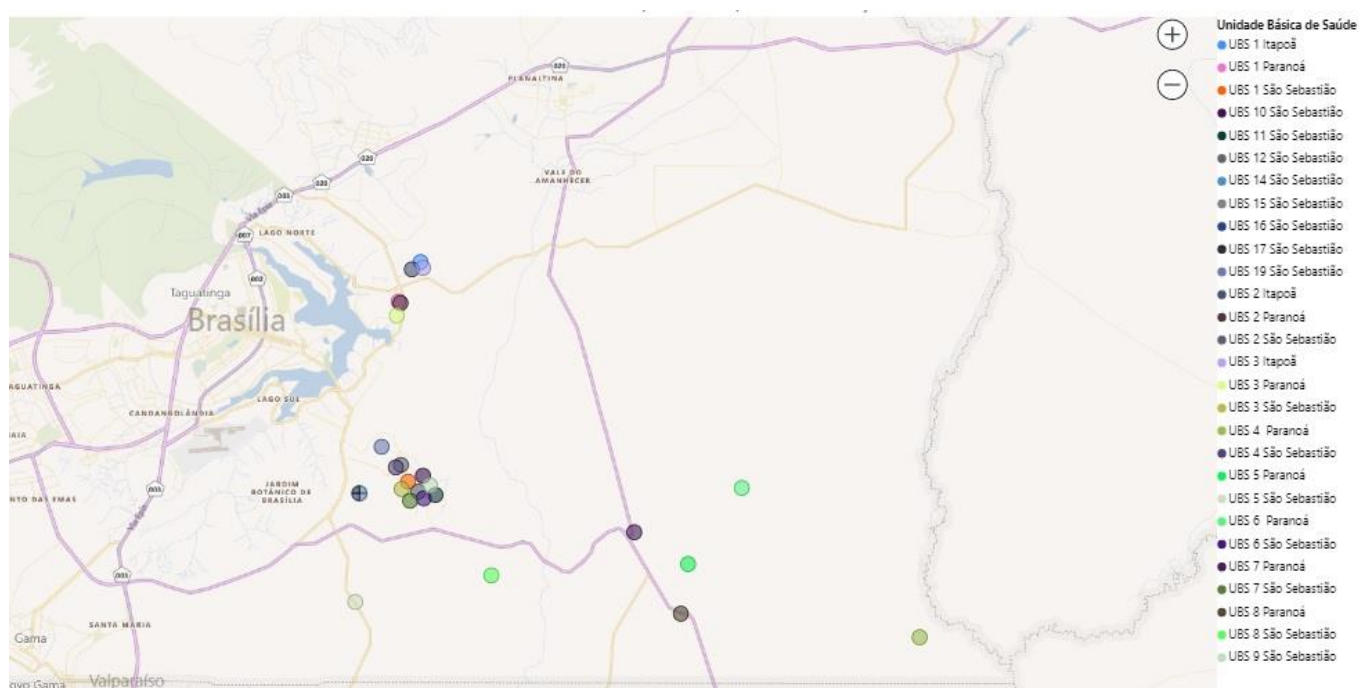
6.6 AMEAÇAS

- Extensão do território da Região Leste

A Região Leste possui o segundo maior território geográfico das Regiões de Saúde do DF, perdendo em extensão somente para a Região Norte (Planaltina e Sobradinho). A Leste possui duas das regiões rurais mais vastas do DF, o Paranoá e São Sebastião, sendo essa primeira a zona rural que possui o maior distanciamento entre suas unidades de Saúde.

Na figura 4 podemos ver como são distribuídas no mapa do DF as Unidades Básicas de Saúde da Região Leste.

Figura 14: UBS da Região Leste – Localização no mapa



Fonte: Sala de Situação DF

A extensão do território é um dificultador enorme para a garantia de acesso da população aos dispositivos da saúde.

Por exemplo, a UBS nº 4 Paranoá – Jardim II fica localizada há 80Km do hospital de referência da região, o HRL. É uma região pobre em meios de transporte públicos e

caracterizada por população que vive da agricultura familiar. A população desse território possui extrema dificuldade em recorrer ao Hospital da Região ou aos serviços ambulatoriais da AAE Leste devido a distância física desses pontos de atenção à saúde ao seu território.

Essa extensão territorial prejudica não somente o acesso da população aos serviços, mas a logística de distribuição de materiais, insumos e equipes profissionais da Superintendência de Saúde Leste.

Lidar com um território tão amplo é um desafio que necessita de recursos de transporte público e sanitário para minimizar os danos à população.

- Reduzida disponibilidade de profissionais especialistas na região.

A Leste é uma região que possui um número limitado de servidores, sendo uma das regiões do DF com menor provisão de profissionais na ativa disponíveis.

Abaixo a Tabela com o número total de servidores e suas respectivas cargas horárias disponíveis no SIGRH – Sistema de Gestão de Recursos Humanos, por unidade de Trabalho da AAE.

A Policlínica Paranoá se destaca por ser a unidade com maior número de servidores e carga horária total, porém também é o ponto de atenção que oferta o maior número de especialidades médicas e não médicas.

Ressalta-se que a UPA atualmente é gestada pelo IGES e possui uma rede própria de profissionais. Na Tabela abaixo estão inseridos somente os profissionais e servidores vinculados à SESDF e não ao IGES, como vínculo empregatício.

Tabela 6 - Servidores por estabelecimento local da DIRASE Leste – Número de Servidores e Carga Horária

Local de Trabalho - CNES	Número de Servidores	Carga Horária Semanal
Policlínica Paranoá	70	2.016

continua

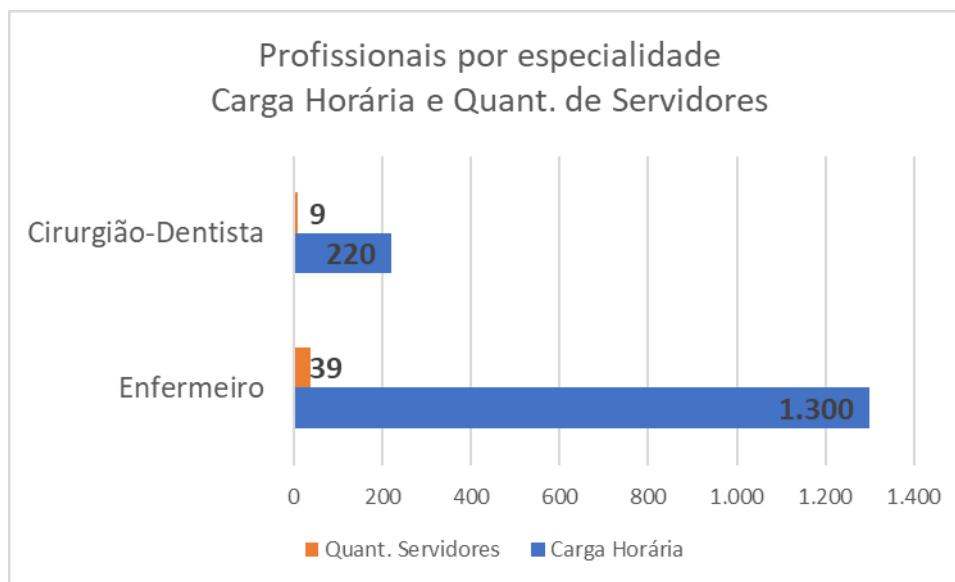
Local de Trabalho - CNES	Número de Servidores	continuação
		Carga Horária Semanal
UPA São Sebastião	62	1.712
Casa de Parto SS	40	1.284
Policlínica S. Sebast.	31	892
CAPS Paranoá	19	504
CAPS Itapoã	17	584

Fonte: <http://info.saude.df.gov.br/area-tecnica/gestao-de-pessoa-forca-de-trabalho/> em 17/12/2020.

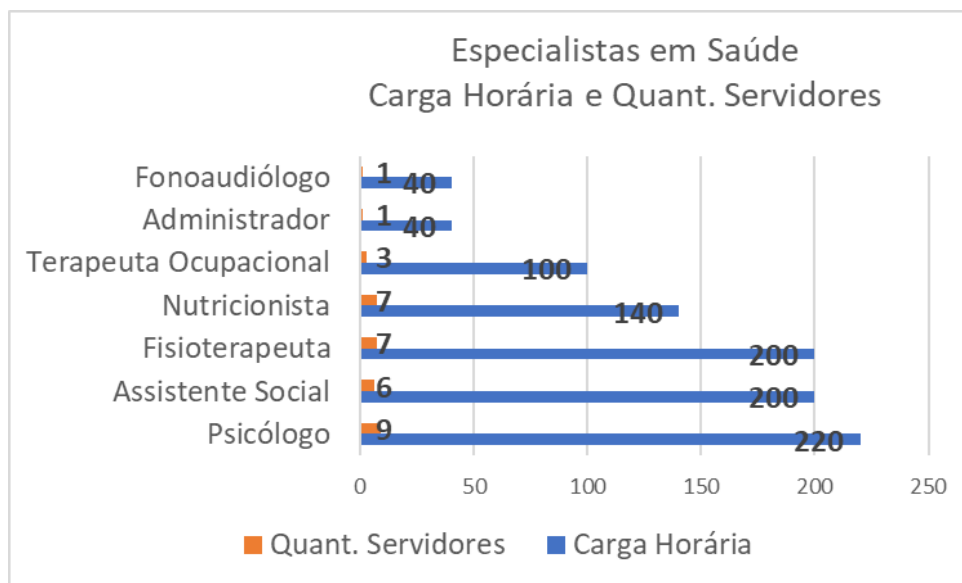
O número de profissionais é insuficiente para a cobertura de todos os pontos de atenção à saúde da Região.

Nos gráficos abaixo as especialidades e suas respectivas cargas horárias disponíveis na Região.

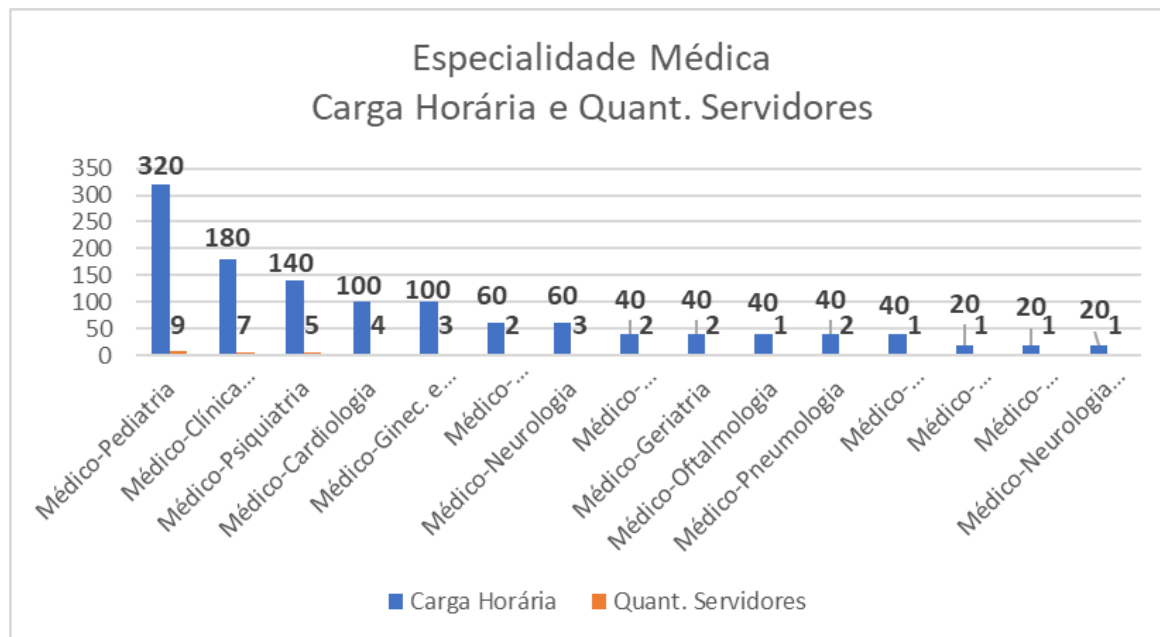
Gráfico 2 - Carga Horária por Categoria Profissional – Enfermeiro e Cirurgião-Dentista



Fonte: <http://info.saude.df.gov.br/area-tecnica/gestao-de-pessoa-forca-de-trabalho/> em 17/12/2020.

Gráfico 3 - Carga Horária por Categoria Profissional – Especialistas em Saúde

Fonte: <http://info.saude.df.gov.br/area-tecnica/gestao-de-pessoa-forca-de-trabalho/> em 17/12/2020.

Gráfico 4 - Carga Horária por Categoria Profissional – Especialidade Médica

Fonte: <http://info.saude.df.gov.br/area-tecnica/gestao-de-pessoa-forca-de-trabalho/> em 17/12/2020.

- Sistemas de Informação da SESDF desarticulados

A Atenção Hospitalar da SESDF utiliza-se do sistema unificado de informação da rede pública TrakCare®. O Sistema é um registro eletrônico de procedimentos e registros profissionais. Concentra o prontuário eletrônico do usuário e está disponível para acesso a todos os profissionais de saúde cadastrados em unidades Hospitalares e algumas ambulatoriais.

O TrakCare® é utilizado em todos os hospitais da rede pública do DF, exceto o Hospital de Base, pois esse hospital é de administração do Instituto de Gestão Estratégica do Distrito Federal e utiliza sistema próprio.

Os serviços da AAE têm sistemas de registro informação de outras naturezas, incluindo o prontuário tradicional, arquivado e armazenado somente em suas unidades. Algumas, como as policlínicas utilizam o TrakCare®, porém ele não é um sistema unificado dentro da AAE do DF.

A APS utiliza como prontuário eletrônico o e-SUS. O e-SUS é uma estratégia para reestruturar as informações da APS em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde.

Os sistemas de informação TrakCare®, e-SUS e os prontuários tradicionais, em papel, não são compatíveis entre si, não tendo nenhuma comunicabilidade entre eles. Uma Unidade Básica de Saúde, por exemplo, não consegue acessar as informações de atendimento e exames de um usuário internado em uma unidade hospitalar, ou que foi atendido por algum profissional da AAE. Da mesma forma os profissionais da AAE e da AH não conseguem acessar os dados cadastrais, procedimentos realizados e encaminhamentos feitos pela APS no e-SUS. A informação fica fragmentada e a atenção geral ao paciente fica comprometida, podendo haver até equívocos em conduções clínicas por falta das informações completas de prontuário.

7 CONCLUSÃO

Esse trabalho descreveu a organização da Atenção Ambulatorial Especializada no Distrito Federal, em especial na Região de Saúde Leste, consolidando um histórico a fim de colaborar com o registro documental da organização do nível de atenção e a gestão do conhecimento. É uma contribuição para a gestão da Região de Saúde Leste, uma análise sobre o processo iniciado em 2017 pela SESDF e que ainda necessita de um grande percurso para se consolidar e se fortalecer.

Foi apresentada uma síntese histórica sobre o processo de organização da Atenção Ambulatorial Secundária (AAS) no contexto da saúde pública brasileira e da ordenação das Redes de Atenção, contemplando o surgimento conceitual da terminologia de designação, contextualizando-a no âmbito das Redes de Atenção e em suas interfaces com os pressupostos da Política Nacional de Regulação.

Foi realizado um resgate da documentação político-administrativa da Reforma Sanitária do Distrito Federal (2015-19) pertencente aos fundos documentais do governo do DF e apresentados sumariamente a estruturação da Rede de Atenção, conferindo destaque para o projeto que firmou as balizas da Atenção Ambulatorial Especializada. A Reforma Sanitária no DF iniciou-se pela Atenção Primária a Saúde e ficou evidente a necessidade premente de ocorrer a organização dos demais níveis estruturais, principalmente o nível secundário de saúde, que se articulou e integrou o trabalho da APS numa linha de cuidado integral à saúde.

É de extrema importância destacar o papel primordial que a organização da AAE na Região Leste teve na Reforma Sanitária do DF. Só a partir da expertise alcançada pela região, assim como seu trabalho de diagnóstico, qualificação e implementação da organização secundária, que a SESDF desenvolveu as portarias e normativas que formalizaram a Atenção Ambulatorial Secundária em âmbito distrital.

Diagnóstico Situacional e a Análise SWOT da organização da AAE da região Leste serviram como instrumento de gestão para identificar os problemas, potencialidades, desafios e necessidades futuras. Um documento que poder ser norteador para a gestão local se organizar e enfrentar seus principais desafios.

Destacam-se como pontos positivos da organização da AAE na Leste: pioneirismo na organização da AASE no Distrito Federal; planificação da Atenção à Saúde e consultoria do CONASS; diversidade de serviços e pontos de atenção da região; matriciamento realizado pelos profissionais; continuidade da consultoria do CONASS na organização da AASE da Região Leste; organização do Cuidado em linhas de Atenção com base nas RAS, possibilidades de ampliação do matriciamento e oferta de protocolos de especialidades na SESDF.

Como sinais de alerta e desafios a serem enfrentados evidencia-se: a fragmentação dos serviços da Rede de Atenção à Saúde no DF; a alta rotatividade dos profissionais na APS e na AASE; os profissionais “mal distribuídos” na RAS; a falta de informação sobre produtividade na AASE; extensão do território da Região Leste; reduzida disponibilidade de profissionais especialistas na região; sistemas de Informação da SESDF desarticulados.

8. REFERÊNCIAS

1. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Planificação da atenção primária à saúde: um instrumento de gestão e organização da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada nas Redes de Atenção à Saúde*. [ed.] Cavalcante Carmem CB, Lins Maria Zélia S, organizadores Guimarães Alzira MDN. Brasília : CONASS, 2018.
2. —. *Debate – Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada*. [ed.] Mendes Eugênio V, Nicoletti Regina, Rehem Renilson, Scotti Ricardo F, coordenação do livro Cruz Adriane. Brasília : CONASS, 2016.
3. Solla, J. & Chioro, A. (2008). Atenção ambulatorial especializada. In Giovanella, L. et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz .
4. Brasil. Ministério da Saúde. *Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS - Secretaria de Atenção à Saúde*. Brasília; DF : Ministério da Saúde, 2014.
5. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *CONASS Debate – Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada*. Brasília : CONASS, 2016.
6. Brasil. Fiocruz. Mestrado Profissional Políticas Públicas em Saúde: Linhas de Pesquisa. *Fiocruz Brasília*. [Online] 08 de 10 de 2019. <https://ppgpps.fiocruz.br/index.php/apresentacao/linhasdepesquisamain>.
7. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. *Documento Orientador de Apoio aos Debates da 16ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília : Ministério da Saúde, 2019.
8. Yin, RK. *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos*. 2ª. Porto Alegre : Bookman, 2001.
9. Almeida, R. Estudo de caso: foco temático e diversidade metodológica . *Métodos de pesquisa em Ciências Sociais: Bloco Qualitativo*. São Paulo : CEBRAP, 2016.
10. Dias, JL , Becker, GV *Abordagem Histórico-Longitudinal em Pesquisas de Administração Estratégica*. Edição Especial, 2013, Revista Gestão Organizacional, p. Vol. 6.
11. Baldin, N e Munhoz, E. *Snowball (Bola de Neve): Uma Técnica Metodológica para Pesquisa em Educação Ambiental Comunitária*. Curitiba : Universidade Católica do Paraná, 2011. X Congresso Nacional de Educação.
12. Vinuto, J. *A Amostragem em Bola de Neve na Pesquisa Qualitativa: Um debate em Aberto*. Campinas : Temática, 2014.
13. Santos, AL, Silva, EM e Marcon, SS. *Assistência às Pessoas com Diabetes no Hiperdia: potencialidades e limites na perspectivas de enfermeiros*. Florianópolis : Texto & Contexto - Enfermagem, 2018.
14. Souza e Souza LP, Souza AMV de, Pereira KG, Figueiredo T, Bretas TCS, Mendes MAF, Freitas Santana JM de, Mota Écila C, Oliveira e Silva CS de. *Matriz swot como ferramenta de gestão para melhoria da assistência de enfermagem:: estudo de caso em um hospital de ensino*. *Rev. G&S [Internet]*. 2º de agosto de 2017 [citado 22º de outubro de 2021];4(1):1633-4. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/207>

15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 4.279. Brasília, DF : s.n., 30 de dezembro de 2010.
16. BIREME. Descritores em Ciências da Saúde. *Biblioteca Virtual em Saúde* . [Online] 25 de março de 2020. <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxisl660.exe/decssserver/>.
17. Rocha, Daniel Carvalho. *Gestão do Cuidado na Atenção Ambulatorial Especializada: Elementos para Pensar uma Política*. Campinas. SP : UNICAMP, 2014.
18. Brasil. *Decreto 7.508*. Brasília/DF : Casa Civil, 2011.
19. —. *Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES*. Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
20. Vilaça, Mendes Eugênio. *As redes de atenção à saúde*. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
21. Feltrin et al, AFS . *A regulação da assistência sob a ótica dos usuários em um ambulatório de especialidades regional..* s.l. : Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA)/BR, Jul-Dez de 2019, CuidArte Enfermagem, pp. 159-163.
22. Batista, SR, Vilarins, GCM, Lima, MG, Silveira, TB. *O Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal e o desafio da integração entre os níveis assistenciais*. Cien Saude Colet [periódico na internet] (2019/Mar). [Citado em 22/10/2021]. Está disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/o-complexo-regulador-em-saude-do-distrito-federal-e-o-desafio-da-integracao-entre-os-niveis-assistenciais/17152?id=17152>
23. Brasil. Portaria N° 1.559. [ed.] Ministério da Saúde. Brasília : Diário Oficial da União, 01 de agosto de 2008.
24. Cavalcanti et al, Cruz DF, Padilha WWN. *Desafios da Regulação Assistencial na Organização do Sistema Único de Saúde*. 2018, Revista Brasileira de Ciências da Saúde, Vol. Volume 22, pp. 181-188.
25. Barbosa DVS, B,arbosa NB, Najberg E *Regulação em saúde: desafios à governança do SUS..* Rio de Janeiro : s.n., 2016, Cadernos de Saúde Coletiva, pp. 49-54.
26. Brasil. Portal da Saúde. *DataSUS*. [Online] 28 de agosto de 2020. <http://datasus1.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/regulacao/sisreg>.
- 27 Guedes et al, Bruno AP. *A organização da atenção ambulatorial secundária na SESDF* N° 6, Rio de Janeiro : s.n., 2019, Ciência & Saúde Coletiva, Vol. Vol 24.
28. Fonseca, HLP. *A Reforma da Saúde de Brasília, Brasil*. N° 6, Rio de Janeiro : s.n., 2019, Ciência & Saúde Coletiva, Vol. Volume 24.
29. Brasil. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. *Plano de Saúde 2016-2019*. Brasília : Governo de Brasília, 2016. Versão aprovada conforme Resolução CSDF N°457, de 05 de abril de 2016.
30. Marques et al, LP *Curso para Mudança do Modelo da Atenção Primária em Região de Saúde do Distrito Federal..* Rio de Janeiro : s.n., 2018, Ciências Saúde, Vol. Volume 29.

31. Gottens, L. B. D., Raggio, A. M. B., Oliveira, A. d., Roque, M. V., & Bittencourt, R. J. (2017). A Regionalização da gestão da saúde no DF: O caminho para a “ponta” virar centro.
32. Distrito Federal. Governo do Distrito Federal. *Decreto 37.057*. Brasília, DF : Diário Oficial do Distrito Federal, 14 de janeiro de 2016.
33. —. Secretaria de Estado da Saúde (SES). *Portaria nº 77*. Brasília, DF : Diário Oficial do Distrito Federal, 17 de fevereiro de 2017.
34. Soranz, D. *Reformas de sistemas de saúde informadas..* Nº 6, Rio de Janeiro : s.n., 2019, Ciência & Saúde Coletiva, Vol. Volume 24.
35. Distrito Federal. Secretaria de Saúde (SESDF). Portaria 773. *Estabelece diretrizes e normas para a organização da Atenção Ambulatorial Secundária*. Brasília : Diário Oficial do Distrito Federal, 19 de julho de 2018.
36. Distrito Federal, Conselho de Saúde. *Resolução 505*. Brasília : Diário Oficial do Distrito Federal Nº 196, 2018.
37. Distrito Federal. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. *Governo do Distrito Federal*. [Online] [Citado em: 06 de fevereiro de 2021.] <http://www.saude.df.gov.br/crdf/>.
38. Distrito Federal. Secretaria de Saúde. . Portaria nº 1388, de 12 de dezembro de 2018. *Estabelece a Política Distrital de Regulação do acesso aos serviços públicos de saúde no Distrito Federal*. Brasília : Diário Oficial do Distrito Federal, 20 de dezembro de 2018.
39. Governo do Distrito Federal. *Diário Oficial do Distrito Federal nº 167*. Brasília, DF : s.n., 03 de setembro de 2019. PLENÁRIO DO COLEGIADO DE GESTÃO. página 8.
40. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. InfoSaúde-DF. *Sala de Situação*. [Online] 28 de setembro de 2020. <http://info.saude.df.gov.br/area-tecnica/populacao/>.
41. Superintendência de Saúde Leste. *Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis da Região Leste - 2020/2023*. Brasília : Documento interno, 2020.
42. Evangelista et al, MJO . *O Planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde no DF, Brasil..* Rio de Janeiro : s.n., 2019, Ciência & Saúde Coletiva, Vol. Volume 24.
43. GDF. Secretaria de Saúde do Governo do Distrito Federal. *Carta de Serviços ao Cidadão*. [Online] 17 de setembro de 2020. file:///C:/Users/R%C3%BAbia/Documents/SES/Cartas%20de%20Servi%C3%A7o/Carta-Servic%CC%A7os-da-Sau%CC%81de_Cidada%CC%83o.pdf.
44. Governo do Distrito Federal - Secretaria de Saúde Região de Saúde Leste. *Relatório de Gestão 2015 - 2018*. Brasília :, 2018.
45. GDF. Secretaria de Saúde do Governo do Distrito Federal. *Gerência de Odontologia*. [Online] 17 de setembro de 2020. <http://www.saude.df.gov.br/odontologia/>.
46. Barbosa, NCT. *A Educação Permanente em Saúde: Uma Análise Dos Projetos De Intervenção Apresentados Por Gestores De Saúde Durante A Participação No Curso De Micropolíticas (Ead) Da Universidade Federal Fluminense*. Niterói : Universidade Federal Fluminense, 2016.

47. Resende, DA. *Planejamento Estratégico para Organizações Públicas e Privadas*. Rio de Janeiro : Brasport, 2008.
48. Mendes, EV. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia de saúde da família*. Brasília : Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), 2012.
49. Garcia, EC et al. O Matriciamento como Ferramenta para a Integração entre a Atenção Primária à Saúde e a Atenção Ambulatorial Especializada na Região Leste do Distrito Federal. [A. do livro] CONASS. *CONASS Documenta - Estudos Sobre a Planificação da Atenção à Saúde no Brasil 2008 a 2019: Uma Revisão de Escopo*. Brasília : Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2020.
50. Brasil. Ministério da Saúde. *Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores*. Brasília : Normas e Manuais Técnicos, 2006.
51. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística . *Censo Demográfico*. [Online] 2010. <https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>.
52. CODEPLAN. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. *PDAD – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios*. [Online] 2018. <http://www.codeplan.df.gov.br/pdad/>.
53. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. *Portaria nº 78*. Brasília, DF : Diário Oficial do Distrito Federal, 14 de fevereiro de 2017.
54. Hulley, SB et al. *Delineando a Pesquisa Clínica*. 4ª edição. Porto Alegre : Artmed, 2015.
55. Fontelles et al, MJ. *Metodologia da Pesquisa Científica: Diretrizes para a Elaboração de um Protocolo de Pesquisa*. Manaus : UNAMA, 2009. Trabalho realizado no Núcleo de Bioestatística Aplicado à pesquisa da Universidade da Amazônia.
56. Evangelista et al, MJO. *O Planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde no DF*. Brasília : Ciênc. saúde coletiva, 2019. Vol. Vol. 24.
57. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. *Critérios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação das Ações e Serviços de Saúde no Âmbito do SUS*. Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

9. ANEXOS

PORTARIA Nº 773, DE 19 DE JULHO DE 2018

Estabelece diretrizes e normas para a organização da Atenção Ambulatorial Secundária.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, no exercício das atribuições que lhe conferem o artigo 105 da Lei Orgânica do Distrito Federal, o Decreto nº 23.212 de 6 de setembro de 2002, e o artigo 448 do Regimento Interno da Secretaria de Saúde, aprovado pelo Decreto nº 34.213, de 14 de março de 2013, publicado no DODF nº 54, de 15 de março de 2013,

Considerando o art. 198 da Constituição e a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que determinam que o SUS seja organizado em rede de serviços de maneira regionalizada e hierarquizada e que estabelecem as diretrizes e princípios do SUS, garantindo a universalidade e a equidade no acesso, bem como a participação popular e a descentralização administrativa no SUS;

Considerando a Portaria GM/MS nº 55, de 24 de fevereiro de 1999, que dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio (TFD) no SUS;

Considerando a Lei Complementar Federal nº 101, de 4 de maio de 2000, que determina que a gestão pública deve ser realizada com responsabilidade fiscal, a partir de ações planejadas, garantida a transparência, prevenindo riscos e corrigindo desvios capazes de afetar o equilíbrio das contas públicas;

Considerando a Política Nacional de Humanização (2003), que busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar;

Considerando a Portaria GM/MS Nº 1559, de 1º de agosto de 2008, que institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS como instrumento de gestão que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo;

Considerando a Portaria GM/MS nº 1.034, de 5 de maio de 2010, que estipula requisitos para a contratação complementar de serviços, tendo como referência a capacidade da rede SUS em prover condições de ampliação por meio de serviços públicos;

Considerando o Decreto Presidencial nº 7.469, de 4 de maio de 2011, que regulamenta a Lei Complementar nº 94, de 19 de fevereiro de 1998, que autoriza o Poder Executivo a criar a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno - RIDE e instituir o Programa Especial de Desenvolvimento do Entorno do Distrito Federal;

Considerando a Portaria SES nº 201, de 6 de agosto de 2015, que designa Grupo de Trabalho para analisar, estudar e propor mudanças na regulação ambulatorial do SUS-DF, com vistas a ampliar acesso da população aos serviços especializados;

Considerando a Portaria SES nº 69, de 9 de fevereiro de 2017, que define as especialidades e áreas de atuação dos cargos das carreiras médicas que compõem o quadro de pessoal da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal;

Considerando a Portaria SES/SEPLAG nº 08, de 19 de julho de 2006, que estabelece, dentre outras providências, as atribuições das especialidades dos cargos das carreiras: Assistência Pública à Saúde do Distrito Federal, Cirurgião Dentista, Enfermeiro e Médica;

Considerando a Portaria SES nº 77, de 14 de fevereiro de 2017, que estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal;

Considerando o Decreto Distrital nº 38.017, de 21 de fevereiro de 2017, que aprova o Regimento Interno das Superintendências das Regiões de Saúde, Unidades de Referência Assistencial e das Unidades de Referência Distrital, da Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências;

Considerando o Decreto Distrital nº 38.488, de 13 de setembro de 2017, que cria a estrutura do Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal, como autoridade sanitária para a regulação de todos os serviços de saúde no âmbito do SUS do Distrito Federal;

Considerando a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, trazendo diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência;

Considerando a Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde;

Considerando o Decreto Distrital nº 38.982, de 10 de abril de 2018, que altera a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências;

Considerando a necessidade de padronização e validação de um novo modelo de regulação da atenção ambulatorial no âmbito do SUS/DF;

Considerando a necessidade de buscar a eficácia, eficiência e efetividade dos serviços ambulatoriais especializados de saúde, RESOLVE:

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Portaria estabelece diretrizes e normas para a organização da Atenção Ambulatorial Secundária no âmbito do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal.

Art. 2º Para os fins desta Portaria, considera-se:

I Atenção Ambulatorial Secundária (AASE) é o conjunto de ações e serviços especializados em nível ambulatorial, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, que compreende serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico;

II Carteiras de Serviços são os documentos que estabelecem a relação de ações e procedimentos a serem ofertados nos diversos pontos de atenção dos equipamentos públicos de saúde, de maneira a organizar a oferta de serviços no âmbito do Distrito Federal;

III Matriciamento é o processo de intervenção pedagógico-terapêutica criado por duas ou mais equipes, em contrução compartilhada, consistente em oferecer suporte técnico especializado a uma equipe interdisciplinar de saúde, a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações, invertendo a lógica da fragmentação dos saberes.

Art. 3º As ações e serviços de saúde da Atenção Ambulatorial Secundária (AASE) serão organizados de acordo com as diretrizes e princípios do SUS, especialmente: suficiência: as ações com o mesmo grau de complexidade previstas e realizadas em um mesmo nível de atenção não devem ser ofertadas em outros níveis assistenciais; complementaridade: as ações devem ser complementares aos demais níveis de atenção; territorialidade: as ações e serviços devem estar vinculados a uma área de abrangência; acesso regulado: o conjunto de atendimento será prestado por meio de Fluxos e Protocolos de encaminhamentos da SES/DF e controlados por meio de sistema informatizado de regulação, sob supervisão do Complexo Regulador do Distrito Federal (CRDF); coordenação pela Atenção Primária em Saúde: funcionamento em Redes de Atenção e Linhas de Cuidado buscando a integralidade, tendo a APS como ordenadora do cuidado; caráter multiprofissional: a Atenção Ambulatorial Secundária é composta especialistas focais das diversas profissões ligadas à saúde; cooperação: a Atenção Ambulatorial Secundária deve contribuir com os demais níveis de atenção, principalmente com a Atenção Primária, para promover a integralidade do cuidado; perfil epidemiológico: devem ser consideradas as características sanitárias de cada comunidade para direcionamento das ações assistenciais e qualificação da gestão em saúde.

Parágrafo único. Em caráter transitório, mediante aprovação do Colegiado de Gestão da SES/DF, as unidades de atenção ambulatorial secundária podem realizar ações de imunização e outras ações básicas em territórios sem cobertura de saúde da família, até que se estabeleça a cobertura, nos termos da regulamentação própria.

CAPITULO II

DA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AMBULATORIAL SECUNDÁRIA

Art. 4º A Atenção Ambulatorial Secundária (AASE) na Rede de Atenção de Saúde (RAS) do Distrito Federal é coresponsável pela assistência aos usuários, cumprindo o objetivo de garantir retaguarda assistencial e consultoria aos processos de cuidado, que se fundamentam no vínculo principal mais frequente com Atenção Primária em Saúde, articulando-se ainda com a atenção hospitalar e à rede de urgências e emergências.

Seção I

Da Carteira de Serviços da Atenção Ambulatorial Secundária

Art. 5º As Carteiras de Serviços da AASE serão estruturadas de acordo com a demanda dos usuários e os dados epidemiológicos das respectivas áreas de abrangência e terão como função:

I a organização e o fortalecimento da gestão do trabalho das equipes e serviços;

II a definição das atividades assistenciais oferecidas;

III o estabelecimento de requisitos de desempenho para profissionais, equipes e serviços;

IV a definição de necessidades de educação permanente e desenvolvimento profissional continuado para profissionais e equipes;

V a organização das atividades docente-assistenciais de graduação e pós-graduação desenvolvidas na rede de atenção à saúde do DF.

Art. 6º As ações e procedimentos previstos nas Carteiras de Serviços serão realizados por profissionais de saúde habilitados, respeitadas as atribuições dos cargos e carreiras específicas, bem como os protocolos vigentes e as evidências científicas consolidadas.

Seção II

Do Funcionamento dos Serviços da Atenção Ambulatorial Secundária

Art. 7º Os serviços da AASE devem ser regulados, prioritariamente, a partir da Atenção Primária, respeitando os fluxos e protocolos da SES/DF:

I - o Complexo Regulador do Distrito Federal (CRDF) é responsável pelo processo de regulação do acesso à AASE na SES/DF;

II - somente o CRDF poderá promover o agendamento de consultas e procedimentos para pacientes provenientes de outras unidades da Federação, inclusive da RIDE, por meio de TFD, convênios e acordos de cooperação específicos, ressalvados os casos de urgência e emergência, que podem ser atendidos mediante contato e orientação da Central de Regulação de Urgências (CERU), conforme regulamentação própria;

Art. 8º Os atendimentos da Atenção Ambulatorial Secundária são realizados em ambulatórios, que podem funcionar em hospitais, policlínicas ou centros de especialidades, e devem abranger:

I - Linhas de Cuidado Obrigatórias por Região de Saúde: Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, Atenção à Saúde da Mulher, Atenção à Saúde da Pessoa com Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Atenção à Saúde Bucal;

II - Linhas de Cuidado Preferenciais: Atenção à Saúde da Pessoa com Doenças Infecciosas (IST/AIDS e doenças tropicais), Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, Práticas Integrativas em Saúde e Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência;

III - demais serviços ambulatoriais da atenção secundária que não sejam de atuação relacionada à atividades hospitalares.

Art. 9º As policlínicas deverão contar ao menos com 3 (três) especialidades médicas e 3 (três) especialidades não-médicas, dentre elas: odontologia, enfermagem, nutrição, serviço social, psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional.

Art. 9º As policlínicas deverão contar ao menos com 3 (três) especialidades médicas e 3 (três) especialidades não-médicas, dentre elas: odontologia, enfermagem, nutrição, serviço social, psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e farmácia. (Artigo alterado(a) pelo(a) Portaria 1164 de 22/10/2018)

Art. 10. Além das ações assistenciais, a interação com a Atenção Primária em Saúde dá-se por meio de suporte às equipes NASF-AB, equipes de saúde da família (eSF) e na atuação das Policlínicas como locais de educação permanente.

Parágrafo único. As Unidades de AASE deverão atuar como espaço de educação em saúde para profissionais da Atenção Primária à Saúde, recomendando-se que no mínimo 10% e no máximo 20% da carga horária total disponível em cada especialidade sejam dedicados a ações de matriciamento, conforme necessidades identificadas no território e mediante programação e autorização prévia pela Gerência de Serviços de Atenção Secundária (GSAS);

Art. 11. Nas unidades da AASE onde houver sala de vacina, seu funcionamento se dará durante todo o período de funcionamento da unidade.

Art. 12. A totalidade das vagas de atendimento especializado das Unidades de AASE serão reguladas, respeitadas as normas próprias, com prioridade para a utilização do sistema de regulação pela Atenção Primária.

§ 1º Não haverá previsão de vagas em Unidades de AASE para atendimento especializado em demanda espontânea.

§ 2º O encaminhamento para AASE deve ser feito por meio do sistema informatizado de regulação, com a descrição do agravo que motivou o encaminhamento ao especialista focal e sempre que possível com os resultados dos exames complementares pertinentes, a fim de qualificar o processo assistencial, assegurando sua resolutividade.

§ 3º Os encaminhamentos provenientes da APS que não respeitem fluxos e protocolos adotados deverão ser notificados ao Gerente de Serviços de Atenção Secundária (GSAS) responsável pela unidade.

§ 4º O GSAS deverá emitir relatório mensal com taxa de absenteísmo e avaliação da adequação dos encaminhamentos provenientes da APS, baseados nos fluxos e protocolos vigentes.

§ 5º Quando necessária, a consulta de retorno deverá ser agendada pelo sistema informatizado de regulação, observado o seguinte:

I-o usuário deve sair da Unidade com seu retorno agendado;

II-o sistema de agendamento é único e exclusivo;

III-se houver algum impedimento da Unidade em realizar a consulta na data programada, esta deverá proceder sua remarcação e comunicar ao usuário.

Art. 13. As Unidades de AASE deverão oferecer meios de registro de sugestões, críticas ou reclamações, assim como os contatos da ouvidoria afixados de forma visível.

Art. 14. As Unidades deverão manter o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) atualizado.

Art. 15. O GSAS deverá estabelecer fluxo interno de acolhimento, abertura de prontuário, encaminhamento aos diversos setores, agendamento de retorno e contrarreferência do usuário, com plano de cuidado preenchido para a APS.

Art. 16. Os usuários devem ter plano de cuidado registrado em prontuário, pelo profissional assistente, devendo também ser encaminhado à equipe de Saúde da Família de referência.

Art. 17. Os serviços de AASE deverão promover ações coletivas, como grupos, oficinas, salas de espera, vídeos e outros, a fim de transmitir informações, orientar o autocuidado e reduzir agravos.

Art. 18. As Carteiras de Serviços dos Centros de Atenção Psicossocial, Instituto de Saúde Mental, Adolescento, Centro Especializado em Reabilitação, Centro de Orientação Médico Psico-Pedagógico, Serviços de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual e doméstica - ambulatório do PAV "Flores em Rede", ambulatório do Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei - PIGL e outros Centros de Referência Ambulatoriais serão estabelecidas em instrumento específico.

Art. 19. A Carteira de Serviços da AASE não abrange:

I-internação hospitalar;

II-procedimentos para fins de diagnóstico ou terapêuticos que requeiram internação ou que demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas;

III-atendimentos ambulatoriais hospitalares de caráter terciário ou que requeiram, por sua natureza, atenção em âmbito hospitalar.

Seção III

Dos Agendamentos e Duração das Consultas na AASE

Art. 20. As agendas da AASE para atendimento de consultas deverão ser parametrizadas conforme descrito abaixo:

I-as consultas terão previsão de duração de até 20 minutos;

II-os agendamentos deverão ocorrer com hora marcada preenchendo todo o horário de funcionamento da unidade;

III-os percentuais de consultas de primeira vez e de retorno serão definidos pelas Superintendências das Regiões de Saúde de acordo com as orientações dadas pela Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde (SAIS), em vista dos relatórios de oferta e demanda emitidos

IV-pelo CRDF, considerando o tempo de espera por primeira consulta e a indicação de acompanhamento periódico pela AASE;

V-deve-se evitar a permanência do paciente no nível secundário de atenção quando o caso puder ser acompanhado pela atenção primária, mediante contra-referência, orientação ou matriciamento.

Art. 21. A duração das consultas poderá ser estabelecida de forma diversa da prevista nesta portaria, em função das especificidades de cada especialidade, de forma justificada, após validação da SAIS e aprovação pelo Colegiado de Gestão.

Art. 22. As agendas deverão estar disponíveis para a marcação de consultas de primeira vez e retorno pelo período de 12 meses.

Art. 23. O agendamento de consultas de primeira vez em especialidades da AASE deverá ser realizado durante todo o horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, sem distinção de dia ou hora para as diferentes especialidades.

Art. 24. A solicitação de agendamento de consultas de retorno deverá ser determinada pelo profissional assistente e realizada na própria unidade de saúde que realizou o atendimento, por

meio do sistema informatizado de regulação, no horário de funcionamento, sem distinção de dia ou hora para as distintas especialidades.

CAPÍTULO III

Da Criação e Extinção de Serviços da AASE

Art. 25. Os documentos norteadores do planejamento e da gestão dos serviços da AASE são os Planos de Especialidades, os Planos de Ação das Redes Temáticas, Fluxos e Protocolos da SES/DF.

Art. 26. A criação de novos serviços ou a extinção de serviços existentes da AASE deverá respeitar o seguinte fluxo:

I - estar prevista em um dos instrumentos descritos no art. 25;

II - ter demonstrada sua conveniência e oportunidade, tendo em vista a realidade da região e da SES-DF, a demanda e a capacidade de oferta;

III - ser aprovada pelo Colegiado de Gestão da SES-DF.

Parágrafo único. Após aprovação pelo Colegiado de Gestão, a proposta de novo serviço da AASE deverá ser submetida à SUPLANS, para que promova as alterações necessárias, quanto ao credenciamento, habilitação e orçamentação.

Art. 27. A abertura e a oferta de serviços com caráter experimental somente serão autorizadas em âmbito exclusivo de educação, ensino e pesquisa mediante convênios, regulamentação e financiamento específicos.

Art. 28. Os servidores, ainda em exercício no serviço extinto, serão remanejados conforme o interesse da administração, devendo-se priorizar áreas com maior demanda segundo base epidemiológica populacional.

Art. 29. Na eventual ociosidade em serviço cujo atendimento dependa de recursos que estejam temporariamente indisponíveis, os servidores deverão realizar atendimento em área afim, respeitadas as atribuições do seu cargo, até a normalização do serviço.

Art. 30. Esta Portaria entra em vigor 30 dias após a sua publicação.

HUMBERTO LUCENA PEREIRA DA FONSECA

Este texto não substitui o publicado no DODF nº 149 de 07/08/2018