

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Tópicos Especiais em Saúde

Adélia Delfina da Motta Silva Correia
Cibele de Moura Sales
Erildo Vicente Muller
Pollyanna Kássia de Oliveira Borges
Rafael Gomes Ditterich
Rosiléa Clara Werner
Verônica de Azevedo Mazza
Wesley Souza Borges

PONTA GROSSA - PARANÁ
2014

CRÉDITOS

Governo do Estado do Paraná
Carlos Alberto Richa

Secretaria de Estado da Ciência e Tecnologia
João Carlos Gomes

Secretaria de Estado da Família e Desenvolvimento
Fernanda Bernardi Vieira Richa

Secretaria de Estado da Administração e da Previdência
Dinorah Botto Portugal Nogara

Reitores

Prof. Dr. Carlos Luciano Sant’Ana Vargas – UEPG
Prof. Dr^o Nádjina Aparecida Moreno – UEL
Prof. Dr. Júlio Santiago Prates Filho – UEM
Prof. Dr. Aldo Nelson Bona – UNICENTRO

Coordenação Pedagógica

Prof. Dr^o Solange de Moraes Barros – UEPG
Prof. Ms. Liza Holzmänn – UEPG
Prof. Dr^o. Lenir Mainardes da Silva – UEPG
Prof. Dr^o. Rosiléa Clara Werner – UEPG
Prof. Ms. Adnilson José da Silva – UNICENTRO
Prof. Dr^o. Vera Suguihiro – UEL
Prof. Dr^o. Celene Tonella – UEM

Núcleo de Tecnologia e Educação Aberta e a Distância

Prof. Ms. Eliane de Fátima Rauski
Prof. Ms. Cleide Aparecida Faria Rodrigues

Ficha Catalográfica Elaborada pelo Setor Tratamento da Informação BICEN/UEPG

T674	Tópicos Especiais em Saúde / Adélia Delfina da Motta Silva Correia...[et al.], Ponta Grossa : UEPG / NUTEAD, 2014. 227 p.; il.
	Curso de Especialização em Gestão Pública Sistema Único de Saúde
	1. Redes de Atenção Prioritária de Saúde - Paraná. 2.Humanização. 3. Sistemas de Informações em Saúde. 4. Gestão de Educação Permanente. I.Correia, Adélia Delfina da Motta Silva. II.T.
	CDD: 614

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
Núcleo de Tecnologia e Educação Aberta e a Distância - NUTEAD
Av. Gal. Carlos Cavalcanti, 4748 - CEP 84030-900 - Ponta Grossa - PR
Tel.: (42) 3220 3163
www.nutead.org
2014

PREFÁCIO

Nosso cotidiano está repleto de avanços tecnológicos, diferentes expressões culturais e mudanças sociais. Apesar de tantas novidades, nossa sociedade ainda convive com problemas básicos na área da saúde, da educação, assistência social, direitos humanos e tantas outras áreas. Por certo, de diferentes maneiras, os problemas vividos e noticiados tem estreita relação com a área da gestão pública.

Diferentes explicações são dadas para o enfrentamento da questão social. Pensar e buscar alternativas às demandas sociais é uma tarefa dos gestores e funcionários públicos do Estado do Paraná. Assim foi criado o Curso de Especialização em Gestão Pública com ênfase em: Sistema Único da Assistência Social, Sistema Único da Saúde, Direitos Humanos e Cidadania, Gestão Escolar e Planejamento e Avaliação de Políticas Públicas oferecendo quinhentas e sessenta vagas aos servidores públicos das diversas secretarias envolvidas, e ainda duzentas e sete vagas a residentes técnicos com ênfase no Sistema Único da Assistência Social.

O curso tem por objetivo habilitar profissionais já inseridos na área pública e egressos de diferentes áreas para atuarem em órgãos e empresas públicas, na prestação de serviços profissionais ou que pretendem trabalhar em projetos, convênios e serviços, no âmbito da administração pública.

Um projeto construído a muitas mãos, coordenado pela Universidade Estadual de Ponta Grossa - UEPG, em parceria com a Universidade Estadual de Maringá – UEM, Universidade Estadual de Londrina - UEL, Universidade Estadual do Centro Oeste - UNICENTRO, Secretaria da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior – SETI, Secretaria de Estado da Família e Desenvolvimento Social – SEDS e Secretaria da Administração e da Previdência – Escola de Governo.

Nosso desafio é colaborar na qualificação de gestores públicos para o Estado do Paraná, melhorando o planejamento, a execução e a avaliação das políticas públicas.

Bom Estudo!

Prof.^a Dr^a Lenir Mainardes da Silva (coord.da residência)

Prof.^a MS. Liza Holzmänn (coord.de tutoria)

Prof. Dr^a. Solange de Moraes Barros (coord.pedagógica)

A responsabilidade pelo conteúdo e imagens desta obra é do (s) respectivo (s) autor (es). O leitor se compromete a utilizar o conteúdo desta obra para aprendizado pessoal, sendo que a reprodução e distribuição ficarão limitadas ao âmbito interno dos cursos. A citação desta obra em trabalhos acadêmicos e/ou profissionais poderá ser feita com indicação da fonte. A cópia desta obra sem autorização expressa ou com intuito de lucro constitui crime contra a propriedade intelectual, com sanções previstas no Código Penal, artigo 184, Parágrafos 1º ao 3º, sem prejuízo das sanções cíveis cabíveis à espécie.

SUMÁRIO

TÓPICOS ESPECIAIS EM SAÚDE I -

REDE DE ATENÇÃO PRIORITÁRIA DE SAÚDE DO PARANÁ	7
UNIDADE I - REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)	13
■ SEÇÃO 1 - O conceito de Redes de Atenção à Saúde (RAS)	14
■ SEÇÃO 2 - A organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS)	16
■ SEÇÃO 3 - Redes Temáticas ou prioritárias no Sistema Único de Saúde	21
UNIDADE II - REDES DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS (RUE)	27
■ SEÇÃO 1 - Organização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE)	28
■ SEÇÃO 2 - Componentes e interfaces da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE)	30
■ SEÇÃO 3 - Rede Paraná Urgência	42
UNIDADE III - REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL	47
■ SEÇÃO 1 - Organização e diretrizes da Rede Cegonha	48
■ SEÇÃO 2 - Rede Mãe Paranaense (RMP): Estrutura e Organização	52
■ SEÇÃO 3 - Estratificação de risco para gestante e criança	54
■ SEÇÃO 4 - Implantação e monitoramento da Rede Mãe Paranaense	57

TÓPICOS ESPECIAIS EM SAÚDE II -

HUMANIZAÇÃO E FERRAMENTAS DE GESTÃO NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	67
UNIDADE I -	73
■ SEÇÃO 1 - A saúde ampliada	74
■ SEÇÃO 2 - A clínica ampliada	77
■ SEÇÃO 3 - Definindo humanização e motivações para sua institucionalização nos serviços de saúde	79
■ SEÇÃO 4 - A humanização e a clínica ampliada	83

UNIDADE II -	87
■ SEÇÃO 1 - O Acolhimento e a Humanização	88
■ SEÇÃO 2 - Equipe de referência, profissional de referência e apoio matricial	95
■ SEÇÃO 3 - Apoio Institucionalizado	99
■ SEÇÃO 4 - Projetos Terapêuticos Singulares (PTS)	100
■ SEÇÃO 5 - As Linhas-Guia e a gestão baseada em evidências	103

TÓPICOS ESPECIAIS EM SAÚDE III -

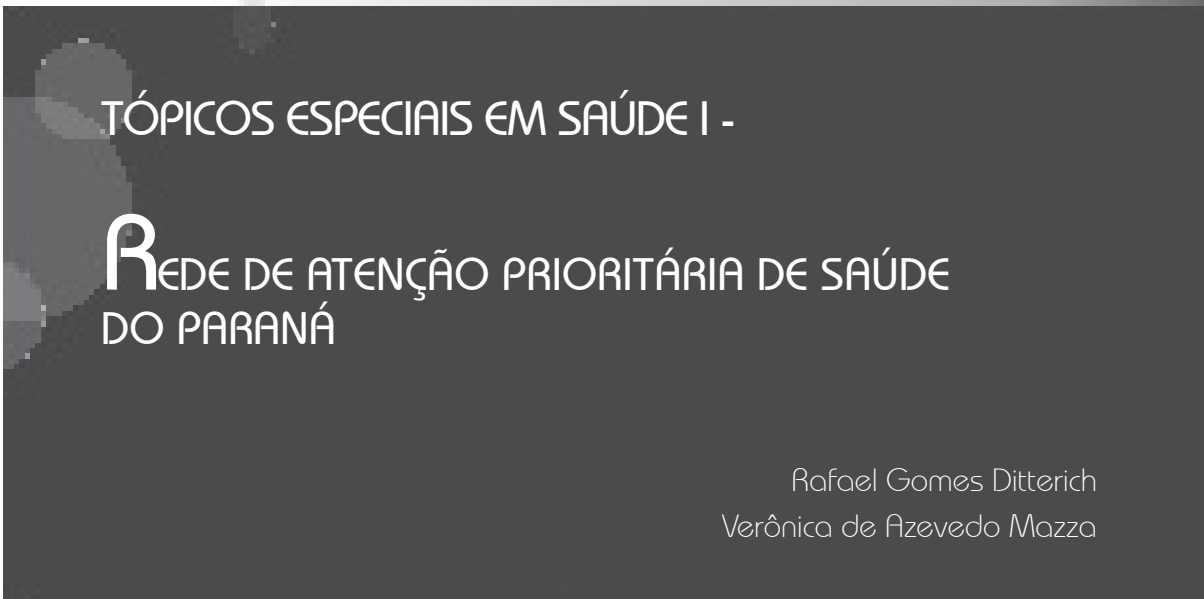
SISTEMAS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE	117
----------------------------------	-----

UNIDADE I -	123
■ SEÇÃO 1 - Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC)	125
■ SEÇÃO 2 - Sistema de Informação Ambulatorial (SAI)	134
UNIDADE II -	137
■ SEÇÃO 1 - Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)	138
■ SEÇÃO 2 - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)	146
UNIDADE III -	155
■ SEÇÃO 1 - Sistema de Informação Hospitalar (SIH)	156
UNIDADE IV -	163
■ SEÇÃO 1 - Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)	164
■ SEÇÃO 2 - Outras Fontes de Informação	165

TÓPICOS ESPECIAIS EM SAÚDE IV -

GESTÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA O SUS	177
--	-----

UNIDADE I - CONCEITOS BÁSICOS SOBRE EDUCAÇÃO PERMANENTE	185
■ SEÇÃO 1 - Educação permanente: do que estamos falando?	187
■ SEÇÃO 2 - Histórico da Educação Permanente no SUS	192
UNIDADE II - A EDUCAÇÃO PERMANENTE: SEUS MODOS DE FORMAR E INTERVIR E SUA GESTÃO	201
■ SEÇÃO 1 - Metodologias Ativas de Aprendizagem e Educação Permanente	203
■ SEÇÃO 2 - Novos modos de formar e de intervir no SUS e para o SUS	210
■ SEÇÃO 3 - Gestão de Educação Permanente para o SUS	214



- UNIDADE I - REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)
- UNIDADE II - REDES DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS (RUE)
- UNIDADE III - REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL

PALAVRAS DOS PROFESSORES

Caro estudante,

Na disciplina **Tópicos Especiais em Saúde II - Rede de Atenção Prioritária de Saúde do Paraná** estará sendo abordada a importância das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no Sistema Único de Saúde (SUS), modelo este que vem sendo preconizado pelo Ministério da Saúde para integrar e articular o sistema de saúde brasileiro em todos os estados, municípios e Distrito Federal.

Desse modo, devemos repensar a forma de organização dos sistemas locais de saúde, historicamente hierarquizados, fragmentados e medicalizadores, que até então não têm respondido às demandas de saúde da população.

O desenvolvimento das RAS deve ser enfrentado como uma estratégia de reestruturação do sistema de saúde, tanto em relação à sua organização quanto à qualidade e impacto da atenção prestada, consolidando o SUS como política pública voltada para a garantia de direitos constitucionais. Por esta razão, muitas estratégias têm sido construídas para qualificar a atenção à saúde. Neste processo, é fundamental que profissionais de saúde, gestores, pesquisadores, professores e estudantes, que atuam ou se interessam pela temática, conheçam a proposta das RAS.

Assim, o objetivo desta disciplina é apresentar e discutir conceitualmente as RAS e sua organização no SUS, com priorização da: Rede de Urgências e Emergências (RUE) e da Rede Cegonha e da Rede Mãe Paranaense (RMP).

Esperamos que os conteúdos aqui tratados lhe propiciem elementos para melhor compreender e identificar as RAS como estratégia de reorganização do SUS, bem como contribuam com o seu olhar crítico e construtivo para o processo de melhoria dos serviços e ações de saúde oferecidos para a população.

Desejamos a todos uma ótima leitura!

Professores Rafael Gomes Ditterich e Verônica de Azevedo Mazza



OBJETIVOS E EMENTA

OBJETIVOS

- Compreender os fundamentos que sustentam o trabalho em Rede de Atenção à Saúde.
- Compreender os modelos de Atenção à Saúde das Redes de Atenção à Saúde.
- Reconhecer os elementos que constituem a Rede de Atenção de Urgência e Emergência e da Rede de Atenção Materno-Infantil no Estado do Paraná.

EMENTA

Disciplina de oferta aberta e múltipla de aprofundamento em temas teórico-metodológicos com abordagem interdisciplinar no campo das políticas da saúde e áreas conexas.

Redes de Atenção à Saúde (RAS)

Rafael Gomes Ditterich
Verônica de Azevedo Mazza

OBJETIVOS DE ESTUDOS

- Apresentar o conceito de Redes de Atenção à Saúde.
- Compreender a organização das ações e dos serviços de saúde na lógica das Redes de Atenção à Saúde.
- Identificar as redes temáticas ou prioritárias.

ROTEIRO DE ESTUDOS

- SEÇÃO 1 - O Conceito de Redes de Atenção à Saúde (RAS)
- SEÇÃO 2 - A organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS)
- SEÇÃO 3 - Redes Temáticas ou Prioritárias no Sistema Único de Saúde (SUS)

SEÇÃO 1

O CONCEITO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

O modelo de atenção ainda predominante está centrado na doença, no atendimento à demanda espontânea e na agudização das condições crônicas. Porém, para a real consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), faz-se necessária a constituição de uma organização que construa a intersetorialidade para a promoção da saúde, contemple a integralidade dos saberes, considere as vulnerabilidades de grupos ou populações e suas necessidades, fortalecendo as ações sobre as condições crônicas. (BRASIL, 2010).

Dada a influência que os modelos de estruturação dos serviços têm sobre o processo de cuidado, torna-se necessária uma reorientação nos modos estruturantes e operacionais do sistema, por meio da inserção de novas práticas de gestão e atenção em saúde, direcionadas para a integralidade da atenção nos vários níveis do sistema, por meio da articulação entre distintos serviços e ações, através de um olhar ampliado de saúde, com foco nas reais necessidades da população. Deste modo, o sistema de saúde brasileiro precisa se reorganizar para enfrentar os desafios atuais. A construção de **Redes de Atenção à Saúde (RAS)** é considerada uma estratégia fundamental para consolidar o SUS e dar sustentabilidade às suas ações, sendo vista como um mecanismo de aperfeiçoamento político-institucional, gerencial e das formas de organização da atenção do SUS em âmbito nacional. (DUBOW; BASTOS, 2013).

No Brasil, embora a concepção de RAS venha sendo discutida há algum tempo, foi incorporada oficialmente ao SUS por dois instrumentos jurídicos. A **Portaria nº. 4279, de 30 dezembro de 2010**, que estabelece diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS, e o Decreto nº. 7508, de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº. 8080/1990.

Na Portaria nº. 4279/2010, a RAS é definida como 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. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde, com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica. (BRASIL, 2010).

As RAS devem ser articuladas de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde. (BRASIL, 2011a).

Desse modo, para compreender melhor a RAS, faz-se necessária a sua diferenciação com os sistemas fragmentados até então vigentes no país (Quadro 1).

Quadro 1 – Diferenciação entre o sistema fragmentado (biomédico) e a Rede de Atenção à Saúde.

SISTEMA FRAGMENTADO	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
Organizado por componentes isolados	Organizado por um contínuo de atenção
Organizado por níveis hierárquicos	Organizado por uma rede poliárquica
Orientado para a atenção a condições agudas	Orientado para a atenção a condições crônicas e agudas
Voltado para indivíduos	Voltado para uma população
O sujeito é o paciente	O sujeito é agente de saúde
Reativo	Proativo
Ênfase nas ações curativas	Atenção integral
Cuidado profissional	Cuidado multiprofissional
Gestão da oferta	Gestão de base populacional
Financiamento por procedimentos	Financiamento por capitação ou por desfecho de condição de saúde

Fonte: Mendes (2009)

SEÇÃO 2

A ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

Segundo Moysés (2013), as RAS podem ser definidas como **organizações poliárquicas** de conjuntos de serviços de saúde e outros serviços sociais, além dos próprios recursos comunitários e familiares, 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 (Figura 1). Assim, os serviços são estruturados com uma rede de pontos de atenção, organizados com processos descentralizados, composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas, distribuídos espacialmente, em consonância com as necessidades de saúde da população. (MENDES, 2011).

O objetivo da RAS é “promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada. Bem como, incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica.” (BRASIL, 2010).

A RAS caracteriza-se pela formação de **relações horizontais** entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. (BRASIL, 2010). É a equipe da APS que assume a responsabilidade pelo monitoramento em forma de “radar”, acompanhando todos os percursos terapêuticos recebidos pelas pessoas nos vários pontos da rede. (MOYSÉS, 2013).

Os **pontos de atenção à saúde** são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular. São exemplos de pontos de atenção à saúde: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial,

as residências terapêuticas, entre outros. Os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia, entre outros. (BRASIL, 2010).

Todos os componentes das redes de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram seus objetivos; apenas se diferenciam pelas respectivas densidades tecnológicas que os caracterizam.

São atributos essenciais do modelo organizacional em Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2010):

- Definição do território e da população com reconhecimento de suas necessidades.
- Ampla disponibilidade de estabelecimentos de saúde.
- Atenção Primária em Saúde estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar de forma integrada e coordenada.
- Prestação de serviços especializados em lugar adequado.
- Existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial.
- Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, respeitando a diversidade da população.
- Delimitação de região de saúde com sistema de governança único para toda a rede.
- Ampla participação social.
- Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico.
- Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede.
- Sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede.
- Financiamento tripartite, garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede.

- Ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde.
- Gestão baseada em resultado.

A organização da RAS exige a definição da **região de saúde**, que implica na definição dos seus limites geográficos e sua população e no estabelecimento do rol de ações e serviços que serão ofertados nesta região de saúde. As competências e responsabilidades dos pontos de atenção no cuidado integral estão correlacionadas com abrangência de base populacional, acessibilidade e escala para conformação de serviços.

Para preservar, recuperar e melhorar a saúde das pessoas e da comunidade, as RAS devem ser capazes de identificar claramente a população e a área geográfica sob sua responsabilidade.

A definição adequada da abrangência dessas regiões é essencial para fundamentar as estratégias de organização da RAS, devendo ser observadas as pactuações entre o estado e o município para o processo de regionalização e parâmetros de escala e acesso.

Os componentes que estruturam a RAS incluem: **APS - centro de comunicação; os pontos de atenção secundária e terciária; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos e o sistema de governança.** (BRASIL, 2010):

APS - CENTRO DE COMUNICAÇÃO

A Atenção Primária à Saúde é o centro de comunicação da RAS e tem um papel chave na sua estruturação como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado.

Para cumprir esse papel, a APS deve ser o nível fundamental de um sistema de atenção à saúde, pois constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e significa o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção.

Deve exercer um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção

de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

A coordenação do cuidado é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

PONTOS DE ATENÇÃO SECUNDÁRIOS E TERCIÁRIOS

Somente os serviços de APS não são suficientes para atender às necessidades de cuidados em saúde da população. Portanto, os serviços de APS devem ser apoiados e complementados por pontos de atenção de diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações especializadas (ambulatorial e hospitalar), no lugar e tempo certos.

SISTEMAS DE APOIO

São os lugares institucionais da rede onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde. São constituídos pelos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico (patologia clínica, imagens, entre outros); pelo sistema de assistência farmacêutica que envolve a organização dessa assistência em todas as suas etapas: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e promoção do uso racional de medicamentos; e pelos sistemas de informação em saúde.

SISTEMAS LOGÍSTICOS

Os sistemas logísticos são soluções em saúde, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação e ligadas ao conceito de integração vertical. Consiste na efetivação de um sistema eficaz de referência e contrarreferência de pessoas e de trocas eficientes de produtos e de informações ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio na rede de atenção à saúde. Estão voltados para promover a integração dos pontos de atenção à saúde. Os principais sistemas logísticos da rede de atenção à saúde são: os sistemas de identificação e acompanhamento dos usuários; as centrais de regulação, registro eletrônico em saúde e os sistemas de transportes sanitários.

SISTEMA DE GOVERNANÇA

A governança da RAS é entendida como a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da referida rede. Nesse contexto, o Colegiado de Gestão Regional desempenha papel importante, como um espaço permanente de pactuação e cogestão solidária e cooperativa onde é exercida a governança, a negociação e a construção de consensos, que viabilizem aos gestores interpretar a realidade regional e buscarem a conduta apropriada para a resolução dos problemas comuns de uma região.

Exercer uma governança solidária nas regiões de saúde implica o compartilhamento de estruturas administrativas, de recursos, sistema logístico e apoio, e de um processo contínuo de monitoramento e avaliação da Rede de Atenção à Saúde. Assim, a governança da RAS é diferente da gerência dos pontos de atenção à saúde, dos sistemas de apoio e dos logísticos.

O exercício da governança implica, ainda, o enfrentamento de questões políticas e estruturais do processo de regionalização, como as relações federativas, as relações público-privadas, as capacidades internas de gestão, a sustentabilidade financeira, a regulação da atenção e o estabelecimento de padrões de qualidade para a provisão de serviços (públicos e privados), bem como os padrões de gestão e desempenho das unidades de saúde, entre outros.

A inovação desse modelo de gestão está em “contratualizar a saúde e não apenas cuidados de saúde, obtendo macroeficiência para o conjunto do sistema” e para a superação de problemas cruciais, como. (BRASIL, 2010):

- Transpor da abordagem populacional isolada (hospitais ou centros de saúde) para uma contratualização de âmbito da região de saúde, orientado por critérios de adscrição da população classificada por grau de risco, além da abordagem dos demais estabelecimentos de saúde em termos de uma rede de cuidados.
- O aumento contínuo dos gastos para a prestação de serviços de alto custo por causa de tratamentos tardios de condições e agravos sensíveis à APS, e pela inclusão de ferramentas de

microgestão e incentivos financeiros para o custeamento por desempenho individual e institucional.

- Originar a participação efetiva da população e comunidade no processo de contratualização e nomeação por meio da participação organizada e permanente dos usuários.

SEÇÃO 3

REDES TEMÁTICAS OU PRIORITÁRIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

.....

No Brasil, é possível identificar um esforço para a implantação de diversas Redes de Atenção à Saúde (RAS) nos sistemas municipais e estaduais de saúde. Isto porque há na literatura internacional uma vasta gama de evidências de que essas redes podem melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários e a satisfação dos usuários. Ao mesmo tempo, reduzem os custos dos sistemas de saúde. Esses resultados foram positivos na atenção à saúde de pessoas idosas; na saúde mental; no controle do diabetes; e na utilização de serviços especializados. (BRASIL, 2012a).

A RAS temática ou prioritária deve se organizar a partir da necessidade de enfrentamentos de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometam as pessoas ou as populações. (BRASIL, 2014a). As RAS também se estruturam para enfrentar uma condição de saúde específica ou grupos homogêneos de condições de saúde, por meio de um ciclo completo de atendimento. (MOYSÉS, 2013).

Por esse motivo, já estão sendo implantadas redes temáticas ou prioritárias de atenção à saúde no país. Estas RAS foram definidas segundo as prioridades das agendas de saúde federal, estadual e municipal. Atualmente, estão em diferentes etapas de implantação cinco (05) RAS:

REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS (Saúde Toda Hora)

Tem o objetivo de articular e integrar, no âmbito do SUS, o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. Para conhecer melhor esta Rede, leia a portaria que a instituiu:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html

REDE CEGONHA (recorte de atenção à gestante e de atenção à criança até 24 meses)

Está fundamentada nos princípios da humanização e assistência, visando implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério; e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Para conhecer melhor esta Rede, leia a portaria que a instituiu:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (Saúde Conte com a Gente)

Sua proposta refere-se diretamente à ampliação e qualificação do acesso a ações de tratamento e reabilitação para usuários de crack, álcool e outras drogas. A Rede também atende indivíduos com sofrimento ou transtornos mentais. Para conhecer melhor esta Rede, leia a portaria que a instituiu:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

REDE DE CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA (Saúde Sem Limite)

Esta rede visa garantir a atenção integral às pessoas com deficiência física, visual, auditiva, intelectual, ostomia e múltiplas deficiências, seja ela temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do SUS. Para conhecer mais esta Rede, leia a portaria que a instituiu:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html

REDE DE ATENÇÃO ÀS DOENÇAS E CONDIÇÕES CRÔNICAS

A finalidade dessas RAS é realizar a atenção de forma integral aos usuários com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, com realização de ações e serviços de promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. O enfoque da RAS será em quatro temas por serem epidemiologicamente mais relevantes, são eles: as doenças renocardiovasculares (hipertensão arterial sistêmica, *Diabetes mellitus* e insuficiência renal crônica), a obesidade, o câncer e as doenças respiratórias. A organização da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas tem por objetivos gerais: Fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde, fortalecendo o cuidado às pessoas com doenças crônicas; garantir o cuidado integral às pessoas com doenças crônicas; impactar positivamente nos indicadores relacionados às doenças crônicas e contribuir para promoção da saúde da população e prevenir o desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações. Para conhecer melhor esta Rede, leia a portaria que a instituiu:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0252_19_02_2013.html

Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE)

Rafael Gomes Ditterich
Verônica de Azevedo Mazza

OBJETIVOS DE ESTUDOS

- Compreender a organização da Rede de Urgências e Emergências (RUE).
- Identificar os diferentes pontos de atenção e componentes da Rede de Urgências e Emergências (RUE).
- Apresentar a Rede Paraná Urgência.

ROTEIRO DE ESTUDOS

- SEÇÃO 1 – Organização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE)
- SEÇÃO 2 – Componentes e Interfaces da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE)
- SEÇÃO 3 – Rede Paraná Urgência

SEÇÃO 1

ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS (RUE)

•••••

Para organizar uma rede que atenda aos principais problemas de saúde dos usuários na área de **urgência** e **emergência** de forma resolutiva, é necessário considerar o perfil epidemiológico e demográfico brasileiro, no qual se evidencia, segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), uma alta morbimortalidade relacionada às violências e aos acidentes de trânsito entre jovens até os 40 anos e, acima desta faixa, uma alta morbimortalidade relacionada às doenças do aparelho circulatório, como o infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular cerebral (AVC). Soma-se a isso o acentuado e rápido envelhecimento da população, com aumento significativo da expectativa de vida nas últimas décadas. (BRASIL, 2013a).

- » EMERGÊNCIAS: são situações que provocam alteração do estado de saúde, com risco iminente à vida, ou seja, risco iminente de morte. O tempo para resolução é extremamente curto, normalmente quantificado em minutos.
- » URGÊNCIAS: são situações que provocam alteração do estado de saúde, porém, sem risco iminente à vida, que por sua gravidade, desconforto ou dor, requerem atendimento médico com a maior brevidade possível.

Fonte: Nitschke (2008).

Além da mortalidade precoce e das sequelas decorrentes dos acidentes de trânsito, de outras violências e das doenças cardiovasculares (DCV), deve-se considerar os sofrimentos enfrentados pelas pessoas acometidas por essas condições clínicas e suas famílias. Soma-se a isso o alto custo socioeconômico. Desse modo, a organização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no Sistema Único de

Saúde (SUS), mais do que uma prioridade, é uma necessidade premente, de modo a intervir de forma organizada e efetiva sobre tais doenças e agravos. O enfrentamento das situações de urgência e emergência e de suas causas vai além da assistência imediata, em busca de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, o tratamento contínuo das doenças crônicas, a reabilitação e os cuidados paliativos. (BRASIL, 2013a).

Segundo Brasil (2006), a Atenção às Urgências deve fluir em todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS), organizando a assistência desde as Unidades Básicas de Saúde (Equipes de Saúde da Família) até os cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação.

Historicamente, são os hospitais que concentram maior densidade tecnológica e estão no ponto final da linha da rede de atenção. No entanto, os usuários transversalizam o sistema quando tem uma situação de urgência/emergência.

A Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS), considera que o “atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsavelmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, organizado em redes regionais de atenção às urgências enquanto elos de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade”. Em 2013, foi publicado o Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no SUS, o qual objetiva “apresentar, esclarecer e orientar os gestores, trabalhadores e usuários sobre os principais normativos e diretrizes norteadores para a implantação da RUE nos territórios.” (BRASIL, 2013, p.8).

Nessa perspectiva, a complexa RUE atende condições clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, em saúde mental, entre outras, nos diferentes pontos de atenção, que a compõem. Isso requer atuação integrada, articulada, sinérgica e transversal, no acolhimento, qualificação profissional, informação e regulação de acesso. (BRASIL, 2013a).

O Ministério da Saúde com a finalidade de ampliar a Rede de Atenção às Urgências e Emergências cria dentro da RUE as Unidades

de Pronto Atendimento (UPAs). Elas são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas de urgência hospitalares, onde, em conjunto com estas, compõem uma rede organizada de Atenção às Urgências. O objetivo é diminuir as filas nos prontos-socorros dos hospitais, evitando que casos que possam ser resolvidos nas UPAs, ou unidades básicas de saúde, sejam encaminhados para as unidades hospitalares. (BRASIL, 2013b).

Desse modo, buscando sempre o acolhimento com classificação de risco e resolutividade, a organização da Rede de Urgência e Emergência (RUE) tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. (BRASIL, 2014b).

SEÇÃO 2

COMPONENTES E INTERFACES DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS (RUE)

A RUE, como rede complexa e que atende a diferentes condições (clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, em saúde mental, etc.), é composta por diferentes pontos de atenção, de forma a dar conta das diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgência. Desse modo, é necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica. Além disso, de forma transversal a todos os componentes, devem estar presentes o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso. (BRASIL, 2013a). São componentes e interfaces da Rede de Atenção às Urgências e Emergências:

PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA À SAÚDE

As Ações de Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde na RUE têm por objetivo estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanentes voltadas para a vigilância e prevenção das violências e acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis, além de ações intersetoriais, de participação e mobilização da sociedade visando à promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde (BRASIL, 2011; 2013a).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo políticas públicas promotoras da saúde e da cultura de paz, estabelecendo prioridades de ação em consonância com a Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidentes e Violências (Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria MS/GM nº 687, de 30 de abril de 2006). Dentre essas prioridades, destaca-se a implantação do Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito (Portaria MS/GM nº 344, de 19 de fevereiro de 2002), da Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde (Portaria MS/GM nº 936, de 18 de maio de 2004), da Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) em 2006 e do Projeto Vida no Trânsito em 2010. (BRASIL, 2013a).

ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Tem como objetivos a ampliação do acesso, o fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades e qualificação dos profissionais de saúde para o manejo de urgências clínicas e pediátricas. (BRASIL, 2011; RIO DE JANEIRO, 2014).

No que se refere ao processo de trabalho das equipes com foco na urgência/emergência, os profissionais devem realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidades, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e ao primeiro atendimento às urgências e emergências (BRASIL, 2013a).

Desse modo, tem sido cada vez mais comum, principalmente nos serviços de urgência-emergência, a adoção de protocolos de estratificação de risco. A utilização de tais protocolos, e de suas respectivas escalas, tem impacto importante na qualidade do acesso destes serviços.

De forma geral, esses protocolos tentam fornecer não um diagnóstico, mas uma prioridade, o que, conseqüentemente, permite que haja impacto na história natural de doenças agudas graves e potencialmente fatais, que, se não atendidas como prioridade, podem levar à morte, como, por exemplo, a crise anafilática. (BRASIL, 2012b).

Considerando todos os aspectos e peculiaridades da Atenção Básica, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b) sugere uma classificação geral e sintética dos casos de demanda espontânea, onde se correlaciona a avaliação de risco e vulnerabilidades aos modos de intervenção necessários. Em relação à definição de intervenções, segundo a estratificação da necessidade do usuário (mediante avaliação de risco e vulnerabilidades), sugere-se classificá-las em “Não Agudo” (intervenções programadas) e “Agudo” (atendimento imediato, prioritário ou no dia).

SALA DE ESTABILIZAÇÃO

A Sala de Estabilização (SE) é um equipamento estratégico para RUE, por se tratar de um ambiente para estabilização de **pacientes críticos e/ou graves**, com condições de garantir assistência 24 horas, vinculado a um equipamento de saúde, articulado e conectado aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à rede de atenção à saúde pela central de regulação das urgências. (BRASIL, 2013c).



Paciente crítico/grave é aquele que se encontra em risco iminente de perder a vida ou a função de órgão/sistema do corpo humano, bem como aquele em frágil condição clínica decorrente de trauma ou outras condições relacionadas aos processos que requeiram cuidado imediato clínico, cirúrgico, gineco-obstétrico ou em saúde mental.

Deverá atender às necessidades assistenciais de estabilização do paciente grave/crítico em municípios de grandes distâncias e/ou isolamento geográfico, bem como lugares de difícil acesso considerados como vazios assistenciais para a urgência e emergência.

A SE poderá estar alocada em serviços de saúde, públicos ou filantrópicos, em hospitais de pequeno porte (HPP) com no máximo 30 (trinta) leitos e fora da área de abrangência de UPA 24 horas, podendo também ser instalada em outras unidades, tipo unidade básica de saúde (UBS) e unidade mista, além de HPP, desde que garantidas às condições para o seu funcionamento integral por 24 horas em todos os dias da semana. (BRASIL, 2013a).

Deverão ser observadas as seguintes diretrizes: funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana; equipe interdisciplinar compatível com suas atividades e funcionamento conforme protocolos clínicos, acolhimento, classificação de risco e procedimentos administrativos estabelecidos e/ou adotados pelo gestor responsável.

Pré-requisitos para adesão:

- Municípios com porte populacional menor que 50 mil habitantes.
- Cobertura de Serviço Ambulatorial Móvel de Urgência (SAMU) ou equipamento que garanta o transporte do paciente em tempo oportuno (o gestor deverá informar, por meio de Termo de Compromisso, a garantia de transporte móvel adequado às necessidades do paciente e em tempo oportuno. Essas informações serão analisadas pela área técnica do Ministério da Saúde e deverá se comprometer que em até dois anos fará adesão ao SAMU 192, mediante habilitação).
- Hospital de referência para retaguarda e/ou continuidade do cuidado maior que 50 leitos.

FORÇA NACIONAL DE SAÚDE

A Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS) é um componente humanitário do SUS, estruturante para a RUE, sob gestão do Ministério da Saúde. Foi aprovada mediante a Resolução nº 443, de 9 de junho de 2011, e deverá ser organizada na lógica de aglutinar esforços para garantir a integralidade da assistência em situações de risco ou emergenciais a que esteja exposta a população brasileira e, especialmente, os povos indígenas e grupos populacionais localizados em território de difícil acesso, devendo conduzir suas atividades segundo os princípios de equidade, integralidade e universalidade.

A FN-SUS deverá prover resposta rápida e eficiente em situações de calamidade e urgências específicas em todas as unidades federativas do território nacional e, extraordinariamente, em outros países, quando sua participação integrar ajuda humanitária que seja oficialmente solicitada à Presidência da República. Exemplos de situações elegíveis para a atuação da FN-SUS: alagamentos e seca, desabamentos, enchentes, incêndios, epidemias/pandemias, acidentes nucleares, eventos com grande concentração de pessoas, como a Copa do Mundo e as Olimpíadas. (BRASIL, 2013a).

Ainda quanto à estruturação, a FN-SUS contará com hospitais de campanha para o atendimento às vítimas de calamidade, podendo realizar, inclusive, cirurgias e estabilização de pacientes críticos/graves em terapia intensiva, para posterior encaminhamento para a Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Além disso, terá suporte de veículos de intervenção rápida e ambulâncias para assistência e remoção de suporte básico e avançado à vida.

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU 192)

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências são os principais componentes da Política Nacional de Atenção às Urgências, criada em 2003. O SAMU 192 tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátricas, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde

devidamente hierarquizado e integrado ao SUS. (BRASIL, 2011; RIO DE JANEIRO, 2014).

O SAMU 192 poderá ser atendimento primário quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão ou; ser atendimento secundário quando a solicitação partir de um serviço de saúde no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência apresentado, mas que necessita ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento.

Esse serviço funciona 24 horas por dia com equipes de médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e socorristas, oferecendo o direcionamento para o serviço mais próximo e adequado para a situação do paciente. O socorro é feito através de chamada gratuita, pelo número de telefone 192, e nas seguintes situações (RIO DE JANEIRO, 2014):

- Ocorrência de problemas cardiorrespiratórios
- Casos de intoxicação exógena
- Casos de queimaduras graves
- Ocorrência de maus tratos
- Trabalho de parto em que a mãe ou o feto estejam em risco de morte
- Situações de surto psiquiátrico/pessoas com sofrimento ou transtorno mental
- Em crises hipertensivas
- Quando houver acidentes/trauma com vítimas
- Em casos de afogamentos
- Em casos de choque elétrico
- Em acidentes com produtos perigosos
- Na transferência inter-hospitalar de doentes com risco de morte.

Os pilares de sustentação do SAMU 192 são formados por elementos estratégicos: Central de Regulação Médica das Urgências, Unidades Móveis de Atendimento, Núcleo de Educação Permanente, Acolhimento e Humanização.

A Central SAMU 192 tem como papel fundamental organizar a relação entre os vários serviços, identificando a demanda, qualificando o fluxo dos pacientes no sistema e gerando uma porta de comunicação ao público em geral. Através do número nacional de atenção às urgências

(192), as solicitações de socorro são recebidas, avaliadas, hierarquizadas e atendidas por ordem de prioridade de acordo com as decisões do médico regulador. (SERGIPE, 2011).

O sistema deve ser capaz de acolher de forma humanizada qualquer usuário, prestando-lhe atendimento e redirecionando para os locais adequados à continuidade do tratamento. Através do trabalho integrado entre a Central de Regulação Médica das Urgências e outros serviços (Regulação de leitos hospitalares, de procedimentos de alta complexidade, de exames complementares, de internamentos e de consultas especializadas, Polícia Militar, Corpo de Bombeiros, Polícia Rodoviária Federal, dentre outros), a assistência ao usuário é garantida de forma integral.

Para o excelente funcionamento do serviço, o SAMU 192 deve contar com rede de atendimento pactuada e hierarquizada de forma resolutiva com atribuições formais de responsabilidades, adensamento tecnológico e recursos humanos qualificados. A Central de Regulação Médica do SAMU 192, operacionalizada por Médicos Reguladores, é um espaço no qual se garante uma escuta permanente de todos os pedidos de ajuda que ocorrem à central, bem como o estabelecimento de uma classificação inicial do grau de urgência de cada caso, desencadeando a resposta mais adequada a cada solicitação. (SERGIPE, 2011).

A fim de garantir um atendimento ágil e qualificado, bem como um tempo resposta adequado, em toda área territorial de abrangência, o SAMU 192 conta com Bases Descentralizadas que são postos avançados para acomodação das ambulâncias e suas respectivas equipes.

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) E OUTROS SERVIÇOS COM FUNCIONAMENTO 24H

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24h são estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família e a rede hospitalar, devendo funcionar 24h por dia, todos os dias da semana, e compor uma rede organizada de atenção às urgências e emergências, com pactos e fluxos previamente definidos, com o objetivo de garantir o acolhimento aos pacientes, intervir em sua condição clínica e contrarreferenciá-los para os demais pontos de atenção da RAS, para os serviços da atenção básica ou especializada ou para

internação hospitalar, proporcionando a continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população.

A UPA 24 h deve prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade (BRASIL, 2011).

As UPAs são classificadas em três (3) diferentes portes, de acordo com a população da região a ser coberta, a capacidade instalada - área física, número de leitos disponíveis, recursos humanos e a capacidade diária de realizar atendimentos médicos, conforme definido no quadro abaixo (BRASIL, 2009):

Quadro 2 – Tipos de UPA 24 horas

UPA	População da região de cobertura	Área Física	Número de atendimentos médicos em 24 horas	Número mínimo de médicos por plantão	Número mínimo de leitos de observação
Porte I	50.000 a 100.000 habitantes	700 m²	50 a 150 pacientes	2 médicos, sendo um pediatra e um clínico geral	5 - 8 leitos
Porte II	100.001 a 200.000 habitantes	1.000 m²	151 a 300 pacientes	4 médicos, distribuídos entre pediatras e clínicos gerais	9 - 12 leitos
Porte III	200.001 a 300.000 habitantes	1.300 m²	301 a 450 pacientes	6 médicos, distribuídos entre pediatras e clínicos gerais	13 - 20 leitos

Fonte: BRASIL (2009)

ATENÇÃO HOSPITALAR

A organização da RUE na Atenção Hospitalar (AH) tem como um dos objetivos qualificar as portas de entrada hospitalares de urgência e emergência, que se constituem como serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas, obstétricas e de saúde mental.

As portas de entrada hospitalares de urgência e emergência estratégicas para o desenho da RUE deverão se enquadrar nos seguintes critérios:

- a. Pertencer à unidade hospitalar estratégica para a RUE que seja referência regional, realizando no mínimo 10% (dez por cento) dos atendimentos oriundos de outros municípios.
- b. Contar com, no mínimo, 100 (cem) leitos cadastrados no SCNES.
- c. Possuir habilitação em pelo menos uma das linhas de cuidado: cardiovascular, neurologia/neurocirurgia, traumato-ortopedia ou ser referência para o atendimento em pediatria.

A RUE tem como estratégia para melhoria da atenção hospitalar a ampliação e qualificação dos leitos clínicos, pediátricos, cirúrgicos e de UTI e dos cuidados prolongados.

Os leitos para retaguarda às urgências e emergências poderão ser criados ou qualificados em hospitais acima de 50 leitos, localizados na região de saúde, podendo ser implantados nos hospitais estratégicos ou em hospitais de menos adensamento tecnológico que deem suporte aos prontos-socorros e às unidades de pronto atendimento, devendo, como pressuposto, ser exclusivos para a retaguarda às urgências e estar disponíveis nas centrais de regulação.

O programa SOS Emergências é uma ação estratégica prioritária do Ministério da Saúde para a qualificação do Componente de Atenção Hospitalar da RUE, realizada em conjunto com os estados, o Distrito Federal e os municípios para a melhoria da gestão e do atendimento de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), nas maiores e mais complexas portas de entrada hospitalares de urgência do SUS.

De acordo com a Portaria MS/GM nº 1.663, de 6 de agosto de 2012, são objetivos do programa SOS Emergências:

- I. estimular a organização e a implantação da RUE, buscando um pacto cooperativo entre as instâncias de gestão do SUS para garantir os investimentos e recursos necessários a esta mudança de modelo de atenção nos grandes prontos-socorros dos estabelecimentos hospitalares integrados ao SUS;
- II. intervir de forma mais organizada, ágil e efetiva sobre a oferta do cuidado nas grandes emergências hospitalares do SUS;
- III. assessorar tecnicamente a equipe do hospital participante do programa e oferecer capacitação para o aprimoramento da gestão do cuidado ao paciente em situação de urgência e emergência;
- IV. apoiar as unidades hospitalares para a melhoria da gestão e da qualidade assistencial, por meio da implantação de dispositivos como a classificação de risco, gestão de leitos, implantação de protocolos clínico-assistenciais e administrativos, adequação da estrutura e ambiência hospitalar, regulação e articulação com o sistema de saúde; e
- V. possibilitar a readequação física e tecnológica dos serviços de urgência e emergência da unidade hospitalar.

O programa teve início em novembro de 2011 e está implantado em 12 unidades hospitalares de referência regional. Já estão em processo de implantação mais dez unidades. A meta é que até 2014 atinja os 40 maiores prontos-socorros brasileiros em 26 estados e no Distrito Federal (BRASIL, 2013a).

ATENÇÃO DOMICILIAR

A atenção domiciliar (AD), por meio do Programa Melhor em Casa, constitui uma nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, que visa proporcionar ao paciente um cuidado contextualizado a sua cultura, rotina e dinâmica familiar, evitando hospitalizações desnecessárias e diminuindo o risco de infecções, oferecidas no domicílio e caracterizadas por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada às Redes de Atenção à Saúde. (BRASIL, 2011; 2014).

Além disso, potencializa uma melhor gestão dos leitos hospitalares e o uso mais adequado dos recursos, como também serve de "porta de saída" para a rede de urgência/emergência, diminuindo a superlotação nesses serviços. (BRASIL, 2014c).

A Atenção Domiciliar tem por finalidade estruturar e organizar o cuidado no domicílio a partir de três modalidades (AD1, AD2, AD3) definidas a partir da condição clínica, da necessidade e do uso de equipamentos e da frequência de visitas domiciliares.

A assistência prestada na modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica (incluindo equipes de saúde da família e núcleos de apoio à saúde da família), por meio de visitas regulares ao domicílio, devendo ocorrer, no mínimo, uma vez por mês. Nas modalidades AD2 e AD3, a assistência será de responsabilidade das equipes multiprofissionais de atenção domiciliar (EMAD) e das equipes multiprofissionais de apoio (EMAP) aos pacientes que necessitam de maior intensidade de cuidados, por meio de acompanhamento contínuo. (BRASIL, 2013a).

De acordo com a Portaria MS/GM nº 1.533, de 16 de julho de 2012, que altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 2.527/2011, citando os seguintes critérios como requisitos para que os municípios tenham serviço de atenção domiciliar (SAD):

- I. apresentar população igual ou superior a 40.000 (quarenta mil) habitantes, com base na população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);
- II. cobertura de SAMU ou possuir serviço móvel local de atenção às urgências; e
- III. possuir hospital de referência no município ou na região que o integra.

Todos os municípios com uma EMAD implantada poderão implantar uma EMAP para suporte e complementação das ações de saúde da Atenção Domiciliar e, a cada 3 (três) EMADs a mais, farão jus à possibilidade de implantar mais uma EMAP. Após atingir a população de 150.000 (cento e cinquenta mil) habitantes, o município poderá constituir, sucessivamente, uma nova EMAD a cada 100.000 (cem mil) novos habitantes.

As EMADs deverão ser organizadas a partir de uma base territorial, sendo referência em atenção domiciliar para uma população definida, e se relacionar com os demais serviços de saúde que compõem a Rede de Atenção à Saúde, em especial a Atenção Básica.

A EMAD terá a seguinte composição mínima:

- I. profissionais médicos com somatório de carga horária semanal (CHS) de, no mínimo, 40 (quarenta) horas;
- II. profissionais enfermeiros com somatório de CHS de, no mínimo, 40 (quarenta) horas;
- III. profissional fisioterapeuta e/ou assistente social com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas;
- IV. auxiliares/técnicos de enfermagem com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas.

Nenhum profissional componente da EMAD poderá ter carga horária semanal inferior a 20 (vinte) horas.

A Portaria 1.208, de 18 de junho de 2013 integra os programas Melhor em Casa e SOS Emergências, possibilitando que cada hospital do SOS Emergências possua uma Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD tipo I) para além do teto máximo de equipes do serviço de atenção domiciliar (SAD) do município. Entre os objetivos da integração destacam-se a busca ativa de pacientes elegíveis, o apoio e matriciamento das equipes do hospital para identificação destes usuários e a desospitalização segura e efetiva, articulada e integrada com a rede de saúde do território.

A EMAP deverá oferecer apoio à EMAD, bem como às equipes de atenção básica (inclusive equipes de Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família). Sua composição mínima deverá conter 3 (três) profissionais de nível superior, escolhidos entre oito diferentes ocupações: Assistente social; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Cirurgião-dentista; Psicólogo; Farmacêutico; e Terapeuta ocupacional. (BRASIL, 2013a).

A soma das cargas horárias semanais dos componentes deve acumular, no mínimo, 90 (noventa) horas semanais e nenhum profissional componente da EMAP poderá ter carga horária semanal inferior a 20 (vinte) horas. (BRASIL, 2014c).

SEÇÃO 3

REDE PARANÁ URGÊNCIA

Em 2013, foi criada a Rede Paraná Urgência (RPU) que está fundamentada nos marcos normativos delineados na portarias nº 4.279 e nº 1600, do Ministério da Saúde, que institui a RAS e a RUE no SUS. A RPU tem sido definida como conjunto de ações e serviços destinados ao atendimento de todas as Regiões de Saúde do Paraná, visando sua integração Macrorregional, voltada às necessidades de saúde da população em situação de Urgência e Emergência (PARANÁ, 2013).

A Rede Paraná Urgência é uma complexa rede descentralizada que inclui desde equipes multiprofissionais treinadas para acolher os cidadãos nas unidades de saúde equipadas nos municípios onde moram, transporte de urgência (SAMU / SIATE / Aeromédico) ou atendimento hospitalar de urgência organizado por centrais macrorregionais de regulação até acompanhamento domiciliar no pós-alta. (PARANÁ, 2014).

Para compreender as causas e consequências que culminaram com a criação da RPU, o Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES) juntamente com a Secretaria de Estado de Saúde do Paraná (SESA-PR) realizaram um amplo estudo situacional, denominado: Modelo Lógico Programa Rede Urgência e Emergência (IPARDES, 2012). No presente documento, foram apresentadas as referências básicas do Programa Rede Urgência e Emergência.

No que se refere ao processo de cuidado, a Rede Paraná Urgência tem como objetivos a (PARANÁ, 2013):

1. Redução da incidência de agravos urgentes
2. Identificação e manejo imediato de situações de urgência e emergência
3. Viabilização de acesso eficaz do paciente a serviços de saúde qualificados e resolutivos
4. Garantia de assistência adequada em todos os pontos de atenção
5. Adoção de critérios de tempo-resposta para toda a rede assistencial

6. Garantia da continuidade da assistência pós-evento agudo
7. Desenvolvimento da capacidade de resposta a eventos de massa e múltiplas vítimas.

A RPU tem como diretrizes gerais a (PARANÁ, 2013):

- organização da Atenção Primária em Saúde em todos os municípios, de forma a ter equipe de Atenção Primária de referência para 100% da população;
- implantação da Classificação de Risco em todos os Níveis de Atenção, com adoção da metodologia Manchester no Estado;
- estabelecimento de parâmetros de atendimento, com definição de tempo-resposta, segundo critérios técnico-assistenciais contemporâneos;
- estabelecimento das competências de cada Ponto de Atenção, que devem ser garantidos pelos gestores;
- definição do Modelo de Atenção por Linhas de Cuidado, com prioridade para as Cardiovasculares, Cerebrovasculares e Traumatismos;
- definição dos pontos de atenção secundários e terciários, regionalizados e articulados, com implantação de transferência sob regulação;
- monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços, através de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção;
- implementação de pactuações interestaduais, quando aplicável para o sistema de emergência;
- adoção de Planos de Manejo de Desastres e Catástrofes;
- definição e implantação de Programa de Educação Permanente para as equipes de Saúde na Atenção às Urgências.



Dessa forma, se os componentes e atributos estiverem integrados e articulados na RUE, isso poderá provocar mudanças e melhorias na organização das ações e serviços de saúde, tendo reflexo na diminuição da demanda espontânea e na qualidade do cuidado à saúde ofertada aos usuários do SUS.



Dentre os componentes e atributos da RUE, comente como as ações e serviços de saúde, nos diferentes pontos de atenção, devem atuar de forma integral, multiprofissional e com foco no cuidado à saúde.



ANOTAÇÕES

Redes de Atenção à Saúde Materno-Infantil

Rafael Gomes Ditterich
Verônica de Azevedo Mazza

OBJETIVOS DE ESTUDOS

- Refletir sobre a importância das redes de atenção materno-infantil na redução da morbimortalidade de mulheres e crianças;
- Identificar as normativas legais e conceituais que sustentam a Rede Mãe Paranaense;
- Conhecer a estratificação de risco para a gestante e criança da Rede Mãe Paranaense;
- Reconhecer os elementos que constituem a Rede de Atenção Materno Infantil no Estado do Paraná.

ROTEIRO DE ESTUDOS

- SEÇÃO 1 – Organização e diretrizes da Rede Cegonha
- SEÇÃO 2 – Rede Mãe Paranaense (RMP): estrutura e organização
- SEÇÃO 3 – Estratificação de risco para gestante e criança.
- SEÇÃO 4 – Implantação e monitoramento da Rede Mãe Paranaense.

Unidade III

PARA INÍCIO DE CONVERSA

Para atender as diretrizes e legislações que tratam da estruturação da Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do Sistema único de Saúde, para o segmento da área Materno Infantil, o Ministério da Saúde institui a Rede Cegonha em nível federal. No Estado do Paraná, a Secretaria Estadual de Saúde, implanta a Rede Mãe Paranaense (RMP), que se propõe a reorientação do modelo de atenção a gestante, puérpera, recém-nato e a criança. Esta organização pauta-se na população, estrutura operacional e no modelo de atenção à saúde e visa a melhoria da qualidade de vida, saúde e prevenção de óbitos maternos e infantis; para esta reorganização da atenção foram elaboradas diferentes estratégias e contratualizações com os municípios analisando-se as necessidades específicas locais.

SEÇÃO 1 ORGANIZAÇÃO E DIRETRIZES DA REDE CEGONHA

A **Rede Cegonha** criada em 2011, pela Portaria nº. 1.459, do Ministério da Saúde, que visa assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada na gravidez, ao parto e ao puerpério, e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Esta Rede é constituída por um conjunto de estratégias que visa garantir às usuárias do SUS o atendimento qualificado e humanizado desde o período pré-concepcional até o puerpério, incluindo a atenção à saúde da criança até os dois primeiros anos de vida. (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha pauta-se na concepção de que a atenção à saúde da criança inicia-se na vida intrauterina, desse modo, as ações de promoção ao desenvolvimento infantil devem iniciar na atenção pré-natal, para tanto requer um cuidado qualificado e humanizado. Assim propõe ações de atenção pré-natal, parto e puerpério, e de promoção do aleitamento materno e o fortalecimento da rede de amamentação; a organização de serviços de atenção primária de maneira que garanta o acompanhamento adequado da criança, com atendimento qualificado, atendimento especializado e diferenciado para as crianças de maior risco; a ampliação de leitos de UTI neonatal; a busca ativa dos vulneráveis e a garantia de acesso.

Objetivos da Rede Cegonha (BRASIL, 2011):
- Fomentar a implementação de um novo Modelo de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança , embasado nos princípios da humanização, com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos 24 meses;
- Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil que garanta acesso, a vinculação, o acolhimento e a melhoria da resolutividade;
- Reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

A Rede Cegonha está organizada nos princípios de respeito e proteção aos direitos humanos, com enfoque de gênero visa garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; diversidade cultural, étnica e racial; a promoção da equidade; a participação social; e a compatibilização com as redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados. (BRASIL, 2011)

A Rede Cegonha está em conformidade com Portaria nº 4.279/GM/MS, de 2010, que estabelece a Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. A Rede Cegonha deve ser implementada, gradativamente, em

todo território nacional respeitando-se critérios epidemiológicos, como taxa de mortalidade infantil, razão de mortalidade materna e densidade populacional. (BRASIL, 2011)

Organizada para se responsabilizar por prover ações contínuas de atenção à saúde materna e infantil em um território sanitário, que são recortados pelos fluxos e contrafluxos da população de sua responsabilidade, de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações para esta população, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e de governança da rede de atenção à saúde. (BRASIL, 2010; MENDES, 2011).

Nesta organização a Rede Cegonha está em consonância com as seguintes diretrizes (BRASIL, 2010):

- I. garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;
- II. garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;
- III. garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;
- IV. garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e
- V. garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo.

A Rede Cegonha está estruturada em quatro componentes: pré natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico com: os sistemas de transporte, sanitário e regulação, nos quais se propõem as seguintes ações de atenção à saúde (BRASIL, 2010).

Pré natal ☐ captação precoce da gestante para realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde, com atenção qualificada e acesso à exames preconizados e em tempo oportuno; ☐ classificação de risco e vulnerabilidade, acolhimento às intercorrências na gestação; ☐ acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno; ☐ vinculação da gestante à maternidade; ☐ prevenção e tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e infecção pelo vírus HIV/AIDS e Hepatites; ☐ apoio às gestantes no deslocamento para as consultas de pré-natal e para o local onde será realizado o parto.
Parto e Nascimento ☐ suficiência de leitos obstétricos e neonatais, incluindo unidade de terapia intensiva, unidade de cuidados intermediários e método canguru; ☐ realização das boas práticas, preconizadas pela Organização Mundial da Saúde; ☐ garantia do acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; ☐ realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; ☐ estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na Política Nacional de Humanização.
Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança ☐ promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável; ☐ acompanhamento da puérpera e da criança na atenção primária com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento; ☐ busca ativa de crianças vulneráveis; ☐ implementação de programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva e oferta de métodos contraceptivos; ☐ prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites.

Fonte: Brasil (2010)

A Rede Cegonha é uma estratégia organizada em arranjos que combinam concentração e dispersão de recursos com diferentes densidades tecnológicas, estruturados em pontos de atenção à saúde, com distribuição espacial que responda às necessidades de saúde desta população. Expressa, assim, a importância de se atuar em um determinado território sanitário, inovando ao propor a articulação em rede de serviços para assegurar às mulheres e crianças, até 24 meses de vida, o acesso e a atenção à saúde qualificada, humanizada e mais resolutiva.

Na mesma linha de reorientação do modelo de atenção à saúde para um sistema integrado RAS, que se propõem disponibilizar serviços de assertividade em relação ao lugar, tempo, qualidade e custo e com responsabilização econômica e sanitária de uma população em um território. Assim, em consonância com as normativas do Ministério da Saúde sobre a Rede de Atenção à Saúde e a Rede Cegonha, o Estado do Paraná constrói Rede Mãe Paranaense, delineada no documento denominado Linha Guia.

SEÇÃO 2

REDÉ MÃE PARANAENSE (RMP): ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO

Em 2012, foi criada a Rede Mãe Paranaense que está fundamentada nos marcos normativos delineados na portarias nº 4.279 e nº 1459, do Ministério da Saúde, que institui a RAS, e a seguinte a Rede Cegonha no SUS, e conceitualmente nas Redes de Atenção à Saúde proposta por Mendes (2010) Pauta-se também na experiência exitosa do Programa Mãe Curitibana que foi reconhecido por sua capacidade resolutiva sobre os resultados nos indicadores da mortalidade materno infantil.

A Rede Mãe Paranaense tem como valores: compromisso, ética, vínculo e humanização. Para tanto, tem como missão "Garantir o acesso e atenção, promovendo o cuidado seguro e da qualidade na gestação, parto

e puerpério às crianças menores de um ano de idade" (PARANÁ, 2012).

O público-alvo desse sistema integrado em pontos de atenção são mulheres em idade fértil e crianças menores de um ano de idade. Para tanto, propõe um conjunto de ações que envolvem a captação precoce da gestante, o seu acompanhamento no pré-natal, com no mínimo 7 consultas, a realização de (17) exames, a Estratificação de Risco das gestantes e das crianças, o atendimento em ambulatório especializado para as gestantes e crianças de risco, a garantia do parto por meio de um sistema de vinculação ao hospital conforme o risco gestacional. (HUÇULAK; DALCUCHE; PETERLINE, 2013).

Com vistas à complexidade para a mudança de um modelo de atenção fragmentado para um sistema integrado voltado para os determinantes sociais de saúde e sobre as condições de saúde estabelecidas, a RMP pretende, até 2020, organizar-se para apresentar padrões de qualidade em todas as regiões com equidade e para redução dos óbitos maternos e infantis no estado. (PARANÁ, 2012).

Em relação aos elementos constitutivos, a RMP organiza a estrutura operacional com cinco elementos que a conformam (PARANÁ, 2012).

- **Atenção Primária à Saúde**, primeiro elemento desta estrutura, que tem como princípios: delimitação do território, ser ordenadora do cuidado e coordenadora dos pontos de atenção à população adscrita em seu território. Com ações resolutivas de pré-natal e puerpério, no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, em especial no seu primeiro ano de vida, pautam suas decisões clínicas em linhas-guia e em protocolos clínicos;

- **Ponto de Atenção Secundária**, conta com o Centro Mãe Paranaense para acompanhamento das gestantes e crianças de risco em ambulatórios especializados com equipe multiprofissional.

- **Ponto de Atenção Terciária** composto por Hospitais com UTI adulto e Neonatal, para vincular gestantes de risco, com capacidade para atender as intercorrências e ao parto.

- **Sistemas logísticos** têm cartão SUS, SISPRENATAL, prontuário, carteira da criança e da gestante, transporte sanitário eletivo e de urgência e a regulação.

- **Sistema de governança da rede** ocorre por meio da Comissão Intergestores Bipartite e CIB regionais.

Para identificar os serviços e ações que integram a estrutura operacional da RMP e sua lógica conceitual que direciona a organização deste sistema integrado e articulado de atenção à saúde materno infantil, dispõe-se da matriz dos pontos de atenção à saúde para o Estado do Paraná. (HUÇULAK; DALCUCHE; PETERLINE, 2013).

Para garantir a integralidade da atenção é preciso reconhecer os reais problemas de saúde nas dimensões sociais, psicológicas, biológicas e dispor de pontos de atenção que prestem serviços com diferentes densidades tecnológicas. (MENDES, 2011). Neste sentido, a RMP organiza sua matriz articulando três aspectos: o nível de atenção, os pontos de atenção e a delimitação territorial conforme figura apresentada anteriormente.

SEÇÃO 3

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA GESTANTE E CRIANÇA

Como subsídio para a gestão da clínica, a RMP propõe uma estratificação de risco definida em três graus para a gestante e criança: Risco Habitual, Risco Intermediário e Alto Risco. A Estratificação de Risco da gestante subsidia a organização da vinculação das gestantes para a atenção ao pré-natal, parto e as intercorrências deste período de acordo com os pontos de atenção da RMP.

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA GESTANTE	
RISCO HABITUAL	
Gestantes que não apresentam fatores de risco.	
RISCO INTERMEDIÁRIO	
• Características individuais.	Raça e/ou etnia: negros e indígenas. Idade abaixo de 20 anos e acima de 40 anos.
• Sociodemográficas.	Escolaridade: mães com baixa escolaridade (menos de 3 anos de estudos).
• História reprodutiva.	Mães com pelo menos um filho morto em gestação anterior. Mães que tiveram pelo menos 3 filhos vivos em gestações anteriores.
ALTO RISCO	
Condição clínica pré-existente.	Hipertensão arterial; Dependência de drogas lícitas e ilícitas; Cardiopatias; Pneumopatias; Nefropatias; Endocrinopatias; Hemopatias; Epilepsia; Doenças infecciosas; Doenças autoimunes; Ginecopatias; Neoplasias; Obesidade mórbida; Cirurgia bariátrica; Psicose e depressão grave.
Intercorrências clínicas na gestação atual.	Doenças infectocontagiosas; Doença hipertensiva específica da gestação; Doenças clínicas; Retardo do crescimento intrauterino; Trabalho de parto prematuro; Placenta prévia; Amniorrexe prematura; Sangramento de origem uterina; Isoimunização Rh (Rh negativo); Má-formação fetal confirmada; Macrosomia do concepto com patologias.

Fonte: Paraná (2012)

Estratificar o Risco das crianças para garantir o cuidado mais intensivo às crianças de risco, que têm maior probabilidade de adoecer e morrer. Para a Estratificação de Risco foram estabelecidos os seguintes critérios:

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA CRIANÇA	
RISCO HABITUAL	
Toda criança que não apresentar condições ou patologias que evidenciam algum risco.	
RISCO INTERMEDIÁRIO	- Filhos de mães da raça negra e indígena. - Filhos de mãe com menos de 15 anos ou mais de 40 anos. - Filhos de mães analfabetas ou com menos de 3 anos de estudos. - Filhos de mães com menos de 20 anos com um filho morto anteriormente. - Filhos de mães com menos de 20 anos e mais de 3 partos. - Filhos de mães que morreram no parto/puerpério.
ALTO RISCO	- Prematuridade. - Asfixia grave (Apgar < 7 no 5º minuto de vida). - Baixo peso ao nascer. - Desnutrição grave. - Crescimento e/ou desenvolvimento inadequados. - Presença de doenças de transmissão vertical (toxoplasmose, sífilis, HIV) e triagem neonatal positiva.

Fonte: Paraná (2012)

SEÇÃO 4

IMPLANTAÇÃO E MONITORAMENTO DA REDE MÃE PARANAENSE

O planejamento estratégico das RAS é realizado envolvendo uma formulação que resulta no mapa estratégico com definições de ações coordenadas a longo, médio e curto prazo. Os planos devem ser definidos a partir de uma visão que se deseja alcançar e em uma determinada temporalidade e devem ser monitorados e avaliados (MENDES, 2011).

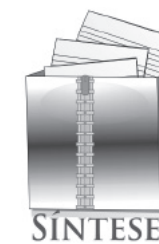
Portanto, para atender aos preceitos propostos na RMP, a Secretaria de Saúde do Estado propõem em seu mapa estratégico (PARANÁ, 2012; HUÇULAK; DALCUCHE; PETERLINE, 2013):

1. Apoiar os municípios para melhoria da estrutura dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), investindo na construção, reforma, ampliação e equipamentos para as Unidades Básicas de Saúde (UBS).
2. Estabelecer incentivo financeiro, fundo a fundo, aos municípios para custeio das equipes de saúde que atuam na APS com ênfase em critérios de vulnerabilidade epidemiológica e social.
3. Qualificar os profissionais que atuam nos pontos de atenção da rede por meio de programas de educação permanente.
4. Implantar a Segunda Opinião e Telessaúde para apoiar os profissionais das equipes de Atenção Primária.
5. Garantir a oferta de pré-natal de qualidade (consultas e exames) para as mães paranaenses, na Atenção Primária e na Atenção Secundária.
6. Garantir referência hospitalar para o parto, de acordo com o grau de risco da gestante.
7. Apoiar os municípios para a realização do acompanhamento das crianças de risco até um ano de vida.
8. Estabelecer ambulatório de referência para as gestantes e crianças de risco.
9. Padronizar a utilização da carteira da gestante e da criança em todo o estado.

10. Instituir incentivo de Qualidade ao Parto para os hospitais que atendem aos critérios para uma adequada atenção à gestante e ao parto.
11. Ampliar as ações de incentivo ao aleitamento materno e garantir o leite humano para crianças de risco, investindo na ampliação e melhoria dos bancos de leite humano e postos de coleta.

Compõe também a organização de uma rede de atenção à saúde o monitoramento e a avaliação como parte integrante da construção de políticas públicas, criando complementariedade entre os atores e delimitando objetivos e metas comuns, possibilitando o controle destas. Assim, o resultado deste processo avaliativo e de acompanhamento proporciona bases para sustentar apoio decisório, com vistas ao aprimoramento da eficiência, da efetividade e da qualidade dos serviços (MENDES, 2011)

Para monitorar a implantação da Rede Mãe Paranaense foram elencados quatorze objetivos estratégicos e vinte e cinco indicadores em quatro perspectivas: resultados para a sociedade, processo, gestão e financiamento descritos na Linha Guia Rede Mãe Paranaense que possibilitarão o acompanhamento da eficiência, efetividade e eficácia desta ação. (PARANÁ, 2012).



Nesta Unidade explicitamos a organização e diretrizes da Rede Cegonha, seus elementos constitutivos, permitindo compreender a organização da atenção à saúde pautada no modelo de RAS, apresentando o entrelaçamento dos pontos de atenção articulados ao território e com diferentes densidades tecnológicas.

Especificamos também a organização do Estado do Paraná para responder as necessidades de saúde do segmento materno infantil. Neste aspecto, apresentamos os marcos normativos e conceituais que sustentam a organização da RMP e estrutura operacional dos serviços e ações que conformam esta Rede. Para implantar um sistema integrado é preciso ter uma complexa articulação nos diferentes níveis de atenção e de esfera política, que requer a construção de objetivos e metas, bem como acompanhamento e monitoramento desta implantação. Acreditamos que a imersão nesta Unidade permitiu reconhecer a complexidade conceitual e operacional que abarca a construção de um modelo de atenção em redes.



1. Quais os normativos legais que sustentam a Rede Mãe Paranaense?
2. Descreva o papel da Atenção Primária à Saúde na Rede de Atenção à Saúde.
3. Quais os princípios que orientam a Rede Cegonha?
4. Identifique os elementos constitutivos da estrutura operacional da Rede Mãe Paranaense.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. 3. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Portaria nº 1.020, de 13 de maio de 2009.** Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1020_13_05_2009.html. Acesso em: 04 mar 2014.

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2010. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-basica/Portaria%204279%20de%2030%20de%20dezembro%20de%202010.pdf Acesso em: 25 fev 2014.

BRASIL. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 2011a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 25 nov 2013.

BRASIL. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011.** Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS), 2011b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html Acesso em: 25 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. **Curso de autoaprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde** (ECO-RedeNutri). Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: ecos-redenutri.bvs.br/tiki-download_file.php?fileId=125. Acesso em: 03 mar 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_28.pdf. Acesso em: 03 mar 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf. Acesso em: 02 mar 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. **UPA 24h: apresentação**. 1p. 2013b. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1791. Acesso em: 02 ago 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da sala de estabilização: componente da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_sala_estabilizacao.pdf. Acesso 04 mar 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Redes Prioritárias**. 2014a. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_proprietaria. Acesso em: 01 mar 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Saúde toda Hora**. 2014b. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_emergencias. Acesso em: 01 mar 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção domiciliar no âmbito do SUS (Programa Melhor em Casa)**. 2014c. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_melhor_em_casa.php. Acesso em: 02 mar 2014.

DUBOW, C.; BASTOS, S. Redes de atenção à saúde: um desafio para a gestão do SUS. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 4, n. 3, p.908-21. 2013.

HUÇULAK, M. C.; DALCUCHE, M. G.; PETERLINI, O. L. G. **Rede mãe paranaense: relato de experiência na gestão de resultados**. In: CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 6, 2013, Brasília. Anais. [acesso em 08 fev 2014] Disponível em: <http://repositorio.fjp.mg.gov.br/consad/handle/123456789/1010>.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL. Modelo Lógico **Programa Rede de Urgência e Emergência**. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Curitiba: IPARDES, 2012.

MENDES, E V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.

MENDES, E. V. **As redes de atenção a saúde**. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2011.

MOYSÉS, S. J. Redes de Atenção e organização de ações e serviços de saúde bucal. In: MOYSÉS, S. J. **Saúde coletiva: políticas, epidemiologia da saúde bucal e redes de atenção odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 2013. p. 103-116.

NITSCHKE, C. A. S. Definições conceituais iniciais. In: MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. **SAMU Minas Gerais**. Belo Horizonte: SESA-MG, 2008. p. 3-8.

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde do Paraná. **Linha Guia: Mãe Paranaense**. Curitiba: SESA, 2012.

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde do Paraná. **Rede Paraná Urgência**. Curitiba: SESA, 2013. Disponível em: <http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/DiogoPracz/EncontroGestores/Oficina04/RedePRUrgencias.pdf>. Acesso em: 07 mar 2014.

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde do Paraná. **Rede Paraná Urgência**. Curitiba: SESA, 2014. Disponível em: <http://www.sesa.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2982>. Acesso em: 07 mar 2014.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Subsecretaria de Atenção à Saúde. **Componentes da RUE**. 2014. Disponível em: <http://www.saude.rj.gov.br/atencao-a-saude-1/946-redes-tematicas/16427-rede-de-atencao-as-urgencias-e-emergencias-rue.html?showall=&start=1> Acesso em: 03 mar 2014.

SERGIPE. Fundação Estadual de Saúde. **Manual Técnico Operacional da Central SAMU 192 Sergipe**: Livro do Aprendiz 4. Aracaju: FUNESA, 2011.

NOTAS SOBRE OS AUTORES

PROF. DR. RAFAEL GOMES DITTERICH

Cirurgião-dentista formado pela PUCPR (2003). Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva pela PUCPR (2005) e em Gestão em Saúde pela UEPG (2011). Mestre em Odontologia (Clínica Integrada) pela UEPG (2006). Doutor em Odontologia (Saúde Coletiva) pela PUCPR (2011). Atualmente Professor Adjunto do Departamento de Saúde Comunitária; Coordenador e Professor do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) e Coordenador do PET Saúde / Redes de Atenção SMS Curitiba da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Professor Colaborador do Departamento de Odontologia e do Departamento de Enfermagem e Saúde Pública da Universidade Estadual de Ponta Grossa (2008-09 e 2012-13). Professor efetivo da Faculdade de Odontologia do Pólo Universitário de Nova Friburgo da Universidade Federal Fluminense (FO-UFF/NF) (2009-12). Diretor Acadêmico e Coordenador Geral da Pós-Graduação da Faculdade Herrero (2008-09). Gestor de Projetos (Gestor Pedagógico) e Professor do Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais (2007-09). Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: Políticas de Saúde, Gestão e Avaliação em Saúde, Promoção da Saúde, Estratégia Saúde da Família, Fluoretos e Epidemiologia Bucal.

PROF.^ª DR.^ª VERÔNICA DE AZEVEDO MAZZA

Enfermeira. Professora Adjunta, lotada no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Ministra disciplinas para Graduação em Enfermagem, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Líder do Grupo de Estudos Família Saúde e Desenvolvimento- GEFASED da UFPR. Coordenadora adjunta do Programa PRO-Saúde e PET-Saúde UFPR/Colombo (2012 a 2014). Doutora pela Escola de Enfermagem da USP, na área de saúde coletiva (2007). Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1998). Graduada em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (1984). Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde da família e da criança, atuando principalmente nos seguintes temas: promoção da saúde, enfermagem, saúde da criança, educação a distância.

TÓPICOS ESPECIAIS EM SAÚDE II -

HUMANIZAÇÃO E FERRAMENTAS DE GESTÃO NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Pollyanna Kássia de Oliveira Borges
Cibele de Moura Sales
Wesley Souza Borges
Rosiléa Clara Werner

► UNIDADE I -

► UNIDADE II -

PALAVRAS DOS PROFESSORES

Caro Especializando,

Com muita alegria o recebemos neste Tópico Especial sobre Humanização e ferramentas de gestão clínica!

Temos certeza de que o conteúdo aqui estudado tem potencial para ampliar os olhares para condutas que tornarão sua prática mais próxima das necessidades da comunidade em que você atua e poderão facilitar sua rotina de trabalho, bem como torná-la mais agradável em relação aos resultados e vínculos profissionais estabelecidos.

Seja muito bem-vindo e bons estudos!

OBJETIVOS E EMENTA

.....

OBJETIVOS

- Este Tópico Especial tem por objetivo discorrer sobre conceitos e estratégias que promovam a Humanização dos Serviços de Saúde.

EMENTA

Conceito de saúde e a Clínica. Clínica ampliada. Humanização. Relação entre Humanização e Redes de Atenção à Saúde. Acolhimento. Classificação de Risco. Equipes de Referência. Apoio Institucional. Projetos terapêuticos singulares.



OBJETIVOS DE ESTUDOS

- Revisitar o conceito ampliado de saúde
- Discutir o conceito de clínica e clínica ampliada
- Conhecer o conceito e a política de humanização
- Relacionar Humanização com o conceito de Clínica ampliada

ROTEIRO DE ESTUDOS

- SEÇÃO 1 - A saúde ampliada
- SEÇÃO 2 - A clínica ampliada
- SEÇÃO 3 - Definindo humanização e motivações para sua institucionalização nos serviços de saúde
- SEÇÃO 4 - A humanização e a clínica ampliada

PARA INÍCIO DE CONVERSA

Você já esteve como usuário, ou como profissional, por diversas vezes em ambientes prestadores de serviços de saúde. Seja em uma unidade básica de saúde, um hospital, ou até mesmo na secretaria de saúde, espera-se que o ambiente físico e social seja condizente com aquilo que para a maioria das pessoas é o seu maior bem: a qualidade da saúde! Seria complicado se prestadores de saúde estivessem sujos, respondessem rispidamente aos usuários e até faltasse energia elétrica. Quando precisamos destes serviços sempre queremos a melhor atenção possível. Quando conversamos com pessoas da saúde desejamos respostas e que estas sejam adequadas para nosso caso. Mas, e quando somos nós os prestadores dos serviços? O cansaço, a insatisfação salarial e o excesso de responsabilidades podem nos tornar distantes do ideal do profissional esperado pelos usuários.

Nesta unidade abordaremos assuntos para você iniciar uma reflexão sobre a saúde que queremos ofertar aos nossos usuários e qual atenção desejamos como usuários e profissionais do sistema de saúde. Aproveite para oportunizar a descoberta de novas possibilidades!

SEÇÃO 1 A SAÚDE AMPLIADA

Conceituar saúde é uma tarefa difícil para cada um de nós. Se alguém lhe perguntar: *“você está saudável?”* Provavelmente sua resposta será *sim*, se nenhuma doença lhe estiver acometido nos últimos tempos. Mas, você também já deve ter ouvido aquele conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) que diz: “Saúde é um estado

de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” (OMS, 1946, p. 1). E agora? Estamos saudáveis ou não?

O conceito que temos de saúde depende do paradigma histórico, político e social da época. Para a maior parte dos povos da idade antiga a saúde era advinda do equilíbrio do homem com o cosmos ou um benefício para os que seguiam as leis de Deus. Hipócrates e seus seguidores racionalizaram o conceito de doenças e conseguiram relacionar as doenças com as estações do ano, a qualidade do ambiente e até às funções de trabalho exercidas pelo homem. Este método racional de produzir saúde e reconhecer as doenças foi expandido pelos povos do oriente, mas, nós do ocidente retrocedemos nas gerações seguintes.

A teoria dos miasmas (grego: maus ares) perdurou durante séculos atribuindo todas as doenças à contaminação dos ares. Até que, ao fim do século XIX, os cientistas descobriram que as bactérias eram causadoras das doenças mais comuns da época. Então, tudo que acontecia passou a ser relacionado às respostas fisiopatológicas aos microorganismos que causavam as doenças.

Mas, no século XX, apesar de tantas descobertas científicas que foram feitas em consequência da bacteriologia, fisiopatologia, farmacologia e outras ciências que se desenvolveram, muitas doenças ainda existiam. Os problemas das pessoas não foram resolvidos por completo, a despeito do método científico, os antibióticos e o aumento de oferta de serviços de saúde.

Então, inicia-se uma rediscussão sobre o que seria a saúde e qual saúde gostaríamos de ter nos nossos países. No final da primeira metade do século XX, a OMS é criada e abre a sua constituição com o conceito de saúde mencionado anteriormente (OMS, 1946, p.1).

O conceito da OMS é considerado pelos profissionais da saúde como utópico porque a “perfeição do bem-estar” estaria longe de ser alcançada (SEGRE; FERRAZ, 1997), mas, foi um direcionamento aos países muito avançado à sua época. Era preciso olhar para além do corpo físico e dos determinantes microbiológicos. Com tantas pessoas doentes por doenças crônicas, não-transmissíveis e degenerativas, era necessário compreender a saúde como mais profunda em suas origens, arraigada às expressões culturais, políticas e econômicas.

Portanto, na Lei 8080/1990, posteriormente alterada pela Lei 12.864/2013, que regulamentou a saúde brasileira, está descrito que:

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990, p.1, grifo nosso).

É desse modo, então que a saúde é reconhecida como fruto de múltiplos fatores. Se necessitamos de alimentação adequada, atividade física, saneamento, trabalho, educação e tantos outros aspectos da vida para se ter saúde, consideramos que **a saúde é ampliada!** Ampliada para além do cuidado dos profissionais da saúde e presente na vida daqueles que conseguem obter uma combinação que nos leva a uma boa qualidade de vida.

Pense no caso hipotético: Flávia, desempregada, 32 anos, tem duas filhas, 15 e 13 anos. A mais velha, que está estudando no nono ano do ensino fundamental, conheceu um colega de turma da escola. E, quando a mãe descobriu o namoro, a adolescente já estava gestante de oito semanas. Pergunto a você: a gravidez na adolescência acontece por falta de preservativo na unidade de saúde? Será que a escola nunca fala sobre sexualidade com os acadêmicos?

O caso é hipotético, mas, frequente ainda. Seria a falta informação sobre sexualidade e medidas de prevenção de doenças e gestação na adolescência a maior causa de ainda termos jovens meninas gestantes? Seria a indisponibilidade de métodos contraceptivos nas unidades de saúde? Seria a falta de consultas de enfermagem ou médicas com as adolescentes, a grande causadora das gestações em adolescentes? A questão é complexa de ser compreendida e enfrentada. Perceba que em nosso exemplo, a Flávia também foi mãe adolescente. As histórias tende a se repetir nas famílias se não houver intervenção na história delas. Uma família que convive com desemprego, pouca escolaridade e muitas pessoas coexistindo no mesmo espaço, pode ser uma família muito mais vulnerável ao adoecimento e agravos à saúde que outra família sem exposição a tais circunstâncias.

A gestação na adolescência tem sido vista como ainda frequente em famílias de baixa escolaridade e com histórico familiar de gestação na adolescência. Às meninas que são ofertadas oportunidades de estudo, lazer e uma vida cheia de possibilidades, elas tendem a ter uma taxa de fecundidade muito mais baixa. Portanto, para o enfrentamento deste problema, é preciso que as políticas de planejamento familiar, saúde da mulher e saúde da criança estejam também entrelaçadas com as políticas públicas de moradia, lazer, educação e outros.

Isso nos faz repensar que a saúde sozinha não consegue abarcar todos os determinantes deste processo conhecido como Saúde-doença. E, se quisermos manter os sujeitos mais saudáveis teremos que cada vez mais nos apoiar a todos os setores que possam junto ao setor saúde, promover uma saúde ampliada, para além da própria saúde.

SEÇÃO 2

A CLÍNICA AMPLIADA



Como você revisitou na seção 1, a saúde é multicausal e as concepções atuais sobre a saúde preveem uma compreensão processual e ampliada. É de se esperar também que a atenção clínica ofertada nos serviços de saúde sejam também ampliados. Deseja-se que, no cuidado diário aos usuários, os profissionais possam escutar as queixas e demandas dos usuários e consigam perceber que seus problemas têm causas específicas, diferentes de individuo para individuo e que podem ser advindas de múltiplas razões - não necessariamente ligadas a um processo fisiopatológico.

A Clínica Ampliada, segundo Campos & Amaral (2007) se dá quando combinamos a padronização das condutas diagnósticas e terapêuticas com adaptações das regras gerais às variações de cada caso. Por este conceito, percebe-se que a primeira premissa para se fazer uma clinica ampliada é **reconhecer as singularidades** dos casos que surgem em nossos serviços. Cada vez que um usuário passa pelo serviço, ele vem

cheio de expectativas e demandas que requerem do prestador do serviço o uso de tecnologias que possam reconhecê-las e dar as devidas respostas. Para que isso ocorra, porém, o profissional deve ter certa autonomia e estar motivado à produção da saúde.

Não raras vezes o serviço de saúde é fragmentado, cada profissional cuida de suas atribuições e seguem uma linha de produção de cuidado para atender demandas superiores que nem sempre possibilitam a horizontalidade do cuidado e a garantia do reconhecimento das singularidades dos casos clínicos.

Segundo a teoria Paidéia proposta por Campos (2006), há que se promover uma revisão epistemológica e cultural da clínica prestada nos hospitais e demais serviços de saúde. E a principal ampliação da Clínica é a "Clínica do Sujeito". É necessário reconhecer que cada pessoa é distinta de outras e que, portanto, o cuidado profissional também deve ser distinto. E, além dos cuidados curativos, preventivos, paliativos ou reabilitadores, a clínica pode contribuir para ampliar a autonomia dos sujeitos. Autonomia entendida como uma maior possibilidade de o usuário conhecer e lidar com a rede de saúde, compreender melhor o seu processo saúde-doença, de ter autocuidado e estabelecer metas e pactuações com a equipe de saúde e com os seus (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Dentro do conceito de Clínica Ampliada, amplia-se o objeto de trabalho. Dá-se espaço também para a escuta qualificada dos problemas de saúde trazidos pelos usuários, passa-se a olhar para além do tratamento da doença e pensa-se em problemas de saúde que estão ligados à vulnerabilidade e risco a que os sujeitos estão expostos.

Para que a prática da Clínica ampliada se torne real nos serviços de saúde, há inúmeros desafios ainda por serem conquistados. É necessária uma mudança cultural e comportamental de todos os atores envolvidos com o cuidado à saúde, incluindo os usuários. Outros setores além da saúde podem ser apoiadores neste processo, de forma que havendo maior conhecimento de antropologia, saúde coletiva, gestão, psicologia e outros, seja possível estabelecer estratégias para a ampliação da autonomia das equipes de saúde, relações dialógicas e horizontais, com trabalho em equipes multi e interdisciplinares. Pois, como se ampliar o processo de cuidado sem a construção de projetos terapêuticos partilhados com várias profissões da saúde e com o próprio alvo do projeto (o usuário) e suas famílias?

Assim, ao encerrar esta seção, reflita sobre a qualidade do cuidado clínico que tem sido ofertada nos serviços de saúde em seu território de atuação. Está você distante ou mais próximo da oferta da Clínica Ampliada? Muito há que se caminhar ainda? Pois saiba que ações mais simples podem ser empregadas no dia-a-dia dos serviços e equipes de saúde que poderão apoiá-lo na oferta desta clínica mais ampla. Na próxima unidade você poderá conhecer algumas dessas possibilidades.

SEÇÃO 3

DEFININDO HUMANIZAÇÃO E MOTIVAÇÕES PARA SUA INSTITUCIONALIZAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

.....

Se você for ao dicionário encontrará a definição de humanização como a ação de 'humanizar-se'. Não resolveu muito, certo? Mas, procurando a palavra 'humanizar', encontramos que é o fato de 'tornar mais humano' (HOLANDA, 2014). Você deve estar pensando: humano... eu já sou! Como pode o homem tornar-se mais humano já sendo humano? 'Mais humano' pode lhe estar soando estranho. Ou, ainda, você pode estar pensando que o 'tornar-se mais humano' está diretamente relacionado com a sua melhor versão de bonzinho, sociável, educado, respeitoso, caridoso, complacente, etc.

Pereira e Barros (2014), conceituando o verbete humanização indicam que é a potencialização da capacidade humana de ser autônomo frente ao coletivo. Logo, a humanização está para além do 'ser bonzinho'. É a possibilidade de exercermos outros modos de trabalhar, de atender, agir e efetuar nossa atenção em saúde.

O conceito de humanização começou a ser discutido nos anos 90 quando o direito à saúde, o direito à privacidade e a necessidade de consentimento para procedimentos médicos passam a ser temas mais frequentes das pautas de discussões e regulamentados pelas políticas públicas. Concomitante a isso, percebeu-se a necessidade de, no SUS, além de se discutir as políticas públicas de saúde, que houvesse

momentos também para a discussão da cogestão, a inclusão participativa de trabalhadores e usuários, bem como um debate sobre os modelos de atenção e a formação profissional, a fim de garantir a qualidade da atenção à saúde, e esta como um direito à vida.

Assim, em 2004 foi publicada pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Humanização. Segundo este documento “Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (BRASIL, 2004a, p.6, grifo nosso).

Perceba que a política proposta vai muito mais além do que a filantropia e a bondade. O ‘atendimento de qualidade’, a combinação ‘tecnologia + acolhimento’ e a ‘melhoria dos ambientes de cuidado e laborais’ deve perpassar transversalmente todos os níveis do sistema de saúde e todos os atores envolvidos. Não se dá somente como uma ação isolada, mas envolve uma política de mudança comportamental e de gestão. O objeto da política engloba o usuário como foco da atenção, mas, também o servidor - seja como produtor de saúde ou quando se torna também usuário dos serviços.

A humanização no SUS objetiva a “construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde” (BRASIL, 2004a, p. 7). E estas trocas devem se dar nas mais diferentes relações: profissional-profissional; gestor-equipe; profissional-usuário; usuário-usuário; gestores-usuários; profissionais da saúde-profissionais de outros setores. Mas, para que? A Política Nacional de Humanização ainda responde a esta dúvida: “aumentar o grau de corresponsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção da saúde” (BRASIL, 2004a, p. 7). Isso implica em:

Mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. Tomar a saúde como valor de uso é ter como padrão na atenção o vínculo com os usuários, é garantir os direitos dos usuários e seus familiares, é estimular a que eles se coloquem como atores do sistema de saúde por meio de sua ação de controle social, mas é também ter melhores condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações e que possam participar como cogestores de seu processo de trabalho (BRASIL, 2004a, p. 7).

Prevê-se que o conjunto de estratégias para construir relações de vínculo e cooperação entre os sujeitos esteja baseado em três competências atitudinais: éticas, estéticas e políticas. E não há como produzir as relações de Humanização se não for sob o modelo de atenção em formato de Redes.

A consolidação da Política de Humanização propõe prioridades que são apresentadas na Figura 1. Perceba que estas prioridades estão ligadas ao domínio das relações entre os atores da rede SUS, à garantia de maior autonomia dos sujeitos e participação destes no sistema de saúde. Historicamente o SUS é apresentado na grande mídia como um sistema que têm problemas em relação ao acesso e à resolutividade. E muitas vezes esse problema não é só um objeto de divulgação da mídia, ele pode ser frequente a depender da gestão administrativa e clínica, local e regional, dos serviços. Pelos critérios da humanização, é esperado que as filas e o tempo de espera para uma consulta, exame ou procedimentos cirúrgicos sejam reduzidos. Mas, como garantir redução de tempo de espera e de filas com a demanda imensa que chega diariamente para os serviços de saúde? A proposta é que isso seja feito através da ampliação do acesso e atendimento acolhedor, resolutivo, baseado em critérios de risco.

Redução das filas e tempo de espera.

- Ampliação do acesso;
- Atendimento acolhedor;
- Atendimento resolutivo;
- Atendimento com base em critérios de risco.

Conhecimento dos profissionais do SUS pelos usuários e adscrição de clientela de determinado território aos serviços.

Garantia de informações ao usuário, acompanhamento de pessoas de livre escolha dentro da rede social do usuário, direito ao código dos usuários.

Gestão participativa dos trabalhadores e usuários.

- Educação permanente aos trabalhadores.

FIGURA 1 – Prioridades para a consolidação da Política de Humanização nos serviços de saúde do SUS (BRASIL, 2004a).

Ponderando que todos os serviços e todos os atores devam sem “corrompidos” pela Política de Humanização e suas premissas, que cada pessoa envolvida tem um papel singular, e que juntos podemos repensar o processo de produção da saúde com mais justiça, ética, e solidariedade, o ideal seria construir as redes de relações e subjetividades dentro das Redes de Atenção à Saúde.

A Humanização tem diretrizes para cada tipo de ponto de atenção à saúde. Na Figura 2 você poderá acompanhar estas diretrizes em sua leitura.

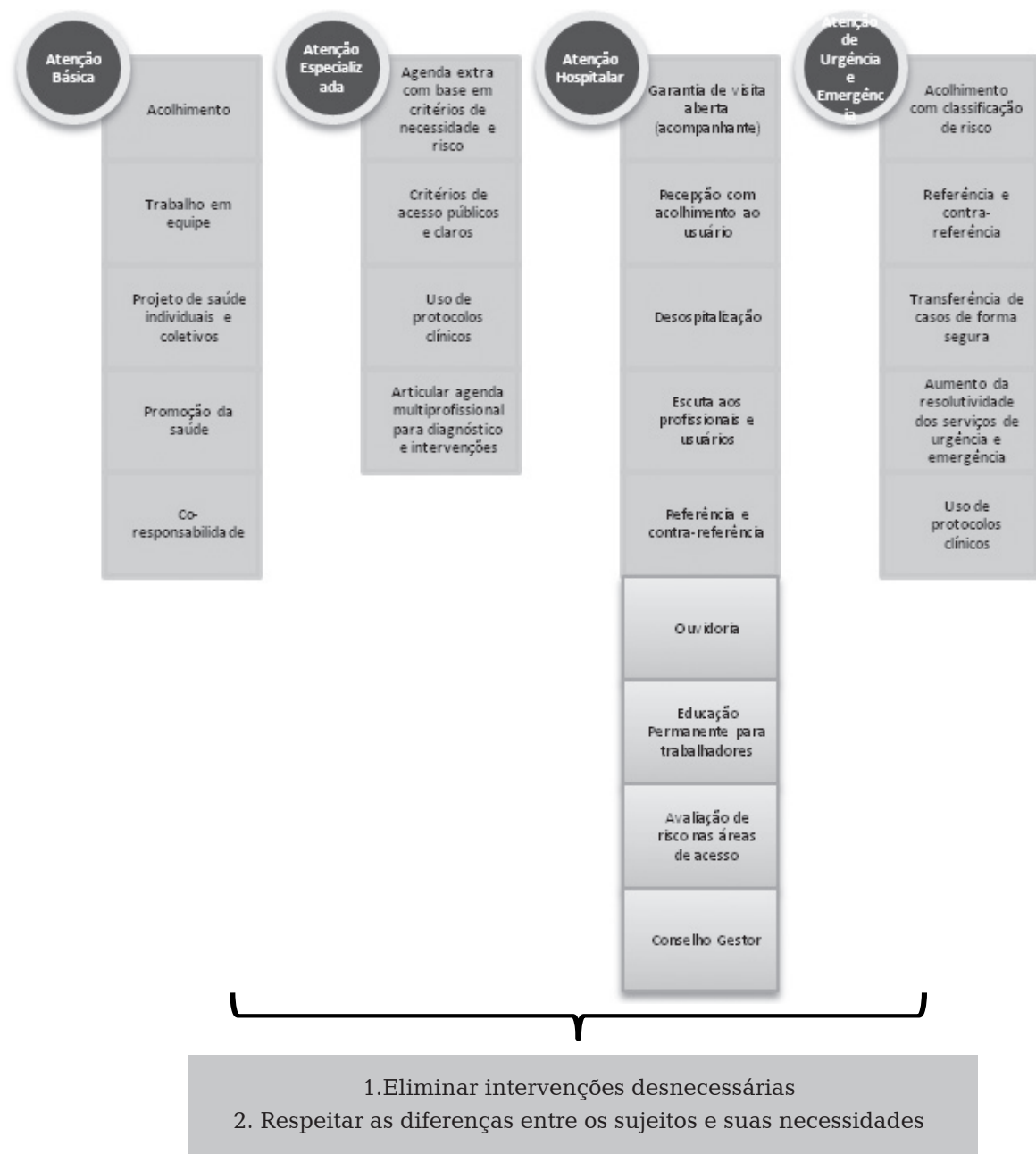


FIGURA 2 – Diretrizes de Humanização para os diferentes postos de atenção básica, especializada e hospitalar, segundo a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004a)

Ao analisar a Figura 2 note que as diretrizes convergem para a melhoria da atenção. Em quaisquer dos pontos de atenção da rede local de saúde, espera-se ampliar a resolutividade. Mas, que isso seja feito com apoio de várias estratégias, consiga eliminar as intervenções desnecessárias e respeitar as diferenças entre os sujeitos (usuários e profissionais). Entendendo que cada localidade/equipe/sujeito é único e tem, portanto, determinantes do processo saúde-doença distintos sob exposição e que cada usuário/equipe/município tem instrumentos disponíveis distintos para lidar com o adoecimento, será possível empregar as estratégias propostas para a intervenção humanizada com alcance de mais respeito e autonomia. Atenção especial se dá para a os serviços hospitalares. Veja que estas diretrizes foram propostas há mais de dez anos. Por isso, pensava-se que os blocos alaranjados fossem o “nível A” de humanização da atenção hospitalar, quando da implantação. Assim, os serviços hospitalares deveriam partir do nível B (blocos azuis) para alcançar o nível A. Portanto, pode ser que em seu município muitas das estratégias do nível A já tenham sido implantadas e os serviços tenham uma determinada vivência com a Humanização.

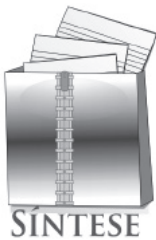
SEÇÃO 4

A HUMANIZAÇÃO E A CLÍNICA AMPLIADA

Nas Seções 1 e 2 você teve a oportunidade de revisar o conceito de saúde e verificou que a saúde em seus aspectos fisiopatológicos não explicam todo o processo saúde-doença. A saúde sendo multifatorial e processual é socialmente construída, está também relacionada com aspectos psíquicos, políticos, culturais e outros. Assim, a Atenção à Saúde tem que ser também ampliada.

Para se promover e garantir a saúde pessoal e coletiva de forma ampliada, nossas ações também devem se ampliar. E precisamos aceitar de que a saúde sozinha não resolve todos os determinantes das doenças. É necessária a compreensão para além dos aspectos da doença - nas ações clínicas e no planejamento e gestão da saúde.

Assim, a Clínica Ampliada (já estudada na seção 2) se relaciona diretamente com a Política Nacional de Humanização. A produção de sujeitos saudáveis, a garantia de que todos sejam iguais perante o sistema de saúde, a equidade nas ações e a integralidade do cuidado são garantidas quando há vínculo, as subjetividades são consideradas nos tratamentos e prescrições, os trabalhadores da saúde são entendidos também como cogestores, capazes de contribuir com o sistema, além de passíveis ao adoecimento, dentre outros.



Nesta unidade você pode revisitar o conceito de saúde e liga-lo à prática clínica. Conheceu a historicidade e propostas da Política Nacional de Humanização e como esta se relaciona com as redes de Atenção à Saúde e com o conceito de Clínica Ampliada.



ATIVIDADE 1: Aproveite para ir até o fórum e discutir com os demais colegas de curso suas impressões sobre a humanização no seu território.

ATIVIDADE 2:

Situação problema - *O umbiguinho da Jéssica!*

Ana, a enfermeira chefe da ESF da Vila Furquinha, vive sufocada em meio a tantos problemas. Não bastasse ela ter que preencher um monte de papéis para a secretaria de saúde, gerenciar a equipe, fazer as consultas de enfermagem e tantas outras obrigações, vez ou outra ela ainda tem que acalmar as tensões dos agentes comunitários de saúde.

Hoje o problema foi com a Rosa, a ACS mais antiga da equipe. Ela chegou muito brava na sala da Ana e esbravejando disse que não ia mais dar conta da Suzette... tinha entregado pra Deus!.

Suzette, uma moça de 17 anos, teve sua primeira filha, Jéssica da Silva, há 4 dias. Apesar de ter feito as consultas de pré-natal no posto de saúde, quando a Rosa chegou à casa da Suzette, a Jéssica estava com a barriguinha toda enfaixada e só gritava. A Suzette disse à Rosa que sua sogra, uma benzedeira famosa na vila, tinha benzido uma moeda antiga, colocado em cima do umbiguinho da Jéssica junto com as cinzas de um cigarro de palha e enfaixado. E só ia tirar a faixa no sétimo dia quando o umbiguinho cairia por causa do benzimento.

Rosa ainda tentou explicar os riscos de infecção, que o melhor jeito de cuidar do umbiguinho era deixar arejado, seco e passar apenas álcool 70% nas trocas de fraldas. Mas, a Suzette disse: eu vou obedecer a minha sogra! Ela cuidou do umbigo de metade das crianças da vila...

Depois que a menina morrer, eu não quero nem saber de me responsabilizar! –disse Rosa para a Ana. Eu não sei o que você vai fazer, mas, precisa ir lá dar um jeito nisso! – completou Rosa enfurecida para a Ana.

E agora? O que a Ana pode fazer?

Com base nos princípios da humanização, os conceitos de saúde e clinica ampliada, prepare uma proposta de intervenção para o problema do “umbiguinho da Jéssica”. Poste no fórum de discussões sua proposta (2 parágrafos) e aproveite para compartilhar com os demais colegas de curso.



ANOTAÇÕES

OBJETIVOS DE ESTUDOS

- Conhecer (ou revisar) o conceito de Acolhimento e relacioná-lo com a Humanização.
- Reconhecer ferramentas que apoiam a Clínica Ampliada e compõem os preceitos da Política Nacional de Humanização.
- Compartilhar do conceito e ferramentas da gestão baseada em evidências.

ROTEIRO DE ESTUDOS

- SEÇÃO 1 - O Acolhimento e a Humanização
- SEÇÃO 2 - Equipe de referência, profissional de referência e apoio matricial
- SEÇÃO 3 - Apoio Institucionalizado
- SEÇÃO 4 - Projetos terapêuticos singulares (PTS)
- SEÇÃO 5 - As Linhas-Guia e a gestão baseada em evidências

Unidade II

PARA INÍCIO DE CONVERSA

Filas nas portas das unidades de saúde cedinho, filas de espera nas agendas dos serviços de diagnóstico, agendas dos profissionais “engessadas”, usuários esperando por uma consulta com especialista há meses, pessoas que entram e saem dos serviços sem respostas e soluções para seus problemas, equipes que não praticam momentos de educação permanente e têm dificuldades de comunicação entre si, trabalhadores desestimulados, cansados com o excesso de demandas,... Muitos, são muitos mesmos os desafios que enfrentamos rotineiramente no trabalho em saúde. Esta seção apresenta alguns conceitos e propostas de ferramentas, para que você possa aplicar no seu dia-a-dia, que estão relacionadas com os princípios da humanização e com os conceitos de saúde e clínica ampliada já vistos na seção anterior. Aproveite para conhecer ou revisar estes instrumentos e refletir sobre a possibilidade de começar a aplicá-los na sua realidade laboral.

SEÇÃO 1 O ACOLHIMENTO E A HUMANIZAÇÃO

No dicionário o termo *Acolhimento* refere-se ao ato de acolher, refúgio, amparo, hospitalidade (HOLANDA, 2014). Logo, pela concepção da palavra, o acolhimento tem um significado de juntar-se a; estar junto de, estar com, fazer em prol de... etc. Segundo o Ministério da Saúde, o acolhimento é “uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social” (BRASIL, 2004b, p. 5). Mais tarde, o próprio Ministério, já com uma política de humanização mais consolidada, propôs o seguinte: “é exatamente nesse sentido, de ação de “estar com” ou “estar perto de”, que queremos afirmar o acolhimento

como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS” (BRASIL, 2010, p. 6).

O acolhimento é uma ferramenta que faz parte da política de humanização com o direcionamento para mudar a lógica de organização dos serviços de saúde, com base em três princípios (Figura 3) (BRASIL, 2009).

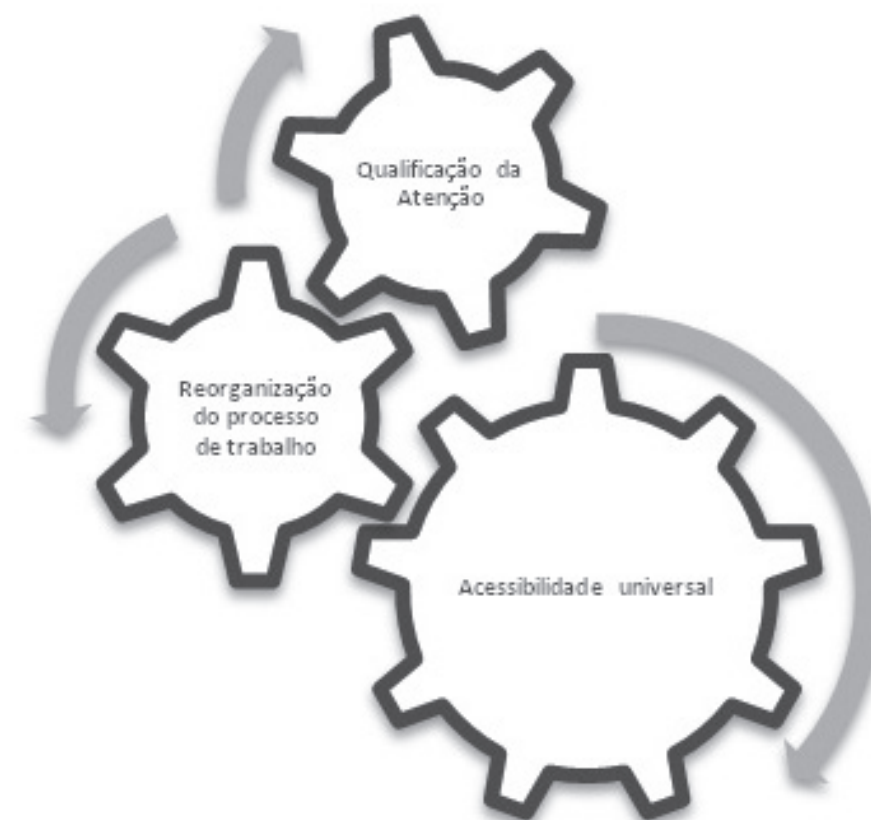


FIGURA 3 – Princípios do acolhimento na produção da saúde do SUS (BRASIL, 2009).

Ao acolher, está implícita uma escuta adequada dos usuários, capacidade de dar respostas adequadas e ampliar a resolutividade dos serviços de saúde e a responsabilização das equipes pelos usuários.

É possível que você já tenha ouvido falar em acolhimento diversas vezes e até tenha visto algum serviço que se propõe a implantá-lo. Porém, a noção de acolhimento tem sido entendida em diversos pontos das redes de atenção à saúde como uma recepção administrativa e confortável ou como uma triagem que encaminha para os serviços especializados.

Ora, é fato que estas duas dimensões são necessárias, porém o propósito do acolhimento é muito maior que estas duas dimensões.

Quando se pensa somente nos encaminhamentos e nas recepções adequadas, o objeto de trabalho deixa de serem as pessoas e suas demandas e é transferido para a doença, os procedimentos e o repasse dos problemas para outros níveis. Esta lógica de trabalho centrada na doença e nos procedimentos é perversa tanto para usuários, quanto para profissionais. E transpô-la no cotidiano dos serviços é um desafio que envolve a Humanização. Estão diretamente ligados à responsabilização uns pelos outros, solidariedade entre usuários e profissionais e à construção de redes de autonomia (BRASIL, 2004a).

O acolhimento é uma postura pessoal e coletiva, compromissada com a ética. Logo, qualquer profissional ligado ao serviço de saúde pode executá-lo, a qualquer momento e horário. **Por isso o acolhimento é diferente de triagem.** "Requer compartilhar saberes, necessidades, possibilidades, angústias, invenções, protagonismo, reorganização dos serviços a partir da problematização dos processos de trabalho" (BRASIL, 2004a, p. 9-10). De modo que toda a equipe multiprofissional possa estar encarregada da escuta e resolução dos problemas dos usuários.

Sob esse olhar, tanto profissionais de nível superior, quantos os de nível médio ou fundamental, com formação em saúde (ou não) podem realizar o acolhimento. Desde que comprometidos em articular a construção coletiva de propostas com a rede de saúde, se responsabilizarem pela elaboração de projetos terapêuticos individuais e coletivos e com a melhor resposta que for possível para as necessidades dos usuários.

Características necessárias para o profissional que promove o acolhimento são: despir-se dos preconceitos, ter um olhar fraterno de compreensão para as diversidades (étnicas, culturais, religiosas, de gênero e outras), a fim de encontrar soluções mediadas pelo respeito às singularidades do outro.

Do acolhimento tradicional para o Acolhimento com Classificação de Risco

Suponha que um usuário entre num serviço de saúde com seu filho de 11 anos que está se sentindo muito fraco, com dores no abdômen. Burocratizado pelas longas filas de espera, o pai fica na fila esperando sua vez para ser atendido. Mas, 30 minutos depois a criança falece por

causa de uma cetoacidose de um diabetes do tipo I que não tinha sido diagnosticado previamente.

Uma tragédia evitável! Concorde? Para impedir este tipo de situação o Ministério da Saúde tem proposto, há alguns anos, dentro da política de Humanização, que o acolhimento envolva a classificação do risco de morte ou complicações das queixas dos sujeitos. De forma que, aquele que precisa de atenção de urgência e emergência seja atendido com prioridade sobre o que tem menor risco.

A tecnologia de avaliação com classificação de risco, pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada (BRASIL, 2004b, p.16).

Desta forma, todos os sujeitos serão atendidos, mas, com uma avaliação prévia, classifica-se a necessidade do usuário e consegue-se priorizar aquilo que não pode esperar longos períodos para os primeiros cuidados. Esse tipo de acolhimento reafirma o papel das micropolíticas, da autonomia decisória das equipes locais de saúde e da necessidade de articulação em rede para dar seguimento na atenção aos casos para outros pontos de atenção, quando necessário.

Qualificações necessárias para a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco

- É ideal que as unidades de saúde onde a ferramenta do acolhimento será implantada estejam organizadas sob os critérios de adscrição de clientela, atuação sobre um território determinando, equipes com elos de vínculo uns com os outros e com os usuários, trabalho em equipe e com gestão participativa.
- Quando se pratica o acolhimento com classificação de risco, a equipe desvia o centro do cuidado da figura do médico e todos compartilham responsabilidades e saberes.
- É necessário escutar e discutir com a população a implantação da classificação de risco e superar a tradição de quem chega primeiro é atendido primeiro.

- A gestão local precisa cooperar no sentido de que a quantidade de procedimentos não seja a única prioridade do serviço; que os profissionais consigam implantar estratégias em parcerias com a comunidade que não envolvam exclusivamente a produção e, sim a concepção ampliada da saúde e novas possibilidades humanizadoras de enfrentar os determinantes do processo saúde-doença.
- As equipes devem ter momentos de educação permanente para usar ferramentas como: oficinas, fluxograma analisador e construção de protocolos. De forma, que consigam visualizar as potencialidades e fragilidades, dividir responsabilidades e regular os procedimentos e prioridades assistenciais de modo interdisciplinar.
- A classificação de risco não deve ser empregada para todos os que procuram o serviço e, em especial, em locais de demanda excessiva para não provocar um estrangulamento do acesso (BRASIL, 2004b). Além do que, as equipes devem ter o mínimo de treinamento para observar o usuário e reconhecer suas necessidades.

Um roteiro sugestivo para o Acolhimento com Classificação de Risco

A seguir você poderá acompanhar um roteiro sugestivo para o acolhimento da demanda espontânea, seguido da classificação de risco. Claro que você poderá adaptar à sua realidade local, sem perder o foco de que o acolhimento deve ser baseado nos princípios da humanização e na ampliação da resolutividade. Logo, acolher a demanda espontânea da recepção dos serviços é apenas uma passagem para o acolhimento nos processos de produção de saúde (BRASIL, 2010). Espera-se que, após o acolhimento inicial, seja dada continuidade ao acolhimento nos procedimentos e condutas que se seguirão:

1. Usuário explicita sua demanda.
2. Profissional observa e reconhece a queixa.
3. Avaliação primária e, se necessário, encaminhamento para consultório de enfermagem para a Classificação de Risco.

4. Para classificar o risco, o profissional enfermeiro deve: avaliar a situação, a duração da queixa, colher um breve histórico do paciente ou acompanhantes, verificar sinais vitais e glicemia, eletrocardiograma (se necessários).
5. O paciente, com risco classificado, recebe um adesivo no prontuário ou na roupa que aponta sua necessidade.
6. Os acompanhantes são comunicados sobre o período de atendimento e as explicações necessárias.

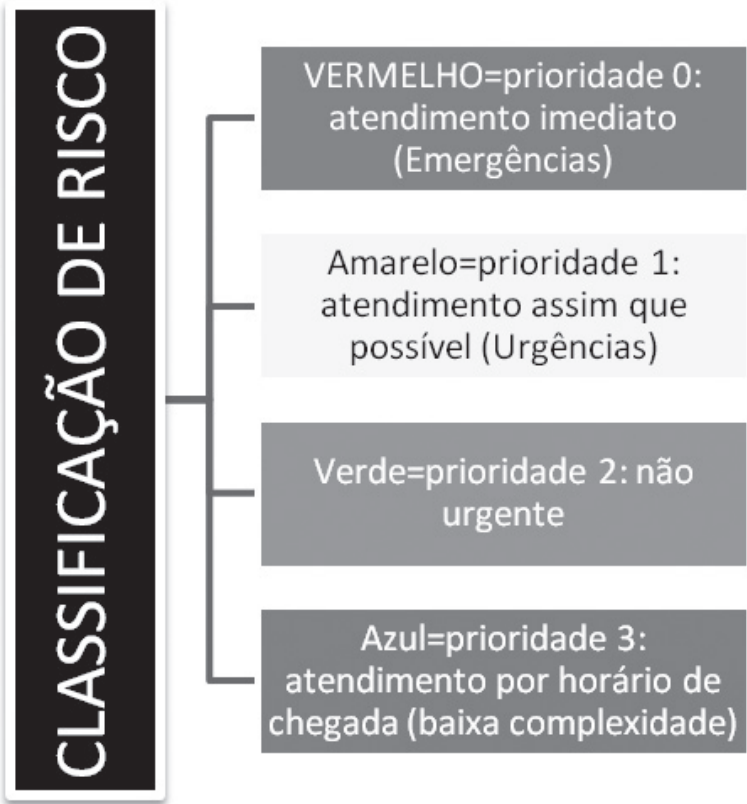


FIGURA 4 – Proposta de Classificação de Risco. Adaptado de Brasil (2004a, p. 27).

Mas, como implantar a ferramenta do acolhimento nos diferentes pontos das redes de saúde? É sugerido (BRASIL, 2010) que, na Atenção Básica, haja negociação entre equipe e equipe/usuários para ordenar a atenção à demanda não programada com a demanda programada (consultas de pré-natal, consultas de puerpério, atenção ao recém-nascido, imunização, programas como o Hiperdia, etc). E que o acolhimento seja oportunizado na comunidade com outras estratégias, tais como as consultas coletivas, terapias comunitárias, rodas de conversas, grupos (de caminhada, geradores de renda, etc).

Já para os serviços de especialidades, os profissionais e gestores precisam flexibilizar a agenda para atender prioritariamente os pacientes que necessitam de velocidade no diagnóstico e tratamento. E, para os pacientes de menor gravidade, dar seguimento ao tratamento. Se você trabalha em serviços de urgência ou emergência, é esperada a implantação da Classificação de Risco (aproveite para ver a Figura 5 que propõe uma ambiência dos serviços de urgência do SUS para alcançar o acolhimento desde a porta de entrada até a produção assistencial). Finalizando, o apoio diagnóstico também deve priorizar os que necessitam de rapidez no diagnóstico. Assim, a priorização de acordo com o risco e necessidades perpassa todos os pontos de atenção.

O acolhimento somado a outras iniciativas de mudança no processo de gestão dos serviços de saúde, gestão da clínica (ampliada) e mudanças nos processos de trabalho são soluções atreladas à humanização da saúde brasileira. A partir deste ponto do texto, você poderá acompanhar algumas outras propostas de iniciativas.

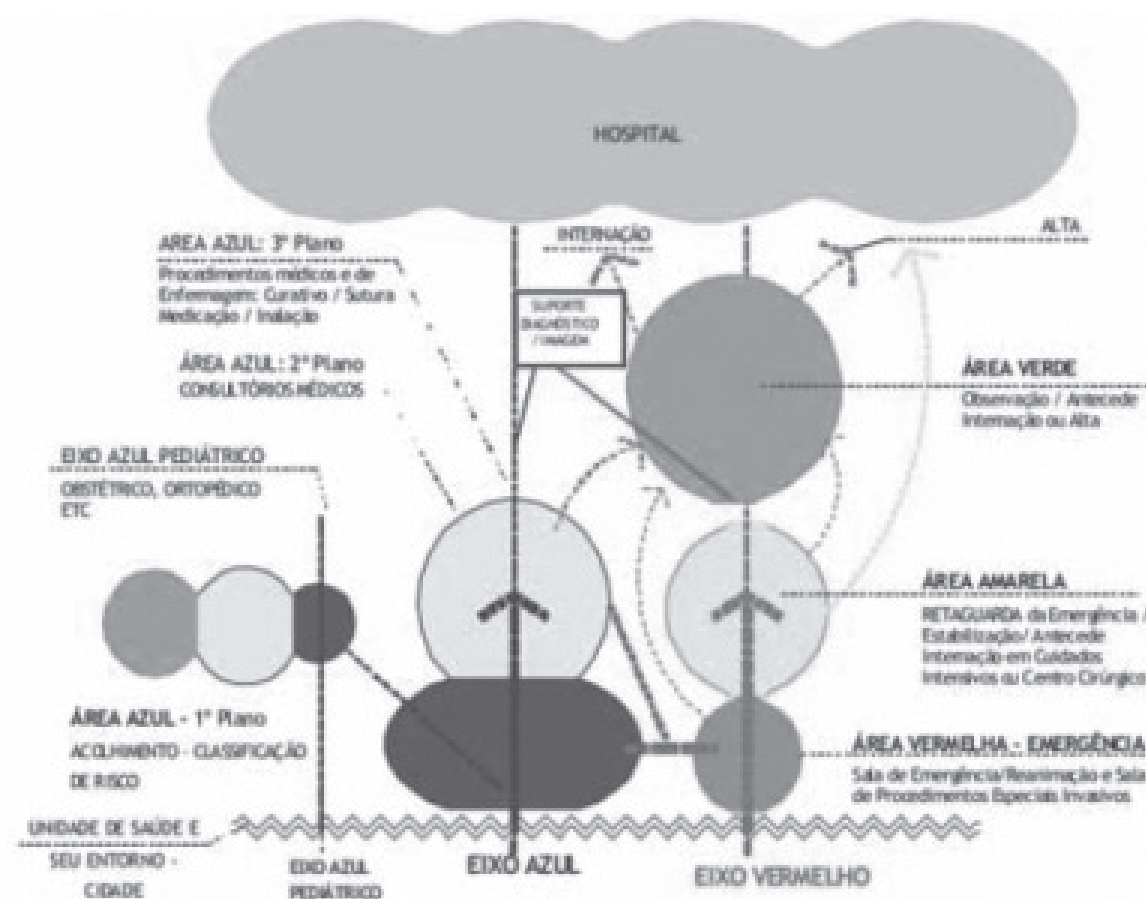


FIGURA 5 – Propostas de ambiência e organização dos serviços de urgência segundo eixos, planos e áreas que acolhem o usuário com base em sua classificação de risco (BRASIL, 2009, p.39)

SEÇÃO 2

EQUIPE DE REFERÊNCIA, PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA E APOIO MATRICIAL

Para a rede HumanizaSUS, equipe de referência é aquela que é composta por profissionais de diferentes áreas e saberes (interdisciplinar, transdisciplinar), organizados em função dos objetivos/missão de cada serviço de saúde, e representa-se como referência para os usuários desse serviço (clientela que fica sob a responsabilidade desse Grupo/Equipe). "As equipes de referência ao invés de ser um espaço episódico de integração horizontal passam a ser a estrutura permanente e nuclear dos serviços de saúde" (REDE HUMANIZASUS, 2014, p. 1). As equipes de referência podem ser denominadas também de equipes interdisciplinares (BRASIL, 2009).

Para que se consiga alcançar a almejada ampliação da clínica e da compreensão da saúde, são necessários novos arranjos organizativos entre os trabalhadores/gestores/usuários. As equipes de referência, os profissionais de referência e o apoio matricial são algumas destas possibilidades de favorecer a prática da clínica ampliada. Estes arranjos precisam ser transversais, isto é, passar por todos os trabalhadores e usuários e produzir nestes um maior compromisso com a produção de saúde (BRASIL, 2004c).

Voltando ao assunto das equipes de referência, se o seu intuito é promover que o usuário reconheça um determinado grupo multiprofissional como o grupo que lhe dá suporte quando necessário, esta ferramenta então tem um grande papel contributivo de aumentar a corresponsabilização profissional sobre os casos e território e distribuir responsabilidades individuais, bem como compartilhar vínculo terapêutico e a integralidade do cuidado.

Você já deve ter ouvido colegas dizerem: "eu faço a minha parte", "faço o que eu posso". Mas, lhe questionamos: qual é esta parte? Quanto que cada um deve fazer? E mais difícil ainda: quem agrupa as pequenas partes especializadas que cada um fez? Não há uma resposta mágica para

estas perguntas porque cada equipe tem sua dinâmica local de solucionar as dificuldades. Porém, é comum vermos cada profissional cumprindo sua parte e ninguém dando conta do olhar global do paciente, quanto menos do cuidado e projetos terapêuticos compartilhados. Se os problemas são de todos e as responsabilidades não são definidas, podem no final não ser de nenhuma pessoa.

Portanto, podem então ser organizadas equipes de referência para dar conta da integralidade do cuidado. Cada profissional contribuirá com o seu olhar para pensar novos caminhos de construir projetos terapêuticos e propor soluções para os desafiadores casos que surgirem. As equipes de referência podem se organizar de acordo com critérios estabelecidos pela própria unidade, ou com base em distribuições territoriais. Neste último caso, denomina-se a equipe de "equipe de referência territorial". Um exemplo clássico no Brasil de equipes de referência territorial são as equipes da Estratégia Saúde da Família que se relacionam com os usuários em microterritórios. Mas, as equipes de referência podem ser construídas em outros espaços como nos hospitais. Em ambientes hospitalares, por exemplo, a equipe de referência pode ser um grupo de profissionais que cuidam de determinados leitos, ou de alguma área (Figura 5) delimitada pela ambiência do acolhimento.

Qual o papel das equipes de referência? É tornar-se responsável por solucionar ou buscar soluções para todos os problemas de saúde dos usuários sob sua responsabilidade. Neste modelo de composição de equipes, não há espaço para a sobreposição de uma profissão em detrimento a outra. A gestão é mais democrática e, portanto, as decisões são compartilhadas, os saberes e responsabilidades também. E todos da equipe são igualmente necessários e importantes. E, não basta dizer: "compomos uma equipe de referência"! Para ser efetivamente uma equipe de referência, a equipe tem que ter momentos de reuniões para discutir o processo de trabalho, discutir casos, propor soluções para os casos complexos, eleger profissionais de referência que, dentro da equipe, se responsabilizaram por projetos terapêuticos específicos e trarão a devolutiva para a equipe de referência.

Se, neste modelo de gestão da clínica os profissionais e equipes de referência são responsáveis por um grupo de usuários e não devem repassar a responsabilidade para outros profissionais, para quem pedirão

apoio quando tiverem dificuldades de solucionar os problemas que aparecerem? Surge então, a possibilidade de empregar o dispositivo do *apoio matricial*.

O apoio matricial

O apoio matricial é outra ferramenta que favorece o trabalho em equipe na lógica da clínica ampliada. Sob o olhar ampliado da saúde, nem todos os usuários necessitam de especialistas. Aliás, a maioria deles precisa de generalistas aptos a cuidar da saúde de forma geral de doenças frequentes. Assim, quando necessário é, este profissional de referência e a equipe de referência que ele compõe, busca apoio num profissional ou num grupo de profissionais especialistas, então dá-se o apoio matricial.

Para Campos & Domitti (2007), o apoio matricial é um dispositivo que proporciona retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção à saúde. Pode ser que no seu território de trabalho existam equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Este é um exemplo de apoio matricial que foi orientado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) para garantir o apoio de especialistas aos profissionais das equipes de referência da Estratégia Saúde da Família. Mas, o matriciamento pode se dar em outros formatos também. Tome como exemplo, a saúde mental. Os centros de atenção psicossocial (CAPS) podem ser matriciadores para as equipes de atenção básica em saúde sobre o tema da saúde mental.

Isso significa que, no cuidado individual, nos atendimentos em conjunto, nas capacitações, nos grupos de intervenção e outros momentos, a equipe de apoio matricial participa "junto" com a equipe de referência dando suporte técnico e também pedagógico aos profissionais generalistas. Portanto, o apoio matricial é complementar e necessário ao modelo de equipe de referência (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O apoio matricial pode se dar também dentro de serviços hospitalares. Por exemplo, uma equipe de referência que cuida como rotina de um grupo de leitos, pode ter um grupo de apoiadores (especialistas em determinado assunto ou coordenadores de área profissional) que negociam e pactuam com a equipe de referência e com os familiares o projeto terapêutico. Nesta proposta de dispositivo, a equipe de referência

não pode transferir a responsabilidade do diagnóstico, tratamento e de suas consequências para os especialistas porque tudo foi compartilhado e a equipe de referência tem o dever de compreender as propostas dos apoiadores matriciais.

Também nos serviços/alas de urgência há a possibilidade de implantar o modelo de equipes de referência e matriciamento. Até que o paciente seja acolhido e adentre o serviço hospitalar, a responsabilidade de sua vida e do cuidado da sua condição fica para a equipe de referência da urgência. Este grupo deve repassar os plantões para a equipe seguinte e, aproveitar a oportunidade para construir projetos terapêuticos compartilhados.

Na rede assistencial, as equipes especializadas responsáveis pelo matriciamento passam a ter dois tipos de usuários: os seus e os das equipes de referência da rede básica de atenção à saúde. Será necessário, então, que a gestão renegocie com os profissionais e elaborem contratos de gestão com foco nos resultados e não nos procedimentos.

Trabalhar com esta lógica de organização dos serviços, exige habilidades e competências que muitas vezes não se dispõe e que devem ser desenvolvidas. A construção do trabalho é coletiva, e o aprendizado também. Mas, os resultados são amplos, mais duradouros e satisfatórios para profissionais e pacientes.

SEÇÃO 3

APOIO INSTITUCIONALIZADO

Já teve momentos no seu trabalho que desejou compartilhar com alguém as dificuldades? Já se sentiu muito distante das pessoas que realmente poderiam resolver as dificuldades que você vivencia? Para encurtar distâncias entre a gestão e os serviços, tem sido proposto como ferramenta de humanização o *apoio institucional*. Conceituado como “função gerencial de apoio à gestão em saúde com objetivo de auxiliar as equipes a explicitarem e lidarem com problemas e conflitos, auxiliando na tarefa de colocar suas práticas em análise e possibilitando a construção de intervenções” (BRASIL, 2012, p. 33).

O apoio institucional tem como objetivo apoiar as equipes para qualificar o cuidado, repensar o processo de trabalho e organizá-lo, articular as demandas da assistência com a gestão e vice-versa e, também preparar para as equipes para receber avaliações externas. Em síntese, “o apoio institucional é um dispositivo de cogestão que propõe um modo de fazer mudanças necessárias para que o SUS se torne cada vez mais um exercício do comum, do público” (BARROS; GUEDES, ROZA, 2011, p. 4804).

O apoio institucional deve fugir do papel fiscalizador que inicialmente possa representar para a equipe e, com a construção de elos de confiança, cumprir o seu papel de “apoio”. Além disso, o apoiador institucional deve ser um sujeito eleito pela gestão para tal função baseado em habilidades de promover a união entre os sujeitos e liderança, para que as equipes saiam das zonas de conforto e possam repensar seus processos de trabalho de modo afirmativo, se propondo a mudanças – mesmo que pequenas. O apoiador institucional é também aquele indivíduo que deveria ter a habilidade de escutar e, mais do que fazer proposições, ele saberia problematizar e apoiar pedagogicamente, ou intermediar conflitos e estimular as equipes a sair da rotina do comodismo. Diz Barros, Guedes & Roza (2011, p. 4805) que “o sentido da prática do apoio institucional está no acompanhamento e na construção dos processos/percursos dessa

transformação, colocando-se o apoiador “ao lado” dos sujeitos que vão experimentar/produzir as mudanças”.

Desse modo, o apoio institucional não pode ser compreendido como uma nova forma de os profissionais se sujeitarem, mas, como uma possibilidade de contribuir na produção da saúde, na descentralização dos fazeres e na construção da autonomia dos serviços e equipes.

SEÇÃO 4

PROJETOS TERAPÊUTICOS SINGULARES (PTS)

Os projetos terapêuticos são derivados dos estudos de casos clínicos que você já deve ter realizado no tempo da graduação ou em algum momento de educação continuada. Esses projetos são conjunto de procedimentos, recomendações que são construídas para uma determinada situação (BRASIL, 2007). Mas, os projetos terapêuticos se diferenciam do estudo de casos clínicos porque a elaboração e construção destes projetos terapêuticos passam por alguns critérios:

1. Todo projeto terapêutico é único - pensado com exclusividade para o caso porque eles são construídos sob a lógica da humanização, da saúde e clínica ampliadas e, portanto, cada sujeito e cada situação são únicas, **singulares**. Mesmo que as doenças sejam similares, não é possível que as terapêuticas sejam idênticas para todos os usuários. Cada usuário expressa suas condições de vida de forma distinta e compreende a determinação da saúde também de modo divergente entre si. Cada pessoa tem possibilidades diferentes de aceitar e colocar em prática as terapêuticas prescritas. Logo, os projetos precisam ser singulares!
2. Se as doenças são multideterminadas, as avaliações e prescrições também devem ser multi e interdisciplinares. E, então, os PTS devem ser construídos por equipes multidisciplinares.

3. Os projetos terapêuticos devem considerar a saúde como um conceito ampliado. E, quando da elaboração dos PTS, as situações sociais, econômicas, culturais, familiares, e outros, devem se apreciadas e inseridas na proposta terapêutica.
4. Os PTS ainda possuem o diferencial de que devem ser negociados com o usuário alvo do projeto e com seus familiares.
5. Uma ou mais pessoas gerenciam o PTS (profissional de referência) e fazem o elo de ligação entre a equipe de referência que elaborou o PTS e o usuário. De modo que, há um acordo de corresponsabilização entre equipe de referência/profissional de referência/usuário.
6. Os PTS precisam ser avaliados continuamente e ajustados em situações necessárias.
7. Os PTS devem ser empregados para além do interesse da cura (ou controle) da doença. O interesse de desenvolvimento da autonomia dos sujeitos e o autocuidado devem estar implícitos nos PTS.
8. Os PTS não são elaborados para todos os casos. Os casos de rotina são atendidos nos fluxos normais das equipes de referências. PTS são para casos refratários, poliqueixosos, acamados ou em qualquer outra situação de vulnerabilidade e risco que seja preciso cuidados personalizados.
9. Para se construir PTS, equipes de referência precisam novamente partilhar momentos de educação permanente onde tenham espaços para a discussão dos casos entre a equipe multidisciplinar, possam compartilhar suas angústias e sucessos e, na coletividade, pensar estratégias de intervenção que distorçam a lógica da doença para a saúde e o cuidado.
10. Ferramentas já discutidas anteriormente como a escuta qualificada, o acolhimento, equipes de referência, vínculo, trabalho sob adscrição de clientela, gestão compartilhada, apoio matricial, e outros, são importantes para garantir a eficácia dos PTS e, para diagnosticar que são os “elegíveis” para construção do PTS.

O PTS é dividido em quatro momentos que são apresentados na Figura 6 (BRASIL, 2007) e envolvem desde a eleição dentro da equipe de

quem será alvo do PTS, a proposta de metas a serem alcançadas, divisão de tarefas e responsabilidades, pactuação de prazos (sem esquecer que, na atenção básica há possibilidade de acompanhar os casos longitudinalmente, bem como, se a saúde é considerada ampliada, no PTS há que se avaliar o tempo necessário para que a intervenção abarque também os determinantes para além do fisiopatológico) e reavaliação contínua dos resultados alcançados e ajustes.



FIGURA 6 – Etapas do projeto terapêutico singular (BRASIL, 2007).

SEÇÃO 5

AS LINHAS-GUIA E A GESTÃO BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Com relação à ocorrência das doenças, nos primeiros anos do século XXI, o Brasil apresenta um perfil epidemiológico de elevada frequência de casos e de óbitos relacionados às doenças crônicas não transmissíveis e degenerativas. Além das doenças reemergentes e negligenciadas que são endêmicas ou epidêmicas em determinadas localidades. Somam-se a isso, as taxas de mortalidade materna e infantil que precisam ser reduzidas e as causas externas que em todo o país se destacam como segunda ou terceira causa de morte notificada.

Assim, o SUS recebe diariamente milhões de brasileiros que, por determinantes diversos, se encaixam no perfil epidemiológico acima mencionado. Os gestores de saúde são desafiados ao enfrentamento destas demandas de forma racional, ética e integral. Para isso precisam buscar apoio para executar uma gestão baseada em evidências.

Uma das ferramentas disponíveis para apoiar ao gestor e às equipes de saúde são as linhas-guia. Segundo Mendes (2009, p. 372), as linhas-guia são:

Recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a uma determinada condição de saúde, realizadas de modo a normatizar todo o processo, ao longo de sua história natural, cobrindo, portanto, as intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas realizadas em todos os pontos de atenção de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS).

As linhas-guia são elaboradas com a finalidade gerencial, comunicacional, educativa e legal. Para isso, escolhe-se uma condição, define-se uma equipe de elaboração. A partir daí, a equipe busca evidências científicas nas metanálises e revisões sistemáticas sobre o assunto e demais evidências que possam embasar a elaboração da

linha-guia. Quando a linha-guia é escrita com linguagem acessível e sem ambiguidade, segue para um momento de validação (sugere-se o método AGREE) (BROUWERS, 2009). Posteriormente a linha-guia é aplicada, e precisa ser revista de acordo com as necessidades que surgirem e também com a evolução do pensamento científico.

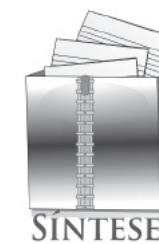
Há uma grande diversidade de linhas-Guia na literatura. E também há a possibilidade de o gestor realinhar uma linha-guia à sua realidade ou elaborar uma nova. Porém, o Ministério da Saúde, para a Atenção Básica têm orientado a condução das diretrizes clínicas por meio de publicações oficiais. Você pode conhecê-las (ou revê-las) no site do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014a). Há o caderno de Hipertensão Arterial (n.37), Saúde mental (n.34), Diabetes Mellitus (n.36), Envelhecimento e saúde da pessoa idosa (n.19), Manual de rotinas para atenção ao AVC, e muitas outras publicações de Linhas-guia são passíveis de serem encontradas na *internet* no Portal Federal "Saúde Baseada em Evidências" (BRASIL, 2014b).

O Estado do Paraná também elaborou com base nas intervenções planejadas no plano estadual de saúde, a linha-guia da Rede Mãe Paranaense (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ, 2014) e está construindo as linhas-guia da rede de urgência e emergência e das doenças crônicas.

As linhas-guia apoiam uma gestão, em todos os níveis de atenção, baseada em evidências científicas. Empregar as evidências racionaliza o cuidado, possibilita a construção coletiva de protocolos, facilita a comunicação entre os profissionais da rede.

Usuários e profissionais ganham com uma gestão baseada em evidências porque minimiza as iatrogenias, os gastos infundados, orienta o acolhimento e o matriciamento e possibilita uma construção dos projetos terapêuticos coletivos e individuais de modo coerente.

Não se deve esquecer, porém, que a evidência clínica, a evidencia sentida e experimentada todos os dias nos serviços não podem ser suplantada pela evidência das linhas-guia. As equipes, nos processos de construção coletiva da autonomia, do sentido de grupalidade e na produção de sujeitos e vidas saudáveis, devem conciliar a racionalização do suporte científico com os sentimentos e olhares ampliados para o contexto da vida.



Nesta Unidade foi possível conhecer algumas ferramentas que apoiam a implantação da Política Nacional de Humanização nos serviços de saúde. Você viu que o acolhimento pode promover a ampliação de respostas adequadas para os usuários. Percebeu também que, atrelado à classificação de risco, é possível dar mais agilidade aos percursos nas redes de atenção à saúde e equidade aos casos mais graves. Outros dispositivos como as equipes de referência, profissionais de referência e apoio matricial tem potencialidade de no cotidiano apoiar os servidores da direção de apoio mutuo, cogestão, compartilhamento de saberes e vivências e efetividade nos projetos terapêuticos. Estes por sinal podem apoiar na resolução de casos "difíceis" e aproximar ainda mais a equipe e a equipe dos usuários. Ainda, o apoio institucional promove uma autorreflexão do "como estamos fazendo" e "como poderemos fazer", além de possibilitar que o vetor da gestão se aproxime do vetor dos sujeitos e processo de trabalho, valorizando os saberes e os servidores. Por fim, as linhas-guia são ferramentas para uma gestão baseada em evidências. Possibilita que os recursos (humanos, tecnológicos e financeiros) sejam empregados de modo racional. E que o usuário ganhe com a aplicação da *expertise* produzida na condução do seu caso; e a rede tem condição de padronizar as condutas e procedimentos preconizados, por meio de protocolos e fluxogramas, adequando as linhas-guia para a realidade de saúde ampliada do seu território.

.....



ATIVIDADE 1:

Situação problema: **A gripe do Seu Roberto**

Leia e reflita sobre a situação problema proposta e, com base no conteúdo estudado na Unidade II e sua vivência nos serviços de saúde, vá até o fórum e proponha de modo sintético (dois parágrafos) como o doutor e demais membros da equipe devem agir para buscar soluções para o caso do Seu Roberto.

A GRIPE DO SEU ROBERTO

Faz uns dias que Lillian, a enfermeira coordenadora da Estratégia Saúde da Família (ESF) da equipe 17, anda correndo de um lado para outro. Não bastassem todos os compromissos burocráticos e assistenciais, a Secretaria Municipal de Saúde está muito preocupada com a pandemia de gripe A e vem cobrando medidas de vigilância e controle por parte das equipes da ESF. A população muito preocupada com tanta notícia que anda aparecendo na TV, tem lotado a Unidade de Saúde atrás de vacinas, esclarecimentos. Toda gripe ou resfriado que acontece ficam alvoroçados e procuram a Unidade de Saúde. Mas, a gota d'água foi a notícia trazida pela Marivalda, uma das ACS da equipe.

Assim que a Lillian abriu a porta do seu consultório para despedir a paciente que acabara de fazer o Papanicolau, foi surpreendida com a Marivalda:

- Lilian, você precisa resolver o problema do Seu Roberto! Eu passei na casa dele agorinha e ele está péssimo!

Seu Roberto é um senhor de 72 anos que mora com sua esposa na região adstrita à Unidade Saúde da Família (USF) da Lillian. Ele é muito ativo, trabalha e se vira muito bem sozinho. O caso é que o Seu Roberto morou 10 anos nos Estados Unidos e retornou ao Brasil há um ano e meio. A Marivalda passou na sua casa e cadastrou sua esposa e ele na USF. Quando começou a campanha de vacinação contra o H1N1, a Marivalda se lembrou de convidar o Seu Roberto e a esposa para aplicar a vacina. Seu Roberto disse que jamais faria! Apesar da insistência da Marivalda, somente a sua esposa foi à USF fazer a vacina e confidenciou à ACS que nos EUA alguém tinha dito ao Seu Roberto que as vacinas no Brasil são aplicadas para matar os velhinhos. Ele que já era muito medroso, ficou pior. Odeia médicos, detesta falar do assunto “doença” e quando alguém fala em morte ou doença ele sai de perto.

O problema é que o Seu Roberto está com febre alta, muita dor no peito, falta de ar. O doutor Cláudio passou na sua casa no dia anterior e deixou medicação. Mas, o seu Roberto não tomou nada porque está esperando o “Tamiflu” dos EUA que sua filha mandou por correio, já que a medicação brasileira “não presta”.

Lilian sabia de toda a história. E além do Seu Roberto, tinha os 4 netinhos pequenos que eles cuidavam durante o dia. A Lilian quase deixou a Marivalda falando sozinha... Saiu em direção ao consultório do Doutor.

- E agora Doutor? O Que eu faço com o Seu Roberto?



ANOTAÇÕES

PALAVRAS FINAIS

.....

Caríssimo especializando,

Com alegria chegamos ao ponto final da jornada proposta ao início deste tópico. Cientes de que há muito ainda a se falar sobre humanização, sugerimos que, se você se interessou pelo tema, aprofunde a leitura e discussão nos seus serviços de saúde. Aproveite os momentos de educação permanente para discutir com sua equipe de saúde sobre as ferramentas estudadas e a possibilidade de implantação em sua rede de serviços. Desejamos que as práticas humanizadas permeiem todo o seu cotidiano da produção em saúde e que os dispositivos estudados possam apoiá-lo no cuidado para consigo, que lhe abra horizontes para práticas integradoras em sua equipe de trabalho e que o usuário ao receber sua atenção em saúde se beneficie do seu saber e das tecnologias aprendidas.

Até a próxima!

Os autores.

.....

REFERÊNCIAS

BARROS, M. E. B.; GUEDES, C. R.; ROZA, M. M. R. O apoio institucional como método de análise-intervenção no âmbito das políticas públicas de saúde: a experiência em um hospital geral. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, Dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011001300029&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 set. 2014.

BELLUCCI JR, J. A.; MATSUDA, L. M. Implantação do sistema acolhimento com classificação e avaliação de risco e uso do fluxograma analisador. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 1, Mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072012000100025&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal do departamento de atenção básica. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/caderno_ab.php>. Acesso em: 18 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da saúde. **Periódicos saúde baseada em evidências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/periodicos>>. Acesso em: 18 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 62 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. **Portaria GM/MS N. 2488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 18 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS: acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BROUWERS, M. C. (org). Consórcio Agree. **Instrumento para avaliação de diretrizes clínicas**, 2009. Disponível em: <http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_II_Brazilian_Portuguese.pdf>. Acesso em: 01 set. 2014.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, Ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 set. 2014.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, Fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2007000200016&script=sci_arttext>. Acesso em: 18 set. 2014.

CAMPOS, G. W. S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: MINAYO, C. (org) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p.53-92.

HOLANDA, A. B. **Dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 5. ed. Edição histórica 100 anos. São Paulo: Editora Positivo, 2010.

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

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial de Saúde**. 1946. Biblioteca virtual de direitos humanos – USP. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 01 set. 2014.

PEREIRA, E. H. P; BARROS, R. D. B. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Verbetes. Conceito de Humanização. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/hum.html>>. Acesso em: 24 ago. 2014.

REDE HUMANIZASUS. Rede de colaboração para a humanização da gestão e da atenção no SUS. **Glossário**. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/glossary/term/109>>. Acesso em: 18 set. 2014.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO PARANÁ. **Linha guia: rede mãe paranaense**. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha_guia-versao_final.pdf>. Acesso em: 01 set. 2014.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, Out. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/sci_elo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 set. 2014.

NOTAS SOBRE OS AUTORES

POLLYANA KÁSSIA DE OLIVEIRA BORGES

pkoborges@uepg.br

Concluiu a graduação em Odontologia na Universidade de Santo Amaro (UNISA) no ano de 2000, é especialista em Odontologia em Saúde Coletiva (CFO, 2010). cursou mestrado em Epidemiologia (2005) e doutorado em Saúde Coletiva (2009), ambos pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Tem dedicado sua vida profissional ao ensino de temas relacionados à Saúde Coletiva. Desde 2010 é professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e Saúde Pública da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). Além da docência, atua como Coordenadora dos programas PRO-Saúde e PET-Saúde na UEPG.

Link Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4443754010685656>

CIBELE DE MOURA SALES

cibele.sales1@gmail.com

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (1997) e mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (2002). Doutora em Ciências da Saúde pela UNB. Atualmente é professora efetiva da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS) e docente do quadro permanente do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde, Mestrado Profissional (PPGES), na linha de pesquisa Práticas Educativas em Saúde e na de Formação em Saúde. Tem experiência na área de Saúde Coletiva com atuação no Programa de Saúde da Família e na área Hospitalar, como enfermeira assistencial. Tem atuado principalmente nos seguintes campos: Educação Popular em Saúde, Metodologias Ativas, Ensino à Distância, Saúde Mental, Planejamento e Programação nos Serviços de Saúde.

Link Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8201122827352544>

Wesley Sousa Borges
professorwesleyborges@hotmail.com

Graduado em Ciências Biológicas Modalidade Médica (Biomedicina) pela PUC Goiás, Mestre em Análises Clínicas, Delegado do Conselho Regional de Biomedicina desde 2004. Atua na docência desde 1994 e na graduação desde 2004. É professor de Fisiologia Humana, Patologia, Parasitologia, Imunologia, Química, Bioquímica e Hematologia. Experiência no Ensino a Distância para a área da saúde, supervisão de estágio do curso de biomedicina, membro do NDE do curso de biomedicina, membro Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, coordenador do curso de biomedicina, criador e vice-presidente da Associação Sulmatogrossense de Biomedicina. Concentra sua linha de pesquisa na área de Análises Clínicas (hematologia, imunologia, bioquímica, parasitologia, líquidos corporais) e Saúde Pública.

Link Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4160574852331128>

Rosiléa Clara Werner
rosileawerner@yahoo.com.br

Possui graduação em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina (1986), mestrado em Educação Ensino Superior pela Fundação Universidade Regional de Blumenau (1997), mestrado em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2000) e doutorado em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2010). Atualmente é professora efetiva da Universidade Estadual de Ponta Grossa. Tem experiência na área de Serviço Social, com ênfase em Serviço Social da Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde coletiva e educação em saúde. Pesquisa na área do Serviço Social, com ênfase em Fundamentos do Serviço Social e Saúde Coletiva.

Link Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4554894693478666>

TÓPICOS ESPECIAIS EM SAÚDE III -

SISTEMAS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE

Erildo Vicente Muller

- UNIDADE I -
- UNIDADE II -
- UNIDADE III -
- UNIDADE IV -

PALAVRAS DO PROFESSOR

Caro especializando,

O mundo atual vive em constante evolução tecnológica e científica, consequentemente, permitindo a modernização das atividades em qualquer ramo e tipo de instituição, sejam públicas ou privadas, adequando-se às novas perspectivas do mercado de trabalho. Com isso, criaram-se novas maneiras de disseminação das informações e rapidez na transmissão de conhecimento (BENITO; LICHESKI, 2009).

Esses avanços originaram as expressões incorporadas ao nosso vocabulário de hoje em dia, sendo: "Era da Informação" e "Sociedade da Informação". O mundo apresenta várias possibilidades de inovações e tecnologia, oferecendo ao homem a possibilidade de exercer sua criatividade, podendo criar cada vez mais e quase ilimitadamente em um sistema informatizado. (MOURÃO; NEVES, 2007).

A informatização em saúde tem muitos desafios a serem superados. A criação de ambientes informatizados, com a escolha do melhor programa e integrá-lo ao equipamento adequado, qual base de dados a utilizar, e além da arquitetura de rede a ser empregada. Isso ainda exige conhecimentos do profissional, que deve estar preparado para tantos desafios. (BIANCHINI; POZZEBON; ALMEIDA, 2002).

A informação é instrumento essencial para tomada de decisão, sendo fundamental no trabalho dos profissionais de saúde. A informação coletada, que é chamada de "dado" não sofreu qualquer tratamento estatístico, é o numero bruto, ou seja, a matéria prima para gerar uma informação, que é o conhecimento obtido a partir do dado, portanto, podemos concluir que a partir do dado processado, este se transforma em uma informação de saúde, utilizado para conhecimento da realidade, planejamento em saúde e intervenção na realidade. (Barbosa, 2006).

Os sistemas de informação em saúde são essenciais nas ações de saúde pública para reduzir a morbidade e mortalidade e para melhorar a saúde da população. Por isso, as informações geradas devem ser confiáveis e válidas, sendo a qualidade dos registros um elemento essencial para acompanhamento em epidemiologia. (PRESGRAVE et al., 2009).

O Sistema de Informação em saúde fornece para o gerente a imagem do andamento do que foi planejado, portanto, facilita visualizar as prioridades de intervenções, definir as ações, implantar e avaliar o impacto das decisões tomadas. (PETERLINI; ZAGONEL, 2006).

O Ministério da Saúde (MS) possui quatro principais bases de dados que são importantes para o planejamento e a avaliação das ações de saúde, o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), o Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) e, em âmbito hospitalar, o Sistema de Informação Hospitalar (SIH). Além desses sistemas de informações, podemos citar ainda o SIA (Sistema de Informação Ambulatorial) e o SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica).

Até a década de 70, grande parte dos principais indicadores de saúde da população era obtida por métodos indiretos, por meio de estimativas baseadas em dados censitários e pesquisas amostrais. As informações obtidas por meio de estimativas restringiam-se a fornecer indicadores desagregados. Com a ampla incorporação da informática nos serviços de saúde em geral e da disseminação do uso da microinformática, resultou em maior agilidade na produção e disseminação da informação em saúde, possibilitando aos usuários acesso aos bancos de dados completos, ou seja, atualmente é possível utilizar o conjunto de variáveis dos sistemas, bem como em diversos níveis municipal, regional e estadual.

Você deve ter percebido a importância dos sistemas de informação para os profissionais de saúde em qualquer que seja sua atuação no sistema de saúde (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais ou Municipais),

Na organização deste material, para facilitar seu estudo, o livro-texto foi dividido em seis unidades que objetivam aprofundar seus conhecimentos e desenvolver sua capacidade profissional, na área de gestão em saúde.

Ótima leitura!

O autor

OBJETIVOS E EMENTA

OBJETIVOS

- Apresentar os principais sistemas de informações em saúde e discorrer sobre sua utilidade no planejamento e acompanhamento dos serviços e ações de saúde.

EMENTA

Introdução aos sistemas de informação em saúde. Sistemas de informações sobre: mortalidade, agravos e doenças de notificação, nascidos vivos, informações ambulatoriais e hospitalares. Usos dos sistemas de informações em saúde para apoio na tomada de decisões em saúde.

Erildo Vicente Muller

OBJETIVOS DE ESTUDOS

- Entender a importância da informatização em saúde.
- Conhecer o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC).
- Conhecer o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA).
- Verificar o fluxo das informações nos sistemas SINASC e SIA.

ROTEIRO DE ESTUDOS

- SEÇÃO 1 – Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC)
- SEÇÃO 2 – Sistema de Informação Ambulatorial (SIA)

PARA INÍCIO DE CONVERSA

A inclusão da informática na área da saúde é recente. A primeira aplicação dos computadores em saúde surgiu em meados dos anos 1960 e se restringia apenas em instituições acadêmicas. Naquela época havia dificuldades decorrentes da limitação tecnológica, pois os computadores eram caros e difíceis de serem utilizados. (MOURÃO; NEVES, 2007).

Conforme Mourão & Neves (2007), a Tecnologia da Informação consiste em um complexo tecnológico que abrange computadores, softwares, redes de comunicação eletrônica pública e privada, rede digital de serviços, telecomunicações, protocolos de transmissão de dados, entre outros serviços.

O sistema de informação é formado pela coleta, processamento de dados e análise, sendo definido como um conjunto de recursos com capacidade de manipular e gerenciar dados, ou seja, receber, processar, transmitir, armazenar e visualizar os dados. Quando bem administrados, estes recursos tornam-se importantes para a tomada de decisão dentro das organizações, trazendo também benefícios para o crescimento e administração de uma organização. (BENITO; LICHESKI, 2009; PETERLINI; ZAGONEL, 2006; SANTOS, 2003).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define Sistema de Informações em Saúde (SIS) como: “um conjunto de componentes que atuam de forma integrada, por meio de mecanismos de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária e oportuna para implementar processos de decisões no Sistema de Saúde”.

Conceitualmente, o Sistema de Informação em Saúde pode ser entendido como um instrumento para adquirir, organizar e analisar dados necessários à definição de problemas e riscos para a saúde, avaliar a eficácia, eficiência e influência que os serviços prestados possam ter no estado de saúde da população, além de contribuir para a produção de conhecimento acerca da saúde e dos assuntos a ela ligados. (SILVA et al., 2010).

Após décadas de desenvolvimento tecnológico, O Ministério da Saúde, criou Sistemas de Informação de Saúde (SIS), de âmbito nacional, com grande parte de suas informações disponível na Internet (<http://www.datasus.gov.br>), o que permite a realização de estudos descritivos da situação de saúde de um estado, microrregião, município e até do espaço-população de abrangência de uma unidade de saúde. (LIMA et al., 2009).

Para unificar os dados, o processamento é feito com ajuda de órgãos federais, como do IBGE e o Sistema de Informação em Saúde (SIS), o qual tem o objetivo de coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelas três esferas de governo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

SEÇÃO 1 SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE NASCIDOS VIVOS - SINASC

O primeiro sistema de informação a ser descrito é o SINASC, que passou a ter uma fonte de Estatísticas sobre Nascidos Vivos, oficialmente, a partir da Lei nº 6.015/1973, divulgada na publicação “Estatística do Registro Civil”, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 1974. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

No Brasil, o Grupo de Estatísticas Vitais (GEVIMS) foi instituído através da Portaria nº.649/GM/MS, de 04 de julho de 1989, com o objetivo de criar um sistema de informação próprio sobre nascido vivo. A partir do trabalho do GEVIMS, foi criado o SINASC, adotando um documento padrão nacional, a Declaração de Nascido Vivo (DN), aprovado e implantado em janeiro de 1990. (PAIVA et. al., 2007). De acordo com Silveira et al., (2009) o sistema expandiu para todas as Unidades da Federação de forma gradativa e, no ano de 1994, foi considerado implantado em todas as regiões, uma cobertura maior de notificações

de nascidos vivos do que aquela publicada pelo IBGE, feita com base nos registros de nascidos vivos dos cartórios de registro civil. O sistema foi informatizado desde sua implantação, facilitando a contagem dos nascimentos, informações sobre as características da mãe, da gestação, do parto e do recém-nascido, possibilitando a construção de indicadores para o planejamento e gestão dos serviços de saúde, por meio análise de dados, a repetição de fatores e de cruzamentos entre as variáveis. (Silva et al., 2011; Guedes, 2007; Geremias, 2008).

O documento base desse sistema é a Declaração de Nascimento, padronizada em todo o país, é impressa em três vias previamente numeradas, pelo Ministério da Saúde, através da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). É distribuída gratuitamente às secretarias estaduais de saúde que as fornecem às secretarias municipais de saúde. Essas secretarias, por sua vez, repassam aos estabelecimentos de saúde e cartórios. A DN pode ser preenchida por médico, por membro da equipe de enfermagem da sala de parto ou do berçário, ou por outra pessoa previamente treinada para tal fim. Não é necessária a assinatura do médico responsável pelo recém-nascido. (SILVA, et al., 2011).

A Declaração de Nascido Vivo (DN) é um documento, contendo três vias de distintas cores: branca, amarela e rosa. É composta por oito blocos, contendo 52 variáveis, que você pode observar na figura 1.

- I - Cartório, com cinco variáveis;
II - Local da Ocorrência, com sete variáveis;
III - Mãe, com doze variáveis;
IV - Gestação e Parto, com quatro variáveis;
V - Recém-Nascido, com seis variáveis;
VI - Identificação, com duas variáveis;
VII - Responsável pelo preenchimento, com cinco variáveis;
VIII – Responsável pelo preenchimento é o cartório.

Figura 1. Declaração de Nascidos Vivos

ANEXO 1

I 01 - DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO Nº _____																																												
 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE II VIA - ÓRGÃO DE PROCESSAMENTO				CARTÓRIO																																								
				02 - CARTÓRIO DE		03 - Nº DO REGISTRO		04 - DATA DO REGISTRO																																				
				05 - MUNICÍPIO																																								
				06 - UF		07 - CÓDIGO																																						
III LOCAL DA OCORRÊNCIA	08 - INDICAR COM UM "X" NO QUADRO			09 - ENDEREÇO																																								
	<table border="1"><tr><td>1</td><td>HOSPITAL</td></tr><tr><td>2</td><td>OUTRO ESTAB. DE SAÚDE</td></tr><tr><td>3</td><td>DOMICÍLIO</td></tr><tr><td>4</td><td>OUTRO LOCAL</td></tr></table>			1	HOSPITAL	2	OUTRO ESTAB. DE SAÚDE	3	DOMICÍLIO	4	OUTRO LOCAL	10 - MUNICÍPIO																																
	1	HOSPITAL																																										
	2	OUTRO ESTAB. DE SAÚDE																																										
3	DOMICÍLIO																																											
4	OUTRO LOCAL																																											
			11 - UF		12 - CÓDIGO																																							
SE OCORRER EM ESTABELECIMENTO DE SAÚDE ➡			13 - NOME DO ESTABELECIMENTO				14 - CÓDIGO																																					
IV RECÉM-NASCIDO	15 - NASCIMENTO			16 - SEXO (MARCAR COM "X" NO QUADRO)		17 - PESO AO NASCER (ATE A 5ª HORA)		18 - ÍNDICE DE APGAR																																				
	<table border="1"><tr><th colspan="3">DATA</th><th>HORA</th><th>MIN.</th></tr><tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>ANO</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>			DATA			HORA	MIN.	DIA	MES	ANO				<table border="1"><tr><td>1</td><td>MASCULINO</td></tr><tr><td>2</td><td>FEMININO</td></tr></table>		1	MASCULINO	2	FEMININO	<table border="1"><tr><td colspan="2"></td><td>g</td></tr></table>				g	<table border="1"><tr><td colspan="2"></td><td>PRIMUTO</td></tr><tr><td colspan="2"></td><td>SEGUNDO</td></tr></table>				PRIMUTO			SEGUNDO											
DATA			HORA	MIN.																																								
DIA	MES	ANO																																										
1	MASCULINO																																											
2	FEMININO																																											
		g																																										
		PRIMUTO																																										
		SEGUNDO																																										
V GESTAÇÃO E PARTO	19 - DURAÇÃO DA GESTAÇÃO (EM SEMANAS) (INDICAR COM "X" NO QUADRO)			20 - TIPO DE GRAVIDEZ (INDICAR COM "X" NO QUADRO)		21 - TIPO DE PARTO (INDICAR COM "X" NO QUADRO)																																						
	<table border="1"><tr><td>1</td><td>0 - 20</td><td>4</td><td>37 - 41</td></tr><tr><td>2</td><td>22 - 27</td><td>5</td><td>42 E MAIS</td></tr><tr><td>3</td><td>28 - 36</td><td>6</td><td>IGNORADA</td></tr></table>			1	0 - 20	4	37 - 41	2	22 - 27	5	42 E MAIS	3	28 - 36	6	IGNORADA	<table border="1"><tr><td>1</td><td>ÚNICA</td><td>4</td><td>MAIS DE 3</td></tr><tr><td>2</td><td>DÚPLA</td><td>5</td><td>IGNORADO</td></tr><tr><td>3</td><td>TÚPLICE</td><td></td><td></td></tr></table>		1	ÚNICA	4	MAIS DE 3	2	DÚPLA	5	IGNORADO	3	TÚPLICE			<table border="1"><tr><td>1</td><td>ESPONTÂNEO</td><td>4</td><td>OUTRO</td></tr><tr><td>2</td><td>OPERATÓRIO</td><td>5</td><td>IGNORADO</td></tr><tr><td>3</td><td>FÓRCEPS</td><td></td><td></td></tr></table>				1	ESPONTÂNEO	4	OUTRO	2	OPERATÓRIO	5	IGNORADO	3	FÓRCEPS	
1	0 - 20	4	37 - 41																																									
2	22 - 27	5	42 E MAIS																																									
3	28 - 36	6	IGNORADA																																									
1	ÚNICA	4	MAIS DE 3																																									
2	DÚPLA	5	IGNORADO																																									
3	TÚPLICE																																											
1	ESPONTÂNEO	4	OUTRO																																									
2	OPERATÓRIO	5	IGNORADO																																									
3	FÓRCEPS																																											
VI MÃE	22 - NOME			23 - IDADE																																								
	24 - GRAU DE INSTRUÇÃO (INDICAR COM "X" NO QUADRO)			RESIDÊNCIA HABITUAL																																								
	<table border="1"><tr><td>1</td><td>NENHUMA</td><td>4</td><td>2º GRAU</td></tr><tr><td>2</td><td>1º GRAU INCOMPLETO</td><td>5</td><td>SUPERIOR</td></tr><tr><td>3</td><td>1º GRAU COMPLETO</td><td>6</td><td>IGNORADO</td></tr></table>			1	NENHUMA	4	2º GRAU	2	1º GRAU INCOMPLETO	5	SUPERIOR	3	1º GRAU COMPLETO	6	IGNORADO	25 - ENDEREÇO																												
	1	NENHUMA	4	2º GRAU																																								
2	1º GRAU INCOMPLETO	5	SUPERIOR																																									
3	1º GRAU COMPLETO	6	IGNORADO																																									
			26 - BAIRRO																																									
VII PAI	27 - MUNICÍPIO			28 - UF		29 - CÓDIGO		30 - FILHO TUDO																																				
								INDICAR QUANTOS NÃO MORTOS ESTA GESTAÇÃO																																				
VIII RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO	31 - NOME			32 - FUNÇÃO																																								

PARA REGISTRAR ESTA CRIANÇA (OBRIGATORIO POR LEI), O PAI OU RESPONSÁVEL DEVERÁ LEVAR ESTE DOCUMENTO AO CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL.

ATENÇÃO: ➡ ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Fonte: Ministério da Saúde, 2011.

Mas como se dá o fluxo de informações?

Dependendo se o parto for hospitalar ou domiciliar, cada uma das três vias da Declaração de Nascido Vivo – DN terá um fluxo diferente, de acordo com Portaria nº 475, de 31 de agosto de 2000. Na figura 2 você poderá observar como se dá o fluxo dessas informações:

Figura 2. Fluxo de Informações da Declaração de Nascido Vivo



Fonte: Manual de Preenchimento da Declaração de Nascidos Vivos, 2011.

Parto hospitalar

No caso de parto hospitalar ou parto domiciliar em que, posteriormente, mãe ou recém-nascido tenham recebido assistência hospitalar, a DN deverá ser preenchida pelo estabelecimento de saúde. As vias terão a seguinte destinação:

1ª via (branca): Supervisão Técnica de Saúde de ocorrência do nascimento - Secretaria Municipal da Saúde;

2ª via (amarela): pai ou responsável legal, para obtenção da Certidão de Nascimento junto ao Cartório de Registro Civil ou representante do cartório na maternidade;

3ª via (rosa): arquivo da unidade de saúde junto a outros registros hospitalares da puerpera ou do recém-nascido.

Parto domiciliar com assistência médica

No caso de parto domiciliar, com assistência médica, a DN deverá ser preenchida pelo médico responsável que deverá dar a seguinte destinação às vias:

1ª via: enviar para a Secretaria Municipal da Saúde por correio ou pessoalmente, em prazo inferior a um mês após a realização do parto;

2ª via: pai ou responsável legal, para obtenção da Certidão de Nascimento junto ao Cartório de Registro Civil;

3ª via: arquivar em consultório, como documento, no prontuário da gestante atendida.

Parto domiciliar sem assistência médica

No caso de parto domiciliar, sem assistência médica, a DN deverá ser preenchida pelo Cartório de Registro Civil. As vias terão a seguinte destinação:

1ª via: Supervisão Técnica de Saúde de ocorrência do nascimento - Secretaria Municipal da Saúde;

2ª via: Cartório de Registro Civil, efetuará o assentamento do nascimento;

3ª via: pai ou responsável legal, para ser apresentada à unidade básica de saúde na primeira consulta da criança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001; SHMID, 2009).

Salientando a importância, este sistema é a coleta de dados sobre os nascimentos informados em todo o território nacional e o fornecimento de dados sobre natalidade para todos os níveis do sistema de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Para Almeida et al. (2011), o aspecto positivo do SINASC, é sua implantação, que foi realizada de forma planejada, seguindo os requisitos de um plano de implantação e a gestão do sistema também cumpre praticamente todos os requisitos necessários para sua operação, fato que resultou em informações com excelente amplitude e com boa qualidade de informação para suas variáveis.

Os dados da DN representam indicadores para o cálculo de proporções de nascidos vivos com baixo peso, número de consultas realizadas pela gestante durante o pré-natal, coeficiente de mortalidade infantil, neonatal, além desses ainda podem ser calculados indicadores da taxa bruta de natalidade e a taxa de fecundidade geral. (Silva, et al., 2011; Zhuofan, 2011).

Por intermédio desses dados é possível subsidiar as intervenções relacionadas à saúde da mulher e da criança como ações de atenção à gestante e ao recém-nascido.(Drumond et. al., 2009).

O acompanhamento da evolução dos dados permite a identificação de prioridades de intervenção, o que contribui para a melhoria na saúde pública. Colaborando com a descentralização das ações, para investigações epidemiológicas oportunizando a possibilidade de planejamento e avaliação da assistência, apontando áreas que mereçam atendimento prioritário ou diferenciado. (Segundo Silva, et al., 2011).

O SINASC com o passar dos anos e o crescente volume de informações e com o conseqüente aumento do banco de dados, ocasionou uma lentidão no sistema, surgindo a necessidade de uma reformulação de todo o Sistema. Em 1998, foi desenhada uma nova versão da Declaração de Nascido Vivo, acompanhada do desenvolvimento de um novo aplicativo informatizado e da elaboração de manuais para sua utilização. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Vantagens do SINASC

São as mesmas do SIM: há cobertura nacional e alta abrangência; o preenchimento da DN é obrigatório; o registro civil é gratuito nos cartórios e a qualidade do preenchimento dos dados vem sendo aprimorada.

Limitações do SINASC

Mais uma vez, destaca-se o sub-registro dos dados em muitas localidades do país. Diversas crianças nascem e não têm preenchida a sua DN, com toda a repercussão legal e social que isso acarreta a elas.

Mesmo quando preenchida a DN, em alguns casos, há registro inadequado ou incompleto dos campos que a compõem. Por exemplo, pode faltar o total de consultas de pré-natal da mãe ou o seu endereço residencial. De qualquer maneira, como dito anteriormente, o preenchimento vem melhorando muito, e o SINASC é considerado um sistema de informações bastante confiável.



Você pode perceber a importância do preenchimento correto dos dados da DN. Na prática, observa-se que vários campos da declaração não são preenchidos, o que prejudica a transformação do dado em informação útil para o gestor planejar ações efetivas de intervenção. O que você pode fazer como gestor para que o preenchimento dos dados seja realizado?

.....

Como acessar o sistema de informações de nascidos vivos?

Você deve entrar no endereço eletrônico:

http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php

Você estará na tela inicial do sistema.



Clique em estatísticas vitais, você verá a seguinte informações:



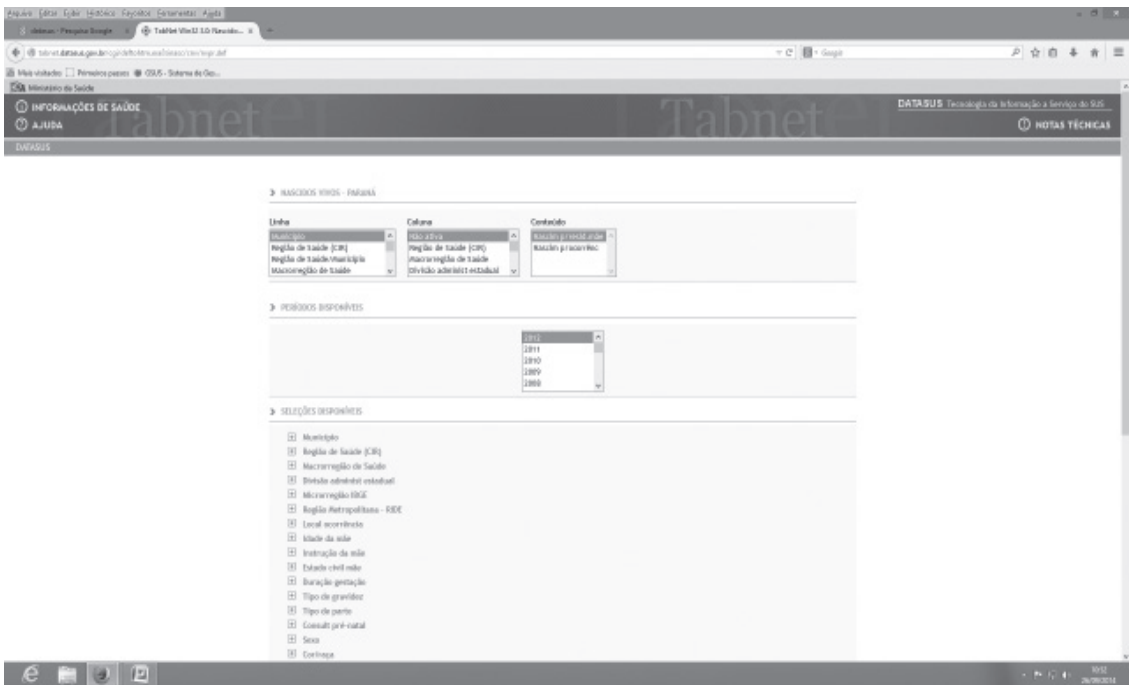
Clique em nascidos vivos, depois selecione o estado no mapa.



Clique em informações de saúde (Tabnet), aparecerá a tela a seguir.



Você pode fazer a seleção por regional, macrorregional ou município de interesse, selecionar vários períodos de tempo, e assim por diante, conforme tela a seguir.



SEÇÃO 2

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL (SIA)

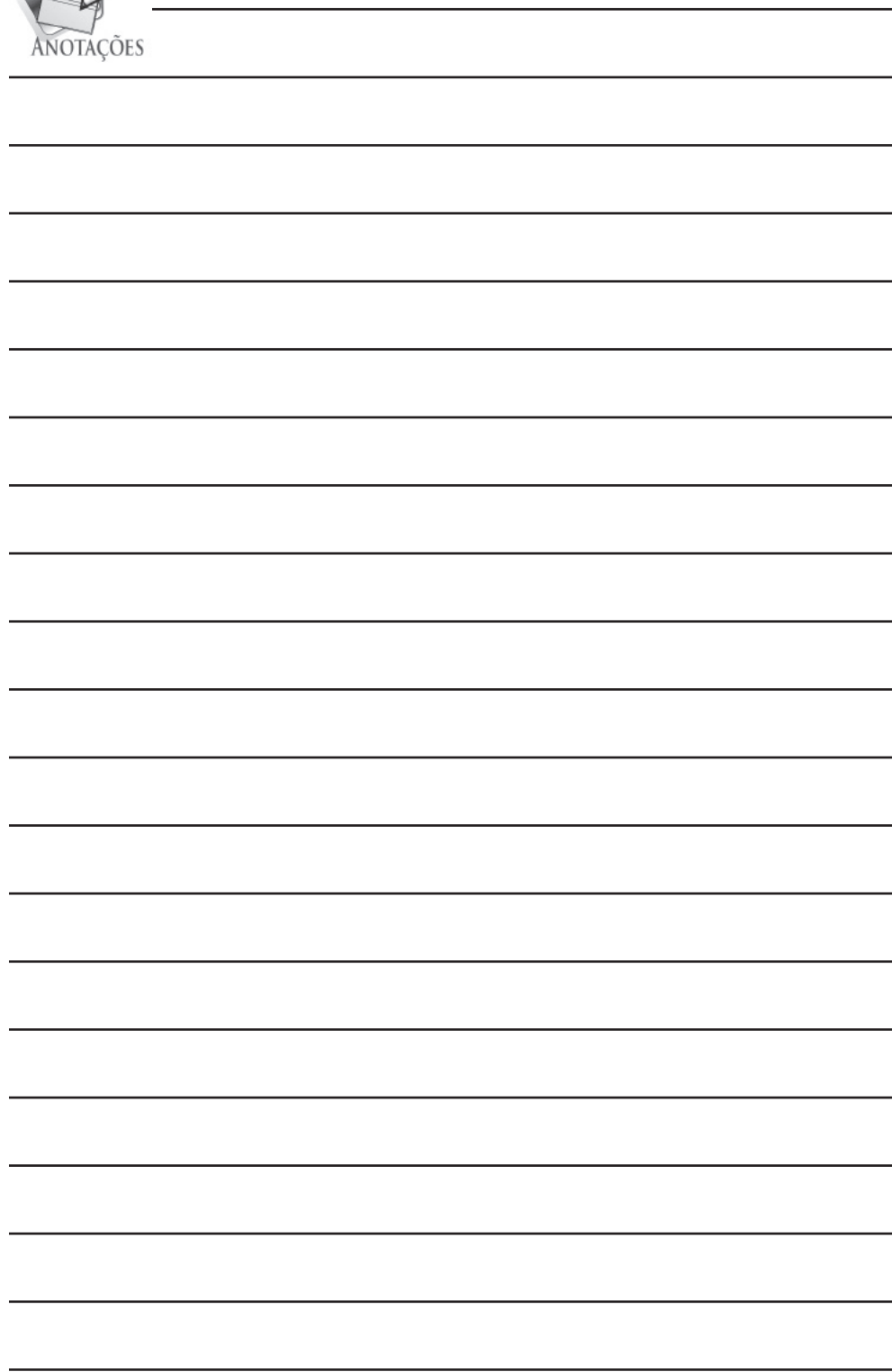
Em 1991, o SIA/SUS foi formalmente implantado em todo o território nacional como instrumento de ordenação do pagamento dos serviços ambulatoriais (públicos e conveniados), viabilizando aos gestores apenas a informação do gasto por natureza jurídica do prestador. O total de consultas e exames realizados era fornecido por outro sistema, de finalidade puramente estatística, cujo documento de entrada de dados era o Boletim de Serviços Produzidos (BSP) e o único produto resultante, a publicação *Inamps em Dados*.

Embora tenha sofrido algumas alterações com vistas a um melhor controle e consistência de dados, o SIA/SUS pouco mudou desde sua implantação. Por obedecer à lógica de pagamento por procedimento, não registra o CID do(s) diagnóstico(s) dos pacientes e não pode ser utilizado como informação epidemiológica, ou seja, seus dados não permitem delinear os perfis de morbidade da população, a não ser pela inferência a partir dos serviços utilizados.

Entretanto, como sua unidade de registro de informações é o procedimento ambulatorial realizado, desagregado em atos profissionais, outros indicadores operacionais podem ser importantes como complemento das análises epidemiológicas, por exemplo: número de consultas médicas por habitante/ano; número de consultas médicas por consultório; número de exames/terapias realizados pelo quantitativo de consultas médicas.

Desde julho de 1994, as informações relacionadas a esse sistema estão disponíveis no site do Departamento de Informática do SUS (<http://www.datasus.gov.br>). Ressalte-se como importante módulo o cadastramento de unidades ambulatoriais contratadas, conveniadas e da rede pública própria dos estados e municípios, bem como as informações sobre profissionais por especialidade.

Quando da análise de seus dados, deve-se atentar para as questões relativas à cobertura, acesso, procedência e fluxo dos usuários dos serviços de saúde.



SEÇÃO 1

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE (SIM)

O Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) é um sistema de vigilância epidemiológica nacional, criado pelo Ministério da Saúde, para captar dados sobre os óbitos do país a fim de fornecer informações sobre mortalidade para todas as instâncias do sistema de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Com base nessas informações, é possível realizar análises de situação, planejamento e avaliação das ações e programas na área. (KOIZUME, 2010; JORGE et. al., 2002). Este sistema foi criado e implantado em 1975/76, para tentar suprir as falhas do Sistema de Registro Civil. (ALMEIDA, 2009; LAGARDIA et al., 2004).

Os primeiros dados de mortalidade foram publicados no Brasil em 1944 e se referiam aos óbitos ocorridos desde 1929, como essas informações vinham de iniciativas próprias dos municípios, sem um controle federal ou estadual, no início da década de 1970, existiam reconhecidos como modelos oficiais, mais de 40 tipos diferentes de atestados de óbito. Em 1992, foi implantado, nas secretarias estaduais de saúde, um sistema destinado a microcomputadores que tornava obsoletas as planilhas para codificação da declaração de óbito, uma vez que os dados passaram a ser digitados diretamente para uma tela de entrada. Isso propiciou maior agilidade nas informações obtidas, porém, com um maior volume de dados, ocasionou uma lentidão no sistema, o que acarretou em uma nova formulação para o sistema. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

A portaria SVS no. 116 de 11 de fevereiro de 2009, traz a versão da Declaração de Óbito (DO), este é o documento de entrada do sistema de informação de mortalidade, padronizado em todo o território nacional. Esta é impressa em três vias pré-numeradas sequencialmente, composta por nove blocos, com um total de sessenta e duas variáveis. O preenchimento do documento é responsabilidade do médico. (DRUMOND et al., 2009; GUEDES, 2007).

Figura 1. Declaração de Óbito (DO)

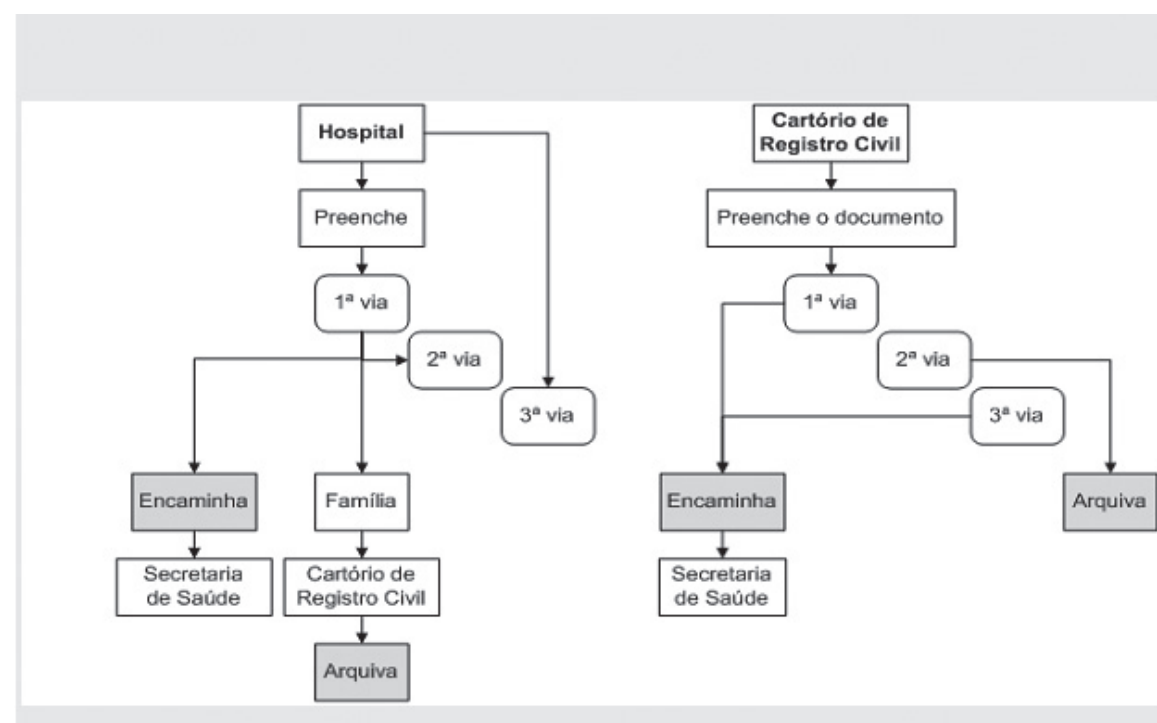
Fonte: SVS, Ministério da saúde 2013.

As informações contidas na DO são baseadas segundo a Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão (CID-10), e relata em sua definição, que a causa básica de morte é a doença ou a lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduzem diretamente à morte (morte natural), ou às circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal (causas externas) (GEREMIAS, 2008).

O fluxo padrão de informação preconizado pelo Ministério da Saúde para a Declaração de Óbito e o destino de cada uma das três vias é a seguinte: **1ª Via**: recolhida nas Unidades Notificadoras, devendo ficar em poder do setor responsável pelo processamento dos dados na instância municipal ou estadual; **2ª Via**: entregue pela família ao cartório do registro civil para emissão da Certidão de Óbito, onde ficará retida para os procedimentos legais; **3ª Via**: permanece nas Unidades Notificadoras, em casos de óbitos notificados pelos estabelecimentos de saúde, Instituto Médico Legal - IML ou Serviço de Verificação de Óbito - SVO, para ser anexada à documentação médica pertencente ao falecido. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

O fluxo da declaração de óbito pode ser observado na figura 2.

Figura 2. Fluxo de Informação da Declaração de Óbito (DO)



Fonte:SVS/MS, 2011.

Com o objetivo de esclarecer a competência do fornecimento da DO, optou-se por dividir as possíveis situações em dois grandes grupos:

Mortes Violentas: no caso de mortes violentas (acidentes, homicídios e suicídios), somente o IML, após o exame do corpo de delito, pode fornecer a DO. Isso deve ocorrer mesmo quando a morte não sobrevenha imediatamente ao acidente ou violência, não importando o tempo decorrido entre este e a morte. Nos locais onde inexistam agências do IML, o exame será feito por duas pessoas idôneas, designadas pela autoridade judicial ou policial, de preferência as que tiverem habilitação técnica.

Mortes Naturais: nesse caso, podem ocorrer as seguintes situações:

Mortes com assistência médica (hospitalizado ou não): o médico que vinha prestando assistência ao falecido ou seu substituto legal deverá fornecer a DO; é da competência do hospital o fornecimento da DO, para óbitos ocorridos na instituição, independente do tempo da internação.

Mortes sem assistência médica:

- **Na localidade existe Serviço de Verificação de Óbito - SVO:** todos os óbitos por causas naturais, ocorridos sem assistência médica ou sem diagnóstico definido, devem ser encaminhados ao SVO, que realiza a necropsia com o objetivo de determinar a causa da morte e emite a Declaração de Óbito.

- **Na localidade não existe SVO, mas tem médicos:** o exame poderá ser realizado por qualquer médico. Neste caso, quem proceder o exame emitirá a Declaração de Óbito. O próprio Código de Ética Médica, em seu artigo 61, trata do assunto: "O médico não atestará óbito de pessoa a quem não tenha prestado assistência médica, salvo caso de verificação médico-legal ou quando o paciente haja falecido sem assistência médica, em localidade onde não exista Serviço de Verificação de Óbito".

- **Na localidade não existe médico:** Nessa eventualidade, duas pessoas e um declarante que assistiram ou verificaram o óbito deverão assinar a Declaração, que será preenchida no Cartório de Registro Civil. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

A quantidade de DOs necessária para suprir as necessidades de uma determinada área pode ser estimada com base no número de óbitos ocorridos no ano anterior acrescido de 20%. Esse acréscimo corresponde a uma margem de segurança, prevista em função de dificuldades na distribuição e perdas eventuais do documento (rasura, etc.). É importante que a estimativa seja baseada no número de óbitos por ocorrência e não por residência, em função da invasão de óbitos nos municípios que possuem unidades hospitalares (PINTO, 2000).

A partir das informações desse sistema é possível construir indicadores que permitam verificar a situação da saúde da população, comparando a evolução da tendência e identificando áreas prioritárias, diante disso, as informações proporcionam a produção de estatísticas de mortalidade, sociodemográficas e a construção dos principais indicadores de saúde. (FARIAS, 2010).

Atualmente as estatísticas de mortalidade continuam representando importante subsídio para a grande maioria dos indicadores de saúde, mesmo nos chamados países desenvolvidos. (JORGE, et al., 2002).

O planejamento e o controle social da saúde dependem de informações concretas, dos dados coletados e de várias regiões, para assim resolver questões de como morre ou adoece a população. (OLIVEIRA, 2006).

Os dados do SIM podem ser analisados separadamente, município, estado e país, seja, pelo local da ocorrência do evento como segundo o local da residência.

Pode-se destacar a facilidade no acesso a informações, em virtude da disponibilidade em meio magnético e pela Internet, que pode ser acessado da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS).

Um dos principais problemas refere-se ao fato dos médicos-legistas, em muitos casos, preencherem apenas a natureza da lesão, sem informar à circunstância que provocou o óbito (causa básica), as condições de trabalho desses profissionais, além da falta de material e de equipamentos para o exercício das atividades, a deficiência na formação médica e ausência de adequado treinamento para o preenchimento da DO. (OLIVEIRA, 2006).

É possível avaliar e confirmar a exatidão das informações declaradas pelos médicos no atestado de óbito original, fazendo uma investigação

baseada em dados contidos nos prontuários médicos, evolução de enfermagem, exames de laboratórios, laudos de autópsias, entrevistas com familiares da pessoa falecida. (LAURENTI, et al., 2004).

Embora a qualidade das informações do SIM seja controversa (ROMERO; CUNHA, 2006), observa-se crescente ampliação da sua cobertura e confiabilidade. (CARDOSO et al., 2005; PAES, 2005; OLIVEIRA, 2006).

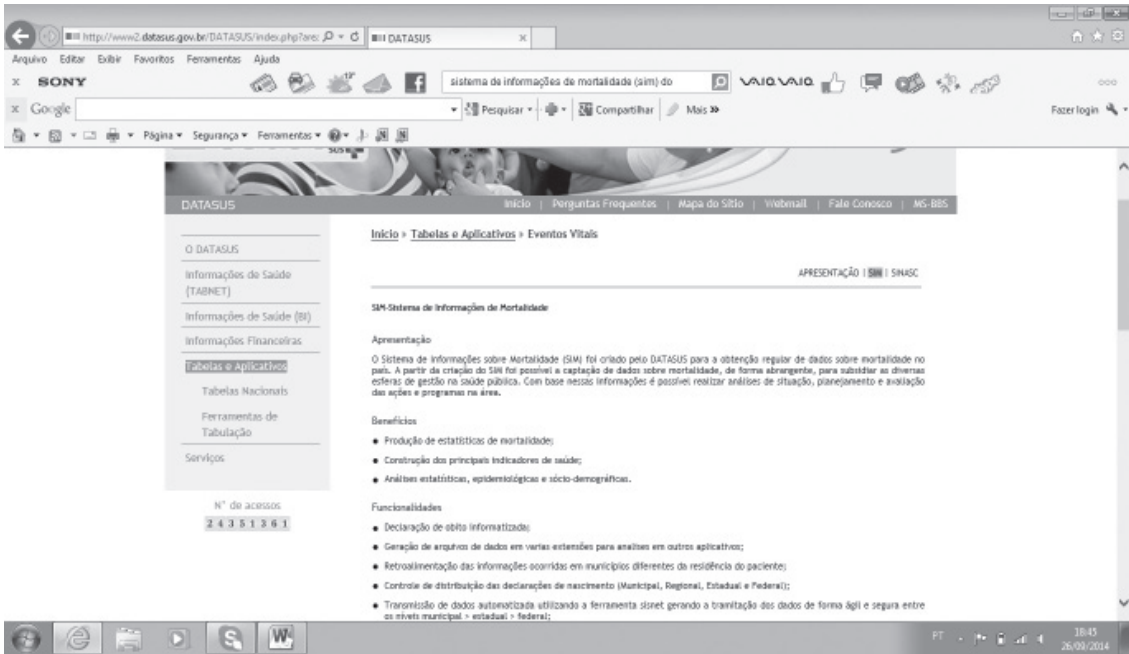
A omissão do registro de óbito constitui sub-registro, trazendo, como consequência, um conhecimento distorcido do perfil da mortalidade. Apesar de não se conhecer, para a maioria dos Estados, a magnitude desse problema, sabe-se que as taxas de sub-registro são diferenciadas, ou seja, não ocorrem nas mesmas proporções em todos os locais (KOIZUMI, 2010).

Araújo (2008) aponta dados mais específicos referentes a subnotificações em relação outros autores estudados, estima-se para o Brasil atualmente uma média de 20% das declarações de óbitos sejam sub-registros, chegando a 40% nas regiões de Norte e Nordeste.

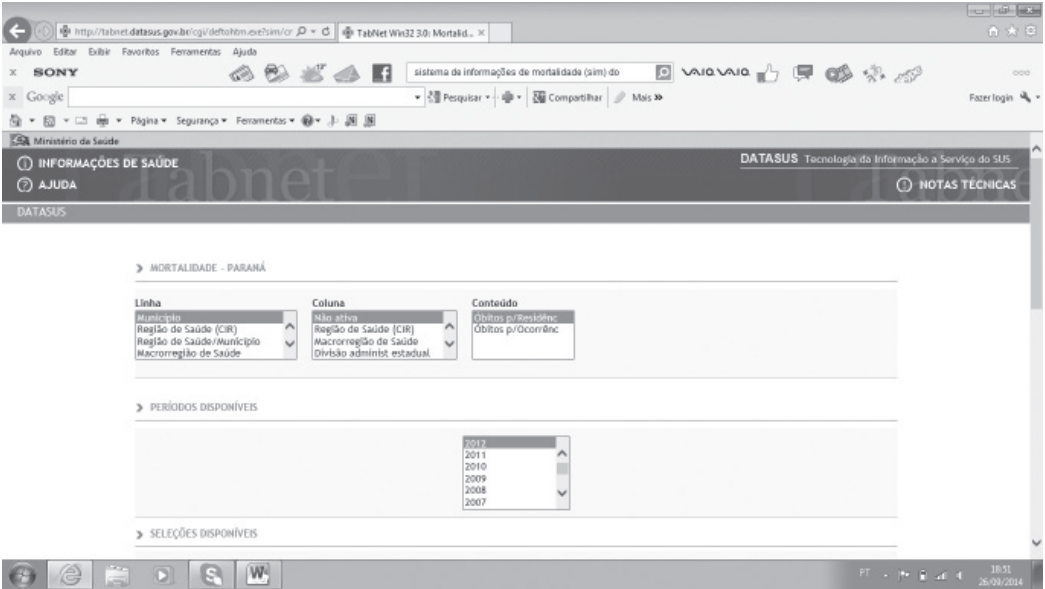
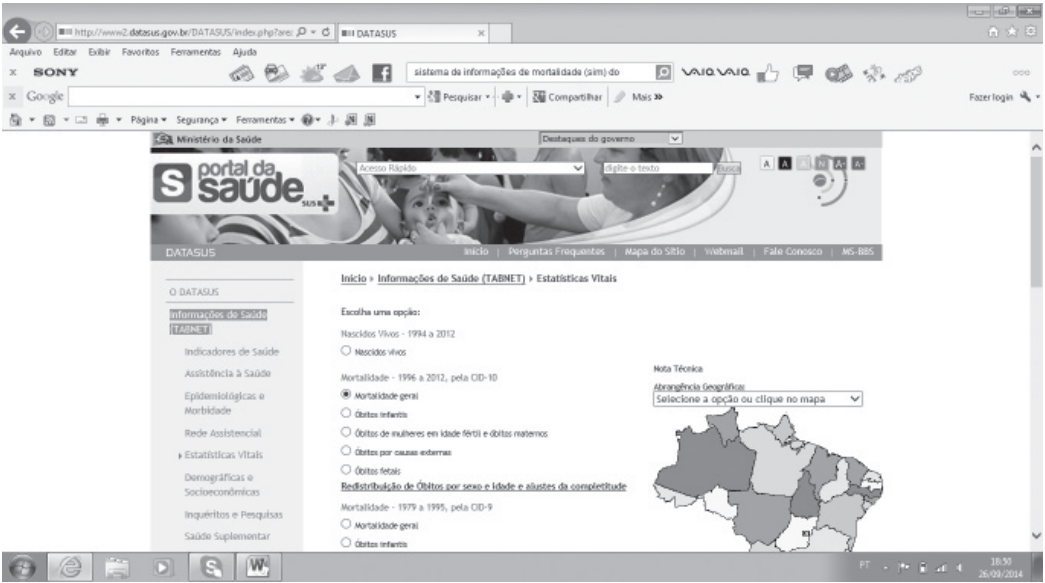
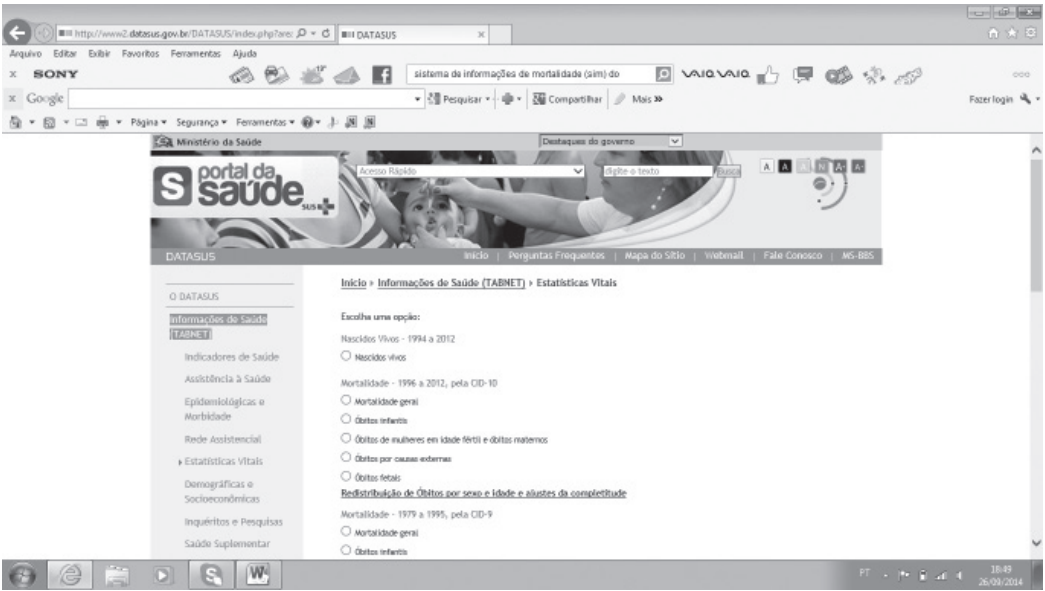
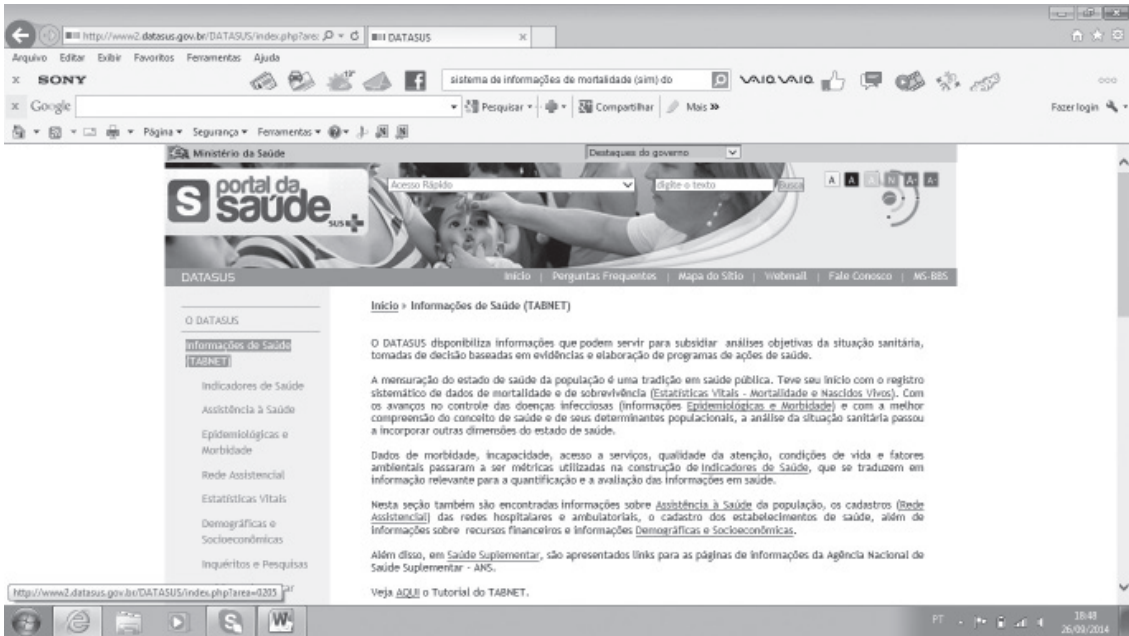
As estatísticas podem apresentar falhas, mesmo quando a causa da morte é declarada corretamente, porque existe a possibilidade de erros na codificação da causa, por conta de codificadores malpreparados. A codificação das causas de morte é feita nas secretarias municipais de saúde. Assim, corre o risco de ter estatísticas de mortalidade incompletas, há necessidade que seja feita boa formação dos codificadores e supervisão (LAURENTI et al., 2004).

O Ministério da Saúde tem feito investimentos para diminuir essas limitações através de criação de serviços de verificação de óbitos, fontes complementares, como esclarecimento das causas de morte com investigações junto a médicos e instituições hospitalares, buscando melhor corrigir a subnotificação de dados. (VIANNA, 2004).

O SIM está disponível no seguinte sítio da internet:
<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060701>



Em seguida, clique em informações de saúde, (clique em estatísticas vitais, mortalidade e nascidos vivos) selecione no mapa o estado, e depois você terá a opção das informações para macrorregional, regional e município, observe as telas seguintes:



SEÇÃO 2
SISTEMA DE INFORMAÇÃO
DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO - SINAN

No Brasil, desde o final da década de 80 e início dos anos 90, verificou-se a importância do uso mais sistemático da epidemiologia nos serviços de saúde, visando orientar as estratégias da política de saúde como também para respaldar as formas de combate dos problemas de saúde, diante disso, fez-se necessário a criação do SINAN. (TEIXEIRA, et al., 1998).

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) foi implantado, de forma gradual, a partir de 1993. No entanto, esta implantação foi realizada de forma desorganizada nas unidades federadas e municípios, não havendo uma coordenação e acompanhamento por parte dos gestores de saúde, nas três esferas de governo. Em 1998, o Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI) institui uma comissão para desenvolver instrumentos, definir fluxos e um novo *software* para o SINAN, além de definir sua implantação em todo o território nacional. Em 2003, as atribuições do CENEPI passam a ser de responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). Este sistema é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória, mas é de decisão de estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região. O sistema permite que todos os profissionais de saúde tenham acesso à informação e a tornem disponível para a comunidade (FARIAS, 2010).

O Ministério da Saúde, (2002 p. 11) define vigilância epidemiológica:

O conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer, a qualquer momento, o comportamento ou história natural das doenças, bem como detectar ou prever alterações de seus fatores condicionantes, com a finalidade de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, as medidas indicadas e eficientes que levem à prevenção e ao controle de determinadas doenças.

As primeiras iniciativas de listar doenças de notificação compulsória datam de 1377, quando se elaborou, em Veneza, a legislação fundamental de quarentena. Os princípios, constituídos em Veneza, guiaram a formulação do primeiro Regulamento Sanitário Internacional, em 1951, quando foram definidas seis enfermidades que necessitavam de quarentena: peste, cólera, febre amarela, varíola, tífus e febre recorrente. No Brasil, as “Normas Gerais Sobre Defesa e Proteção da Saúde”, instituídas em 1961, relacionavam 45 doenças, além de outras viroses humanas e os acidentes de trabalho. Atualmente o sistema contempla uma relação de doenças de diferentes naturezas. (TEIXEIRA et al. 1998; MENDES et al., 2000).

Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória
(PORTARIA Nº 1.271, DE 6 DE JUNHO DE 2014)

- I. Botulismo
- II. Carbúnculo ou Antraz
- III. Cólera
- IV. Coqueluche
- V. Dengue
- VI. Difteria
- VII. Doença de Creutzfeldt - Jacob
- VIII. Doenças de Chagas (casos agudos)
- IX. Doença Meningocócica e outras Meningites
- X. Esquistossomose (em área não endêmica)
- XI. Eventos Adversos Pós-Vacinação
- XII. Febre Amarela
- XIII. Febre do Nilo Ocidental
- XIV. Febre Maculosa
- XV. Febre Tifoide
- XVI. Hanseníase
- XVII. Hantavirose
- XVIII. Hepatites Virais
- XIX. Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana - HIV em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical
- XX. Influenza humana por novo subtipo (pandêmico)

XXI. Leishmaniose Tegumentar Americana
 XXII. Leishmaniose Visceral
 XXIII. Leptospirose
 XXIV. Malária
 XXV. Meningite por *Haemophilus influenzae*
 XXVI. Peste
 XXVII. Poliomielite
 XXVIII. Paralisia Flácida Aguda
 XXIX. Raiva Humana
 XXX. Rubéola
 XXXI. Síndrome da Rubéola Congênita
 XXXII. Sarampo
 XXXIII. Sífilis Congênita
 XXXIV. Sífilis em gestante
 XXXV. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS
 XXXVI. Síndrome Febril Íctero-hemorrágica Aguda
 XXXVII. Síndrome Respiratória Aguda Grave
 XXXVIII. Tétano
 XXXIX. Tularemia
 XL. Tuberculose
 XLI. Varíola

Doenças e Agravos de notificação imediata

I. Caso suspeito ou confirmado de:

- a) Botulismo
- b) Carbúnculo ou Antraz
- c) Cólera
- d) Febre Amarela
- e) Febre do Nilo Ocidental
- f) Hantavirose
- g) Influenza humana por novo subtipo (pandêmico)
- h) Peste
- i) Poliomielite
- j) Raiva Humana
- l) Sarampo, em indivíduo com história de viagem ao exterior nos últimos 30 (trinta) dias ou de contato, no mesmo período, com alguém que viajou ao exterior

- m) Síndrome Febril Íctero-hemorrágica Aguda
- n) Síndrome Respiratória Aguda Grave
- o) Varíola
- p) Tularemia

II. Caso confirmado de:

- a) Tétano Neonatal

III. Surto ou agregação de casos ou de óbitos por:

- a) Agravos inusitados
- b) Difteria
- c) Doença de Chagas Aguda
- d) Doença Meningocócica
- e) Influenza Humana

IV. Epizootias e/ou morte de animais que podem preceder a ocorrência de doenças em humanos:

- a) Epizootias em primatas não humanos
- b) Outras epizootias de importância epidemiológica

Resultados laboratoriais devem ser notificados de forma imediata pelos Laboratórios de Saúde Pública dos Estados (LACEN) e Laboratórios de Referência Nacional ou Regional

I. Resultado de amostra individual por:

- a) Botulismo
- b) Carbúnculo ou Antraz
- c) Cólera
- d) Febre Amarela
- e) Febre do Nilo Ocidental
- f) Hantavirose
- g) Influenza humana por novo subtipo (pandêmico)
- h) Peste
- i) Poliomielite
- j) Raiva Humana
- l) Sarampo
- m) Síndrome Respiratória Aguda Grave
- n) Varíola
- o) Tularemia

II. Resultado de amostras procedentes de investigação de surtos:

- a) Agravos inusitados
- b) Doença de Chagas Aguda
- c) Difteria
- d) Doença Meningocócica
- e) Influenza Humana

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, Fundação Nacional de Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. **Brasília**, 2014.

A Ficha de Notificação pode englobar uma gama de determinados agravos, tais como de vigilância à saúde do trabalhador, acidentes com animais peçonhentos, doenças sexualmente transmissíveis (DST), vigilância à saúde animal (primatas não humanos, equinos, aves, morcegos, etc.), intoxicações exógenas, vigilância sanitária e ambiental. E recentemente foi incluso à lista, violência doméstica e sexual, dentre outros agravos. Devido à globalização e interação entre os continentes, demonstram mais fatores agravantes à saúde da população, pois são vias de entrada e circulação de agentes microbianos e vetores podendo desencadear agravos à saúde. (HAMMANN; LAGARDIA, 2000).

Quando há uma suspeita de agravo em saúde, faz-se necessário o preenchimento da Ficha Individual de Notificação, além desta ficha, o sistema disponibiliza a Ficha de Investigação Epidemiológica, que é um roteiro de investigação, e possibilita a identificação da fonte de infecção e os mecanismos de transmissão da doença. (GUEDES, 2007).

A Ficha de Notificação deverá ser impressa em duas vias pré-numeradas, a primeira via deverá ser enviada para os serviços de vigilância epidemiológica do município onde será feita a digitação, seus dados serão enviados ao nível estadual e, posteriormente, ao nível federal e a segunda via deverá ser arquivada no local da notificação. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

O processo de notificação pode ser feito por qualquer indivíduo, porém, é comum que seja feito por um profissional de saúde. Não é necessário confirmação do caso para notificar, doenças com diagnósticos suspeitos devem ser valorizadas e investigadas para posterior confirmação ou descarte. (TEIXEIRA et al., 1998).

A digitação da Ficha de Notificação deverá ser realizada sempre pelo município notificante, independentemente do local de residência do paciente. (MENDES et al., 2000). Desde 1998, os municípios em gestão plena devem informar trimestralmente que estão alimentando os sistemas

de informação SINAN, SIM e SINASC para receber o repasse das verbas do Programa de Ações Básicas de Saúde (PAB), caso haja a interrupção de envio de dados, por dois meses consecutivos, acarretará na suspensão do pagamento do Piso de Atenção Básica, conforme Portaria N.º 1882/GM de 16/12/1997. (ALMEIDA; ALENCAR, 2000).

A comunicação da ocorrência de doenças e agravos de notificação imediata (24 horas) deve ser feita por telefone ou via internet, com o objetivo de acionar a equipe técnica específica no menor espaço de tempo, aumentando a eficácia das medidas de controle frente às emergências em saúde pública. As de notificação semanal podem ser feitas através do preenchimento do Boletim de Notificação e não ocorrência de casos de notificação na semana deve gerar uma notificação negativa, porém, este tipo de notificação é mais utilizado na vigilância das paralisias flácidas, sarampo, tétano neonatal. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A diversidade demográfica e a dimensão continental do Brasil tornam pouco realistas a existência de uma única lista de doenças para todo o seu território, mesmo que se tente contemplar as diferenças regionais. Porém, o objetivo desta lista é a coleta de informações e alimentar o banco de dados nacional de modo a permitir análises mais globalizadas. (TEIXEIRA et al., 1998).

Esse sistema tem como objetivo a coleta e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional, fornecendo informações para a análise do perfil da morbidade e contribuindo, dessa forma, para a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal. Além disso, o sistema deveria ser utilizado como a principal fonte de informação para estudar a história natural de um agravo ou doença e estimar problemas de saúde na população, detectar surtos ou epidemias. (LAGARDIA et al., 2004; LUNA, 2004).

As principais finalidades do SINAN são: facilitar a prevenção e o controle da doença sob vigilância por meio da identificação dos níveis de incidência e tendências. Garantir a agilidade no fluxo de informações de modo a desencadear ações e medidas de controle oportunas, limitando a disseminação dos agravos. Definir os padrões epidemiológicos de distribuição de agravos em tempo, pessoa e local. Fornecer informação da ocorrência de doenças de interesse para a saúde pública aos organismos governamentais e não governamentais profissionais de saúde e à comunidade. (HAMMANN & LAGARDIA 2000).

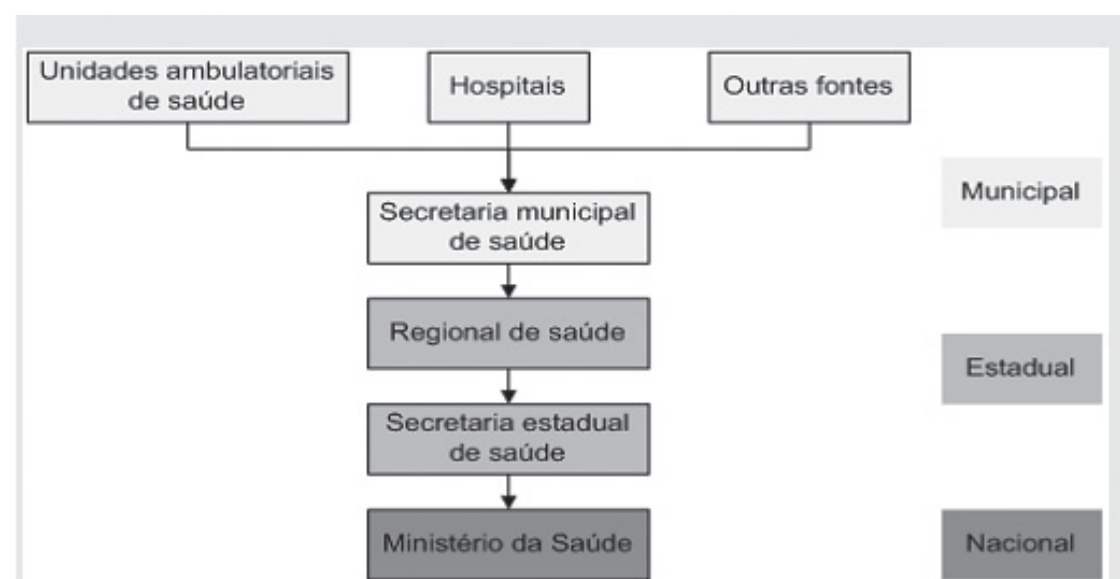
A manutenção periódica, atualização e avaliação da base de dados do SINAN são condições fundamentais para o acompanhamento da situação epidemiológica dos casos e sua utilização possibilita a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de agravos na população. (NOGUEIRA et al., 2009).

As subnotificações para o SINAN são preocupantes em relação aos outros sistemas de informação citados, pois se repetidas notificações de um mesmo caso, poderiam induzir e superestimar a incidência e/ou prevalência de um determinado agravo. (LIMA et al., 2009).

Assim, a qualificação profissional e responsabilidade de coletar e processar informações fidedignas tornam-se pontos extremamente importantes para que as etapas de construção da notificação em cada município sejam dinamicamente processadas, revelando os problemas prevalentes e relevantes, propiciando ações coerentes com as necessidades da população abrangida, evitando desigualdades na oferta e acesso aos serviços de saúde. (NOGUEIRA et al., 2009).

A **Figura 1** traz o fluxo de informação definido pelo Ministério da Saúde. Após o preenchimento dos referidos formulários, as fontes notificadoras deverão encaminhá-los para o primeiro nível informatizado. A partir daí, os dados serão enviados para os níveis hierárquicos superiores por meio magnético (arquivos de transferência gerados pelo Sistema).

Figura1. Fluxo de Informação das Fichas de Notificação



Fonte: SVS/MS, 2011.



Erildo Vicente Muller

OBJETIVOS DE ESTUDOS

- Entender a importância da informatização em saúde.
- Conhecer o Sistema de Informação Hospitalar (SIH).
- Verificar o fluxo das informações nesses sistemas.
- Conhecer a importância das informações geradas por esse sistema e suas limitações.

ROTEIRO DE ESTUDOS

- SEÇÃO 1 – Sistema de Informação Hospitalar (SIH)

SEÇÃO 1
SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR - SIH

Há registros de censos de internamento hospitalar desde 1949, com dados da Divisão de Organização Hospitalar relativos à estatística do censo hospitalar do Ministério da Educação e Saúde, com definições relativas ao cálculo do censo hospitalar diário, dos “doentes-dia”, contagem da vaga de leitos existentes no país e definição de parâmetros para a captação de recursos hospitalares e ambulatoriais. (SCHOUT; NOVAES, 2007).

O Sistema de Informação Hospitalar (SIH) tem suas origens na década de 1970, sendo implantado com o propósito de controlar o pagamento dos serviços prestados pelos contratados. Nos anos 90, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), ficou incumbido de implantar o SIH, atualmente a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde é gestora desse sistema de informação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). É uma base pública que disponibiliza dados administrativos de saúde com abrangência nacional, coletados a partir das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), documento que envolve um conjunto de informações referentes à identificação do paciente, caracterização do hospital, tempo de internação, descrição do padrão de morbidade e mortalidade hospitalar, a avaliação do desempenho da assistência hospitalar, a vigilância epidemiológica, e também é uma fonte importante de dados que pode fornecer um diagnóstico da saúde em nível local ou nacional. (LE MOS; CHAVES; AZEVEDO, 2010; DRUMOND et al., 2009).

A AIH é emitida em duas vias, exclusivamente pelos Órgãos Emissores próprios ou autorizados pelo SUS, com numeração própria. A 1ª via permanecerá na instituição que internou o paciente e será anexada ao prontuário médico. A 2ª via será arquivada no Órgão Emissor. É preenchido pelo profissional médico através do laudo médico ou pelo enfermeiro obstetra que imitará o laudo de enfermagem (apenas para parto normal sem distócia). Estes documentos são utilizados para solicitar a internação do paciente em hospitais que prestam atendimento ao SIH/SUS, estas informações irão garantir o acesso ao estabelecimento hospitalar, bem como o pagamento dos serviços de saúde prestados aos usuários do SUS

durante a internação hospitalar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). No Brasil, o SIH informa mais de 11 milhões de internações por ano, o que representa cerca de 80% do total de internações no país.

Figura 1. Autorização de Internação Hospitalar.

Formulário de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) do SUS, emitido pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. O formulário contém campos para identificação do estabelecimento de saúde, identificação do paciente, justificativa da internação, dados do profissional solicitante e dados do profissional autorizador.

SESA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Data de Emissão: / / Hora de Emissão: : h

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Nome do Estabelecimento Solicitante: CNES: _____
Nome do Estabelecimento Executante: CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente: _____ Apellido: _____ Nº Prontuário: _____
Cartão Nacional de Saúde (CNS): _____ Data de Nascimento: _____ Sexo: Masculino ☐ F ☒ Feminino ☐ S ☐ Possui outro Convênio: ☐ SIM ☒ NÃO
Nome da Mãe ou Responsável: _____ DDD: _____ Telefone de Contato: _____
Município de Nascimento: _____ UF: _____ Nacionalidade: _____ Endereço Residencial (Rua, Av., Complemento): _____
Nº: _____ Bairro: _____ Município de Residência: _____ Código IBGE do Município: _____ UF: _____ CEP: _____
Ponto de Referência: _____ Documento: _____ CPF: _____ RG: _____ R.C.M.: _____ VLS/FASEP: _____ Ignorado: _____

DIRETOR CLÍNICO DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Nome do Diretor Clínico do Estab. Executante: _____ Nº Cons. de Classe: _____ CPF: _____ Ass. e Carimbo do Diretor Clínico: _____

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sinais Clínicos: _____
Condições que Justificam a Internação: _____
Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultados de Exames Realizados): _____
Diagnóstico Inicial: _____ CID 10 Principal: _____ CID 10 Secundário: _____ CID 10 Causas Associadas: _____ Nº NBRs, Complementar: _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição do Procedimento Solicitado: _____ Código do Procedimento em Cláusula: _____
Classificação Gerente de Internação: Clínica ☒ URE ☐ Eletivo ☐ Lado Complementar: _____
Equipamentos Necessários para Internação: _____

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Nome do Profissional Solicitante: _____
DOCUMENTO: ☐ CNS ☒ CPF: _____ Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Autorizante: _____ Nº do Conselho de Classe: _____
Data de Solicitação: _____ Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante/Autorizante: _____ Nº Cons. de Classe: _____ Data desejada p/ internação: _____

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

☐ AC DE TRÁNSITO ☐ ACID. TRAB/TÍPICO ☐ AC. TRAB/TRAJETO ☐ CNPJ da Seguradora: _____ Número do Bônus: _____ Série: _____
CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Empresa: _____ CBOB: _____
Vínculo com a Previdência: ☐ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Nome do Profissional Autorizador: _____
Documento: ☐ CNS ☒ CPF: _____ Nº do CNS/CPF Prof. Autorizador: _____
Data de Autorização: _____ Código do Órgão Emissor: _____
Nº Registro Cons. de Classe: _____ Ass. do Autorizador/Carimbo: _____

(Espaço Reservado para Colar a Etiqueta com dados de Autorização)

Atenção: Todos os campos são de preenchimento obrigatório. SESAB/SUS Portaria SESAB/GASEC 1.734 de 8 de agosto de 2008

Os dados gerados no SIH podem ser utilizados para o financiamento da saúde, gastos hospitalares e por internação, gastos ambulatoriais e por tipo de assistência (por exemplo, assistência médica, odontológica, assistência de média e alta complexidade), e comparação desses gastos e análise de tendência. Esses dados podem ser também utilizados para fornecer informações sobre a produção dos serviços de saúde, pelas principais causas ou grupos de causas de internações hospitalares.

As principais funções do SIH são: estabelecer tetos financeiros por estabelecimento, acompanhar os tetos programados e os aprovados, visualizar dados de internações apresentadas em duplicidade para o mesmo paciente, conhecer a relação das AIH com CID de doenças erradicadas e outros de notificação compulsória, estabelecer limite de cesárea por estabelecimento e conhecer os valores brutos da produção para empenho por tipo de financiamento.

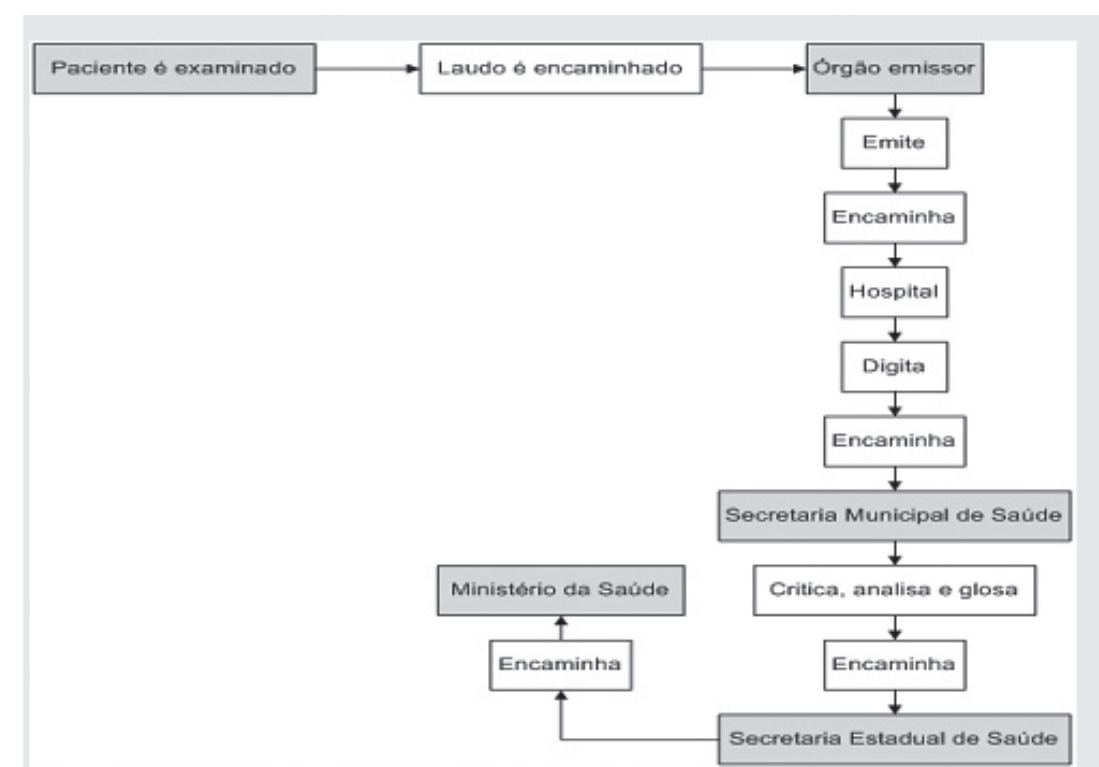
A existência de um sistema de informação específico para as internações hospitalares no SUS geram dados que podem caracterizar o perfil municipal, estadual e nacional das condições de internação hospitalar, é uma ferramenta útil à prática de gerência, gestores de saúde, administradores de hospitais, funcionários e a própria população atendida podem utilizar dessas informações. (LEMOS; CHAVES; AZEVEDO, 2010).

Com o sistema de informação hospitalar, inúmeros benefícios podem ser inumerados para o gestor, tais como: melhoria da produtividade e rapidez dos diversos processos e da definição clara e exata dos procedimentos e serviços da instituição; capacidade de identificar e de resposta institucional à demanda de serviços; avaliação do tipo e da maneira como são prestados os serviços na instituição; identificação das causas de morbimortalidade, do perfil e das características da população atendida, da demanda de serviços e clientes; uma maior interdependência das unidades funcionais da instituição, dentre outras. (ALMEIDA et al., 2004).

A qualidade da informação em saúde no Brasil ainda é muito precária, podendo ocorrer variações de dados, em regiões mais avançadas e outras menos, assim como serviços com profissionais mais ou menos capacitados, recursos tecnológicos disponíveis, utilização de registros manuais ou eletrônicos, ou seja, uma série de fatores compromete a qualidade da informação. (LEMOS, et al., 2010).

De fato há uma carência na qualidade da informação, faz-se necessário desenvolver estratégias para melhorar a qualidade da informação diagnóstica no SIH/SUS: a ampliação do número de campos disponíveis para o seu registro; a adoção e a padronização de definições precisas para diagnóstico principal e secundário; o treinamento de codificadores; e a implementação de atividades que venham a estimular o registro dessas informações no prontuário do paciente e nos resumos de alta. (MARTINS, et al., 2001).

Figura 2: Fluxo básico de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

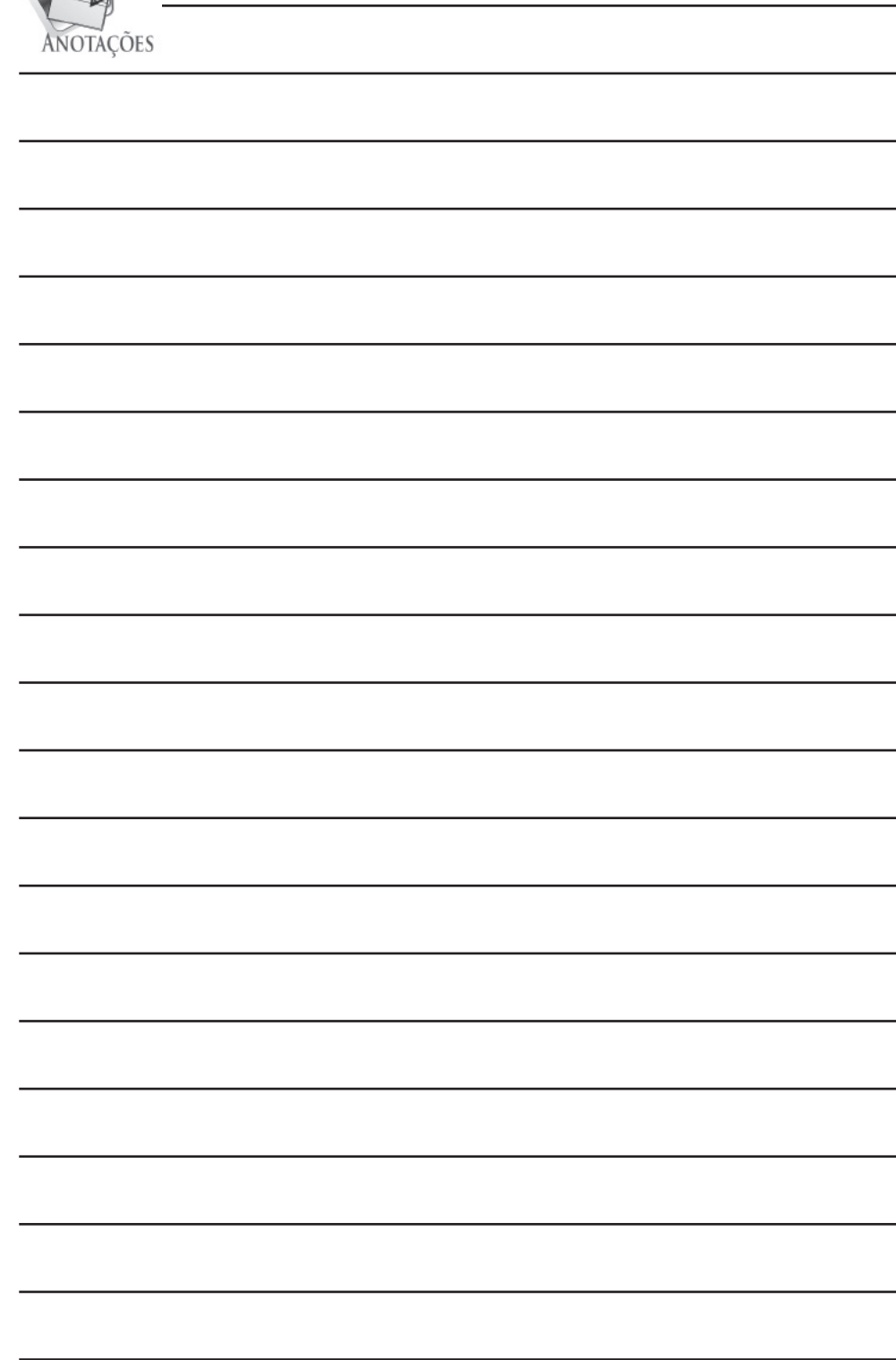


Fonte: SVS/MS, 2011.

Procedimento médico: Duração, óbito e gasto.

Perfil de morbidade atendida, perfil dos atendimentos, indicador de resultado - óbitos hospitalares – não ajusta o risco, Indicadores gerenciais – TMP, Tx ocupação, gastos, Áreas de atendimento e fluxo dos pacientes, por hospitais e por regiões.

1. Objetivo é o pagamento do procedimento efetuado.
2. Hipótese: "otimização" do faturamento, maior atenção ao registro dos procedimentos mais caros.
3. Sub-registro.
4. Sub-registro de procedimentos especiais (UTI-caros).
5. Confiabilidade.
6. 1 campo para comorbidades – ajuste de risco – mal preenchido.



Erildo Vicente Muller

OBJETIVOS DE ESTUDOS

- Conhecer o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e demais sistemas em uso no Brasil.
- Conhecer o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA).
- Entender a importância da alimentação correta de informações dos sistemas.

ROTEIRO DE ESTUDOS

- SEÇÃO 1 - Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB)
- SEÇÃO 2 - Outras fontes de informação

PARA INÍCIO DE CONVERSA

Outros sistemas de informação que também podem ser úteis à vigilância epidemiológica, embora restritos a uma área de atuação muito específica, quer por não terem uma abrangência nacional ou por não serem utilizados em todos os níveis de gestão, são: (texto baseado no guia de vigilância epidemiológica, SVS 2011).

SEÇÃO 1

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB)

Sistema de informação territorializado que coleta dados que possibilitam a construção de indicadores populacionais referentes a áreas de abrangência bem delimitadas, cobertas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa Saúde da Família.

Sua base de dados possui três blocos: o cadastramento familiar (indicadores sociodemográficos dos indivíduos e de saneamento básico dos domicílios); o acompanhamento de grupos de risco (menores de dois anos, gestantes, hipertensos, diabéticos, pessoas com tuberculose e pessoas com hanseníase); e o registro de atividades, procedimentos e notificações (produção e cobertura de ações e serviços básicos, notificação de agravos, óbitos e hospitalizações).

Os níveis de agregação do SIAB são: microárea de atuação do agente comunitário de saúde (território onde residem cerca de 150 famílias), área de abrangência da equipe de Saúde da Família (território onde residem aproximadamente mil famílias), segmento, zonas urbana e rural, município, estado, regiões e país. Assim, o Sistema possibilita a microlocalização de problemas de saúde como, por exemplo, a identificação de áreas com

baixas coberturas vacinais ou altas taxas de prevalência de doenças (como tuberculose e hipertensão), permitindo a espacialização das necessidades e respostas sociais e constituindo-se em importante ferramenta para o planejamento e avaliação das ações de vigilância da saúde.

OBJETIVO PRINCIPAL DO SIAB:

Disponibilizar aos gestores do SUS, nos diversos níveis, informações que **reflitam o perfil de atendimento e a situação de saúde** (processo assistencial e morbidade ambulatorial), permitindo **adequado planejamento, acompanhamento e avaliação das ações**, simplificando os processos, através da padronização, unificação, atualização tecnológica e flexibilização.

SEÇÃO 2

OUTRAS FONTES DE INFORMAÇÃO

1. Sistema de Informações de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan)

Instrumento de políticas federais, focalizadas e compensatórias. Atualmente, encontra-se implantado em aproximadamente 1.600 municípios considerados de risco para a mortalidade infantil. Disponibiliza informações sobre o programa de recuperação de crianças desnutridas e gestantes sob risco nutricional.

2. Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI)

Implantado em todos os municípios brasileiros, fornece dados relativos à cobertura vacinal de rotina e, em campanhas, taxa de abandono e controle do envio de boletins de imunização. Além do módulo de

avaliação do PNI, este Sistema dispõe de um subsistema de estoque e distribuição de imunobiológicos para fins gerenciais.

3. Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Siságua)

Fornece informações sobre a qualidade da água para consumo humano, proveniente dos sistemas público e privado, e soluções alternativas de abastecimento. Objetiva coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente, de forma a produzir informações necessárias à prática da vigilância da qualidade da água de consumo humano (avaliação da problemática da qualidade da água e definição de estratégias para prevenir e controlar os processos de sua deterioração e transmissão de enfermidades) por parte das secretarias municipais e estaduais de saúde, em cumprimento à Portaria nº 36/90, do Ministério da Saúde.

Além das informações decorrentes dos sistemas descritos, existem outras grandes bases de dados de interesse para o setor saúde, com padronização e abrangência nacionais. Entre elas destacam-se: Cadernos de Saúde e Rede Interagencial de Informação para a Saúde/Ripsa, da qual um dos produtos é o IDB/Indicadores e Dados Básicos para a Saúde (acesso via www.datasus.gov.br ou www.saude.gov.br), além daquelas disponibilizadas pelo IBGE (particularmente no que se refere ao Censo Demográfico, à Pesquisa Brasileira por Amostragem de Domicílios – Pnad e Pesquisa Nacional de Saneamento Básico 2000). É também importante verificar outros bancos de dados de interesse à área da saúde, como os do Ministério do Trabalho (Relação Anual de Informações Sociais/Rais) e os do Sistema Federal de Inspeção do Trabalho (informações sobre riscos ocupacionais por atividade econômica), bem como fontes de dados resultantes de estudos e pesquisas realizados por instituições como o Ipea, relatórios e outras publicações de associações de empresas que atuam no setor médico supletivo (medicina de grupo, seguradoras, autogestão e planos de administração).

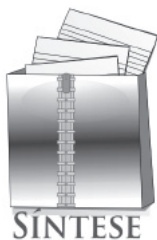
A maioria dos sistemas de informação ora apresentados possui manual instrucional e modelos dos instrumentos de coleta (fichas e declarações) para implantação e utilização em computador – disponibilizados pela Secretaria de Vigilância em Saúde.

A utilização dos sistemas de informações de saúde e de outras fontes de dados, pelos serviços de saúde e instituições de ensino e pesquisa,

dentre outras, pode ser viabilizada via Internet, propiciando o acesso a dados nas seguintes áreas:

- demografia – informações sobre população, mortalidade e natalidade;
- morbidade – morbidade hospitalar e ambulatorial, registros especiais, seguro social, acidentes de trânsito, de trabalho, etc.; meio ambiente: saneamento básico, abastecimento de água, destino dos dejetos e lixo, poluição ambiental, condições de habitação, estudo de vetores;
- recursos de saúde e produção de serviços – recursos físicos, humanos, financeiros, produção na rede de serviços básicos de saúde e em outras instituições de saúde, vigilância sanitária; no âmbito documental e administrativo: legislação médico-sanitária, referências bibliográficas e sistemas administrativos.

Existem outros dados necessários ao município e não coletados regularmente, que podem ser obtidos mediante inquéritos e estudos especiais, de forma eventual e localizada. Contudo, é preciso haver racionalidade na definição dos dados a serem coletados, processados e analisados no SIS, para evitar desperdício de tempo, recursos e descrédito no sistema de informação, tanto pela população como pelos técnicos.



A retroalimentação dos sistemas deve ser considerada um dos aspectos fundamentais para o contínuo processo de aperfeiçoamento, gerência e controle da qualidade dos dados. Tal prática deve ocorrer nos seus diversos níveis, de forma sistemática, com periodicidade previamente definida, de modo a permitir a utilização das informações quando da tomada de decisão e nas atividades de planejamento, definição de prioridades, alocação de recursos e avaliação dos programas desenvolvidos. Adicionalmente, a divulgação das informações geradas pelos sistemas assume valor inestimável como instrumento de suporte ao controle social, prática que deve ser estimulada e apoiada em todos os níveis e que deve definir os instrumentos de informação, tanto para os profissionais de saúde como para a comunidade.

[illegible]

Os sistemas de informação disponibilizam as informações de forma organizada e de fácil acessibilidade e tornam-se ferramentas de apoio às atividades, auxiliando na tomada de decisão e aquisição de conhecimento.

Diante de todas as vantagens oferecidas pela tecnologia da informação, uma das mais importantes é a de gerenciar a grande quantidade de informações que existem na saúde pública. O gestor necessita filtrar essas informações e diagnosticar as melhores estratégias a serem implementadas no processo de gestão de serviços de saúde, analisando pontos fortes e fracos dos dados apresentados.

A informática, quando utilizada de maneira adequada, ajuda em muitos processos administrativos. Os procedimentos são padronizados e as informações são armazenadas, o que permite maior controle e agilidade no processo de tomada de decisões. Porém, para alguns municípios e instituições de saúde, esta tecnologia ainda é uma realidade distante devido ao custo desta implantação. Apesar do sistema de informação ser razoavelmente barato, contudo o hardware e treinamento dos recursos humanos têm custo elevado e ainda acarretam mudanças no cotidiano dos profissionais envolvidos.

Fica evidente a necessidade de melhorar a coleta de dados na fonte, bem como capacitar os trabalhadores que operam diferentes fases destes sistemas de informação. A qualidade deficiente gera os sub-registros de dados, a incompatibilidade de integração de diferentes bases de dados, limitando o potencial de utilização das informações disponíveis de todos os sistemas.

Por fim, a tecnologia da informação na área de saúde é uma ferramenta de pesquisas e auxílio aos profissionais da saúde e a população. O sistema evolui com o passar do tempo e mostra-se como um grande aliado ao combate e prevenção de doenças. O modelo de sistemas requer fidedignidade e flexibilidade, tornando as instituições sistemas que interagem com o meio e se adaptam, de modo que o sistema de gestão deve ser dinâmico e capaz de contemplar a organização como um todo, revendo e confirmando seus objetivos e estratégias traçados para uma determinada população.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A.B. Mortalidade de Adolescentes e Jovens Adultos na Região Metropolitana de São Paulo, no período de 2000 a 2006. [**Dissertação**]. São Paulo (SP). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2009. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6137/tde-09042009-103551/pt-br.php>. Acesso em: 10 mai. 2011.

ALMEIDA, A. S. et al. Os benefícios da gestão do conhecimento aplicados nos hospitais do triângulo CRAJUBAR (Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha). **XXIV Encontro Nac. de Eng. de Produção** - Florianópolis, SC, nov. 2004, p. 1107-1114. Disponível em: www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2004_Enegep0113_1587.pdf>Acesso: 05 dez. 2010.

ALMEIDA, M.F.; ALENCAR, G.P. Informações em Saúde: necessidade de Introdução de Mecanismos de Gerenciamento dos Sistemas. **Informe Epidemiológico do SUS**. 9 (4):241-249, 2000. Disponível em: <http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/portal/iesus/v9n4/pdf/v9n4a03.pdf>. Acesso em: 25 mai. 2011.

ALMEIDA, M.F. et al. SINASC: uma avaliação de sua trajetória. **Informe Epidemiológico do SUS**, 2011. Disponível em: http://www.lachsr.org/documents/his/bra_por_03_sinasc.pdf. Acesso em: 25 mai. 2011.

BARBOSA, D.C.M. Sistema de informação em saúde: A percepção e a avaliação dos profissionais diretamente envolvidos na atenção básica de Ribeirão Preto/SP. [**Dissertação**]. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Faculdade de São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-18092006-155547/publico/MsBarbosa DCM.pdf> Acesso em: 25 mai. 2011.

BENITO, G. A. V.; LICHESKI, A. P. Sistemas de Informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 447-450, jun. 2009. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/18.pdf>Acesso: 05 dez. 2010.

BIANCHINI, J.R.L.; POZZEBON, E.; ALMEIDA, M.A.F. Sistema de Informação Hospitalar no Planalto Serrano Catarinense. In: Congresso da Sociedade Brasileiro de Computação, 22, 2002, Florianópolis. **Anais Florianópolis**, 2002. Disponível em: www.inf.ufsc.br/~l3c/artigos/pozzebon02c.pdf>. Acesso: 05 dez. 2010.

BITTENCOURT, S.A. et al. O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(1):19-30, jan, 2006. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n1/03.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2011.

CARDOSO, A.M.; et al. Mortalidade infantil segundo raça/cor no Brasil: o que dizem os sistemas nacionais de informação? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(5): 1.602-1.608, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v21n5/35.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2011.

CARVALHO, A.O., EDUARDO, M.B.P. Sistemas de Informação em Saúde para municípios. **Saúde&Cidadania**. São Paulo(SP): IDS/USP/Banco Itaú; 1998. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_cidadania_volume06.pdf. Acesso em: 15 mai. 2011.

DRUMOND, L.F.; et al. Utilização de dados secundários do SIM, Sinasc e SIH na produção científica brasileira de 1990 a 2006. **R. bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 7-19, jan./jun. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982009000100002 Acesso em: 25 mai. 2011.

FARIAS, A.S. Perfil dos doentes de tuberculose no município de Manaus – Amazonas (2007). **[Dissertação]**. Ribeirão Preto – SP. Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública. Universidade de São Paulo. 2010. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-14012011-155730/es.php>Acesso em: 22 mai. 2011.

FAÇANHA, M.C.; et al. Resgate de Casos Sub-notificados de Tuberculose em Fortaleza - CE, 2000-2002. **BolPneumolSanit**,11(2):13-16. 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/bps_vol11nr2.pdf#page=13. Acesso em: 25 mai. 2011.

FILHO, R.J. et al. A Tecnologia da Informação na Área Hospitalar: um Caso de Implementação de um Sistema de Registro de Pacientes RAC, v. 5, n. 1, p. 105-120, Jan./Abr. 2001. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rac/v5n1/v5n1a07.pdf> Acesso: 05 dez. 2010.

FRIAS, P.G. et al. Sistema de Informações sobre Mortalidade: estudo de caso em municípios com precariedade dos dados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 (10):2257-2266, out, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v24n10/07.pdf>Acesso em 09 mai. 2011.

GEREMIAS, A.L. Avaliação das declarações de nascido vivo como fonte de informações sobre defeitos congênitos. **[Dissertação]**. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v12n1/07.pdf>. Acesso em: 25 mai. 2011.

GOMES, F.B.C.Sistema de Informações sobre Mortalidade: Considerações sobre a Qualidade dos Dados. **Inf. Epidemiol. Sus** v.11 n.1 Brasília mar. 2002. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/iesus/v11n1/v11n1a01.pdf> Acesso em: 12 abr 2011.

GUEDES, A.A.B. A informação na Atenção Primária em Saúde como ferramenta para o trabalho do enfermeiro. **[Dissertação]**. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Faculdade de São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-05102007-124202/publico/AndreiaABatistaGuedes.pdf>. Acesso em: 25 mai. 2011.

HAMMANN, E.M.; LAGARDIA, J. Reflexões Sobre a Vigilância Epidemiológica: Mais Além da Notificação Compulsória. **Informe Epidemiológico do SUS**;9(3) : 211 - 219, 2000. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/iesus/v9n3/v9n3a06.pdf>. Acesso em: 25 mai. 2011.

JORGE, M.H.P.M.; et al. O sistema de informações sobre mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento II - Mortes por causas externas. **Rev. Bras. Epidemiol.** 212 Vol. 5, Nº 2, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v5n2/08.pdf> Acesso em: 12 abr. 2011.

JORGE, M.H.P.; GOTLIEB, S.L.D. O Sistema de Informação de Atenção Básica como Fonte de Dados para os Sistemas de Informações sobre Mortalidade e sobre Nascidos Vivos. **Informe Epidemiológico do SUS**; 10(1):7-8, 2001. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/iesus/v10n1/v10n1a02.pdf>. acesso em: 10 mai. 2011.

JORGE, M.H.P.; et al. O sistema de informações sobre mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento I - Mortes por causas naturais. **Rev. Bras. Epidemiol.** Vol. 5, Nº 2, 2002. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rbepid/v5n2/08.pdf. Acesso em: 10 mai. 2011.

LAGARDIA, J.; et al. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN): desafio no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** 2004; 13(3) : 135 – 147. Disponível em:<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v13n3/v13n3a02.pdf> Acesso em: 15mar. 2011.

LAURENTI, R.; et al. A confiabilidade dos dados de mortalidade e morbidade por doenças crônicas não transmissíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9 (4):909-920, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a12v9n4.pdf>. Acesso em 09 mai. 2011.

LEMONS, C.; CHAVES,L.D.P;AZEVEDO,A.L.C.S. Sistemas de informação hospitalar no âmbito do SUS: revisão integrativa de pesquisas. **Rev. Eletr. Enf.**;12(1):177-85, 2010. Disponível em:<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/pdf/v12n1a22.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2011.

LIMA, C.R.A. et al. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(10): 2095-2109, out, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v25n10/02.pdf>. Acesso em: 25 mai. 2011.

LOBATO, G.; REICHENHEIM, M.E.; COELI, C.M. Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS): uma avaliação preliminar do seu desempenho no monitoramento da doença hemolítica perinatal Rh(D). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(3):606-614, mar, 2008. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n3/14.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2011.

LUNA, E.J.A.; O Sinan e o resgate da informação para a vigilância epidemiológica. **Epidemiol. Serv. Saúde** v.13 n.3 Brasília set. 2004. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742004000300001&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 17 mar. 2011.

MARTINS, M.; TRAVASSOS, C.; NORONHA, J.C. Sistema de Informações Hospitalares como ajuste de risco em índices de desempenho. **Rev Saúde Pública**;35(2):185-192, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v35n2/4404.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2011.

MENDES, A.C.G. et al. Avaliação do Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS como Fonte Complementar na Vigilância e Monitoramento de Doenças de Notificação Compulsória. **Informe Epidemiológico do SUS**. 9(2) : 67-86, 2000. Disponível em: <http://scielolab.iec.pa.gov.br/pdf/iesus/v9n2/v9n2a02.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Fundação Nacional de Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. **Brasília**, agosto de 2002. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gve_7ed_web_atual.pdf. Acesso em: 10 jun. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de atenção em saúde. Manual do Sistema de Informação Hospitalar do SUS – SIH/SUS. **Brasília**, dezembro de 2007. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/download/MANUAL%20DO%20SIH%20DEZEMBRO%20DE%202005%20-%20VERSAO%20FINAL-b.pdf>. Acesso em: agosto 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Fundação Nacional de Saúde. Manual de instruções para o preenchimento da declaração de nascido vivo. 4ª ed. Brasília, 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21383. Acesso em: 05 mar. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Fundação Nacional de Saúde. Manual de Procedimentos do Sistema de Informações. Sobre Mortalidade. **Brasília**, 2001. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sis_mortalidade.pdf. Acesso em: 14 ago. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **Brasília**, 2007. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/07_0098_M.pdf. Acesso em: 05 mar. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº 1.271, de 6 de junho de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria SVS Nº 116, de fevereiro de 2009.

MOURÃO, A. D.; NEVES, J. T. R. O prontuário eletrônico do paciente como ferramenta de gestão do conhecimento na área de saúde: um estudo de caso na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. **Anais do IV CONTECSI**, São Paulo - SP, 2007. Disponível em: www.aedb.br/seget/artigos07/56_SEGET.pdf. Acesso: 05 dez. 2010.

NOGUEIRA, J.A. et al. Sistema de Informação e o controle de tuberculose nos municípios da Paraíba - Brasil. **Rev. Esc. Enferm. USP**; 43(1):125-31, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/16.pdf>. Acesso em: 15/ mai. 2011.

OLIVEIRA, L.R. Subsídios para implantação de um Sistema de Vigilância de Causas Externas no Município de Cuiabá/MT. **[Tese]**. São Paulo (SP). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2006. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-15042008-152522/publico/LigiaOliveira.pdf>. Acesso em: 25 mai. 2011.

PAES, N.A. Avaliação da cobertura dos registros de óbitos dos estados brasileiros em 2000. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 39(6): 882-90, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v39n6/26981.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2011.

PAIVA, N. S.; et al.; Sistema de Informações Sobre Nascidos vivos: um estudo de revisão. **Instituto Medicina Social/UERJ**. 2007. Disponível em: <http://www.sbis.org.br/cbis/arquivos/750.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2011.

PETERLINI, O. L. G.; ZAGONEL, I. P. S. O sistema de informação utilizado pelo enfermeiro no gerenciamento do processo de cuidar. **Texto contexto - enferm., Florianópolis**, v. 15, n. 3, p. 418-426, set. 2006. Disponível em: www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a05.pdf. Acesso: 05 dez. 2010.

PINTO, I. C. Os sistemas públicos de informação em saúde na tomada de decisão - rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto. 2000. 339 f. **[Tese]** (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-03022006-111305/pt-br.php. Acesso: 05 dez. 2010.

PREDEBON, K.M.; et al. Desigualdade socioespacial expressa por indicadores do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26 (8):1583-1594, ago, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n8/12.pdf>. Acesso em: 08 mai. 2011.

PRESGRAVE, R.F. et al. Subsídio às ações de saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(2):401-408, fev, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n2/19.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2011.

KOIZUME, I.K. Estimativa de Prevalência de Hepatite C, no Município de São Paulo, 2003 a 2008, usando método de captura e recaptura. **[Dissertação]**. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-09112010-163706/fr.php>. Acesso em: 22 mai. 2011.

ROMERO, D.E.; CUNHA, C.B. Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (1996/2001). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(3): 673-84, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v22n3/22.pdf>. Acesso em: 08 mai. 2011.

SANTOS, T. C. M. M. et al. Importância da implantação de um sistema de informação em instituições de saúde pública. **XI Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VII EPG - UNIVAP**, São José dos Campos – SP, 2007. Disponível em: www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2007/trabalhos/sociais/epg/EPG00393_01O.pdf. Acesso: 05 dez. 2010.

SANTOS, M. S. Informatização de atividades administrativo-burocráticas de enfermagem relacionadas ao gerenciamento da assistência [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2003. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/18.pdf>. Acesso: 05 dez. 2010.

SCHOUT, D.; NOVAES, H. M. D. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 935-944, ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n4/12.pdf> Acesso em: 05 dez. 2010.

SCHMID, B. Estimação de sub-registro de nascidos vivos pelo método de captura e recaptura.[Tese]. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 2009. Disponível em:http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-25032010172056/publico/bschmid_banca_final_20100325.pdf Acesso em: 10 jun. 2011.

SCATENA, J.H.G; TANAKA,O.Y. Utilização do Sistema de Informações Hospitalares(SIH--SUS) e do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIIA--SUS) na Análise da Descentralização da Saúde em Mato Grosso. **Informe Epidemiológico do SUS**; 10(1) : 19-30, 2001. Disponível em:http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16732001000100003&lng=pt&nrm=iss. Acesso em: 11 jun. 2011.

SILVA, A.A.M.; et al. Avaliação da qualidade dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 1997-1998. **Rev. Saúde Pública**. 35(6):508-14, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n6/7062.pdf>. Acesso em 09 mai. 2011.

SILVA, A. M. B. S et al. Gestão da qualidade do serviço hospitalar em organizações privadas de saúde do estado do Rio de Janeiro: estudo de caso comparativo. **VI Congresso Nacional de Excelência em Gestão**. Niterói, RJ, ago. 2010. Disponível em: <www.excelenciaemgestao.org/Portals/2/documents/cneg6/anais/T10_0215_1049.pdf>Acesso: 05 dez. 2010.

SILVA, F. T; et al. Qualidade do Sistema de Informações de Nascidos Vivos no Estado do Paraná, 2000 a 2005. **RevEscEnferm USP**; 45(1):79-86, 2011. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/11.pdf Acesso em: 5 mar. 2011.

SILVEIRA, M.F; et al. Nascimentos pré-termo no Brasil entre 1994 e 2005 conforme o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25 (6):1267-1275, jun, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/09.pdf>. Acesso em: 08 mai. 2011.

TEIXEIRA, M.G. et al. Seleção das doenças de notificação compulsória e recomendações para as três esferas de governo. **IESUS**, VII(1), Jan/Mar, 1998. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/iesus/v7n1/v7n1a02.pdf>. Acesso em: 09 mai. 2011.

VIANNA, J.R.F A Mortalidade na Infância no Município de Franca-SP nos anos de 1968/70 e 2002. [Dissertação]. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (SP), Universidade de São Paulo, 2004. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-15042008-152522/en.php>acesso em: 10 mai. 2011.

TÓPICOS ESPECIAIS EM SAÚDE IV -

GESTÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA O SUS

Adélia Delfina da Motta Silva Correia
Pollyanna Kássia de Oliveira Borges

- UNIDADE I - CONCEITOS BÁSICOS SOBRE EDUCAÇÃO PERMANENTE
- UNIDADE II - A EDUCAÇÃO PERMANENTE: SEUS MODOS DE FORMAR E INTERVIR E SUA GESTÃO

PALAVRAS DAS PROFESSORAS

Caro aluno, cara aluna do “Curso de Especialização em Gestão Pública, com ênfase em Sistema Único de Saúde”, gostaríamos de dizer que ficamos bem felizes em poder compartilhar com vocês nosso conhecimento, experiências e impressões sobre a Gestão de Educação Permanente para o SUS, a fim de contribuir com a sua efetivação em diversos municípios por onde vocês atuam.

Procuramos dar uma sequência aos conteúdos que facilitassem sua compreensão, mas também à reflexão sobre suas diversas realidades acerca do tema aqui estudado.

Foi um prazer organizar para vocês o material, passando pelo conceito de educação permanente e revisitando sua história no SUS; revendo as diversas possibilidades que nos trazem as metodologias ativas de aprendizagem, com novos modos de formar e de intervir para gerar transformação das práticas de atenção e de gestão em saúde. Todo esse caminho foi percorrido para que vocês possam, ao fim da disciplina, sentir-se apto a apoiar a criação e a gestão de projetos de Educação Permanente para o SUS.

O nosso desejo é que o carinho colocado no material seja sentido por vocês quando estiverem viajando na leitura e que o estudo desta disciplina os ajude a rever seus conceitos e modos de formar e intervir para um SUS que dá certo!

Um forte abraço,

Adélia e Pollyanna



OBJETIVOS E EMENTA

OBJETIVOS

Os objetivos da disciplina “Tópicos Especiais em Saúde IV – Gestão de Educação Permanente para o SUS” são os seguintes:

- apresentar as definições de educação permanente, permitindo a identificação de suas diferenças básicas em relação à educação continuada;
- dar a conhecer a linha histórica da Educação Permanente em Saúde no SUS, com suas legislações e caminhos percorridos;
- demonstrar as principais diferenças entre as metodologias tradicionais e as metodologias ativas de ensino-aprendizagem;
- tornar claras as diferenças entre as diversas estratégias usadas como metodologias ativas de aprendizagem;
- revelar novos modos de formar e de intervir para a construção de um SUS que dá certo;
- registrar a importância da gestão da educação permanente no SUS; e
- orientar para a criação e gerência de projetos na área da Educação Permanente com a qualidade necessária para garantir mudanças no processo de trabalho das equipes.

€, para alcançar tais objetivos, organizamos a disciplina nas seguintes Unidades e Seções:

- UNIDADE I -CONCEITOS BÁSICOS SOBRE EDUCAÇÃO PERMANENTE
 - Seção 1 - Educação permanente: do que estamos falando?
 - Seção 2 – Histórico da Educação Permanente no SUS
- UNIDADE II - A EDUCAÇÃO PERMANENTE: SEUS MODOS DE FORMAR E INTERVIR E SUA GESTÃO
 - Seção 1 - Metodologias Ativas de Aprendizagem e Educação Permanente
 - Seção 2 – Novos modos de formar e de intervir no SUS e para o SUS
 - Seção 3 - Gestão de Educação Permanente para o SUS

•••••
SITUAÇÃO-PROBLEMA DA DISCIPLINA

Se o problema é o nome, a gente muda...

Numa reunião da CIES, Maria do Socorro, gestora de um município da região de saúde de Miramar e aluna do Curso de Especialização em Gestão Pública com ênfase no Sistema Único de Saúde, está toda animada com a apresentação que será feita por uma instituição de ensino superior de projetos de Educação Permanente para a Atenção Primária à Saúde.

Durante a apresentação da IES, ela pede a fala e pergunta:

- Prof. Geraldo, estava bastante animada com a ideia de Educação Permanente para a Atenção Primária à Saúde, mas pelo que estou aprendendo lá no curso de especialização que estou fazendo, não sei se este nome é apropriado para a proposta...

Prof. Geraldo, um tanto irritado, mas procurando disfarçar, sem conseguir, rebate com uma pergunta:

_ Ah, Dona Maria do Socorro, as contribuições são sempre bem-vindas... Mas como assim o nome não é apropriado???

Maria do Socorro, um tanto tímida, mas certa do que estava dizendo, posicionou-se:

- Prof. Geraldo, o curso que estão ofertando parece bem legal. Mas vocês perguntaram para os profissionais que devem participar se estas são as necessidades de saúde e de estudo para eles? Aliás, por que é só para médicos e enfermeiros? E os demais profissionais da equipe não podem participar? E essas aulas tradicionais, com slides, que fazem parte de todo o curso? Vocês não vão usar metodologias ativas? Não estou entendendo por que estão chamando de Educação Permanente...

Professor Geraldo, arrumando a garganta, responde:

-Hum, hum! Bem se o problema é o nome, a gente muda... Afinal, não podemos perder o recurso que já está disponível e precisa ser gasto!

A situação-problema da disciplina tem por objetivo disparar um processo de reflexão sobre os temas a serem estudados. Procure, antes de seguir em frente nos estudos, anotar, observar o que você enxerga como problema na situação, procure explicações para os problemas que nele encontrar e formule questões que vão te ajudar a aprofundar seus conhecimentos sobre o grande tema da disciplina, que é a educação permanente. Ao final, conversaremos novamente e buscaremos (re)construir nossos conceitos sobre tudo que estudarmos! Não se esqueça de relacionar suas questões com as leituras que fizer, certo? Bom estudo!

Conceitos básicos sobre Educação Permanente

Adélia Delfina da Motta Silva Correia
Pollyanna Kássia de Oliveira Borges

OBJETIVOS DE ESTUDOS

Esperamos que, ao final da Unidade I, você seja capaz de:

- definir com clareza Educação Permanente, identificando suas diferenças básicas em relação à educação continuada;
- reconhecer a linha histórica da Educação Permanente em Saúde no SUS, com suas legislações e caminhos percorridos.

ROTEIRO DE ESTUDOS

- SEÇÃO 1 - Educação permanente: do que estamos falando?
- SEÇÃO 2 – Histórico da Educação Permanente no SUS

Unidade I

PARA INÍCIO DE CONVERSA

Caríssimo aluno, caríssima aluna, é com grande alegria que vamos tratar dos conceitos básicos sobre educação permanente nesta Unidade I da disciplina de “Tópicos Especiais em Saúde IV – Gestão de Educação Permanente para o SUS”, pois sabemos das muitas confusões conceituais sobre o tema que impedem que avancemos na construção de processos educacionais mais contemporâneos e adequados à educação de adultos (andragogia), que possam, de fato, transformar os processos de trabalho em saúde no SUS.

Para isso, começaremos conceituando educação permanente para que nenhuma confusão sobre o termo seja levada à frente nos processos de gestão de Educação Permanente para o SUS, nos momentos em que você, aluno ou aluna, for acionado no nível de gestão em que se encontra no sistema.

PARA INÍCIO DE CONVERSA, se perguntassem para você hoje sobre Educação Permanente e suas diferenças em relação à Educação continuada, o que responderia? Os processos educativos hoje vivenciados no seu território de atuação estão adequados à lógica da educação permanente ou são educação continuada? Se ainda não sabe direito sobre isso ou se já conhece esse tema, chegou a hora de (re) formar seus conceitos, sentir-se mais seguro para falar com propriedade sobre o tema!

SEÇÃO 1
EDUCAÇÃO PERMANENTE:
DO QUE ESTAMOS FALANDO?

*Educadores, onde estarão? Em que covas terão se escondido?
Professores, há aos milhares. Mas o professor é profissão,
não é algo que se define por dentro, por amor.
Educador, ao contrário, não é profissão; é vocação.
E toda vocação nasce de um grande amor,
de uma grande esperança.*
Rubem Alves, 2000

A verdade é que grande parte dos profissionais e trabalhadores do SUS, infelizmente, não tem clareza sobre as diferenças entre educação continuada e permanente e, assim, não tem condições de discutir os processos educativos em andamento. Mas isso precisa e pode mudar!

Diante disso, é fundamental que conheçamos os conceitos de educação permanente para melhor avaliar os processos educativos hoje existentes. Para Henri Desroche (1914-1994), sociólogo francês que, entre outras coisas, é fundador de várias experiências em formação de adultos e em educação permanente, apoiadas em métodos de biografia e de pesquisa-ação, é possível definir educação permanente como a educação de adultos ao longo da vida. (THIOLLENT, 2012).

De acordo com Lago (apud THIOLLENT, 2012),

a concepção da educação permanente de Henri Desroche apresenta uma forte característica comunitária. Não se trata de um sistema de aprendizado formal, técnico, com procedimentos fechados e rotineiros, como se vê hoje na educação continuada, presencial ou a distância, oferecida por organismos especializados que pretendem responder às demandas imediatas do mercado da qualificação profissional.

(...) a educação permanente (ou educação de adultos ao longo da vida) não se limita à transmissão de um conteúdo preestabelecido. O processo de aprendizagem não remete apenas a meios técnicos. Para o educando, é preciso uma profunda autorreflexão sobre si próprio (autobiografia), sobre seu entorno e sobre as práticas sociais nas quais ele está engajado. Nesse contexto, a pesquisa-ação é vista como estratégia de autoformação.

A proposta não se limita a um procedimento. O mais importante é o significado do conteúdo da experiência vivida para que os formandos não sejam reduzidos a meros receptores de informações. Eles atuam como membros ativos pertencentes a coletividades, a instituições ou a comunidades rurais ou urbanas, implicados em práticas sociais relacionadas com associações, cooperativas, sindicatos, grupos políticos ou de expressão cultural, dentre outros.

A autobiografia dos sujeitos e suas formas de inserção social condicionam o que se pode esperar da educação permanente que, para ser efetiva, deve ser desejada pelos próprios participantes, em vez de ser imposta arbitrariamente por instituições ou por relações de poder.

Assim, a educação permanente corresponde a uma antiga ideia de universidade extramuros, que, durante muito tempo, era vista apenas como utopia. Com Desroche, essa ideia tomou corpo sob forma de colégios cooperativos, dedicados à formação de adultos, para um público amplo, não limitado às elites e fazendo sentido dentro de uma visão de comunidade. (LAGO *apud* THIOLENT, 2012, p.240-241).

Como podemos ver, o conceito de educação permanente não é novo... Já vem sendo pensado há tempos, mas seu exercício prático é que se torna difícil, muitas vezes, porque parte de conceitos equivocados.

É fundamental que compreendamos as diferenças entre educação continuada e educação permanente, pois não são a mesma coisa. Enquanto a educação continuada engloba atividades de ensino após a graduação ou a formação técnica, com o objetivo de atualização, com duração definida e metodologias tradicionais, a educação permanente, por sua vez, tem como centro a transformação dos processos de trabalho, orientando-os para a melhor qualidade dos serviços e para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde. Por isso, ela provoca a reflexão sobre a realidade, sobre sua necessidade de transformação (RIBEIRO,

MOTTA, 1996; FARAH, 2009), o que passa também a exigir metodologias contemporâneas, que valorizem a aprendizagem significativa, o que vamos estudar mais profundamente na Unidade II.



.....
Não podemos negar a importância de atualizar as informações da nossa área de conhecimento em saúde, proposta pela educação continuada, mas, na prática, se este conhecimento não qualificar o meu atendimento e contribuir para a solução de problemas reais e complexos da minha realidade, do meu processo de trabalho, seu alcance é limitado.

Então, como andam os processos educativos no seu território: mais parecidos com a educação continuada ou a permanente?

.....
No Quadro 1, pode-se perceber claramente a diferença entre educação continuada e permanente (BRASIL, 2004, p. 14-15), que queremos compartilhar com você.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004; BRASIL, 2005; BRASIL, 2009), a educação permanente tem como ponto de partida a aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos a partir dos conhecimentos que o aluno já possui e que, assim, provoca reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços, fazendo surgir a necessidade de transformação das práticas profissionais. Ela é promotora do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, fazendo com que o aprender e o ensinar se incorporem ao cotidiano das organizações e ao trabalho no SUS.



.....
Os processos educativos dos trabalhadores de saúde precisam ter como referência **as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde** objetivando **transformar as práticas profissionais e da própria organização do trabalho e se estruturar a partir da problematização da atuação e da gestão setorial em saúde.**

QUADRO 1 - Diferenças fundamentais entre os conceitos de Educação Continuada e Permanente

DIFERENÇAS	EDUCAÇÃO CONTINUADA	EDUCAÇÃO PERMANENTE
Pressuposto pedagógico	O “conhecimento” preside / define as práticas.	As práticas são definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, organização do trabalho, etc.); a aprendizagem dos adultos requer que se trabalhe com elementos que “façam sentido” para os sujeitos envolvidos (aprendizagem significativa).
Objetivo principal	Atualização de conhecimentos.	Transformação das práticas.
Público	Profissionais específicos, de acordo com os conhecimentos a trabalhar.	Equipes (de atenção, de gestão) em qualquer esfera do sistema.
<i>Modus operandi</i>	Descendente. A partir de uma leitura geral dos problemas, identificam-se temas e conteúdos a serem trabalhados com os profissionais, geralmente sob o formato de cursos.	Ascendente. A partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) enfrentados na atenção ou na gestão; possibilita a construção de estratégias contextualizadas que promovem o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e pessoas.
Atividades educativas	Cursos padronizados - carga horária, conteúdo e dinâmicas definidos centralmente. As atividades educativas são construídas de maneira desarticulada em relação à gestão, à organização do sistema e ao controle social. A atividade educativa é pontual, fragmentada e se esgota em si mesma.	Muitos problemas são resolvidos/ equacionados em situação. Quando necessárias, as atividades educativas são construídas de maneira ascendente, levando em conta as necessidades específicas de profissionais e equipes. As atividades educativas são construídas de maneira articulada com as medidas para reorganização do sistema (atenção -gestão - educação – controle social articulados), que implicam acompanhamento e apoio técnico. Exemplos: constituição de equipes de especialistas para apoio técnico às equipes da atenção básica em temáticas específicas prioritárias; instituição de processos de assessoramento técnico para formulação de políticas específicas.

FONTE: Adaptado de : BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS:** caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. - Brasília : Ministério da Saúde, 2004. p. 14-15.



Para consolidar seus conhecimentos sobre o conceito de Educação Permanente em Saúde (EPS), convidamos você a visitar a biblioteca da disciplina e fazer a leitura das páginas 39 a 43, do documento “**Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**” (BRASIL, 2009), incluindo os **itens 3.1 a 3.3, do Capítulo 3 - Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde**, escrito por **Maria Cristina Davini**. Excelente leitura, rica em aprendizado para você!

Ciente disso, fica mais fácil para você entender que a atualização técnico-científica, portanto, é apenas uma parte da transformação das práticas e não seu foco central. É preciso que você compreenda que a formação e o desenvolvimento abarcam em si aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS.

Agora sim, você pode acreditar que a educação permanente é a proposta mais adequada para que se contribua para a operação do SUS, em Redes de Atenção à Saúde, articulando gestão, atenção e formação para enfrentar, de frente e com força total, os problemas reais de cada equipe de saúde, nesses mais diferentes territórios espalhados pelo país. (BRASIL, 2004; BRASIL, 2005; BRASIL, 2009).

SEÇÃO 2

HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE NO SUS

*As reflexões aqui colocadas nos remetem
a pensar num emaranhado de relações,
conceitos e legislações que passam a integrar o espaço
privilegiado de formação para o trabalho em saúde.
Suas ferramentas agregam valores ao processo
de planejamento das ações de ensino,
mas desafiam os educadores da sua área
a buscarem uma nova arquitetura para a construção
de oportunidades afinadas com a nova conjuntura.*

Motta, Buss e Nunes, 2001

Na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS, 1986), que teve como tema central a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e resultou na introdução do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição, foram feitas diversas sugestões relacionadas à política de recursos humanos, dentre as quais: responsabilidade pela "capacitação e reciclagem" permanentes de seus recursos humanos; formação integrada ao sistema regionalizado e hierarquizado de atenção à saúde e currículos integrados por conhecimentos das práticas terapêuticas alternativas. Ali nascia a educação permanente e a formação de profissionais de saúde para o SUS e a efetivação de seus princípios doutrinários e organizativos. (CECCIM; ARMANI; ROCHA, 2002).

Na Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS), ao ser criado, passou oficialmente a ser espaço de ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde, bem como de incremento na saúde do desenvolvimento científico e tecnológico. (BRASIL, 1988). Portanto, a lei pressupõe que a gestão do SUS se responsabilize pela estruturação de mecanismos educacionais que possam dar conta tanto dessa formação quanto desse desenvolvimento científico e tecnológico (CECCIM; ARMANI; ROCHA, 2002).

A Lei Orgânica da Saúde – nº 8080 (BRASIL, 1990), por sua vez, reforça essas funções e orienta, em seu artigo 14º, a criação de Comissões Permanentes de Integração entre serviços de saúde e instituições de ensino profissional e superior, a fim de propor prioridades, metodologias e estratégias para a formação e educação no SUS. A lei chega mesmo a propor a formulação de uma política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. Esta é uma questão extremamente importante para os rumos da formação em saúde, pois, a partir daí, então, formaliza-se que o SUS passa a ser responsável tanto pela educação de profissionais durante sua experiência de emprego no setor quanto pela educação formal, certificadora, que pode ser voltada para o pessoal inserido no serviço ou não, sob a forma de "programas e cursos de educação profissional, educação superior e educação pós-graduada". (CECCIM; ARMANI; ROCHA, 2002, p. 374). Também ficaram instituídos como campos de prática, tanto para o ensino quanto para a pesquisa, devidamente normatizados juntamente às instituições de ensino, os serviços públicos que compõem o SUS.

Na IX Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em 1992 (CNS, 1992), a orientação era de assegurar a formalização de uma política de formação e capacitação de recursos humanos articulada com as instituições formadoras. Além disso, ficou reconhecida a necessidade de garantir escolas de formação de trabalhadores de saúde nas Secretarias de Saúde, ou articuladas com a Secretaria de Educação e instituições públicas de ensino superior, além de recursos nos níveis municipais e estaduais para investimento nesses processos formativos.

Na X Conferência Nacional de Saúde (CNS, 1996), recomendações ainda não seguidas se repetiram, sendo que foi proposta a consolidação de uma rede de escolas do SUS, financiadas pelos governos estaduais e municipais das capitais, além de orientada discussão junto ao controle social da criação de novos cursos na área da saúde tanto de nível médio quanto superior, e revisão de programas de residência para sua adequação ao SUS.

A XI Conferência Nacional de Saúde, por sua vez, destacou-se por trazer à tona diversos pontos para a consolidação da interface formação-gestão, incluindo desde processos formadores para o controle social até processos formadores para o fortalecimento dos princípios do sistema.

(CNS, 2000). Esta conferência também se destacou pelo fato de ter estimulado o surgimento em 2001 das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), ao ter consolidado o debate sobre os currículos de formação na área da saúde.

Aliás, de acordo com as DCNs para cursos da área da saúde, os profissionais devem egressar de seus respectivos cursos com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Qualificado para o exercício de sua profissão, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando todas as dimensões dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. (BRASIL, 2001).



E aí, você tem visto, no seu local de trabalho, profissionais novos chegando com essas características?
Qual o papel da educação permanente no resgate dessas diretrizes com os profissionais sejam recém-formados ou não?

Foi, a partir da XII Conferência Nacional de Saúde (CNS, 2003), que a Educação Permanente em Saúde (EPS) entra, de fato, na pauta e é recomendada como escolha para a formação e qualificação dos trabalhadores da saúde. A partir daí, o Ministério da Saúde passa a desenvolver estratégias para consolidar a formação de seus trabalhadores, o que até então era eventual e acontecia por meio de cursos de atualização, treinamentos e protocolos, de acordo com a implementação de projetos e programas e recursos específicos, pontuais. O avanço deu-se pelo fato de o trabalho em saúde ter feito parte da lista dos dez eixos temáticos da XII Conferência, sendo que a EPS vinculou-se à estratégia central da formação, que se apresentava como um problema para o sistema na época. (SARRRETA, 2009).

Vale registrar aqui que foi também em 2003 que se deu a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação (SGTES), no Ministério

da Saúde, bem como a aprovação tanto no Conselho Nacional de Saúde quanto na Comissão Intergestores Tripartite da "Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde", que disparou os debates em todo o território nacional sobre esta nova forma de fazer educação no SUS e para o SUS.

Foi a partir daí que se passou a discutir a proposta da educação permanente e a necessária mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção a partir da prática das equipes. Portanto, desde 2003, todos os documentos do Ministério da Saúde vêm tentando convencer estados e municípios no sentido de que demandas para a capacitação não podem ser definidas apenas a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização nem das orientações dos níveis centrais. Essa definição precisa se dar a partir da origem dos problemas que acontecem no dia a dia do trabalho, que digam respeito à atenção à saúde e à organização do trabalho, levando em conta, acima de tudo, a necessidade de realizar ações e serviços relevantes e de qualidade. (BRASIL, 2004).

Diante disso, o Ministério afirma que "é a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho - em cada serviço de saúde - que são identificadas as necessidades de qualificação, garantindo a aplicação e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas". (BRASIL, 2004, p.10).

É preciso que cada um de nós, trabalhadores em saúde, saibamos lidar com a situação de que formação e desenvolvimento precisam ser feitos de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, a fim de gerar maior democratização institucional; promover o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem nas equipes, bem como de capacidades docentes e de enfrentamento criativo das situações de saúde. É também preciso investir no trabalho em **equipes matriciais**. E não se pode perder de vista que o objetivo final desse investimento é a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde, bem como a constituição de práticas tecnológicas, éticas e humanísticas. (BRASIL, 2004).

A partir da política aprovada em 2003, estimulou-se que a gestão da Educação Permanente em Saúde fosse feita por meio de Polos de Educação Permanente em Saúde, que eram instâncias de articulação interinstitucional, como Rodas para a Gestão da Educação Permanente em Saúde, ou seja, espaços para o estabelecimento do diálogo e da

• Lógica de produção do
 • processo de trabalho
 • na qual um profissional
 • oferece apoio em sua
 • especialidade para
 • outros profissionais,
 • equipes e setores.
 • Inverte-se, assim, o
 • esquema tradicional
 • e fragmentado de
 • saberes e fazeres já
 • que ao mesmo tempo
 • em que o profissional
 • cria pertencimento
 • à sua equipe/setor,
 • também funciona como
 • apoio, referência para
 • outras equipes.
 • (BRASIL, 2010).

negociação entre os diferentes sujeitos das ações e serviços do SUS e das instituições formadoras. Os polos passaram a ser o lócus para a identificação de necessidades e para a construção de estratégias e de políticas no campo da formação e desenvolvimento, na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, da qualidade e do aperfeiçoamento da atenção integral à saúde, do domínio popularizado do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no SUS (BRASIL, 2004; SARRRETA, 2009).

Por experiência, podemos afirmar que, infelizmente, pela falta de compreensão do conceito básico de Educação Permanente, muitos polos viraram espaço de negociação de recursos para cursos, em sua grande maioria, centrados em metodologias tradicionais de ensino-aprendizagem.

Com a publicação da Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2009), foram definidas novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS), a fim de adequá-la às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde (e agora ao Decreto nº 7508 –BRASIL, 2011), respeitando-se as especificidades regionais, ao mesmo tempo, buscando a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde. Além disso, a partir dessa Portaria, a condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde passou a se dar por meio dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino- Serviço (CIES).

Assim, pela portaria, ainda em vigor, os antigos CGR, atualmente Comissões Intergestores Regionais (CIR), são responsáveis pela elaboração do PAREPS - Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde - que guarde coerência com os Planos de Saúde estadual e municipais, da referida região, no que tange à educação na saúde, e também com os conceitos e metodologias necessárias para efetivar a EPS. Portanto, é nas CIR que deve ser instituído o processo de planejamento regional para a Educação Permanente em Saúde, que defina as prioridades, as responsabilidades de cada ente e o apoio para o processo de planejamento local, conforme as responsabilidades assumidas nos Termos de Compromissos e os Planos de Saúde dos

entes federados participantes (e agora, com o Decreto 7508, também no Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde –COAP). (BRASIL, 2009; BRASIL, 2011). O Plano Estadual de EPS deve ser o consolidado do PAREPS.

Já as Comissões Permanentes de Integração Ensino- Serviço (CIES), cuja criação foi orientada na Lei nº 8080 (artigo 14º), devem ser compostas pelos gestores de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal e ainda, conforme as especificidades de cada região, por outros representantes como descreve a portaria. AS CIES têm papel fundamental, entre outros, de apoio e cooperação técnica para as CIR na construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde da sua área de abrangência, bem como no apoio e cooperação aos gestores na discussão sobre Educação Permanente em Saúde, na proposição de intervenções nesse campo e no planejamento e desenvolvimento de ações que contribuam para o cumprimento das responsabilidades assumidas nos respectivos Termos de Compromisso de Gestão.

Embora o Decreto nº 7508, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 2011), para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, não traga nada específico acerca da educação permanente em saúde, ao dispor tal organização, exige um reposicionamento de todos trabalhadores, gestores e usuários do SUS, para colocá-lo em prática.

Precisamos compreender que todos os elementos elencados na Fig. 1 são necessários para que sejam renovados e concretizados os modos de organizar e produzir a atenção à saúde.

FIGURA 1 - Elementos necessários para a melhoria das práticas de saúde, com vistas ao modelo de atenção à saúde organizado em redes

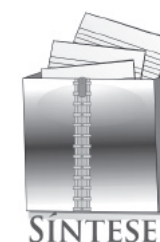


FONTE: Adaptado de UNB (2012, p.40).

Portanto, essa transformação no funcionamento dos serviços e nas práticas de saúde depende de maior e melhor capacidade de análise e intervenção, além de maior autonomia por parte dos profissionais, mas também dos gestores e até mesmo dos usuários, o que torna a educação permanente em saúde uma importante ferramenta para induzir à reestruturação dos processos de trabalho em saúde. (UNB, 2012).



Para se distrair aprendendo, sugerimos que assista ao filme “Escritores da Liberdade” (Freedom Writers, EUA, 2007), que aborda o desafio da educação em um contexto social problemático e violento. As metodologias ativas transformam a história de uma turma que se engaja por um futuro melhor. É uma história real, vale a pena assistir!

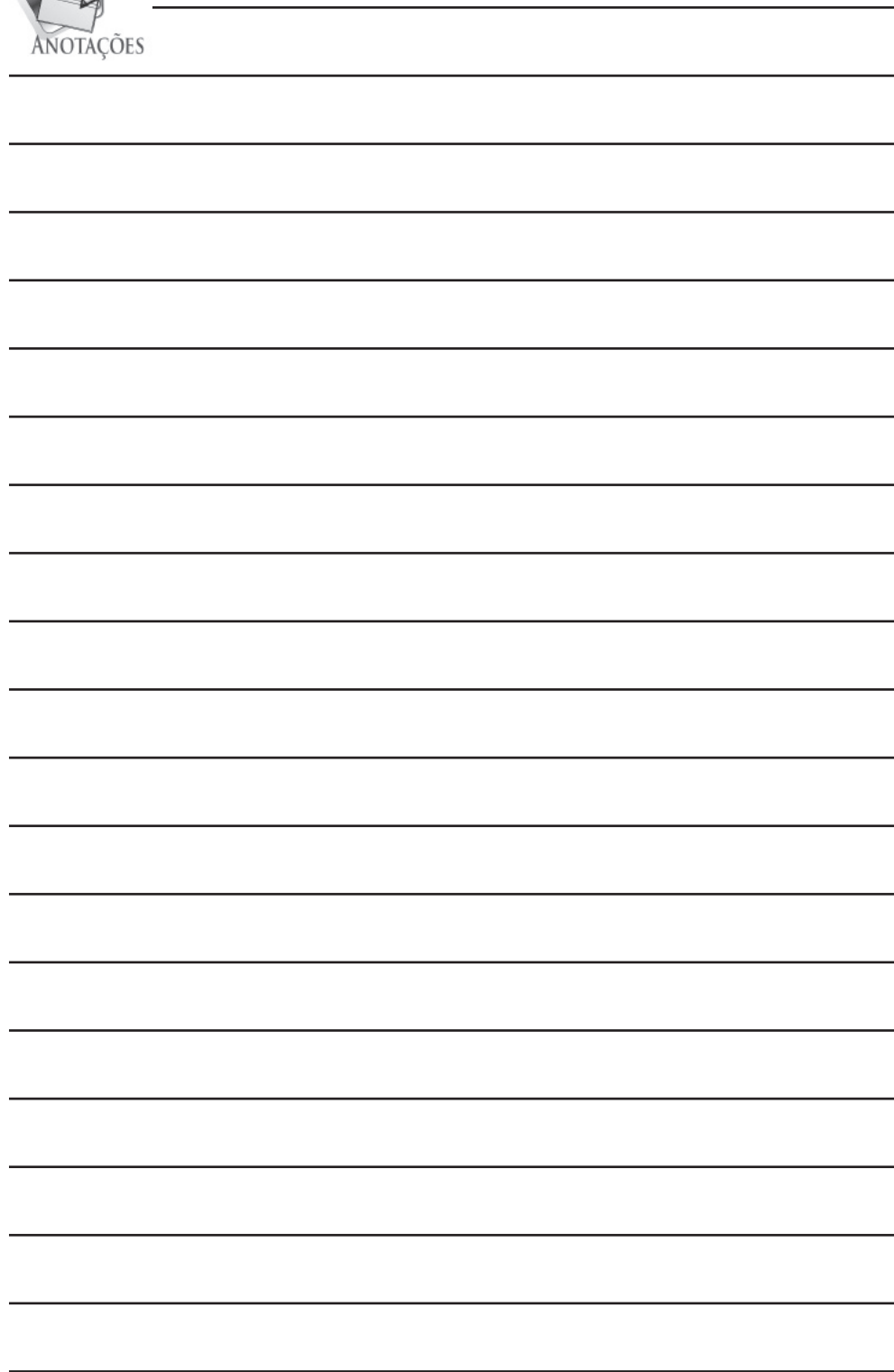


- Agora você já (re) aprendeu que educação permanente tem por base a aprendizagem significativa, que é aquela que se dá quando o novo a ser aprendido faz sentido para nós, tem ligação com o que já conhecemos e com o que precisamos conhecer para qualificar nosso trabalho, acumulando e renovando experiências.
- Você também pode compreender que a educação permanente pode ser entendida como aprendizagem no e para o trabalho, e para a vida, isto é, ela se dá no cotidiano das pessoas e das organizações, a partir dos problemas enfrentados na realidade, ligados às necessidades de saúde da população.
- Para chegarmos à conclusão de que é este o formato de que precisamos para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores em saúde no SUS, muitos caminhos foram percorridos durante as últimas décadas: leis, conferências, decreto, portarias, que demonstram o esforço de trabalhadores, gestores e usuários dos diferentes entes federativos (União, Estado e Municípios) para a construção de um modelo mais democrático, descentralizado, ascendente e transdisciplinar, focado nas necessidades de saúde da população, que resulte na democratização dos espaços de trabalho, no desenvolvimento de capacidade de aprender e de ensinar em todos os sujeitos envolvidos; de buscar soluções criativas para problemas reais e melhoria também permanente do cuidado à saúde e à humanização do atendimento.

Estarmos certos sobre essas questões é fundamental para continuarmos nosso caminho de aprendizagem sobre a Educação Permanente. Vamos, então, para a Unidade II, avançar no conhecimento das metodologias ativas de aprendizagem, tão importantes para a operacionalização da Educação Permanente e de seus novos modos de formar e intervir, de criar e de gerir.

Parabéns por chegar até aqui!

.....



Adélia Delfina da Motta Silva Correia
Pollyana Kássia de Oliveira Borges

Esperamos que, ao final da Unidade II, você seja capaz de:

- reconhecer as principais diferenças entre as metodologias tradicionais de ensino-aprendizagem e as metodologias ativas;
- compreender as diferenças entre as diversas estratégias usadas como metodologias ativas de aprendizagem;
- entender novos modos de formar e de intervir para a construção de um SUS que dá certo;
- reconhecer a importância da gestão da educação permanente no SUS; e
- criar e gerir projetos na área da Educação Permanente com a qualidade necessária para garantir mudanças no processo de trabalho das equipes.

ROTEIRO DE ESTUDOS

- SEÇÃO 1 - Metodologias Ativas de Aprendizagem e Educação Permanente
- SEÇÃO 2 – Novos modos de formar e de intervir no SUS e para o SUS
- SEÇÃO 3 - Gestão de Educação Permanente para o SUS

PARA INÍCIO DE CONVERSA

Nesta unidade, caríssimo aluno, caríssima aluna, vamos avançar no conhecimento de novos modos de formar e de intervir que permitem que possamos experimentar a educação permanente em sua melhor forma. Isso é fundamental porque os métodos tradicionais de ensino-aprendizagem estão mais impregnados em nós do que podemos imaginar...

Assim, faremos uma viagem conceitual pelas metodologias ativas de aprendizagem e seu potencial de transformação da realidade, bem como perceberemos como é completamente possível fazer uso desses novos modos de formar e de intervir aqui propostos.

Vamos, juntos, descobrir mais sobre esses novos modos de formar e de intervir e nos (re) formar para criar e gerir projetos na área da Educação Permanente com a qualidade necessária para garantir mudanças no processo de trabalho das equipes!

O que há de familiar para você nas metodologias ativas de aprendizagem? Durante a graduação teve algum contato com elas? Por que é necessário falar delas quando falamos de Educação Permanente no SUS? Vamos seguir em frente na Unidade II e aprender mais sobre Metodologias Ativas de Aprendizagem e os necessários novos modos de formar e intervir no SUS, para garantir uma gestão adequada da Educação Permanente para o SUS.

Adélia e Pollyanna

SEÇÃO 1

METODOLOGIAS ATIVAS DE APRENDIZAGEM E EDUCAÇÃO PERMANENTE

*Educação não transforma o mundo.
Educação muda pessoas.
Pessoas transformam o mundo.*

Paulo Freire, 1979

A necessidade de reconstrução do trabalho clínico, incluindo não apenas os itens que são considerados corriqueiramente como capazes de produzir saúde, mas também a ampliação da autonomia do usuário, proporcionando a clínica compartilhada, levando em conta que o vínculo que a partir dela é gerado pode ser considerado como um recurso terapêutico, que precisa ser resultante da interação usuário-profissional na busca da melhor conduta cuidadora. (CUNHA, 2005; CAMPOS; AMARAL, 2007; FRANCO; MERHY, 2008; SANTOS *et al.*, 2008). E é esse vínculo que é capaz de gerar a autonomia ao usuário, tornando-o capaz de compreender e administrar melhor suas próprias necessidades de saúde, ampliando e corresponsabilizando o cuidado, dando sustentabilidade e continuidade a condições saudáveis de vida. (CORREIA, 2010). Será que nós, trabalhadores da saúde no SUS, estamos prontos para essa reconstrução?

Para alcançarmos esse entendimento por parte dos trabalhadores, no qual nos incluímos, não se pode ignorar a educação permanente como caminho que permite não apenas (re) formar os profissionais, mas principalmente articular clínica, gestão e pedagogia num processo interrogador das próprias práticas, uma vez "a produção do cuidado em saúde e sua micropolítica são constituídas de práticas pedagógicas, e não só de ações tecnológicas típicas da construção de atos de saúde". (MERHY, 2005).

Cursos e seminários, formas tão tradicionais de se proporcionar o aprendizado, também podem ser considerados como respostas à educação permanente, desde que esta seja uma necessidade sentida pelos

profissionais das equipes, e coerente com a necessidade de produção de serviços e valores de uso pelos serviços, articulando os interesses dos trabalhadores com os objetivos institucionais.

Outra forma de operar a Educação Permanente cotidianamente é o arranjo organizacional do **Apoio Institucional** proposto por Campos (2005).

A Educação Permanente se diferencia da forma tradicional de aprender na medida em que possui enfoque nos problemas cotidianos das práticas das equipes de saúde; insere-se de forma institucionalizada no processo de trabalho, gerando compromissos entre os trabalhadores, os gestores, as instituições de ensino e os usuários para o desenvolvimento institucional e individual; objetiva as transformações das práticas técnicas e sociais. Outro grande diferencial é que a Educação Permanente se utiliza de pedagogias centradas na resolução de problemas, geralmente por meio de supervisão dialogada, oficinas de trabalho realizadas, preferencialmente, no próprio ambiente de trabalho (CORREIA, 2010).

O potencial da educação permanente em construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano, que levam em conta “problemas reais, pessoas reais e equipes reais” (CECCIM, 2005) torna mais fáceis as experiências vividas na aplicação de projetos de intervenção e transformação dessa realidade.



Falar de educação permanente no SUS é um grande desafio, que chama todos nós, trabalhadores, a **revermos nossos conceitos da educação em serviços de saúde**. Embora desde a conformação desse conceito no SUS, no início deste século, ele tenha sido entendido como noção estratégica na formação e desenvolvimento para o sistema, alcançar mudanças nas práticas educativas leva tempo!

Ao partir do pressuposto da aprendizagem significativa, capaz de produzir sentido ao aprendido e reflexão sobre a realidade, com potencial para provocar transformações das práticas nos processos de trabalho em saúde, a educação permanente consegue promover o encontro entre o mundo da formação e o do trabalho. Ou seja, os processos educativos precisam partir de problemas da realidade, considerando os conhecimentos e experiências que os trabalhadores-alunos já possuem, dando sentido ao

novo aprendizado, acumulando e renovando experiências para a vida. (BRASIL, 2004; BRASIL, 2005).

Diante disso, como afirma Mendes (2011), é preciso que a educação permanente em saúde evolua de processos tradicionais para processos mais contemporâneos, com potência para mudar o comportamento de profissionais de saúde e, indiretamente, de usuários na gestão da condição de saúde. Os processos educacionais tradicionais baseiam-se em intervenções pontuais, metodologias centradas no professor e com ênfase na educação bancária, na transmissão vertical de conhecimento, desvinculada de intervenções no processo de trabalho dos trabalhadores-alunos e sem base nas necessidades desses alunos. E, infelizmente, ainda predominam na forma de educar no SUS. (MENDES, 2011).

É fundamental que se rompa com processos tradicionais de educação de profissionais de saúde (MENDES, 2011), abrindo portas para novos jeitos de educar, adequados à formação de adultos (andragogia), que precisa ser mais centrada no aprendiz, permitindo que esse profissional aprenda o que realmente vai lhe servir para a vida, a partir do que ele já conhece (aprendizagem significativa).

Podemos citar diversas metodologias ativas em uso nas escolas no nosso tempo: aula expositiva dialogada, metodologia da problematização, aprendizagem baseada em problemas (ABP ou PBL) , estudo de texto dirigido, portfólio, tempestade cerebral, mapa conceitual, estudo dirigido, lista de discussão por meios informatizados, Phillips 66, grupo de verbalização e de observação (GV/GO) /grupos rotativos, dramatização, seminário, estudo de caso, júri simulado, simpósio, painel, fórum, oficina (laboratório ou workshop), estudo do meio, ensino com pesquisa, webfólio, técnica do zum zum (cochicho), etc. (COUTINHO, 2011). A escolha depende do objetivo da aprendizagem, do público-alvo, do tempo disponível, entre outras coisas, mas como você pode ver: opções é que não faltam!



Para saber mais detalhadamente sobre o modo de fazer de cada uma dessas metodologias, separamos um **quadro síntese das estratégias de metodologias ativas de ensino-aprendizagem**, da autoria de Gilmara Corrêa Coutinho (2011), disponível na biblioteca da disciplina, com detalhes sobre cada uma desses jeitos de intervir usando metodologias ativas. Essa leitura renderá a você muito conhecimento, aproveite!

Mas as metodologias ativas de ensino-aprendizagem não são a solução para tudo! Como todas as escolhas da vida, elas possuem limites e potencialidades que influenciam diretamente no jeito de ensinar-aprender que, portanto, também exige um “novo” professor. Além disso, novas metodologias exigem novos modos de avaliar.

Gadotti (2000), ao escrever sobre as perspectivas da educação à época, destacou as orientações de Delors acerca da aprendizagem que precisa se dar nesta sociedade do conhecimento, que é aprendizagem ao longo de toda a vida (*Lifelong Learning*), que se fundamenta nos quatro seguintes pilares: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser, no sentido de garantir a integralidade da aprendizagem, que não pode ser apenas cognitiva, e precisa respeitar a subjetividade e autonomia dos sujeitos, e reconhecer as potencialidades de cada um deles.

De acordo com Mitre *et al.* (2008), as metodologias ativas ou progressivas têm seu alicerce no princípio teórico da autonomia, compreendendo esta enquanto a capacidade de autogoverno e, até, de livre-arbítrio.

Nosso respeitado Paulo Freire (1996), ao descrever as práticas docentes essenciais ao educador crítico e progressivo, lembra que é preciso, na lógica da pedagogia da autonomia, compreender que não há docência sem discência – não há professor sem aluno, e que ensinar exige, entre tantas outras coisas, respeito aos saberes dos educandos, criticidade, estética e ética, reflexão crítica sobre a prática, bom senso, humildade, alegria e esperança, competência profissional e o querer bem aos educandos.

Dentro dessa lógica, Mitre *et. al.* (2008) afirmam que tais metodologias têm a potência de formar profissionais sujeitos da própria história, “com competências éticas, políticas e técnicas e dotados de conhecimento, raciocínio, crítica, responsabilidade e sensibilidade para as questões da vida e da sociedade, capacitando-os para intervirem em contextos de incertezas e complexidades” (p.2135). Outra vantagem destas metodologias firma-se, segundo os mesmos autores, no fato de respeitarem a bagagem cultural do discente (aluno) e seus saberes construídos, na prática, na vida. Mitre *et al.* (2008) afirmam ainda que a problematização é a estratégia de ensino-aprendizagem nas metodologias

ativas, e que estas consideram a dimensão afetiva como potencializadora do processo ensino-aprendizagem .

Bordenave (1983) já enfatizava a vantagem da opção pedagógica problematizadora em relação à de transmissão e a de condicionamento (metodologias tradicionais), uma vez na problematização o aluno se apresenta constantemente ativo, observando, com a possibilidade de formular perguntas e expressar percepções e opiniões; motivado por problemas reais, cuja solução se converte em reforço. Nesta opção pedagógica, a aprendizagem está ligada a aspectos significativos da realidade, propiciando o desenvolvimento de habilidades intelectuais como observação, análise, avaliação, compreensão, extrapolação, entre outras; e o intercâmbio e a cooperação com os demais membros do grupo. Ainda, de acordo com Bordenave (1983), a superação de conflitos aparece como ingrediente natural da aprendizagem grupal, onde o status do professor não difere do status do aluno.

Aliás, talvez essa horizontalidade entre professor e aluno, característica das metodologias ativas, seja, ao mesmo tempo, um fator potencializador e limitante, logo o reconhecimento por parte do docente de seus limites de conhecimento e da possibilidade de ganho com a interação com o educando exige humildade (MITRE *et al.*, 2008), o que nem sempre faz parte do mundo dos professores em relação aos alunos.

Apesar disso, há professores que escolhem esta metodologia como opção de ensino- aprendizagem, e que, pela escolha, acabam por experimentar o mesmo processo que os alunos, portanto, tornando-se também sujeitos ativos no processo, porém, na condição de facilitadores, sem deixarem de ser aprendizes.

Sendo assim, nos processos de educação permanente, o educador – professor, facilitador, apoiador (o nome que acharmos adequado dar) precisa necessariamente reconhecer que “dar aulas” não funciona nessa proposta, mas que é preciso construir conhecimento junto com o aluno, reconhecendo o aluno como o centro do processo ensino-aprendizagem; precisa também “provocar sede” de conhecimento nos educandos, promovendo instabilidade cognitiva nos alunos, problematizando e utilizando os conteúdos como meios essenciais para a busca pessoal de respostas.

Além disso, **é preciso estabelecer uma relação de confiança e de afetividade, de cuidado com os alunos**, a fim de que se sintam seguros e

compreendam o empenho do facilitador em aprofundar no conhecimento dos conteúdos propostos. É preciso também dar aos alunos o direito de decidir sobre suas atividades e mesmo sobre as formas de avaliação, além de estimulá-los a trocar ideias e opiniões, a fim de consolidar ou rever os próprios conceitos sobre o tema estudado. (SANTOS, 2009).



Você viu quantas possibilidades há de se fazer processos educativos de um jeito novo, tendo o profissional de saúde como centro da aprendizagem? Isso deixa a gente com vontade de aprender mais, não é mesmo? Mas precisamos dizer a vocês que **se a gente muda o jeito de ensinar-aprender é preciso também mudar o jeito de avaliar!**

Quanto à avaliação nas metodologias ativas de ensino-aprendizagem, é preciso compreender que esta se fundamenta na colaboração e no empenho com a nova formação, centrando-se na aprendizagem e, por isso, conta com a participação de todos os envolvidos –facilitadores e alunos, considerando a potência dos registros, da autoavaliação e do diálogo.

Nas metodologias ativas, é preciso que a avaliação tenha coerência com a proposta, e precisa se dar de forma contínua, e em perspectiva clara de acompanhamento e auxílio aos alunos, o que é conhecido como avaliação formativa. De acordo como Cerny e Ern (2001), ao citarem Perrenoud, lembram que a avaliação formativa pode ser entendida “como toda prática de avaliação contínua que pretenda melhorar as aprendizagens em curso” (p.9), buscando ajudar o aluno a aprender, a refletir e a se desenvolver durante todo o processo ensino-aprendizagem.

Luckesi (2006) lembra que a avaliação formativa ou processual precisa subsidiar a construção dos resultados desejados, portanto, não há como ser desvinculada de todo o processo de aprendizagem, daí a importância de nele investir, pois produtos efetivos de aprendizagem dependem de processos consistentes, segundo o autor.

Já segundo Silva e Sá-Chaves (2008), a construção do portfólio pelos estudantes pode ser uma das ferramentas para a avaliação formativa, possuindo uma dupla dimensão, pois além de permitir a reflexão sobre o processo ensino-aprendizagem, também proporciona sua avaliação.

Tal organização permite o registro de produções reflexivas, sobre várias formas, dentre elas, a narrativa, cobrindo o processo como um todo. Segundo os achados das autoras, o portfólio possibilita a estimulação da capacidade reflexiva dos estudantes e um acompanhamento contínuo dos processos relativos ao seu desenvolvimento pessoal e profissional.

Fenili *et al.* (2002) propõem um repensar da avaliação na aprendizagem, uma vez muitas vezes o reformular das metodologias utilizadas não alcança a nossa prática avaliativa, lembram que precisa haver coerência no processo como um todo e que a avaliação não pode estar solta ou perdida neste processo, inclusive, chocando-se com ele.

Por fim, merece destaque o fato de que a avaliação formativa tem a característica de garantir momentos de *feedback* (MITRE et al., 2008); tanto entre facilitador e alunos, como entre os próprios alunos.

Assim, querido aluno, querida aluna, é preciso aprender a aprender sobre metodologias ativas e, acima de tudo, estarmos dispostos a desarraigar o que há em nós de aprendido sobre metodologias de ensino-aprendizagem tão tradicionais que, muitas vezes, nos tolheram a autonomia, mas que não conseguiram saciar a sede de conhecimento que sempre houve dentro de cada um de nós. Não sinta medo de arriscar a mudança pelas metodologias ativas na educação permanente em saúde, pois elas trazem a liberdade necessária ao processo de ensino-aprendizagem, que compromete os educandos com a mudança de suas realidades.

SEÇÃO 2

NOVOS MODOS DE FORMAR E DE INTERVIR NO SUS E PARA O SUS

Formar como estratégia de intervenção coletiva para a produção de alterações nas condições de trabalho impõe que se utilizem estratégias pedagógicas que superem a mera transmissão de conhecimentos, pois não haveria um modo correto de fazer, senão modos que, orientados por premissas éticas, políticas e clínicas, devem ser recriados considerando especificidades de cada realidade, instituição e equipe de saúde.

Pasche & Passos, 2010

Não é possível produzir saúde sozinho. Precisamos compreender que o trabalho em saúde não pode se centrar neste ou naquele profissional. É bem verdade que não é fácil quebrar as relações de poder de saberes que há, fragmentados, nas profissões da saúde, mas se não compreendermos que produzir saúde depende de uma rede de relações entre os trabalhadores que reconheça a complexidade do cuidado para além da queixa-conduta, vamos nadar, nadar e adoecer e morrer na praia.

Por isso, ao falar em formação para trabalhadores da saúde, precisamos escolher teorias e metodologias que provoquem o diálogo entre os saberes, entre os trabalhadores, gestores e usuários (HECKERT; NEVES, 2010) a fim de que produzamos um SUS que dá certo e que gera vida para os cidadãos brasileiros, sejam eles trabalhadores, gestores, usuários.

Para a Política Nacional de Humanização (PNH), há **quatro princípios importantes para orientar os processos de formação no SUS e para o SUS**: o primeiro deles é que **não dá para separar formação de intervenção na realidade, nem vice-versa**. Isto significa que não há melhor cenário para formarmos trabalhadores de saúde senão o próprio

SUS em seus diferentes pontos de atenção. Por isso, não dá para separar formação da vivência nos cenários do SUS, de forma real e concreta. Aliás, essa vivência é que pode garantir melhores processos formativos (PASCHE, 2010), independente do que eu já sei, mas dando sentido ao que estou aprendendo em ato, ou seja, no SUS.

Além de entender que formar é intervir e intervir é formar, precisamos despertar para o fato da **indissociabilidade entre gestão e atenção, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de sujeitos, entre modos de gerir e de se apropriar do trabalho em saúde** (BRASIL, 2010; PASCHE, 2010).

Vocês devem estar pensando: essas autoras enlouqueceram... Mas não! É isso mesmo: a formação não pode ser restrita ao campo do cuidado, puramente técnica, porque a clínica e a técnica são influenciadas, diretamente, todos os dias "pelos modos de gestão, pelas definições sobre a organização do trabalho, pelo conjunto de demarcações que acabam por definir os meios e processos com os quais o trabalho compõe, interage e dos quais depende". (PASCHE, 2010, p. 68).

E por que será que isso é tão importante?

Caro aluno, cara aluna, precisamos formar, seja na universidade, nas escolas técnicas ou no serviço, trabalhadores da saúde cidadãos, capazes técnica e politicamente de transformar as realidades e práticas institucionais do setor saúde, mais coerentes com os princípios do SUS.

O terceiro princípio, por sua vez, diz respeito ao **trabalho em equipe**. O ato de cuidar em saúde, que implica em cuidar de pessoas que têm dores e doenças não é um fenômeno simples, exige a conjugação de diversos saberes na área da saúde e até fora dela. Assim, viver a experiência de equipe pode produzir melhores respostas para casos singulares. (PASCHE, 2010).

Mas como aprenderemos a trabalhar em equipe se nas universidades raramente isto acontece, se os cursos ofertados pelo trabalho geralmente se dão por categorias profissionais que praticamente não se misturam? Portanto, cada vez que um de vocês, aluno ou aluna, for pensar em algum processo formativo, não se esqueça disso e tenha coragem de rever seus modos de fazer a formação!

É fundamental, por fim, que seja respeitado também o quarto princípio nos processos de formar-intervir-mudar em saúde: esses

processos de formação não podem ser nutridos pela fragmentação de nosso sistema de saúde, ou seja, é preciso situar os conteúdos/problemas nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), reforçando que nesta lógica a atenção primária é o ponto coordenador do cuidado e organizativo do sistema de saúde e, por isso, essencial para a formação.

As RAS se constituem, em essência, em “novos circuitos” de integração entre os serviços, sem perder de vista o usuário. (CECÍLIO, 1997). Portanto, pensar em redes de atenção à saúde é pensar na integralidade do cuidado, para a produção de qualidade de vida, o que é inviável sem a construção de alianças. (MENDES, 2007).

Para pensar na integralidade do cuidado, é preciso também ampliar o objeto de trabalho da equipe para além da doença, para o sujeito, e para todo o complexo dinâmico da vida que o envolve e todos que o cercam. E, nessa busca da integralidade do sujeito é preciso que sejam rompidos os laços com o biologicuíssimo que demarcam a clínica oficial, superando-os, e que se caminhe no sentido da construção da clínica ampliada, que necessariamente passa pelo respeito à autonomia e à singularidade do usuário e de suas demandas e vulnerabilidades, pelo estabelecimento de vínculo, pela cogestão e pela corresponsabilização pela saúde. (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Não podemos negar que o hospital continua sendo o espaço hegemônico da formação dos profissionais de saúde, o que determina uma visão de submissão do sujeito doente, que não há como se manter na vida real, fora do hospital, onde se faz necessário que o tratamento seja negociado com o doente, que geralmente está preocupado em viver. Isto gera um conflito para os próprios profissionais, inclusive os da atenção básica, que se veem diante da dicotomia produção de dependência x produção de autonomia, sendo que esta última passa pela necessidade de negociação do projeto terapêutico, incluindo não apenas os sujeitos da equipe de trabalho, mas também os sujeitos beneficiários (“doentes”) e suas famílias. (CUNHA, 2005).

Nos nossos processos formativos precisamos aprender a exercitar a ampliação da autonomia do usuário, promovendo a cogestão desse projeto terapêutico, inclusive. A família precisa ser considerada como elemento diagnóstico, mas também terapêutico. Pois quando ela é envolvida na construção do projeto terapêutico, a intervenção tende a ser mais efetiva.

Para Franco e Merhy (2008), na verdade, a atenção domiciliar promove o encontro, que afeta todos os sujeitos envolvidos – trabalhadores da saúde, familiares, cuidadores, beneficiários - e esse encontro pode gerar conflitos, que precisam ser mediados pela equipe, que, por sua vez, precisa ser acolhedora e ter capacidade para negociar o projeto terapêutico, sempre no sentido de criar no ambiente domiciliar “potência de produção de vida”. (FRANCO; MERHY, 2008, p.1518).

É preciso investir em processos que removam a impregnação das relações de poder que se estabelecem entre profissionais de saúde e doente no ambiente hospitalar, causando, inclusive, certo sofrimento à equipe ao se deparar com “a concorrência da intervenção terapêutica com as intervenções da vida”. (CUNHA, 2005, p.26).

Os processos formativos, a educação permanente, portanto, precisa ser potente no apoio à reconstrução do trabalho clínico e da gestão, incluindo não apenas os itens que são considerados corriqueiramente como capazes de produzir saúde, mas também a ampliação da autonomia do usuário, proporcionando a clínica compartilhada, considerando o vínculo que a partir dela é gerado pode ser considerado como um recurso terapêutico, que precisa ser resultante da interação usuário-profissional na busca da melhor conduta cuidadora. (SANTOS *et al.*, 2008). Esse vínculo é capaz de gerar a autonomia ao usuário, tornando-o capaz de compreender e administrar melhor suas próprias necessidades de saúde, ampliando e corresponsabilizando o cuidado, dando sustentabilidade e continuidade a condições saudáveis de vida.



A aposta da PNH é que, levando em conta esses quatro princípios para processos de formação no SUS e para o SUS, estaremos produzindo sujeitos mais livres, autônomos criativos e responsáveis junto com os outros – sejam trabalhadores, gestores ou usuários. Isso promove a experiência do compromisso e da solidariedade entre as pessoas, produz ética e técnica com excelência, as quais, aliás, também são inseparáveis.

Então, está disposto a enfrentar esta empreitada? Lembre-se: você não está sozinho!

.....

Por fim, não poderíamos deixar de dizer que é completamente possível que a EPS seja potencializada com os aportes das tecnologias de Educação a Distância (EAD). Podemos tornar nossos projetos mais ricos integrando ambas as contribuições, ou seja, todos os recursos que a educação permanente nos permite a aportes da EAD, aproximando o conhecimento elaborado às práticas das equipes, alimentando suas contribuições no caminho de um progresso construtivo e inclusivo. Precisamos, portanto, fortalecer os modelos educativos a distância, privilegiando a problematização e integrando-os ao desenvolvimento de projetos de Educação Permanente em serviço. Não é por acaso que o Ministério da Saúde criou tanto a UNASUS quanto o Telessaúde Brasil Redes, que têm usado de ambos os recursos para o fortalecimento do SUS- educação permanente e educação a distância.

SEÇÃO 3

GESTÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA O SUS

.....

*Gerenciamento é substituir músculos por pensamentos,
folclore e superstição por conhecimento,
e força por cooperação.*
Peter Drucker

É importante que você compreenda que sempre que falarmos das políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), o órgão responsável é o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação (SGTES), no Ministério da Saúde. (BRASIL, 2014).

O Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) é quem trabalha na definição e desenvolvimento de políticas relacionadas

à formação de pessoal da saúde, tanto no nível superior como no nível técnico-profissional. Cabe ao DEGES coordenar a implantação da Política de Educação Permanente para os trabalhadores do Sistema Único de Saúde e planejar, acompanhar e avaliar estas ações que envolvem as três esferas do governo, na perspectiva do fortalecimento do Sistema Único de Saúde. Visando ao cumprimento da sua missão institucional de promover o fortalecimento do sistema formador e do sistema de saúde. O Departamento também promove ações no sentido de articular e integrar órgãos educacionais, entidades de classe e movimentos sociais. (BRASIL, 2014).

O DEGES desenvolve suas ações por meio de duas Coordenações Gerais, que são a Coordenação Geral de Ações Estratégicas e a Coordenação Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde. Possui também políticas transversais que se organizam em eixo estruturante, promovendo maior integração e sustentabilidade às políticas das duas Coordenações Gerais. (BRASIL, 2014).

Enquanto a Coordenação Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde é responsável pelas ações que têm como público-alvo a formação e a ordenação da formação dos profissionais de nível técnico profissional; a Coordenação Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde é responsável pelas ações que têm como público-alvo a formação e a ordenação da formação dos profissionais de nível superior. (BRASIL, 2014).

Geralmente os recursos para a Educação Permanente são disponibilizados anualmente por meio de portarias, mas ainda é baixa a sua execução por parte dos estados (escolas técnicas e de saúde pública), tanto pela burocratização dos processos quanto pelo fato de os espaços de pactuação e articulação (CMS, CIR, CIB, CIES) ainda não estarem ativados em sua plenitude. Além disso, muito do que se faz ainda está ligado a processos educativos tradicionais.

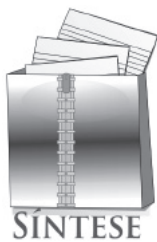
A Educação Permanente no Serviço é, portanto, o enfoque educacional mais apropriado para gerar as transformações nas práticas e nos contextos de trabalho, a partir do fortalecimento da reflexão na ação, o trabalho em equipes e a capacidade de gestão sobre os próprios processos locais.

A gestão desses processos educativos implica na construção de acordos, alianças, apoios com todos os sujeitos envolvidos, sem colocar em risco os princípios da educação permanente nesses processos. E essa gestão também deve ser apoiada em processos de monitoramento e avaliação das diferentes fases dos processos bem como de seus resultados. Pois é a partir de processos adequados e consequentes bons resultados na prática é que alcançaremos viabilidade política e financeira para a EPS, o que é essencial para sua institucionalização e sustentabilidade na gestão do trabalho e da educação no SUS. (DAVINI, 2009).

Para que a governança da Educação Permanente em Saúde, no serviço, fortaleça-se, é fundamental que Secretarias de Estado da Saúde, Escolas de Saúde Pública e Escolas Técnicas do SUS, bem como Núcleos de educação permanente dos serviços de saúde se articulem nas CIES, CIR e CIB, investindo na formação de facilitadores de educação permanente, preceptores e docentes, dotando-os de ferramentas pedagógicas para operacionalização da educação permanente.



Por isso, você, caro aluno, cara aluna, tem um papel importante na gestão ao conhecer tudo o que estudamos nesta disciplina. **Para gerir a educação permanente no SUS e para o SUS, é preciso que sejam bem utilizadas as instâncias formais de discussão e articulação da EPS, bem como todos os cenários do SUS com espaço para produção de educação e de saúde com excelência! Contamos com você!**



- Você já conhece os quatro princípios básicos que devem orientar processos formativos no SUS e para o SUS: inseparabilidade entre formação e intervenção; indissociabilidade entre gestão e atenção; respeito ao trabalho em equipe; processos integrados para a produção de redes de atenção à saúde.
- A educação permanente precisa ser potente no apoio à reconstrução do trabalho clínico e da gestão, incluindo não apenas os itens que são considerados corriqueiramente como capazes de produzir saúde, mas também a ampliação da autonomia do usuário, proporcionando o exercício da clínica compartilhada.
- A gestão desses processos educativos implica na construção de acordos, alianças, apoios com todos os sujeitos envolvidos, sem colocar em risco os princípios da educação permanente nesses processos.
- E essa gestão também deve ser apoiada em processos de monitoramento e avaliação das diferentes fases dos processos bem como de seus resultados. Pois é a partir de processos adequados e consequentes bons resultados na prática é que alcançaremos viabilidade política e financeira para a EPS.
- Para que a governança da Educação Permanente em Saúde, no serviço, fortaleça-se é fundamental que Secretarias de Estado da Saúde e Escolas de Saúde Pública e Escolas Técnicas do SUS, bem como Núcleos de educação permanente dos serviços de saúde se articulem nas CIES, CIR e CIB, investindo na formação de facilitadores de educação permanente, preceptores e docentes, dotando-os de ferramentas pedagógicas para operacionalização da educação permanente.



Como tarefa para o livro, pedimos que faça uma síntese reflexiva sobre sua caminhada de aprendizagem desde a situação-problema, seus questionamentos até todo o caminho percorrido na disciplina, dando ênfase para o que foi (re) formado nos seus conceitos sobre educação permanente e sua gestão. Você pode conversar com equipes da APS, pode visitar uma reunião da CIES, enfim, use de sua criatividade. A síntese deve ter até 4 páginas, ser digitada no Word, Times New Roman 12, espaçamento 1,5, conforme os padrões do curso. Bom trabalho!

[illegible]

A decorative horizontal line consisting of a series of small, dark gray dots. The dots are evenly spaced and extend across the width of the page, positioned below the main text area and above the footer.

(Rubem Alves, 2008 , p.77-78; **grifo nosso**).

Adélia e Pollyanna

REFERÊNCIAS

BORDENAVE, J.E.D. La Transferência de Tecnología Apropriada al Pequeño Agricultor. **Revista Interamericana de Educación de Adultos**, v.2, n 1-2, p.11-18, 1983.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. Brasília : Senado Federal. Subsecretaria de Edições Técnicas, 2000. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/14cns/docs/constituicaoofederal.pdf>>. Acesso em: 13 Fev. 2014.

BRASIL. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 Set. 1990, p. 18055.

BRASIL. Ministério da Educação. **Parecer CNE/CES nº 1.133, de 7 de agosto de 2001**. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2001/pces1133_01.pdf>. Acesso em: 10 Jan. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, p.1, seção1, n.123, 29 jun 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS.– 4. ed. 4. reimp. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 72 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda**: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2005. 36 p.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Departamento de Gestão da Educação na Saúde**. 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/320-sgtes-p/gestao-da-educacao-raiz/gestao-da-educacao/noticias/9332-teste-de-area-1>>. Acesso em 28 Fev.2014.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**. - Brasília : Ministério da Saúde, 2004. 68 p.

CAMPOS, G.W.S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.849-859, 2007.

CAMPOS, G.W.S. **Um Método para Análise e Co-Gestão de Coletivos**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

CECCIM, R.B.; ARMANI, T.B.; ROCHA, C.F. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 373-383, 2002.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.

CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p. 469-478, jul./set. 1997.

CERNY, R.Z.; ERN, E. **Uma reflexão sobre a avaliação formativa na educação à distância**. 2001. Disponível em: <http://www.ssl.faced.ufba.br/twiki/pub/GEC/TrabalhoAno2001/uma_reflexao_sobre_a_avaliacao_formativa_na_ead.pdf>. Acesso em 5 jul.2009.

CNS. Conferência Nacional de Saúde, 8, 1986, Brasília. **Reformulação do Sistema Nacional de Saúde**. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

CNS. Conferência Nacional de Saúde, 9, 1992, Brasília. **Saúde: municipalização é o caminho**. Relatório Final. Ministério da Saúde, Brasília, 1992.

CNS. Conferência Nacional de Saúde, 10, 1996, Brasília. **Onde dá SUS, dá certo!** Relatório Final. Ministério da Saúde, Brasília, 1996.

CNS. Conferência Nacional de Saúde, 11, 2000, Brasília. **Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social**. Relatório Final. Ministério da Saúde, Brasília.

CORREIA, A.D.M.S. **Síntese crítico-reflexiva da trajetória de aprendizagem e orientação no curso de gestão da clínica nas redes de atenção à Saúde**. 2010. 27 f. Especialização em Gestão da Clínica nas Redes de Atenção à Saúde [Monografia]. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, Hospital Sírio-Libanês /Ministério da Saúde. São Paulo, 2010.

CUNHA, G. T. **A construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica**. São Paulo: Hucitec, 2005. 212 p.

DAVINI, M.C. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde . In: BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. p. 39-63.

FARAH, B.F. **Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções?** **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 6, n. 2, p. 123-125, 2003.

FENILI, R.M.; OLIVEIRA, M.E.; SANTOS, O.M.B.; ECKERT, E.R.. Repensando a avaliação da aprendizagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 4, n. 2, p. 42 – 48. 2002. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista4_2/repensando.html>. Acesso em 5 jul.2009.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.5, p.1511-1520, 2008.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GADOTTI, M. Perspectivas atuais da educação. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.14, n. 2, p.3-11, 2000.

HECKERT, A.L.C.; NEVES, C.A.B. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência da produção de coletivo. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Formação e intervenção**.– Brasília : Ministério da Saúde, 2010. p.13-27.

LUCKESI, C.C.. Prática Educativa: processo versus produto. **ABC EDUCATIO**, n. 52, p.20-21, dez/2005-jan/2006. Disponível em:<http://www.luckesi.com.br/textos/abc_educatio/abceducatio_52_processo_educativo_paratica_versus_produto.pdf>. Acesso em 5 jul.2009.

MERHY, E.E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface- Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.

MENDES, E.V. **A modelagem das redes de atenção à saúde**. Minas Gerais : SES/MG, 2007. 56 p.

MITRE, S.M.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; GIRARDI-DE-MENDONÇA, J.M.; MORAIS-PINTO, N.M.; MEIRELLES, C.A.B.; PINTO-PORTO, C.; MOREIRA, T.; HOFFMANN, L.M.A. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc. Saúde Coletiva** , Rio de Janeiro,v.13,n.sup. 2, p. 2133-2144, dez. 2008.

MOTTA, J.I.J. ; BUSS, P.; NUNES, T.C.M. Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde. **Olho Mágico**, [online], v. 8, n.3, set./dez.2001. Disponível em: < <http://www.ccs.uel.br/olhomagico/v8n3/enfoque.htm>>. Acesso em: 21 Fev. 2014.

PASCHE, D.F. Humanizar a formação para humanizar o SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Formação e intervenção**.– Brasília : Ministério da Saúde, 2010. p.63-71.

PASCHE, D.F.; PASSOS, E. Cadernos Temáticos PNH: formação em humanização (Apresentação). In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Formação e intervenção**.– Brasília : Ministério da Saúde, 2010. p.5-10.

RIBEIRO, E.C.O.; MOTTA,J.I.J.Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde.**Divulg. saúde debate**, Rio de Janeiro, v.12, p. 39-44, jul. 1996.

SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A.; NASCIMENTO, M.A.A. ; JORGE, M.S.B. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p.464-470, jun. 2008.

SANTOS, J.C.F. **O papel do professor na promoção da aprendizagem significativa**. [s.d.]. Disponível em: <<http://www.isabelparolin.com.br/significativa.pdf>>. Acesso em 5 Jul.2009.

SARRETA, FO. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS** [on-line]. São Paulo: UNESP/ Cultura Acadêmica, 2009. 248 p. Disponível em:<<http://static.scielo.org/scielobooks/29k48/pdf/sarreta-9788579830099.pdf>>. Acesso em 25 Fev. 2014.

SILVA, R.F.; SÁ-CHAVES, I. Formação reflexiva: representações dos professores acerca do uso de portfólio reflexivo na formação de médicos e enfermeiros **Interface -Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.27, p.721-34, out./dez. 2008.

THIOLLENT, M.Nota de leitura: A educação permanente segundo Henri Desroche. **Pro-Posições**, Campinas, v. 23, n. 3, p. 239-243, set./dez. 2012.

UNB. Universidade Brasília. **Curso de autoaprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde**. Brasília : UNB/OPAS/Ministério da Saúde, 2012. 81 p.

NOTAS SOBRE AS AUTORAS

.....

ADÉLIA DELFINA DA MOTTA SILVA CORREIA

adeliamotta@yahoo.com.br

Cirurgiã-dentista pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Especialista em Saúde Pública (FIOCRUZ), em Gestão da Clínica nas Redes de Atenção à Saúde (IEP-HSL), em Regulação em Saúde (IEP-HSL/USP). Mestre em Saúde Coletiva pela UFMS. É técnica da Coordenadoria Estadual de Telessaúde de Mato Grosso do Sul (CETEL)/Secretaria de Estado de Saúde (SES/MS).

POLLYANA KÁSSIA DE OLIVEIRA BORGES

pollyannakassia@hotmail.com

Cirurgiã-dentista pela Universidade de Santo Amaro (UNISA). Mestre em Epidemiologia pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Doutora em Saúde Coletiva pela UNIFESP. Professora Adjunta da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), coordena o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (UEPG) e o PRÓ-SAÚDE/PET-SAÚDE (UEPG).

.....