

---

PLANIFICAÇÃO DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA  
À SAÚDE NOS ESTADOS

---

23

CONASS documenta



**CONASS**

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE



© 2011 – 1.<sup>a</sup> edição  
CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que citada a fonte e a autoria.

TIRAGEM: 3 mil exemplares

CONASS DOCUMENTA n. 23  
Brasília, julho de 2011.  
ISBN 978-85-8071-004-5

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.  
Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados / Conselho Nacional de  
Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011.  
436 p. – (CONASS Documenta, 23)

ISBN 978-85-8071-004-5

Sistema de Saúde I. Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados

NLM WA 525

## SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE

---

AC	Suely de Souza Melo da Costa	PB	Mário Toscano de Brito Filho
AL	Alexandre de Melo Toledo	PE	Antônio Carlos dos S. Figueira
AM	Wilson Alecrim	PI	Lilian de Almeida V. N. Martins
AP	Evandro Costa Gama	PR	Michele Caputo Neto
BA	Jorge José Santos Pereira Solla	RJ	Sérgio Luiz Côrtes
CE	Raimundo José Arruda Bastos	RN	Domício Arruda
DF	Rafael de Aguiar Barbosa	RO	Orlando Ramires
ES	José Tadeu Marino	RR	Leocádio Vasconcelos Filho
GO	Antonio Faleiros	RS	Ciro Carlos Emerim Simoni
MA	Ricardo Murad	SC	Dalmo Claro de Oliveira
MG	Antônio Jorge de S. Marques	SE	Antonio Carlos G. Souza Pinto
MS	Beatriz Figueiredo Dobashi	SP	Giovanni Guido Cerri
MT	Pedro Henry Neto	TO	Arnaldo Alves Nunes
PA	Hélio Franco de Macedo Júnior		

## DIRETORIA DO CONASS

---

### PRESIDENTE

Beatriz Figueiredo Dobashi (MS)

### VICE-PRESIDENTES E ADJUNTOS

#### Região Centro Oeste

Rafael de Aguiar Barbosa (DF)

Antônio Faleiros (GO)

#### Região Nordeste

Raimundo José Arruda Bastos (CE)

Antônio Carlos dos Santos Figueira (PE)

#### Região Norte

Wilson Duarte Alecrim (AM)

Evandro Costa Gatma (AP)

#### Região Sudeste

Antônio Jorge de Souza Marques (MG)

José Tadeu Marinho (ES)

#### Região Sul

Michele Caputo Neto (PR)

Ciro Carlos Emerim Simoni (RS)

### COMISSÃO FISCAL – TITULARES

Leocádio Vasconcelos Filho (RR)

Lilian de Almeida V. Nunes Martins (PI)

Waldson Dias De Souza (PB)

### COMISSÃO FISCAL – SUPLENTES

Antônio Carlos Guimarães S. Pinto (SE)

Domício Arruda Câmara Sobrinho (RN)

### REPRESENTANTE DO CONASS NA HEMOBRÁS

Antônio Carlos dos Santos Figueira (PE)

### REPRESENTANTE DO CONASS NA ANS

Pedro Henry Neto (MT)

### REPRESENTANTES DO CONASS NA ANVISA

#### Titular

Dalmo Claro de Oliveira (SC)

#### Suplente

Viviane Rocha de Luiz

(Assessora Técnica do CONASS)

## EQUIPE DO CONASS

---

### SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso

### COORDENADORES

Ricardo F. Scotti

Rita de Cássia Bertão Cataneli

### ASSESSOR ESPECIAL

René Santos

### ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

#### Gerente

Adriane Cruz

Luiza Tiné

Tatiana Rosa

### ASSESSORIA JURÍDICA

Alethele de Oliveira Santos

### ASSESSORIA TÉCNICA

Alessandra Schneider

Eliana Maria Ribeira Dourado

Fernando Cupertino

Gilson Cantarino

Lore Lamb

Lourdes Almeida

Maria José Evangelista

Nereu Henrique Mansano

Regina Nicoletti

Renilson Rehem

Tereza Cristina Amaral

Viviane Rocha de Luiz

### GERÊNCIA ADMINISTRATIVA

#### Gerente

Ana Lúcia Melo

Adriano Salgado de Farias

Cirlene Rossi Lacerda

Gabriela Barcellos

Gutemberg Silva

Ilka Costa

Janara Alexandre

Luciene Correia

Tatiane Toledo Santos

### GERÊNCIA FINANCEIRA

#### Gerente

Luciana Toledo Lopes

Emanuela Ferreira

Lucília de Melo Souza

### GERÊNCIA DE COMPRAS E CONTRATOS

#### Gerente

Rodrigo Fagundes Souza

Joyce Ferreira Fernandes

## ELABORAÇÃO

---

### ORGANIZADORES

Maria José de Oliveira Evangelista  
Rita de Cássia Bertão Cataneli

### COLABORADORES

Lídia Maria Tonon  
Maria Zélia Soares Lins  
Sônia Maria Souza

### ELABORAÇÃO DAS OFICINAS

Ademilde Machado Andrade  
Alzira Maria D'Ávila Nery Guimarães  
Leane de Carvalho Machado  
Lídia Maria Tonon  
Lore Lamb  
Márcia Huçulak  
Maria José de Oliveira Evangelista  
Maria Zélia Soares Lins  
Marta Oliveira Barreto  
Sônia Maria Souza  
Nereu Henrique Mansano  
Viviane Rocha de Luiz

### REVISÃO ORTOGRÁFICA

Carmem Cecília C. Galvão de Menezes

### EDIÇÃO

Adriane Cruz

### PROJETO GRÁFICO

Clarice Lacerda  
Thales Amorim

### DIAGRAMAÇÃO

Clarice Lacerda  
Thales Amorim

# SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
INTRODUÇÃO	15
ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	21
OFICINA I AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	27
OFICINA II A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ESTADO	77
OFICINA III TERRITORIALIZAÇÃO	117
OFICINA IV VIGILÂNCIA EM SAÚDE	147
OFICINA V A ORGANIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE	185
OFICINA VI A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	215
OFICINA VII ABORDAGEM FAMILIAR E O PRONTUÁRIO FAMILIAR	275
ANEXO	317
OFICINA VIII A ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	321

OFICINAS IX SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE	345
OFICINA X OS SISTEMAS DE APOIO DIAGNÓSTICO, SISTEMAS LOGÍSTICOS E MONITORAMENTO	397
OFICINA XI A CONTRATUALIZAÇÃO DAS EQUIPES DA APS	417





## APRESENTAÇÃO

---



# Apresentação

---

Os gestores estaduais estabeleceram, entre suas prioridades, aquelas relacionadas ao fortalecimento da atenção primária, a definição de fontes de financiamento adequado e o seu monitoramento e avaliação.

A Atenção Primária à Saúde (APS) organizada e exercendo o seu papel resolutivo e coordenador do cuidado dos usuários no território de sua responsabilidade é fundamental para a conformação de redes de atenção à saúde. Para que a APS exerça de fato o seu papel estratégico, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) está propondo a sua planificação, aqui entendida como um processo de planejamento da atenção à saúde que considera todas as suas etapas.

Em razão do exposto, apresentamos a proposta de capacitação, para o processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos estados, que se dará por meio da realização de 11 oficinas presenciais, com o desenvolvimento de atividades de dispersão ao fim de cada uma. Essas atividades de dispersão constituir-se-ão, ao fim do processo, em um plano de intervenção da APS no âmbito locorregional e estadual.

A proposta metodológica está organizada em duas partes: no primeiro momento, a equipe do CONASS capacitará equipes gestoras estaduais para a realização das oficinas no estado, no âmbito das regiões de saúde; no segundo momento, a equipe estadual, a seu critério, reproduzirá as oficinas para as equipes regionais e municipais.

Neste CONASS Documenta, apresentamos os objetivos propostos para cada oficina, assim como as orientações para a sua realização no âmbito das Secretarias Estaduais de Saúde (SES). Saliente-se que este é um processo que deverá necessariamente ser adaptado à realidade de cada estado.

**Beatriz Figueiredo Dobashi**  
PRESIDENTE DO CONASS



## INTRODUÇÃO

---



O CONASS desde 2003 tem adotado a construção de consensos como estratégia para definir suas prioridades e estabelecer as ações e propostas para a organização, a gestão e o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

A APS é uma das áreas eleitas pelos secretários estaduais de Saúde, desde então, como prioritária, “entendendo-a como eixo fundamental para a mudança de modelo assistencial”, para o alcance dos objetivos de um sistema de saúde equânime e universal e para a melhoria dos indicadores de saúde da população brasileira.

É consenso entre os gestores estaduais que a gestão e a execução das ações e dos serviços de Atenção Primária são responsabilidades inerentes à gestão municipal. As SES também entendem que têm papel fundamental no apoio técnico e financeiro às equipes gestoras municipais para a sua adequada organização de acordo com os seus princípios e as necessidades de saúde da população. A APS deve ser orientada para o cidadão e estimular a sua autonomia, para a família e a comunidade e ser qualificada no sentido de também prover cuidados contínuos para portadores de condições crônicas e portadores de necessidades especiais.

Por conseguinte, foram definidas como responsabilidades da gestão estadual na APS as macrofunções de formulação da política, de planejamento, de cofinanciamento, de formação, capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, de cooperação técnica e de avaliação, no âmbito do território regional e estadual.<sup>1</sup>

Para os gestores estaduais, são atribuições das SES na APS:<sup>2</sup>

- cofinanciar a APS, a partir de critérios e de plano de investimento definidos pela gestão estadual;
- garantir a equidade na oferta de serviços de APS;

---

<sup>1</sup> CONASS. Atenção Primária: Seminário do CONASS para Construção de Consensos. 2004.

<sup>2</sup> CONASS. 1º Seminário para Construção de Consensos. 2003.

- promover cooperação técnica com os municípios, com orientação para a organização dos serviços de APS que considere a incorporação de novos cenários epidemiológicos;
- promover a capacitação e o desenvolvimento de recursos humanos na APS, com ênfase em:
  - educação permanente;
  - assessoramento aos municípios nas questões legais de contratação de pessoal (discutir normas, salários regionais, execução de concursos);
  - realizar acompanhamento, avaliação e regulação dos serviços de APS, visando à sua qualificação;
  - executar ações da APS de forma complementar ou transitória, nos municípios que não desempenham sua responsabilidade na área.

A APS é entendida como um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território-processo) bem delimitados, a respeito das quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância da população sob sua responsabilidade. Deve ser o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social.

A APS deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável.

Considerando o exposto, várias atividades foram desenvolvidas pelo CONASS no sentido de apoiar as equipes estaduais para a implementação de ações e estratégias para aprimorar a APS e promover o debate com relação à APS que temos e a APS que queremos ter.

O Conass propõe à SES a realização de 11 oficinas de trabalho presenciais, com carga horária de 16 horas cada, com períodos de dispersão



de aproximadamente 60 dias em média. Cada estado poderá redefinir os períodos de dispersão e número de oficinas que deseja realizar, de acordo com as suas peculiaridades.

A proposta é de construção coletiva de conhecimentos, propiciando a apropriação de conceitos e ferramentas que instrumentalizam a sua aplicação, adequados às características da realidade dos participantes. Deste ponto de vista, pressupõe-se a relação do binômio facilitador/participante da oficina de forma horizontalizada, prevalecendo a troca de informações e a construção coletiva de propostas.

Esta metodologia possibilita a participação dos dirigentes e técnicos que atuam nas regionais de saúde e dos gestores municipais e suas equipes.

As atividades das Oficinas compreenderão: trabalhos de grupo, exposições, debates, leitura de textos de apoio, dramatizações, exercícios e utilização de roteiro para trabalho de campo.

Entende-se que esse processo trabalha a capacitação de equipes com um projeto de intervenção na organização da atenção com foco na APS, e implica na adesão e compromissos das instâncias envolvidas.

As oficinas a seguir descritas, construídas com base no processo de implantação do Plano Diretor da APS da SES de Minas Gerais, podem contribuir para a organização da APS nos municípios, em todos os seus processos. Procura refletir sobre a situação da APS desde o papel e os atributos da APS, a revisão dos processos de trabalho e estruturação dos sistemas de apoio e logístico até a contratualização das equipes, considerados imprescindíveis para o processo de implantação das Redes de Atenção à Saúde nos territórios.

É importante ressaltar que as oficinas devem ser customizadas de acordo com a realidade local.

Utilizamos a rede temática materno infantil, a título de exemplo, mas poderia ser qualquer outra.



## ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

---



Ao iniciar o processo de implantação das Oficinas de Planificação da APS nos estados, é realizada na SES uma reunião preparatória, conforme programação apresentada abaixo. O objetivo é discutir a operacionalização da planificação e o papel do estado e dos municípios nesse processo, bem como a criação do grupo condutor, além da pactuação nos Colegiados dos Gestores Regionais (CGR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

## Programação

Tempo estimado: 1 hora	<b>Reunião com o secretário estadual de saúde</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Apresentação da Rede de Atenção à Saúde</li><li>- Planificação da APS</li><li>- Metodologia</li><li>- Criação do Grupo Condutor por meio de portaria</li><li>- Quem deve participar</li><li>- Pactuação com o Cosems/CIB</li></ul>
Tempo estimado: 3 horas	<b>Reunião com o grupo condutor e com o corpo dirigente da SES</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Abertura</li><li>- Contextualização – Redes de Atenção à Saúde</li><li>- Oficina de Rede de Atenção à Saúde</li><li>- Objetivos</li><li>- Metodologia</li><li>- Público-Alvo</li><li>- Conteúdo Programático</li><li>- Oficinas de Planificação da APS</li><li>- Prerrequisitos para o processo de implantação</li></ul>
	Almoço
Tempo estimado: 2 horas	<b>Reunião com o grupo condutor</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Agendar a Oficina de RAS</li><li>- Discutir as providências necessárias, políticas, administrativas e técnicas</li><li>- Discutir a elaboração dos textos, a escolha da rede temática e a customização da oficina (ver guia do facilitador)</li><li>- Encerramento</li></ul>

Como estratégias metodológicas para a realização das oficinas, são utilizados trabalhos em grupo, com estudos dirigidos, estudos de caso, com

apresentação e sistematização das discussões em plenária, além de aulas interativas.

O grupo deve ser dividido em grupos de no máximo 15 pessoas. Cada grupo deve escolher um coordenador e um relator.

Os textos devem ser lidos em voz alta, dando oportunidade para todos os participantes.

O coordenador deve garantir a harmonia do grupo e o foco da discussão e observar o cumprimento dos tempos estabelecidos.

Cada relator terá cinco ou dez minutos (a depender da atividade) para a apresentação das conclusões do grupo em plenária.

**Para a apresentação do trabalho de dispersão, que deve ocorrer sempre no início da oficina subsequente, sugere-se:**

- Escolher três municípios para apresentar o desenho da rede temática escolhida no município/região e da planilha de programação, sendo um município de pequeno porte, um de porte médio e um de grande porte. Se todos os municípios forem de porte similar, sortear três municípios para fazer a apresentação do trabalho de dispersão.
- Dividir o tempo da apresentação pelo número de grupos.
- Deixar cinco minutos finais para considerações.
- Socializar e problematizar a realidade locorregional a partir da apresentação das planilhas de desenho da rede temática e da programação.
- Fazer *link* com a oficina que será abordada em seguida.
- A escolha poderá ser feita na hora, ou seja, todos deverão estar preparados para a apresentação. Cada um terá em média dez minutos de apresentação.

A intenção do trabalho não é a de finalização do processo e sim o de verificar se os conceitos discutidos na oficina anterior foram compreendidos e apreendidos pelos participantes.

**Recursos materiais necessários:**

- Auditório ou sala com capacidade para o número total de participantes e salas para os trabalhos de grupos.
- Computador, *datashow*, papel *kraft*, fita adesiva, *flip charp*, papel ofício ou bloco para anotações, canetas, lápis grafite.
- Material para a dramatização, quando for o caso.

## **DAS RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS**

### **Da Secretaria Executiva do Conass:**

1. Elaborar a proposta metodológica das oficinas de fortalecimento da APS para os estados;
2. Capacitar as equipes estaduais para a realização das oficinas no âmbito dos estados;
3. Apoiar as equipes estaduais na adequação do material instrucional à realidade estadual;
4. Apoiar, se necessário, a realização das oficinas em cada estado;
5. Disponibilizar material de apoio e assessoria as SES, quando necessário;
6. Acompanhar o processo de implantação das oficinas e o seu impacto na organização da atenção no âmbito dos estados.

### **Das Secretarias Estaduais de Saúde:**

1. Solicitar ao Conass o apoio à realização das oficinas no âmbito do estado;
2. Adequar o material instrucional a sua realidade;
3. Definir uma equipe de condução do processo e preparar os facilitadores para a realização das oficinas no âmbito das regiões de saúde, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização;
4. Definir um cronograma de execução das oficinas e de acordo com sua proposta de intervenção na APS;
5. Prover os recursos necessários para a organização e execução das oficinas no estado;
6. Acompanhar o processo de implantação das propostas definidas nas oficinas.
7. Monitorar e avaliar o impacto das oficinas na organização da atenção no âmbito loco - regional.

### **Das Secretarias Municipais de Saúde**

1. Conhecer a proposta do plano de fortalecimento da APS;
2. Aderir e disponibilizar suas equipes para participar das oficinas;
3. Disponibilizar informações necessárias para a realização das atividades das oficinas;

4. Assumir o compromisso de implementar as propostas elaboradas pela sua equipe no processo de capacitação;
5. Monitorar e avaliar o impacto dessas propostas no âmbito local.



## OFICINA I

---



# Oficina I

## As Redes de Atenção à Saúde

# 2

Esta primeira oficina oferece reflexão sobre a situação de saúde, os principais problemas de saúde a serem enfrentados e a necessidade de mudar o modelo de atenção para atender às necessidades de saúde da população e melhorar os resultados desse sistema.

### Objetivos

1. Compreender a significação da situação de saúde.
2. Compreender os objetivos dos Sistemas de Atenção à Saúde.
3. Compreender os fundamentos que dão base à construção de Redes de Atenção à Saúde.
4. Compreender a estrutura operacional das redes de atenção à saúde.
5. Compreender os modelos de atenção à saúde.
6. Utilizar o processo de modelagem das Redes de Atenção à Saúde.

### Objetivos específicos

1. Conceituar condição aguda e condição crônica.
2. Compreender que a situação de saúde é determinada pela situação epidemiológica e situação demográfica.
3. Conceituar sistema de atenção à saúde e definir seus objetivos.
4. Conceituar rede de atenção à saúde.
5. Enunciar os elementos constitutivos das redes de atenção à saúde.
6. Compreender porque o SUS deve organizar-se em redes de atenção à saúde.
7. Compreender o conceito de economia de escala.
8. Compreender o conceito de qualidade em saúde.
9. Compreender a importância do conceito de território sanitário na conformação das redes.

10. Compreender o conceito de pontos de atenção à saúde.
11. Compreender os atributos da atenção primária à saúde e sua função de centro de comunicação das redes de atenção à saúde.
12. Compreender o conceito de sistemas de apoio às redes de atenção à saúde (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistemas de informação).
13. Compreender o conceito de sistemas logísticos das redes de atenção à saúde (cartão SUS, prontuários familiares eletrônicos, centrais de regulação e sistema de transporte sanitário).
14. Conceituar modelo de atenção à saúde.
15. Descrever os momentos do processo de modelagem das redes de atenção à saúde.
16. Exercitar a modelagem de uma rede de atenção à saúde da mulher e da criança.

## **ESTRUTURA DA OFICINA**

Esta oficina está estruturada didaticamente em duas unidades:

### \_\_\_\_\_ **Unidade 1 – Situação de Saúde e os Sistemas de Atenção à Saúde**

Esta unidade tem o objetivo de analisar a situação demográfica e epidemiológica do país, estado e/ou região, e estabelecer a sua interação com os Sistemas de Atenção à Saúde.

### \_\_\_\_\_ **Unidade 2 – Rede de Atenção à Saúde**

Nesta unidade, serão abordados os fundamentos e os componentes de rede e será simulada metodologia de implantação de redes.

## PROGRAMA GERAL DA OFICINA

### 1º dia

TEMPO ESTIMADO	HORÁRIO DEFINIDO	ATIVIDADE	TEMA
30min		Abertura	Por que Rede de Atenção à Saúde no SUS?
30min		Apresentação dos participantes e dos objetivos da oficina	Apresentação dos participantes Orientações sobre a oficina
1h e 15min		Trabalho em grupos Estudo Dirigido 1	Situação de Saúde no Brasil
15min		Intervalo	
1h		Plenária	Apresentação dos trabalhos em grupos
1h e 30min		Intervalo para almoço	
1h e 30min		Trabalho em grupos Estudo dirigido 2	Os Sistemas de Atenção à Saúde
1h		Aula Interativa 1	Os Sistemas de Atenção à Saúde
15min		Intervalo	
1h e 15min		Trabalho em grupos Estudo dirigido 3	Os Fundamentos da Construção de Redes de Atenção à Saúde
30min		Plenária	Apresentação dos trabalhos em grupos

## 2º dia

n.23  
Atenção Primária à  
Saúde (APS)

TEMPO ESTIMADO	HORÁRIO DEFINIDO	ATIVIDADE	TEMA
1h		Aula interativa 2	Os Fundamentos de Construção de Redes de Atenção à Saúde
1h e 15min		Trabalhos em grupos Estudo dirigido 4	A Estrutura Operacional das Redes de Atenção à Saúde
15min		Intervalo	
1h		Plenária	Apresentação dos trabalhos em grupos
1h e 30min		Intervalo para almoço	
1h		Trabalho em grupos Exercício 1 Matriz	Trabalho em grupo/exercício 1 Matriz de desenho da rede materno-infantil na região e no município
30min		Plenária	Apresentação dos trabalhos em grupos
1h e 15min		Trabalho em grupos exercício 2 Planilha de programação	Modelando a Rede Materna-Infantil na região e no município
15min		Intervalo	
30min		Plenária	Apresentação dos trabalhos em grupos
30min		Orientações para o período de dispersão	Apresentação das atividades para o período de dispersão
15min		Avaliação da oficina	

## ROTEIRO DAS ATIVIDADES

1º DIA

Abertura

**Trabalho em Grupo – Estudo Dirigido 1**

**Situação de Saúde no Brasil**

Esta atividade tem objetivo de desenvolver a compreensão da situação epidemiológica e demográfica do país, estado/região, que determina a situação de saúde. Esta é a base sobre a qual se constroem os Sistemas de Atenção à Saúde.

**Procedimentos: Ler o texto 1 – A situação de saúde do Brasil**

· Após a leitura, discutir o texto e depois responder às seguintes questões:

1. Como se diferenciam as condições agudas e as condições crônicas?
2. Qual a razão que justifica essa tipologia?
3. Que fatores levam ao incremento das condições crônicas?
4. Qual a característica singular da transição epidemiológica nos países em desenvolvimento?
5. Como se caracteriza a situação epidemiológica brasileira?

· Atentar para o tempo alocado para esta atividade: 1h e 15min.

Ao preparar-se para esta atividade, além do Texto 1, leia atentamente as seguintes referências bibliográficas:

BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis**. OPAS, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial: cuidados inovadores para condições crônicas**. Brasília, 2003.

SCHRAMM, J. M. A. *et al.* Transição epidemiológica e o estudo da carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

## TEXTO 1 – A Situação de Saúde no Brasil<sup>3</sup>

Tradicionalmente, trabalha-se em saúde pública com uma divisão entre doenças transmissíveis e não transmissíveis. Essa tipologia é largamente utilizada, em especial pela epidemiologia.

Se é verdade que essa tipologia tem sido muito útil nos estudos epidemiológicos, ela não se presta à organização dos sistemas de saúde. A razão é simples: do ponto de vista da resposta social aos problemas de saúde, certas doenças transmissíveis, pelo longo período de sua história natural, estão mais próximas da lógica de enfrentamento das doenças crônicas que das doenças transmissíveis de curso rápido. Por isso, recentemente, a Organização Mundial da Saúde (2003) propôs nova tipologia para ser utilizada na organização dos sistemas de saúde: as condições agudas e as condições crônicas.

Os modelos de atenção à saúde têm sido organizados para a atenção às condições crônicas ou às condições agudas. Nos últimos cinquenta anos, tem prevalecido o modelo de atenção às condições agudas; neste início de século, deverá impor-se o modelo de atenção às condições crônicas.

As condições crônicas podem ser definidas como aquelas condições ou patologias que têm um ciclo de vida superior a três meses e que não se autolimitam (Von KORFF *et al.* 1997). Por isso, há grande diferença entre as condições agudas e as condições crônicas.

As condições agudas caracterizam-se por: a duração da condição é limitada; a manifestação é abrupta; a causa é usualmente simples; o diagnóstico e o prognóstico são usualmente precisos; as intervenções tecnológicas são usualmente efetivas; e o resultado das intervenções leva, em geral, à cura. Diversamente, as condições crônicas caracterizam-se por: o início da manifestação é usualmente gradual; a duração da doença é longa ou indefinida; as causas são múltiplas e mudam ao longo do tempo; o diagnóstico e o prognóstico são usualmente incertos; as intervenções tecnológicas são usualmente não decisivas e, muitas vezes, com efeitos adversos; o resultado, em geral, não é a cura, mas o cuidado; as incertezas são muito presentes;

---

<sup>3</sup> Este texto foi transcrito, com pequenas adequações, para atender ao propósito desta oficina, do livro *As redes de atenção à saúde*, de autoria de Eugênio Vilaça Mendes, publicado em 2009. A referência completa deste livro encontra-se na lista de Referências Bibliográficas.



e o conhecimento deve ser compartilhado por profissionais e usuários de forma complementar (HOLMAN; LORIG, 2000).

As condições crônicas vão além das doenças crônicas (diabetes, hipertensão, câncer etc.) para abarcar, ademais, condições transmissíveis persistentes (tuberculose, Aids, hanseníase, hepatites virais, tracoma etc.), distúrbios mentais de longa duração, deficiências físicas ou estruturais contínuas e condições como gestação, parto e puerpério.

As situações das condições de saúde revelam importância relativa crescente das condições crônicas no quadro epidemiológico. Os principais fatores determinantes do aumento das condições crônicas são as mudanças demográficas, as mudanças nos padrões de consumo e nos estilos de vida, a urbanização acelerada e as estratégias mercadológicas.

Em todo o mundo, as taxas de fecundidade diminuem, as populações envelhecem e as expectativas de vida aumentam. Isso leva ao incremento das condições crônicas pelo aumento dos riscos de exposição aos problemas crônicos. O que muda em relação aos países é a velocidade com que esse processo é desenvolvido. Há de se ressaltar que há correlação direta entre os processos de transição demográfica e epidemiológica. A princípio, o declínio da mortalidade concentra-se seletivamente entre as doenças infecciosas e beneficia os grupos mais jovens que passam a conviver com fatores de risco associados às doenças crônicas e, à medida que cresce a população idosa, incrementando a expectativa de vida, as doenças crônicas tornam-se mais prevalentes.

À medida que os padrões de consumo se modificam, alteram-se, concomitantemente, os estilos de vida. Padrões de consumo e comportamentos não saudáveis vão-se impondo e incrementando as condições crônicas. Entre eles, destacam-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a inatividade física, a alimentação inadequada, as práticas sexuais de alto risco e o estresse social.

Entre 1950 e 1985, a população urbana dos países desenvolvidos duplicou e dos países em desenvolvimento quadruplicou. Esse fenômeno da urbanização, de um lado, acelerou a transição demográfica, mas, de outro, pressionou os serviços de saúde, especialmente por parte das populações pobres que vivem nas periferias dos grandes centros urbanos. Por isso, menciona-se que as condições crônicas são doenças da urbanização.

Paralelamente ao processo de urbanização, desenvolvem-se estratégias mercadológicas eficazes de produtos nocivos à saúde, especialmente aqueles provenientes das indústrias de cigarro, álcool e alimentos industrializados. As estratégias mercadológicas assentam-se nas privações sociais e combinam privação social e exposição precoce aos produtos prejudiciais à saúde. Como resultado da ação concomitante desses fatores determinantes, as condições crônicas aumentam em ritmo acelerado.

As doenças crônicas e os distúrbios mentais representam 59% do total de óbitos no mundo. Presume-se que esse percentual atingirá 60% até o ano 2020 e as maiores incidências serão de doenças cardíacas, acidente vascular cerebral e câncer. Até o ano 2020, as condições crônicas serão responsáveis por 78% da carga global de doença nos países em desenvolvimento (OMS, 2003).

A situação das condições de saúde no Brasil não é muito diferente, ainda que singular, conforme se pode analisar por meio das mudanças das situações demográfica e epidemiológica.

No Brasil, a transição demográfica é muito acelerada. O efeito combinado de redução dos níveis de fecundidade e de mortalidade resulta em uma transformação da pirâmide etária da população. O país que tinha, em 2005, aproximadamente, 5% de habitantes com mais de 65 anos, passará a 18% nesse segmento populacional em 2050, mais de 50 milhões de pessoas idosas.

Uma população em processo rápido de envelhecimento significa crescente incremento relativo das condições crônicas porque as doenças crônicas afetam mais os segmentos de maior idade. A PNAD 2003, do IBGE, mostra que, em 2003, 77,6% dos brasileiros de mais de 65 anos de idade relataram ser portadores de doenças crônicas, sendo que um terço deles de mais de uma doença crônica.

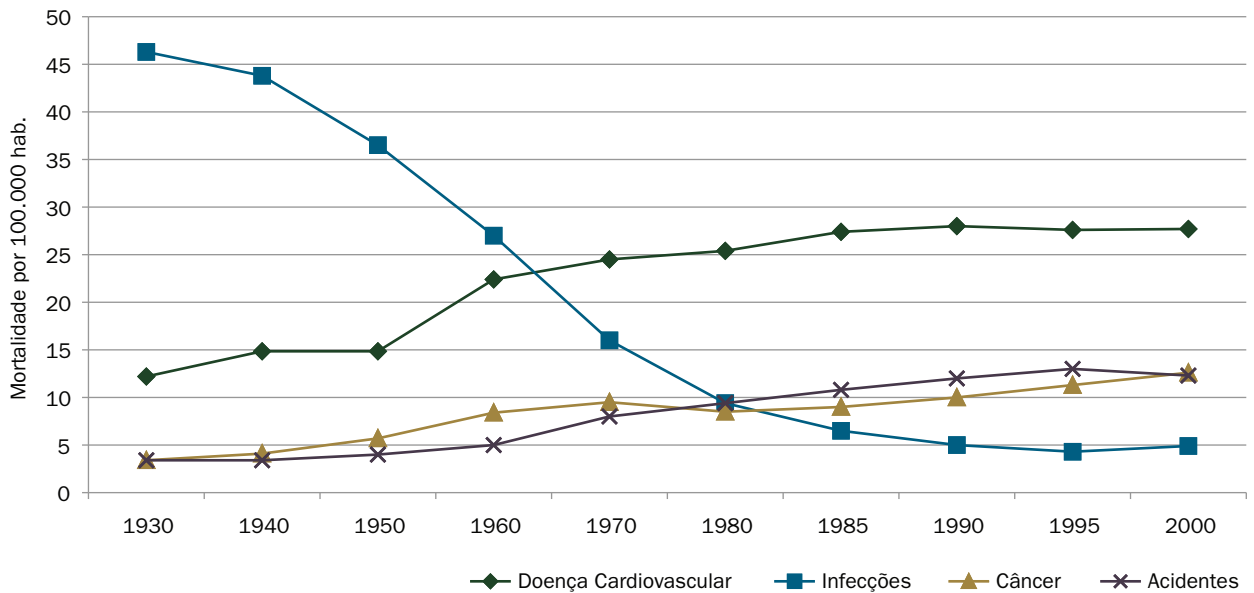
Pode-se presumir, portanto, que, no futuro, a transição demográfica muito rápida poderá determinar elevação progressiva da morbimortalidade por doenças crônicas no Brasil, tanto em termos absolutos, como relativos.

A situação epidemiológica brasileira pode ser analisada por várias vertentes: a mortalidade, a morbidade, os fatores de risco e a carga de doenças.

A transição epidemiológica singular do país, observada pelo lado da mortalidade, como se vê no gráfico abaixo, indica que, em 1930, as doenças

infecciosas respondiam por 46% das mortes e que este valor decresceu para um valor próximo a 5% em 2000; ao mesmo tempo, as doenças cardiovasculares que representavam em torno de 12% das mortes em 1930, responderam, em 2000, por quase 30% de todos os óbitos.

FIGURA 1 **Evolução da Mortalidade Proporcional segundo Causas, Brasil, 1930 a 2003 (até 1970 dados só de capitais)**



FONTE: BARBOSA SILVA ET AL (2003)

A tabela 1 mostra que a mortalidade proporcional por doenças não transmissíveis, quando se redistribui as mortes mal definidas, é alta em todas as regiões do país, mesmo naquelas mais pobres.

**TABELA 1 Mortalidade Proporcional por Categorias de Causas de Óbitos com Redistribuição das Causas Mal Definidas, por Região. Brasil, 2004**

REGIÕES	PORCENTAGEM
Norte	65,3
Nordeste	74,4
Centro-Oeste	69,5
Sudeste	75,6
Sul	78,5

FONTE: MENDES, 2009, P78

Do ponto de vista da morbidade, tomada na sua vertente da morbidade hospitalar, vê-se na tabela 2 que, das vinte principais causas de internação no SUS, no ano de 2010, a grande maioria são por condições crônicas, considerando-se as causas maternas e perinatais como condições crônicas.

**TABELA 2 Principais Causas de Internação no SUS (número e percentual em relação ao total) – Brasil, 2010**

ORDEM	PROCEDIMENTO	NÚMERO	PERCENTUAL
1	PARTO NORMAL	1186691	10,5
2	TRATAMENTO DE PNEUMONIAS OU INFLUENZA (GRIPE)	796082	7,0
3	PARTO CESARIANO	619687	5,5
4	TRATAMENTO DE DOENÇAS INFECCIOSAS E INTESTINAIS	488799	4,3
5	TRATAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS DAS VIAS AÉREAS INFERIORES	330421	2,9
6	TRATAMENTO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	271614	2,4
7	CURETAGEM PÓS-ABORTAMENTO / PUERPERAL	198973	1,8
8	DIAGNÓSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM CLÍNICA MÉDICA	184314	1,6
9	TRATAMENTO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) (ISQUÊMICO OU HEMORRÁGICO AGUDO)	174982	1,5
10	TRATAMENTO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS NA GRAVIDEZ	170254	1,5
11	TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA (POR DIA)	168895	1,5



ORDEM	PROCEDIMENTO	NÚMERO	PERCENTUAL
12	TRATAMENTO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS DE PACIENTE ONCOLÓGICO	146582	1,3
13	TRATAMENTO DA PIELONEFRITE	146483	1,3
14	COLECISTECTOMIA	133871	1,2
15	TRATAMENTO DE DIABETES MELITO	129681	1,1
16	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	129305	1,1
17	TRATAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS BACTERIANAS	128507	1,1
18	TRATAMENTO COM CIRURGIAS MÚLTIPLAS	125575	1,1
19	TRATAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS DO APARELHO URINÁRIO	121454	1,1
20	TRATAMENTO DE CRISE HIPERTENSIVA	118112	1,0

FONTE: MS/SAS/SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES

Outra forma de analisar a situação epidemiológica é pela carga de doenças.

A análise da carga de doença no Brasil, exposta na tabela 3, mostra que o somatório das doenças crônicas e das condições maternas e perinatais – que constituem condições crônicas –, representa 75% da carga global das doenças no país, medidas em anos de vida ajustados por incapacidade (AVAls). Enquanto isso, as condições agudas, expressas nas doenças infecciosas, parasitárias e desnutrição e causas externas, representam, apenas, 25% da carga de doença. Mas deve-se observar, ainda, que uma parte significativa das doenças infecciosas, aquelas de longo curso, devem ser consideradas como condições crônicas, o que aumenta, além de 3/4, a presença relativa das condições crônicas na carga das doenças.

TABELA 3 **Carga de Doença em Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade (AVAI), Brasil, 1998**

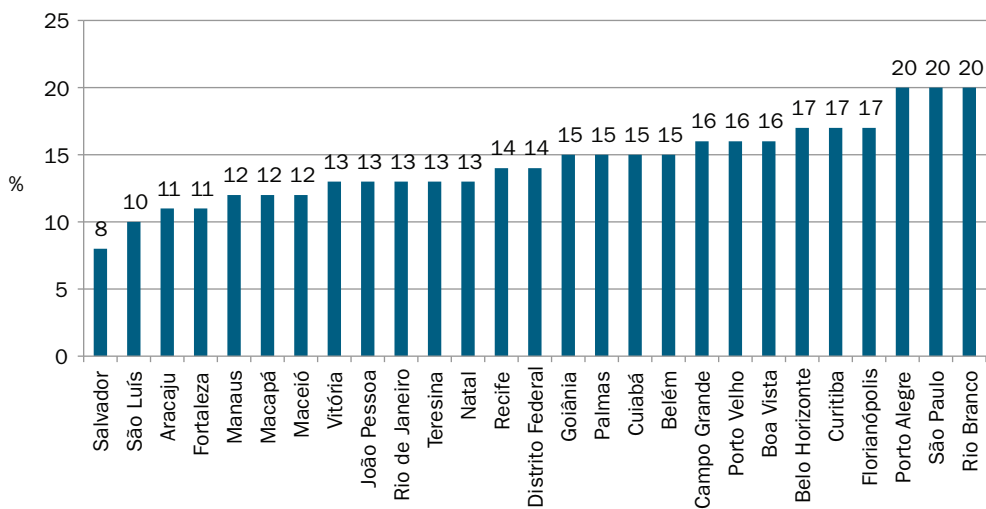
GRUPOS DE DOENÇAS	TAXA POR MIL HABITANTES	%
Infecciosas, parasitárias e desnutrição	34	14,7
Causas externas	19	10,2
Condições maternas e perinatais	21	8,8
Doenças crônicas	124	66,3
Total	232	100,0

n.23  
Atenção Primária à  
Saúde (APS)

FONTE: SCHRAMM ET AL. (2004)

A prevalência dos fatores de risco no Brasil aponta no sentido de uma produção social de condições crônicas, já que eles respondem pela grande maioria das mortes por doenças crônicas e por fração significativa da carga de doença devida a essas condições de saúde. Observa-se, na tabela 4, resultado de pesquisa do Ministério da Saúde, que os fatores de risco são muito presentes na população das capitais brasileiras e do Distrito Federal.

### Tabagismo – Percentual de adultos fumantes, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal



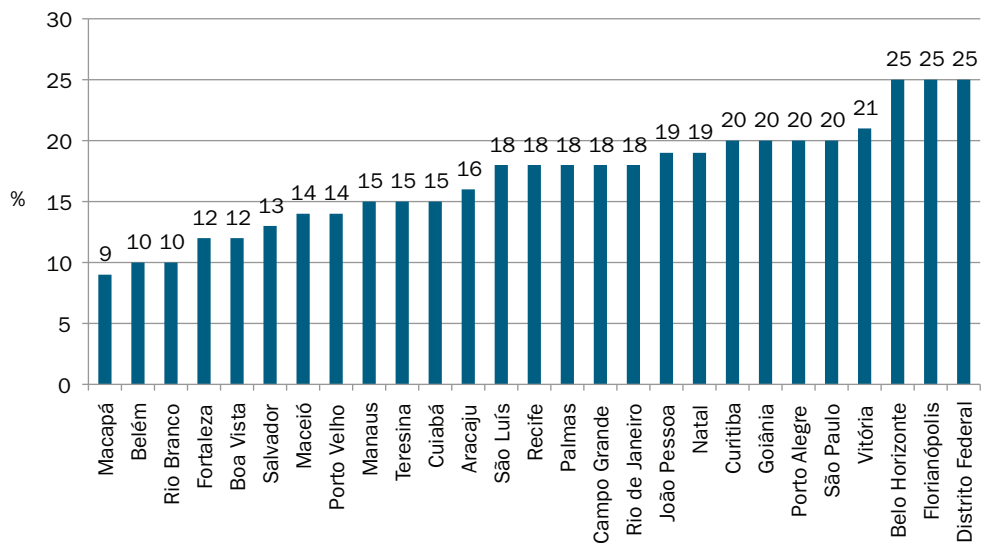
FONTE: Vigitel, 2010

TABELA 4 **Consumo alimentar – Prevalência dos principais indicadores de alimentação**

FATOR DE RISCO OU PROTEÇÃO	%
<b>Proteção</b>	
Consumo regular de frutas e hortaliças (5 ou mais porções semana)	29,9
Consumo recomendado frutas e hortaliças (5 ou mais porções dia)	18,2
Consumo regular de feijão (5 ou mais dias na semana)	66,7
<b>Risco</b>	
Consumo de carnes com excesso de gordura	34,2
Consumo de leite integral (com gorduras)	56,4
Consumo regular de refrigerantes (5 vezes semana)	28,1

FONTES: Vigil, 2010

**Consumo alimentar – Percentual de adultos que consomem cinco ou mais porções diárias de frutas e hortaliças, segunda as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal**



FONTES: Vigil, 2010

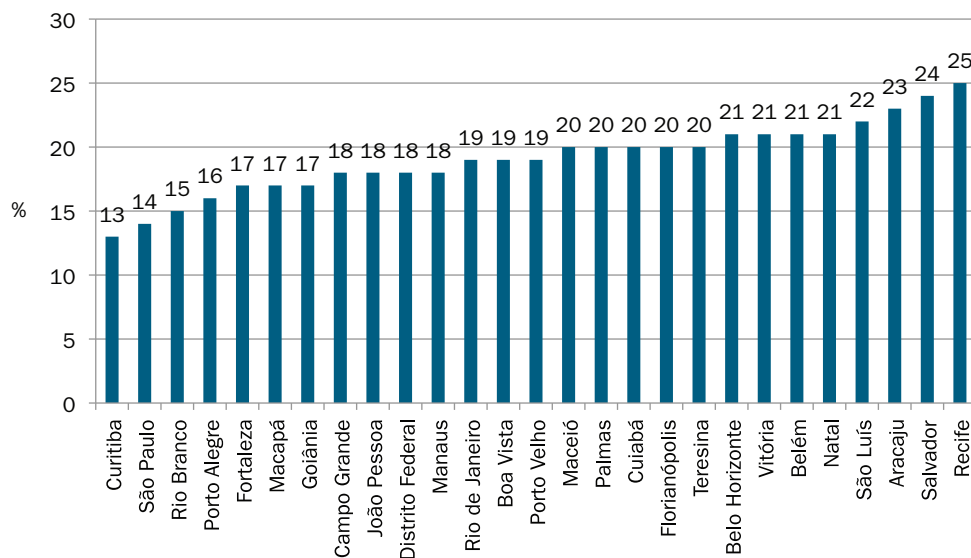
TABELA 5 **Consumo de bebida alcoólica – Prevalência do indicador do consumo de bebida alcoólica**

FATOR DE RISCO OU PROTEÇÃO	%
Consumo abusivo de bebidas alcoólicas (5 doses ou mais entre homens, 4 ou mais entre mulheres)	18,0

FONTE: Vigitel, 2010

n.23  
Atenção Primária à  
Saúde (APS)

**Consumo de bebida alcoólica – Percentual de adultos que apresentaram consumo abusivo de bebida alcoólica nos últimos 30 dias, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal**



FONTE: Vigitel, 2010

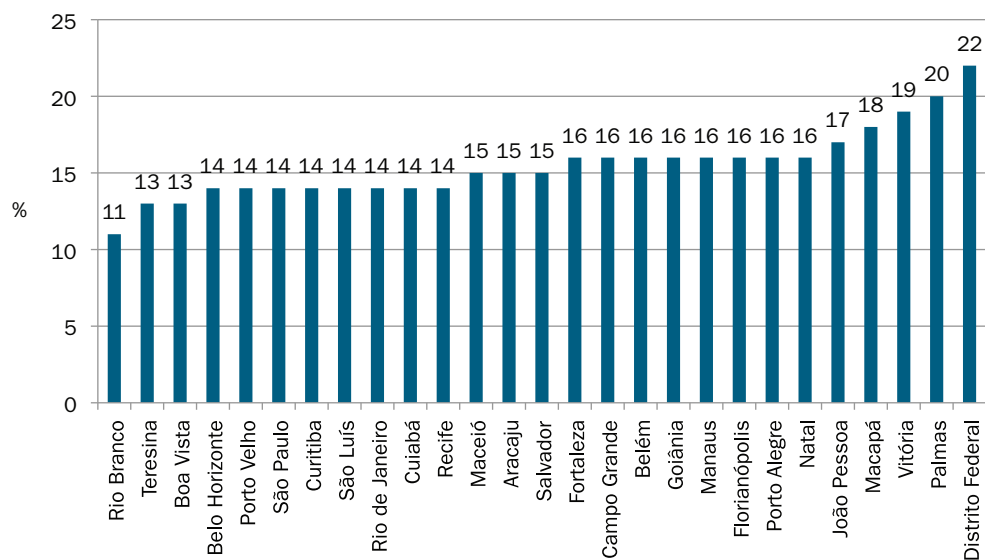


TABELA 6 **Atividade Física – Prevalência dos indicadores de atividade física do VIGITEL, 2010**

FATOR DE RISCO OU PROTEÇÃO	%
Atividade física no tempo livre (lazer)	14,9
Atividade física no tempo livre ou deslocamento	30,8
Inatividade física (Inativo no tempo livre, deslocamento, trabalho, atividade doméstica)	14,2
Televisão 3 ou mais horas por dia	28,2

FONTE: Vigitel, 2010

### Atividade física – Percentual de adultos que praticam atividade física no tempo livre, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal



FONTE: Vigitel, 2010

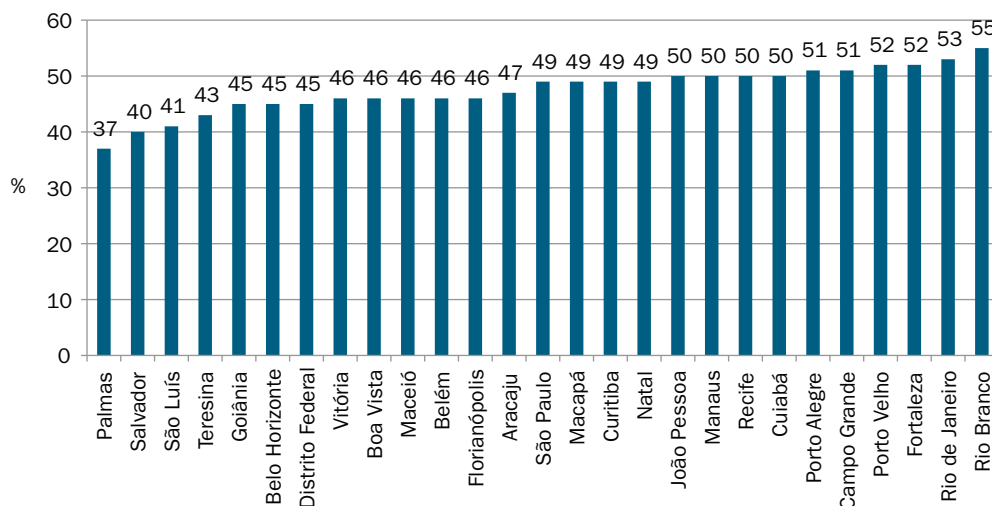
TABELA 7 **Excesso de peso e obesidade – Prevalência dos indicadores de excesso de peso**

FATOR DE RISCO OU PROTEÇÃO	%
Excesso de peso (IMC $\geq$ 25kg/m <sup>2</sup> )	48,1
Obesidade (IMC $\geq$ 30kg/m <sup>2</sup> )	15,0

n.23  
Atenção Primária à  
Saúde (APS)

FONTE: Vigitel, 2010

### Excesso de peso – Percentual de adultos com excesso de peso, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal



FONTE: Vigitel, 2010

Em conclusão, pode-se afirmar que, a partir das informações analisadas, o mundo e o Brasil apresentam um processo de envelhecimento de sua população e uma situação de transição das condições de saúde, caracterizada pela queda das condições agudas e pelo aumento das condições crônicas, ou seja, manifesta-se, universalmente, o fenômeno da transição epidemiológica.

Entende-se por transição epidemiológica as mudanças ocorridas, temporalmente, na frequência, magnitude e distribuição das condições de

saúde e que se expressam nos padrões de morte, morbidade e invalidez que caracterizam uma população específica e que, em geral, acontecem, concomitantemente, com outras transformações demográficas, sociais e econômicas (SANTOS-PRECIADO *et al.*, 2003).

Há, contudo, padrões diferenciados de transição epidemiológica, especialmente, verificáveis nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Nos países desenvolvidos, a transição fez-se, classicamente, por etapas sequenciais, segundo o modelo de Omran (1971). Contudo, essa transição, nos países em desenvolvimento em geral, e no Brasil, em particular, apresenta características específicas em relação aos países desenvolvidos, ao superar uma agenda tradicional e nova agenda da saúde pública.

Por isso, em vez de falar transição epidemiológica nos países em desenvolvimento, é melhor dizer de dupla carga de doenças ou de duplo risco (OMS, 2003), de acumulação epidemiológica ou modelo prolongado e polarizado (FRENK *et al.*, 1991). Recentemente, essa transição singular tem sido referida como tripla carga de doenças porque envolve, ao mesmo tempo: primeiro, uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; segundo, o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como tabagismo, sobrepeso, inatividade física e alimentação inadequada; e terceiro, o forte crescimento das causas externas, fruto do incremento das violências (FRENK, 2006).

#### Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DNCT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro, situação e desafios atuais.** Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2006.** Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Vigitel Brasil, 2006, 2007.

FRENK, J. *et al.* La transición epidemiológica en América Latina. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)**, v. 111, n. 6, p. 485-96, dic. 1991.

FRENK, J. Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico. **Commission on Social Determinants of Health**, Nairobi, 29 de junho de 2006.

HOLMAN, H.; LORIG, K. Patients as partners in managing chronic disease. **British Medical Journal**, 320, p. 526-527, 2000.

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

OMRAN, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **The Milbank Memorial Fund Quarterly**, v. 49, n. 4, part 1, p. 509-38, 1971.

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

SANTOS-PRECIADO, J. I. et al. La transición epidemiológica de las y de los adolescentes en México. **Salud Pública Méx.**, 45, supl.1, p.S140-S152, 2003.

SCHRAMM, J. M. de A. et al. Perfil epidemiológico segundo os resultados do estudo de carga de doença no Brasil, 1998. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil**: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

SILVA, J. B. et al. Doenças e agravos não transmissíveis: bases epidemiológicas. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2006.

Von KORFF, M. et al. Collaborative management of chronic illness. **Annals of Internal Medicine**, v. 127, n. 12, p. 1097-1102, 1997.

## Plenária

Apresentação dos trabalhos em grupos.

Esta atividade visa avaliar a compreensão pelos participantes dos conceitos de condição crônica e aguda e da sua importância na organização dos serviços de saúde.

### Trabalho em Grupo – Estudo Dirigido 2

#### Os Sistemas de Atenção à Saúde

Esta atividade apresenta texto com o relato de uma situação que aborda o conceito de sistema de atenção à saúde, assim como mostra as diferenças entre os sistemas fragmentados e as redes de atenção à saúde. O objetivo é trabalhar a compreensão dos modelos de atenção à saúde.

· Após a leitura, discutir o texto e depois responder às seguintes questões:

1. O que é sistema de atenção à saúde?
2. Qual o conceito de sistema fragmentado?
3. Qual o conceito de redes de atenção à saúde?

4. Quais as características dos sistemas fragmentados de atenção à saúde?
5. Quais as características das redes de atenção à saúde?
6. Por que se impõe, no SUS, a organização de redes de atenção à saúde?

#### TEXTO 2 – Os Sistemas de Atenção à Saúde<sup>4</sup>

Os Sistemas de Atenção à Saúde são definidos pela OMS como o conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população (WHO, 2000). Daí que os Sistemas de Atenção à Saúde são respostas sociais, organizadas deliberadamente, para responder às necessidades, demandas e representações das populações, em determinada sociedade e em certo tempo.

Os Sistemas de Atenção à Saúde apresentam os seguintes objetivos: *i*) o alcance de um nível ótimo de saúde, distribuído de forma equitativa; *ii*) a garantia de uma proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos; *iii*) o acolhimento humanizado de todos os cidadãos; *iv*) a garantia da prestação de serviços efetivos e de qualidade; *v*) a garantia da prestação de serviços com eficiência (MENDES, 2002).

Os Sistemas de Atenção à Saúde podem apresentar-se, na prática social, por meio de diferentes formas organizacionais. Na experiência internacional contemporânea, a tipologia mais encontrada é de sistemas fragmentados e redes de atenção à saúde.

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde, fortemente hegemônicos, são aqueles que se (des)organizam por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados uns dos outros e que, por consequência, são incapazes de prestar atenção contínua à população. Em geral, não há uma população adscrita de responsabilização. Neles, a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e esses dois níveis também não se comunicam com a atenção terciária à saúde. Diferentemente, os sistemas integrados de atenção à saúde, as

---

<sup>4</sup> Este texto foi transcrito, com pequenas adequações, para atender ao propósito desta oficina, do livro *As redes de atenção à saúde*, de autoria de Eugênio Vilaça Mendes, publicado em 2009. A referência completa deste livro encontra-se na lista de Referências Bibliográficas.

redes de atenção à saúde, são aqueles organizados por meio de uma rede integrada poliárquica de pontos de atenção à saúde que presta assistência contínua e integral a uma população definida, com comunicação fluida entre os diferentes níveis de atenção à saúde.

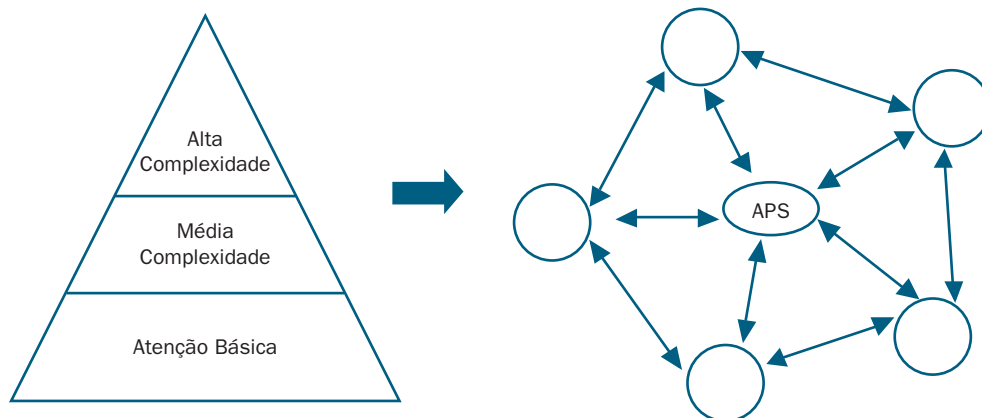
Além da organização por componentes isolados ou por uma rede integrada, o que caracteriza mais fortemente os nomes de fragmentação e de redes de atenção à saúde, essas formas alternativas de organização dos Sistemas de Atenção à Saúde apresentam outra diferença marcante, dada pelos fundamentos conceituais que as sustentam.

Nos sistemas fragmentados de atenção à saúde, vigia uma visão de uma estrutura hierárquica, definida por níveis de “complexidades” crescentes, e com relações de ordem e graus de importância entre os diferentes níveis, o que caracteriza uma hierarquia. Essa concepção de sistema hierarquizado vigia no SUS que se organiza segundo suas normativas em atenção básica, atenção de média e de alta complexidades. Tal visão tem sérios problemas. Ela fundamenta-se em um conceito de complexidade equivocado, ao estabelecer que a atenção primária à saúde é menos complexa do que a atenção nos níveis secundário e terciário. Tal visão distorcida de complexidade leva, consciente ou inconscientemente, a uma banalização da atenção primária à saúde e a uma sobrevalorização, seja material, seja simbólica, das práticas que exigem maior densidade tecnológica e que são exercitadas nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde. Nas redes de atenção à saúde, essa concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde.

Assim, nas redes de atenção à saúde, não há hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a conformação de uma rede horizontal desses pontos de distintas densidades tecnológicas, sem ordem e sem grau de importância entre eles. Todos são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das redes de atenção à saúde. Apenas se diferenciam pelas diferentes densidades tecnológicas que os caracterizam.

A figura 1 procura ilustrar essa mudança de um sistema hierárquico, nos níveis de atenção básica, de média e de alta complexidade, para uma rede horizontal integrada, organizada a partir de um centro de comunicação, o ponto da atenção primária à saúde, representado pelo círculo central.

FIGURA 1 **Do Sistema Hierárquico para a Rede de Atenção à Saúde Poliárquica**



A figura 1 aponta para mudança radical da organização dos Sistemas de Atenção à Saúde que não pode se limitar a uma inversão destes sistemas, como é proposto frequentemente. Porque não se trata, apenas, de inverter a forma piramidal hierárquica, mas de subvertê-la, substituindo-a por outra forma organizacional, de qualidade inteiramente distinta, a rede poliárquica de atenção à saúde.

Ademais, o dilema entre os sistemas fragmentados e as redes de atenção à saúde contém dois modos alternativos de organizar os serviços de saúde: sistemas voltados para a atenção às condições agudas, inerentes à fragmentação, ou sistemas voltados para a atenção às condições agudas e crônicas, as redes de atenção à saúde. Em geral, os sistemas fragmentados de atenção à saúde focam-se na atenção às condições agudas; ao contrário, as redes de atenção à saúde voltam-se para as condições crônicas, mas atendendo, concomitantemente, às condições agudas.

Há outras diferenças entre esses dois sistemas-tipo. Análise mais detalhada dessas diferenças entre os sistemas fragmentados e as redes de atenção à saúde é feita no quadro 1.

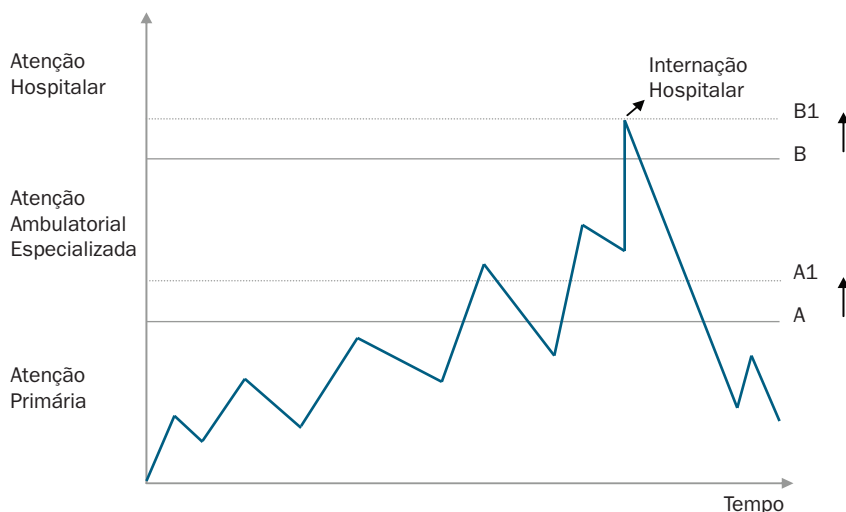
## QUADRO 1 As Características Diferenciais dos Sistemas Fragmentados e das Redes de Atenção à Saúde

CARACTERÍSTICA	SISTEMA FRAGMENTADO	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
Forma de organização	Hierarquia	Poliarquia
Coordenação da atenção	Inexistente	Feita pela atenção primária
Comunicação entre os componentes	Inexistente	Feita por sistemas logísticos eficazes
Foco	Nas condições agudas por meio de unidades de pronto atendimento	Nas condições agudas e crônicas por meio de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde
Objetivos	Objetivos parciais de diferentes serviços e resultados não medidos	Objetivos de melhoria da saúde de uma população com resultados clínicos e econômicos medidos
População	Voltado para indivíduos isolados	População adscrita dividida por subpopulações de risco e sob responsabilidade da rede
Sujeito	Paciente que recebe prescrições dos profissionais de saúde	Agente corresponsável pela própria saúde
A forma da ação do sistema	Reativa, acionada pela demanda dos pacientes	Proativa, baseada em planos de cuidados de cada usuário realizado conjuntamente pelos profissionais e pelos usuários
Ênfase das intervenções	Curativas e reabilitadoras sobre doenças ou condições estabelecidas	Promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, ou reabilitadoras sobre determinantes sociais da saúde, sobre fatores de risco e sobre as doenças ou condições estabelecidas
Modelo de atenção	Fragmentado por ponto de atenção à saúde, sem estratificação de riscos e voltado para as doenças ou condições estabelecidas	Integrado, com estratificação dos riscos, e voltado para os determinantes sociais da saúde, os fatores de riscos e as doenças ou condições estabelecidas
Planejamento	Planejamento da oferta, definido pelos interesses dos prestadores e baseados em séries históricas	Planejamento da demanda definido pelas necessidades de saúde da população adscrita
Ênfase do cuidado	Nos profissionais de saúde, especialmente nos médicos	Na relação entre equipes multiprofissionais e os usuários e suas famílias e com ênfase no autocuidado orientado
Conhecimento e ação clínicas	Concentradas nos profissionais, especialmente médicos	Partilhado por equipes multiprofissionais e usuários
Tecnologia de informação	Fragmentada, pouco acessível e com baixa capilaridade nos componentes das redes	Integrada a partir de cartão de identidade dos usuários e dos prontuários eletrônicos e articulada em todos os componentes da rede
Organização territorial	Territórios político-administrativos definidos por lógica política	Territórios sanitários definidos pelos fluxos sanitários da população em busca de atenção
Sistema de financiamento	Financiamento por procedimentos em pontos de atenção à saúde isolados	Financiamento por valor global ou por captação da rede
Participação social	Participação social passiva e a comunidade vista como cuidadora	Participação social ativa por meio de conselhos de saúde com presença na governança da rede



As lógicas subjacentes aos dois sistemas-tipo são definidas pelas singularidades da atenção às condições agudas e crônicas. Dadas essas características singulares das condições agudas e crônicas, seus manejos, pelos sistemas de saúde, são inteiramente diversos. Um dos problemas centrais da crise dos modelos de atenção à saúde contemporâneos consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas, ou seja, por meio de tecnologias destinadas a responder aos momentos agudos dos agravos – na maioria das vezes momentos de agudização das condições crônicas, autopercebidos pelas pessoas –, por meio da atenção à demanda espontânea, principalmente, em unidades ambulatoriais de pronto atendimento ou de internações hospitalares de urgência ou emergência. E desconhecendo a necessidade imperiosa de atenção contínua nos momentos silenciosos dos agravos quando as condições crônicas insidiosamente evoluem. É o que se vê na figura 2:

FIGURA 2 **As Lógicas de Atenção às Condições Agudas e Crônicas**



FONTE: MENDES, 2009; ADAPTADO DE EDWARDS ET AL. (1998)

A figura 2 mostra o curso hipotético da severidade de uma doença em uma pessoa portadora de uma doença crônica. A região inferior, da base do gráfico até a linha A, representa, em determinado tempo, o grau de severidade da doença que pode ser gerido rotineiramente pela atenção primária

à saúde; o espaço entre a linha A e B representa, em determinado tempo, o grau de severidade da doença que pode ser enfrentado pela atenção ambulatorial especializada; finalmente, o espaço superior à linha B representa, em determinado tempo, o grau de severidade da doença que necessita de internação hospitalar.

Suponha-se que se represente a atenção a um portador de diabetes. Pela lógica da atenção às condições agudas, essa pessoa quando se sente mal ou quando agudiza sua doença, aciona o sistema e é atendida, no pronto atendimento ambulatorial (ponto X); em um segundo momento, descompensa e é internada em um hospital (ponto Y). Contudo, nos intervalos não tem atenção contínua e proativa sob a coordenação da equipe da atenção primária à saúde. Esse sistema de atenção – o sistema fragmentado de atenção às condições agudas –, ao fim de um período longo de tempo, determinará resultados sanitários desastrosos. Esse portador de diabetes caminhará, com o passar dos anos, inexoravelmente, para uma retinopatia, para uma nefropatia, para a amputação de extremidades etc.

A razão disso é que esse sistema só atua sobre as condições ou doenças já estabelecidas, em momentos de manifestações clínicas exuberantes, autopercebidas pelos “pacientes”, desconhecendo os determinantes sociais e os fatores de riscos. Por isso, é imprescindível mudar, radicalmente, essa lógica, implantando-se uma rede de atenção à saúde que, além de responder aos momentos de agudização das condições crônicas nas unidades de pronto atendimento ambulatorial e hospitalar, faça seguimento contínuo e proativo dos portadores de condições crônicas, sob a coordenação da equipe da APS e com o apoio dos serviços de atenção secundária e terciária da rede de atenção, atuando, equilibradamente, sobre os determinantes sociais da saúde, sobre os fatores de riscos e, também, sobre os danos e doenças e sua sequelas.

Ainda que os resultados do sistema fragmentado de atenção às condições agudas sejam desastrosos, ele conta com o apoio forte dos decisores políticos e da população que, em geral, é sua grande vítima.

Os resultados dessa forma de atenção das condições crônicas por meio de modelos de atenção à saúde voltados para a atenção a eventos agudos são dramáticos. Tome-se o exemplo do diabetes nos Estados Unidos da América: há 8 milhões de portadores de diabetes com diagnóstico da doença

e outros tantos sem diagnóstico; 35% dos portadores de diabetes desenvolvem nefropatias, 58% doenças cardiovasculares e 30% a 70% neuropatias; os portadores de diabetes têm 5 vezes mais chances que os não portadores de diabetes de apresentar um acidente vascular cerebral; aproximadamente 15% dos portadores de diabetes sofrem algum tipo de amputação de extremidade; há 144 mil mortes prematuras de portadores de diabetes, uma perda de 1.445.000 anos de vida produtiva e uma incapacitação total de 951 mil pessoas; a produtividade anual é 7 mil dólares menor nos portadores de diabetes em relação aos não portadores de diabetes; um portador de diabetes tem o dobro de possibilidade de aposentar-se precocemente que um não portador de diabetes; a carga econômica anual do diabetes foi estimada em torno de 90 bilhões de dólares; e um portador de diabetes custa anualmente, ao sistema de serviços de saúde, 11.157 dólares comparado com 2.604 dólares para não portadores de diabetes (BARR; BOUWMAN; LOBECK, 1996).

Outro dado que mostra a irracionalidade da atenção aos portadores de diabetes por meio de modelos fragmentados de atenção à saúde, voltados para as condições agudas, está no fato de que o custo de um único episódio de internação por diabetes corresponde a uma atenção contínua ambulatorial de 10 a 20 de portadores de diabetes durante um ano (ENGLAND; GRANT; SANCHO, 1997).

A razão desses precários resultados está em um completo divórcio entre uma situação epidemiológica de dupla carga das doenças, com alta prevalência de condições crônicas, e um sistema de atenção fragmentado, voltado para a atenção às condições agudas. A incoerência entre a situação de saúde brasileira e o sistema fragmentado de atenção à saúde praticado configura a crise fundamental do sistema de saúde no país. Essa crise só será superada com a substituição do sistema fragmentado por redes de atenção à saúde.

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de um conjunto de serviços de saúde que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa e com responsabilidade sanitária e econômica sobre essa população. Dessa definição emergem os conteúdos básicos das redes de atenção à saúde: têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; são or-

ganizadas sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde; implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; implicam a atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; operam sob coordenação da APS; e prestam atenção oportuna, em tempo e lugares certos e com a qualidade certa.

As redes de atenção à saúde constituem-se de três elementos fundamentais: uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde.

A população de responsabilidade das redes vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos socio sanitários.

A estrutura operacional das redes de atenção à saúde consolida-se a partir de seus cinco componentes: os pontos de atenção à saúde; o centro de comunicação localizado na APS; os sistemas de apoio (sistema de assistência farmacêutica, sistema de apoio diagnóstico e terapêutico e sistemas de informação em saúde); os sistemas logísticos (cartão de identificação dos usuários, prontuário eletrônico, central de regulação e sistema de transporte sanitário); e o sistema de governança.

O modelo de atenção à saúde é o sistema lógico que permite funcionamento das redes de atenção à saúde. Há vários modelos propostos na literatura internacional que podem ser utilizados como base para a construção de um modelo viável no SUS.

#### Referências Bibliográficas

BANCO MUNDIAL. **Enfrentando o desafio das doenças não transmissíveis no Brasil**. Brasília: Banco Mundial/Unidade de Gerenciamento do Brasil, 2005.

BARR, C. E.; BOUWMAN, D. I.; LOBECK, F. Disease state considerations. In: TODD, W. E.; NASH, D. **Disease management: a systems approach to improving patients outcomes**. Chicago: American Hospital Publishing Inc., 1996.

EDWARDS, N. et al. – **Changing hospital systems**. In: SALTMAN, R.B. et al. (Editors) – **Critical challenges for health care reform in Europe**. Buckingham, Open University Press, 1998.

ENGLAND, R.; GRANT, K.; SANCHO, J. **Health sector reform: a toolkit for communication**. London: Institute for Health Sector Development, 1997.

FERNANDEZ, J.M.D. – **Los sistemas integrados de salud: um modelo para avanzar tras completar las transferencias**. Barcelona, B&F Gestión y Salud, 2004.

MENDES, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde**: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

\_\_\_\_\_. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The world health report 2000**: health systems, improving performance. Geneva: WHO, 2000.

## Plenária

### Aula interativa 1 – Os Sistemas de Atenção à Saúde

#### Trabalho em Grupo – Estudo dirigido 3

#### Os Fundamentos da Construção de Redes de Atenção à Saúde<sup>5</sup>

Este estudo dirigido trabalhará a compreensão dos fundamentos que dão base à construção de redes de atenção à saúde.

· Após a leitura, discutir o texto e depois responder às seguintes questões:

1. Qual a lógica dos arranjos produtivos das redes de atenção à saúde?
2. Quais os fatores que determinam a lógica da construção das redes de atenção à saúde?
3. Na construção das redes de atenção à saúde, que serviços devem ser concentrados e que serviços devem ser desconcentrados?
4. O que você entende por economia de escala? dê exemplos. E qual a sua importância?
5. Como o fator de escassez dos recursos orienta a construção das redes de atenção à saúde?
6. O que você entende sobre o conceito de qualidade em saúde?
7. Quais as relações entre escala e qualidade nas redes de atenção à saúde?
8. Que fatores determinam o acesso aos serviços de saúde e quais evidências existem a respeito desses fatores?

---

<sup>5</sup> Este texto foi transcrito, com pequenas adequações, para atender ao propósito desta oficina, do livro **As redes de atenção à saúde**, de autoria de Eugênio Vilaça Mendes, publicado em 2009. A referência completa deste livro encontra-se na lista de Referências Bibliográficas.

9. Quais os conceitos de integração horizontal e vertical das redes de atenção à saúde?

- Tempo – 1 hora e 15 min

### TEXTO 3 – Os Fundamentos da Construção de Redes de Atenção à Saúde<sup>6</sup>

As redes de atenção à saúde, como outras formas de produção econômica, podem ser organizadas em arranjos produtivos híbridos que combinam a concentração de certos serviços com a dispersão de outros. Em geral, os serviços de APS devem ser dispersos; ao contrário, serviços de maior densidade tecnológica, como hospitais, unidades de processamento de exames de patologia clínica, equipamentos de imagem etc., tendem a ser concentrados (WHO, 2000).

O modo de se organizarem as redes de atenção à saúde define a singularidade de seus processos descentralizadores ante outros setores sociais. Os serviços de saúde estruturam-se em uma rede de pontos de atenção à saúde, composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser distribuídos espacialmente, de forma ótima. Essa distribuição ótima vai resultar em eficiência, efetividade e qualidade<sup>7</sup> dos serviços.

Economia de escala, grau de escassez de recursos e acesso aos diferentes pontos de atenção à saúde determinam, dialeticamente, a lógica fundamental da organização racional das redes de atenção à saúde.

Os serviços que devem ser ofertados de forma dispersa são aqueles que não se beneficiam de economias de escala, para os quais há recursos suficientes e em relação aos quais a distância é fator fundamental para a acessibilidade; diferentemente, os serviços que devem ser concentrados são aqueles que se beneficiam de economias de escala, para os quais os recursos são mais escassos e em relação aos quais a distância tem menor impacto sobre o acesso (MENDES, 2001).

---

<sup>6</sup> Este texto foi transcrito, com pequenas adequações, para atender ao propósito desta oficina, do livro **As redes de atenção à saúde**, de autoria de Eugênio Vilaça Mendes, publicado em 2009. A referência completa deste livro encontra-se na lista de Referências Bibliográficas.

<sup>7</sup> Eficiência é utilizar produtivamente os recursos e efetividade é realizar a coisa certa para transformar a situação existente. Qualidade, neste contexto, é entendida no sentido de eficácia, ou seja, como a capacidade de realizar objetivos – responder às necessidades e às demandas da população, mudar a situação de saúde, alcançar metas pactuadas etc.

As economias de escala ocorrem quando os custos médios de longo prazo diminuem, à medida que aumenta o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades, sendo o longo prazo um período de tempo suficiente para que todos os insumos sejam variáveis. As economias de escala são mais prováveis de ocorrer quando os custos fixos são altos relativamente aos custos variáveis de produção, o que é comum nos serviços de saúde. A teoria econômica assume que as relações entre custos médios e tamanho de certos equipamentos de saúde tendem a assumir uma forma de U. Assim, aumentos de escala implicam fontes adicionais de custos, de tal forma que, além de determinado volume crítico, os custos médios de longo prazo começam a elevar-se, configurando uma situação de deseconomia de escala. Portanto, a busca de escala é condição imprescindível para um sistema de saúde eficiente.

Um exame da literatura universal identificou, aproximadamente, cem estudos que mostram evidências de economias de escala em hospitais. Revelaram que as economias de escala só podem ser encontradas em hospitais de mais de 100 leitos, que o tamanho ótimo dos hospitais pode estar entre 100 a 450 leitos e que as deseconomias de escala vão tornar-se importantes em hospitais de mais de 650 leitos (ALETRAS; JONES; SHELDON, 1997).

Outro fator importante para o desenvolvimento das redes de atenção à saúde é o grau de escassez dos recursos. Recursos muito escassos, sejam humanos, sejam físicos, devem ser concentrados; ao contrário, recursos menos escassos devem ser desconcentrados. Por exemplo, é comum concentrarem-se os médicos superespecializados e desconcentrarem-se os médicos de família que são mais numerosos.

Um dos objetivos fundamentais dos serviços de saúde é a qualidade. Os serviços de saúde têm qualidade quando são prestados em consonância com padrões ótimos pré-definidos; são submetidos a medidas de *performance* nos níveis de estrutura, processos e resultados; são ofertados para atender às necessidades dos usuários; implicam programas de controle de qualidade; são seguros para os profissionais de saúde e para os usuários fazem-se de forma humanizada; e satisfazem às expectativas dos usuários (DLUGACZ; RESTIFO; GREENWOOD, 2004).

Uma singularidade dos serviços de saúde é que parece haver relação estreita entre escala e qualidade, ou seja, entre quantidade e qualidade.

Essa relação estaria ligada a uma crença generalizada de que serviços de saúde ofertados em maior volume são mais prováveis de apresentar melhor qualidade; nessas condições, entre outras razões, os profissionais de saúde estariam mais bem capacitados a realizar os serviços de saúde (BUNKER; LUFT; ENTHOVEN, 1982). Por isso, os compradores públicos de saúde devem analisar o tamanho dos serviços e o volume de suas operações como uma *proxy* de qualidade.

Na Holanda, a busca de escala e qualidade levou à regionalização e concentração de certos serviços de saúde. Por exemplo, cirurgias cardíacas abertas só podem ser realizadas em hospitais que façam, no mínimo, 600 operações anuais (BANTA; BOS, 1991). No Reino Unido, bem como na maioria dos países ricos, há crescente concentração de hospitais, em busca de escala e qualidade (FERGUSON; TREVOR. A.S.; POSNETT, 1997). No Brasil, verificou-se uma associação inversa entre volume de cirurgias cardíacas e taxas de mortalidade por essas cirurgias (NORONHA *et al.*, 2003).

Diante dessas evidências, as redes de atenção à saúde devem configurar-se em desenhos institucionais que combinem elementos de concentração e de dispersão dos diferentes pontos de atenção à saúde.

Os pontos de atenção à saúde são os nós da rede da saúde e configuram-se como um local que se presta um serviço de saúde singular, segundo uma função de produção específica. Exemplos de pontos de atenção à saúde: o domicílio, a unidade básica de saúde, a unidade ambulatorial especializada, a unidade ambulatorial de pronto atendimento, o hospital/dia, os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), os Centros de Especialidades Odontológicas (Ceos) etc. O hospital contém, dentro de si, vários pontos de atenção à saúde: o centro cirúrgico, a unidade de cirurgia ambulatorial, a unidade de urgência, o centro de terapia intensiva etc.

Contudo, esses fatores devem estar em equilíbrio com o critério do acesso aos serviços. O acesso aos serviços de saúde está em função de quatro variáveis: o custo de oportunidade da utilização dos serviços de saúde; a severidade percebida da condição, que gera a necessidade de busca dos serviços; a efetividade esperada dos serviços de saúde; e a distância dos serviços de saúde. Outras condições sendo iguais, quanto maior o custo de oportunidade, menor a severidade da condição, menos clara a percepção da efetividade e maior a distância, menor será o acesso aos serviços de saúde.



Uma revisão sobre o acesso aos serviços de saúde mostrou algumas evidências (CARR-HILL; PLACE; POSNETT, 1997): a utilização da APS é sensível à distância, tanto para populações urbanas quanto rurais, sendo isso particularmente importante para serviços preventivos ou para o manejo de doenças em estágios não sintomáticos; há evidência de uma associação negativa, também para serviços de urgência e emergência; não há evidência de associação entre distância e utilização de serviços de radioterapia e de seguimento de câncer de mama; não há associação entre distância e acessibilidade a serviços hospitalares agudos.

Portanto, o desenho de redes de atenção à saúde faz-se, sobre os territórios sanitários, combinando, dinamicamente, de um lado, economia de escala, escassez relativa de recursos e qualidade dos serviços e, de outro, o acesso aos serviços de saúde. A situação ótima é dada pela concomitância de economias de escala e serviços de saúde de qualidade acessíveis aos cidadãos. Quando se der, como em regiões de baixa densidade demográfica, o conflito entre escala e acesso, prevalece o critério do acesso. Assim, do ponto de vista prático, em algumas regiões brasileiras, as microrregiões estarão definidas por populações subótimas; assim, também, certos serviços operarão em deseconomias de escala porque não se pode sacrificar o direito do acesso aos serviços de saúde a critérios econômicos.

Na construção de redes de atenção à saúde, devem ser observados os conceitos de integração horizontal e vertical. São conceitos que vêm da teoria econômica e que estão associados às cadeias produtivas.

A integração horizontal se dá entre unidades produtivas iguais, com o objetivo de adensar a cadeia produtiva e, dessa forma, obter ganhos de escala e, conseqüentemente, maior produtividade. É o caso das fusões de bancos ou de provedores de Internet.

A integração vertical, ao contrário, dá-se entre unidades produtivas diferentes para configurar uma cadeia produtiva com maior agregação de valor. É o caso de uma empresa que começa com a mineração de ferro, depois agrega a produção de gusa, depois a produção de aço etc.

No desenvolvimento das redes de atenção à saúde, os dois conceitos se aplicam.

A integração horizontal que objetiva promover o adensamento da cadeia produtiva da saúde é feita por dois modos principais: a fusão ou a

aliança estratégica. A fusão dá-se quando duas unidades produtivas, por exemplo, dois hospitais, fundem-se em um só, aumentando a escala pelo somatório dos leitos de cada qual e diminuindo custos; ao reduzirem-se a um só, alguns serviços administrativos anteriormente duplicados, como a unidade de gestão, a cozinha, a lavanderia etc., são extintos. A aliança estratégica é feita quando, mantendo-se as duas unidades produtivas, os serviços são coordenados de modo que cada uma se especialize em uma carteira de serviços, eliminando-se a concorrência entre eles. Por exemplo, quando dois hospitais entram em acordo para que as suas carteiras de serviços não sejam concorrentes, mas complementares, de forma que o que um faz o outro não fará. Em geral, haverá também, na aliança estratégica, ganhos de escala e maior produtividade.

A integração vertical, nas redes de atenção à saúde, é feita por meio de um sistema de comunicação fluido entre as diferentes unidades produtivas dessa rede. Isso significa colocar sob a mesma gestão todos os pontos de atenção à saúde, desde a atenção primária à atenção terciária à saúde e comunicá-los por meio de sistemas logísticos potentes. Na integração vertical, há uma forma especial na saúde de geração de valor em cada nó da rede de atenção, o que se aproxima do conceito de valor agregado da economia.

#### Referências bibliográficas

ALETRAS, V.; JONES, A.; SHELDON, T. A. Economies of scale and scope. In: FERGUSON, B.; SHELDON, T. A.; POSNETT, J. **Concentration and choice in health care**. London: Financial Times Healthcare, 1997.

BANTA, H. D.; BOS, M. The relation between quantity and quality with coronary artery bypass surgery. **Health Policy**, v. 18, n. 1, p. 1-10, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A regionalização da saúde**: versão preliminar para discussão interna. Brasília, 2004. (mimeo).

BUNKER, J. P.; LUFT, H. S.; ENTHOVEN, A. Should surgery be regionalised? **Surgical Clinics of North America**, v. 62, n. 4, p. 657-668, 1982.

CARR-HILL, R.; PLACE, M.; POSNETT, J. Access and the utilization of healthcare services. In: FERGUSON, B.; SHELDON, T. A.; POSNETT, J. **Concentration and choice in health care**. London: Financial Times Healthcare, 1997.

DLUGACZ, Y. D.; RESTIFO, A.; GREENWOOD, A. **The quality handbook for health care organizations**: a manager's guide to tools and programs. San Francisco: John Wiley & Sons, 2004.

FERGUSON, B.; TREVOR, A. S.; POSNETT, J. Introduction. In: FERGUSON, B.; SHELDON, T. A.; POSNETT, J. **Concentration and choice in health care**. London: Financial Times Healthcare, 1997.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. Tomo II.

\_\_\_\_\_. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

NORONHA, J. C. de. *et al.* Avaliação da relação entre volume de procedimentos e a qualidade do cuidado: o caso da cirurgia coronariana. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 6, p. 1781-1789, nov./dez. 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The world health report 2000: health systems, improving performance**. Geneva: WHO, 2000.

## 2º DIA

### Aula interativa 2 – Os Fundamentos da Construção de Redes de Atenção à Saúde

Esta atividade tem o objetivo geral de trabalhar a compreensão dos fundamentos que dão base à construção de redes de atenção à saúde.

#### Trabalho em Grupos – Estudo Dirigido 4

##### A Estrutura Operacional das Redes de Atenção à Saúde

Este estudo dirigido tem o objetivo geral de compreender a estrutura operacional de uma rede de atenção à saúde. É preciso ficar claro para os participantes que uma rede de atenção à saúde só se conforma, consequentemente, quando articula, integradamente, seus cinco componentes.

· Após a leitura, discutir o texto e depois responder às seguintes questões:

1. O que você entendeu por pontos de atenção à saúde?
2. Quais são os papéis da APS nas redes de atenção à saúde?
3. O que você entendeu por sistemas de apoio e quais são esses sistemas?
4. O que você entendeu por sistemas logísticos e quais são esses sistemas?
5. O que você entendeu por sistemas de governança da rede de atenção à saúde?

· Cada relator terá 10min para a apresentação das conclusões do grupo em plenária.

### TEXTO 4 – A Estrutura Operacional das Redes de Atenção à Saúde<sup>8</sup>

n.23  
Atenção Primária à  
Saúde (APS)

---

A estrutura operacional das redes de atenção à saúde expressa-se materialmente em seus cinco componentes: 1. o centro de comunicação, a atenção primária à saúde; 2. os pontos de atenção secundários e terciários; 3. os sistemas de apoio (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico; sistema de assistência farmacêutica; e sistema de informação em saúde); 4. os sistemas logísticos (cartão de identificação de pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); 5. o sistema de governança da rede de atenção à saúde.

Em uma rede, conforme entende Castells (2000), o espaço dos fluxos está constituído por alguns lugares intercambiadores, que desempenham o papel coordenador para a perfeita interação de todos os elementos integrados na rede e que são os centros de comunicação e por outros lugares onde se localizam funções estrategicamente importantes, que constroem uma série de atividades em torno da função-chave da rede e que são os nós da rede.

As redes de atenção à saúde estão compostas, além dos nós e do centro de comunicação, por sistemas logísticos, sistemas de apoio e sistemas de gestão. Nas redes de atenção à saúde, os distintos pontos de atenção à saúde constituem os nós da rede, mas o seu centro de comunicação está localizado na APS. Nesses casos, contudo, não há hierarquização entre os distintos nós, nem entre eles e o centro de comunicação, apenas uma diferenciação dada por suas funções de produção específicas e por suas densidades tecnológicas respectivas, ou seja, não há hierarquia, mas poliarquia entre os pontos de atenção à saúde.

As redes de atenção à saúde estruturam-se por meio de pontos de atenção à saúde que são os lugares institucionais onde se ofertam determinados serviços produzidos por uma função de produção singular. São exemplos de pontos de atenção à saúde: os domicílios onde se faz atenção domiciliar terapêutica, as unidades ambulatoriais especializadas, os centros

---

<sup>8</sup> Este texto foi transcrito, com pequenas adequações, para atender ao propósito desta oficina, do livro **As redes de atenção à saúde**, de autoria de Eugênio Vilaça Mendes, publicado em 2009. A referência completa deste livro encontra-se na lista de Referências Bibliográficas.

de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, os centros de especialidades odontológicas, o centro Viva Vida, os centros de enfermagem, os lares abrigados, os centros de convivência para idosos, os centros de atenção paliativa etc. Os hospitais, como organizações de alta complexidade, 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 etc.

O centro de comunicação da rede de atenção à saúde é o nó intercambiador no qual se coordenam os fluxos e os contrafluxos do sistema de serviços de saúde, constituído pelo ponto de atenção primária à saúde (unidade básica de saúde/equipe do Programa Saúde da Família PSF). Para desempenhar seu papel de centro de comunicação da rede horizontal de um sistema de serviços de saúde, a APS deve cumprir três papéis essenciais: o papel resolutivo, intrínseco à sua instrumentalidade como ponto de atenção à saúde, o de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população; o papel organizador, relacionado com sua natureza de centro de comunicação, o de organizar os fluxos e contrafluxos das pessoas pelos diversos pontos de atenção à saúde; e o de responsabilização, o de responsabilizar-se pela saúde dos cidadãos em qualquer ponto de atenção à saúde em que estejam.

Para isso, a APS deve operar com seis atributos: o primeiro contacto, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a orientação familiar e a orientação comunitária (STARFILED, 2002). O primeiro contacto implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura a APS. A longitudinalidade requer a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de mútua e humanizada relação entre equipe de saúde e os usuários e suas famílias. A integralidade exige a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que determinam a saúde. A coordenação implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, por meio da equipe de saúde, com o conhecimento dos problemas que requerem seguimento constante. A orientação familiar

torna indispensável considerar a família como o sujeito da atenção à saúde, o que exige uma integração dos profissionais com esta unidade afetiva e social e a abordagem integral dos seus problemas de saúde. A orientação comunitária pressupõe o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto físico, econômico, social e cultural em que vivem as famílias, o que exige uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias e de seus membros, na perspectiva da saúde coletiva.

Um terceiro componente das redes de atenção à saúde são os sistemas de apoio. Os sistemas de apoio são os lugares institucionais das redes onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde. O subsistema de apoio diagnóstico e terapêutico envolve, portanto, os exames de patologia clínica, os exames de imagem e os outros exames de apoio terapêutico. O subsistema de assistência farmacêutica envolve uma organização complexa exercitada “por um grupo de atividades relacionadas com os medicamentos, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade” (BRASIL, 1998). Engloba, portanto, intervenções relativas à programação de medicamentos, à aquisição de medicamentos, ao armazenamento dos medicamentos, à distribuição dos medicamentos, à dispensação dos medicamentos, à atenção farmacêutica e à farmacoeconomia, bem como ações de uso racional como protocolos de medicamentos, dispensação farmacêutica, atendimento farmacêutico, conciliação de medicamentos, adesão aos tratamentos medicamentosos e farmacovigilância. Os sistemas de informação em saúde englobam diferentes bancos de dados nacionais e regionais como SIM, Sinasc, SIH, SIA, Siab etc.

Um quarto componente das redes de atenção à saúde são os sistemas logísticos. Os sistemas logísticos são soluções tecnológicas, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, que garantem uma organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e usuários nas redes de atenção à saúde. Os principais sistemas logísticos das redes de atenção à saúde são os cartões de identificação dos usuários, as centrais de regulação, os prontuários clínicos e os sistemas de transportes sanitários. O cartão de identificação dos usuários, na proposta do sistema público brasileiro, está representado pelo Cartão SUS. As centrais de regulação são

sistemas tecnológicos de informação que se organizam em módulos para prover o acesso regulado da atenção à saúde por meio dos seguintes módulos: o módulo de internações de urgência e emergência, o módulo de internações eletivas, o módulo de agendamento de consultas e exames básicos e especializados, o módulo de agendamento de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e o módulo do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde. O prontuário familiar é o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde das famílias e dos pacientes e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade prestada ao indivíduo (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002). Os sistemas de transportes sanitários envolvem o transporte de urgência e emergência, o transporte para procedimentos eletivos, o transporte das amostras para exames e o transporte dos resíduos sólidos das unidades sanitárias.

O quinto componente das redes de atenção à saúde são os sistemas de governança das redes. A governança da rede envolve a definição de uma institucionalidade de gestão e o uso de instrumentos gerenciais. A governança da rede é o arranjo organizativo interinstitucional que permite a governança de todos os componentes das redes de atenção à saúde, de forma a gerar um excedente cooperativo entre os atores sociais em situação e a obter resultados sanitários efetivos e eficientes nas regiões de saúde (macro e microrregiões). A governança da rede é, pois, diferente da gerência dos pontos de atenção à saúde (gestão hospitalar, gestão dos ambulatórios especializados etc). No SUS, a gestão da rede será feita por meio de mecanismos interinstitucionais, expressos em Colegiados Regionais, em conformidade com os Plano Diretores Regionais (PDRs). Esses colegiados exercerão a governança regional das redes de atenção à saúde por meio de um conjunto de instrumentos de gestão que deveriam compor o Plano Regional de Saúde: os observatórios de saúde ou salas de situação; o sistema gerencial da Secretaria de Estado de Saúde, a PPI da assistência, a Programação de Ações Prioritárias (PAP) da vigilância em saúde, o Pacto pela Vida e o Termo de Compromisso de Gestão. O único instrumento gerencial que não pode ser exercitado pelos Colegiados Regionais são os contratos de serviços com prestadores que são realizados pelas Secretarias Estaduais

e Municipais, representadas nos Colegiados Regionais, uma vez que esses Colegiados, até agora, não são entes jurídicos, mas organizações virtuais. Mas o monitoramento e avaliação dos contratos devem ser feitos pelos Colegiados Regionais.

#### Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Portaria n. 3.196 de 30 de outubro de 1998 do Gabinete do Ministro da Saúde. Brasília, 1998.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. 4.ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000. v. I.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução n. 1.638**. 2002.

STARFIELD, B. **Atenção Primária** : equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

#### Plenária

Apresentação dos trabalhos em grupos – 1h. Esta atividade tem o objetivo de sintetizar os componentes de uma rede de atenção à saúde

#### Trabalho em grupos – Exercício 1

##### Organizando a Rede de Atenção Materno-Infantil na região e no município

Esta atividade objetiva utilizar o processo de modelagem das redes de atenção à saúde. É realizado o exercício de elaboração da matriz, um exercício de simulação em grupos e uma plenária. Veja a seguir o roteiro de cada uma dessas atividades.

- Após a leitura do texto, o grupo deverá, com base nas diretrizes de atenção materno-infantil, desenhar, utilizando a matriz proposta, os pontos de atenção da rede de atenção.

- Cada relator terá 10min para a apresentação das conclusões e apresentação do exercício do grupo em plenária.

Após a discussão da modelagem da rede de atenção, o grupo deverá fazer um exercício de desenho da rede, usando, para tal, a matriz que se segue. Nesse momento, não há necessidade de fazer a modelagem da rede por meio da explicitação das ações a serem desenvolvidas em cada ponto de atenção à saúde.



## Matriz de Desenho da Rede de Atenção Materno-Infantil

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO À SAÚDE	TERRITÓRIO SANITÁRIO
Atenção Terciária à Saúde		Macrorregião
Atenção Secundária à Saúde		Microrregião ou Região de Saúde
Atenção Primária à Saúde		Município
		Área de Abrangência
		Microárea

### Plenária

Apresentação dos trabalhos em grupos em 30min.

### Trabalho em grupos – Exercício simulado

#### Modelando uma Rede de Atenção à Gestante e à Criança

- Ler o texto 5 – A Organização da Rede de Atenção à Gestante e à Criança.

- Ler o texto de protocolos clínicos e a planilha de programação para a região e atentar para os resultados esperados e os parâmetros (na programação da rede de atenção à gestante e à criança).

- Utilizando os parâmetros, dimensionar as necessidades por ano (4.<sup>a</sup> coluna da planilha).

- Ler o item sobre cálculo de necessidade de leitos de risco habitual e dimensionar a necessidade de leitos.

- Ler o item sobre cálculo de necessidade de leito de referência para gestação de alto risco e dimensionar as intercorrências, os leitos de unidade de tratamento intensivo (UTI) e os leitos de UTI neonatal (conforme a matriz).

· Cada relator terá 10min para a apresentação das conclusões do grupo em plenária.

## **Plenária**

Apresentação dos trabalhos em grupos – duração de 30min.

**TEXTO 5 (Reservado para apresentar: A Organização da Rede de Atenção Materno-Infantil no Estado)**

*n.23  
Atenção Primária à  
Saúde (APS)*

---

### **\_\_\_\_\_ 1. A Rede de Atenção Materno-Infantil**

A partir dos protocolos clínicos, o grupo técnico realiza a modelagem da rede de atenção materno-infantil. A modelagem estabelece no âmbito de cada território – macrorregional, microrregional e municipal – os pontos de atenção necessários para prestar atendimento e a competência de cada ponto.

## A Modelagem da Rede de Atenção Materno-Infantil

TERRITÓRIO	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO
Município Microárea	Domicílio	<p><b>Visita domiciliar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cadastrar as famílias da microárea.</li> <li>- Realizar visita domiciliar para a família – pelo agente comunitário de saúde (ACS) ou demais membros da equipe de saúde.</li> <li>- Identificar precocemente as gestantes, puérperas e crianças para acompanhamento pela equipe de saúde.</li> <li>- Realizar visita de acompanhamento das gestantes, puérperas e crianças da microárea.</li> </ul> <p><b>Atendimento domiciliar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar atendimento domiciliar (avaliação, execução de procedimentos, tratamento supervisionado etc.) das gestantes, puérperas e crianças da microárea por profissionais da equipe de saúde.</li> </ul>
Município Área de Abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS)	UBSs	<p><b>Pré-natal e puerpério:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar e inscrever as gestantes residentes no território, no pré-natal, preferencialmente no primeiro trimestre de gravidez.</li> <li>- Realizar as consultas de pré-natal, conforme o protocolo.</li> <li>- Solicitar os exames laboratoriais, conforme o protocolo.</li> <li>- Imunizar as gestantes, conforme o protocolo.</li> <li>- Classificar as gestantes por grau de risco, conforme o protocolo.</li> <li>- Encaminhar as gestantes de alto risco para o centro de referência microrregional, conforme o protocolo.</li> <li>- Monitorar as gestantes de alto risco, conforme o protocolo.</li> <li>- Realizar visitas domiciliares para as gestantes.</li> <li>- Realizar atividades educativas para a gestante e familiares.</li> <li>- Realizar consulta puerperal, conforme protocolo.</li> </ul> <p><b>Puericultura:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar visita domiciliar para os RN residentes no território.</li> <li>- Inscrever os RN na puericultura.</li> <li>- Realizar as consultas para as crianças menores de 1 ano, conforme o protocolo.</li> <li>- Imunizar as crianças menores de 1 ano, conforme o protocolo.</li> <li>- Classificar as crianças menores de 1 ano por grau de risco, conforme o protocolo.</li> <li>- Encaminhar as crianças menores de 1 ano de alto risco para o centro de referência microrregional, conforme o protocolo.</li> <li>- Monitorar as crianças menores de 1 ano de alto risco, conforme o protocolo.</li> <li>- Realizar visitas domiciliares para as crianças menores de 1 ano.</li> <li>- Realizar atividades educativas para os familiares.</li> </ul>

TERRITÓRIO	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO
Região de Saúde	Centro de referência regional	<p><b>Pré-natal e puerpério de alto risco:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar as consultas de pré-natal de alto risco, conforme o protocolo.</li> <li>- Solicitar os exames laboratoriais para a gestante de alto risco, conforme o protocolo.</li> <li>- Realizar atividades educativas para a gestante de alto risco e familiares.</li> <li>- Realizar consulta puerperal para puérperas de alto risco, conforme protocolo.</li> </ul> <p><b>Interconsulta para crianças de alto risco:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar as consultas para as crianças menores de 1 ano de alto risco, conforme o protocolo.</li> <li>- Realizar atividades educativas para os familiares.</li> </ul>
	Hospital/ Maternidade microrregional	<p><b>Internamento – gestantes de risco habitual:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar internamentos para as gestantes de risco habitual que apresentarem intercorrências clínicas e obstétricas.</li> </ul> <p><b>Parto – gestantes de risco habitual:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar parto para as gestantes de risco habitual.</li> </ul> <p><b>Internamento – crianças de baixo risco:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar internamentos para as crianças que apresentarem intercorrências clínicas.</li> </ul>
Macrorregião	Hospital/ Maternidade macrorregional	<p><b>Internamento – gestantes de alto risco:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar internamentos para as gestantes de alto risco que apresentarem intercorrências clínicas e obstétricas.</li> </ul> <p><b>Parto – gestantes alto risco:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar parto para as gestantes de alto risco.</li> </ul> <p><b>Internamento – crianças de alto risco:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar internamentos para as crianças de alto risco que apresentarem intercorrências clínicas.</li> </ul>
	Casa da gestante	<p><b>Atendimento às gestantes de alto risco:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar o monitoramento das gestantes de alto risco que necessitam de observação e medidas de apoio médico e social.</li> </ul>

### Exercício simulado

\_\_\_\_\_ 2. Os protocolos clínicos e a planilha de programação para a microrregião

\_\_\_\_\_ 2.1 A programação da rede de atenção ambulatorial

Os protocolos clínicos também contêm as planilhas de programação, que discriminam os resultados esperados, as principais atividades a serem operacionalizadas e os parâmetros para dimensionar a necessidade de atendimento nos pontos de atenção.

## Planilha de Programação à Gestante

RESULTADO ESPERADO	ATIVIDADE	PARÂMETRO	CAPACIDADE INSTALADA	DIMENSIONAMENTO DE NECESSIDADE/ ANO
Cobertura de 100% das gestantes no pré-natal dos municípios	Inscriver as gestantes no pré-natal das unidades de saúde do município	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2% da população total dos municípios são gestantes no período de 1 ano</li> <li>- 100% das gestantes inscritas no pré-natal das unidades de saúde, preferencialmente, no primeiro trimestre de gestação</li> </ul>		
	Realizar consultas de pré-natal para as gestantes nas unidades de saúde do município	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 100% das gestantes com, no mínimo, 6 consultas de pré-natal nas unidades de saúde do município, sendo:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 consulta no primeiro trimestre de gestação</li> <li>- 2 consultas no segundo trimestre de gestação</li> <li>- 3 consultas no terceiro trimestre de gestação</li> </ul> </li> </ul>		
	Realizar exames laboratoriais para as gestantes, com coleta no município.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 100% das gestantes com exames laboratoriais solicitados na inscrição do pré-natal: grupo sanguíneo, fator Rh, Coombs indireto se necessário, hemograma, glicemia de jejum, VDRL, toxoplasmose, urina rotina, urocultura, colpocitologia oncótica, teste anti-HIV (após aconselhamento e consentimento), HbsAg.</li> <li>- Na 30.a semana, glicemia de jejum, VDRL e urina de rotina.</li> </ul>		
Acompanhamento de 100% das gestantes de alto risco no centro de referência microrregional	Realizar consultas adicionais de pré-natal para as gestantes de alto risco no centro de referência microrregional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 15% das gestantes são de alto risco</li> <li>- 100% das gestantes alto risco com, no mínimo, 5 consultas de pré-natal no centro de referência microrregional</li> </ul>		
	Realizar ultrassonografia para as gestantes de alto risco no centro de referência microrregional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 100% das gestantes alto risco com, no mínimo, 2 ultrassonografias realizadas no centro de referência microrregional</li> </ul>		

RESULTADO ESPERADO	ATIVIDADE	PARÂMETRO	CAPACIDADE INSTALADA	DIMENSIONAMENTO DE NECESSIDADE/ ANO
Atendimento de 100% das gestantes de alto risco que necessitem de monitoramento na casa da gestante na macrorregião	Realizar monitoramento das gestantes de alto risco que necessitem de observação na casa da gestante na macrorregião	- 15% das gestantes são de alto risco e destas 5% poderão necessitar de atendimento, na casa da gestante, por um período médio de 10 dias		
Garantia do parto para 100% das gestantes de risco habitual na maternidade de referência microrregional	Realizar parto para as gestantes de risco habitual na maternidade de referência microrregional	- 85% das gestantes são de risco habitual - 100% das gestantes de risco habitual com garantia do parto na maternidade de referência microrregional		
Garantia do parto para 100% das gestantes de alto risco na maternidade de referência para alto risco macrorregional	Realizar parto para as gestantes de alto risco na maternidade de referência para alto risco macrorregional	- 15% das gestantes são de alto risco - 100% das gestantes de alto risco com garantia do parto na maternidade de referência para alto risco macrorregional		
Cobertura de 100% das puérperas com consulta puerperal nos municípios	Realizar consultas puerperais para as puérperas nas unidades de saúde do município	- 100% das puérperas com, no mínimo, 1 consulta puerperal nas unidades de saúde do município, no período até 40 dias após o parto		

## Planilha de Programação Perinatal

RESULTADO ESPERADO	ATIVIDADE	PARÂMETRO	CAPACIDADE INSTALADA	DIMENSIONAMENTO DA NECESSIDADE/ANO
Cobertura de 100% dos recém-nascidos (RNs) nas ações de puericultura nos municípios	Inscriver os RNs nas ações de puericultura no município	- Cálculo do número de RN = número total de gestantes – 10% (possíveis abortos) = total de RN no município no ano - 100% dos RNs inscritos nas ações de puericultura nas unidades de saúde, preferencialmente, na primeira semana após alta da maternidade.		
Cobertura de 100% dos menores de 1 ano nas ações de puericultura nos municípios	Realizar consultas de puericultura para crianças menores de 1 ano no município	100% das para crianças menores de 1 ano com, no mínimo, 7 consultas de puericultura nas unidades de saúde do município, sendo: - Mínimo de 3 consultas no 1.º trimestre; - Mínimo de 2 consultas no 2.º trimestre; - Mínimo de 1 consulta no 3.º trimestre; - Mínimo de 1 consulta no 4.º trimestre.		
	Proceder à imunização conforme o preconizado no Protocolo	No mínimo 95% das crianças inscritas imunizadas		
Acompanhamento de 100% das crianças menores de 1 ano de alto risco no centro de referência microrregional	Realizar consultas adicionais para as crianças menores de 1 ano de alto risco no centro de referência microrregional	- 15% das crianças menores de 1 ano - 100% das crianças menores de 1 ano de alto risco com, no mínimo, 5 consultas no centro de referência microrregional		
Redução da mortalidade infantil nos municípios	Investigar as mortes infantis do município	100% das mortes infantis identificadas e investigadas pelas unidades de saúde no município		

### 2.2 O cálculo da necessidade de leitos na maternidade microrregional

Também, a partir da planilha de programação contida no protocolo clínico, pode-se realizar o cálculo da necessidade de leitos na maternidade microrregional, conforme a planilha a seguir.

## Modelagem da Maternidade Microrregional

DIMENSIONAMENTO DE PARTOS							
Partos/ano		Partos/mês		Partos/dia		Necessidade de sala de parto	
Normal	Cesárea	Normal	Cesárea	Normal	Cesárea	Normal	Cesárea

DIMENSIONAMENTO – LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO		
Número de internamentos/dia	Tempo de permanência (dias)	Necessidade de leitos de alojamento conjunto

### \_\_\_\_\_ 2.3 O cálculo da necessidade de leitos na maternidade macrorregional

Também, a partir da planilha de programação contida no protocolo clínico, pode-se realizar o cálculo da necessidade de leitos na maternidade macrorregional, conforme a planilha a seguir.

## Modelagem da Maternidade Macrorregional

DIMENSIONAMENTO – PARTOS							
Partos/ano		Partos/mês		Partos/dia		Necessidade de sala de parto	
Normal	Cesárea	Normal	Cesárea	Normal	Cesárea	Normal	Cesárea

DIMENSIONAMENTO – LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO		
Número de internamentos/dia	Tempo de permanência (dias)	Necessidade de leitos de alojamento conjunto



DIMENSIONAMENTO – LEITOS DE UTI ADULTO		
Número de puérperas que necessitam de UTI (10% das gestantes de risco)	Tempo de permanência (dias)	Necessidade de leitos de UTI
	3 a 4 dias	
DIMENSIONAMENTO – LEITOS DE UTI NEONATAL		
Necessidade de leitos de UTI		
Necessidade de leitos de UTI*	Intermediário	Alto risco

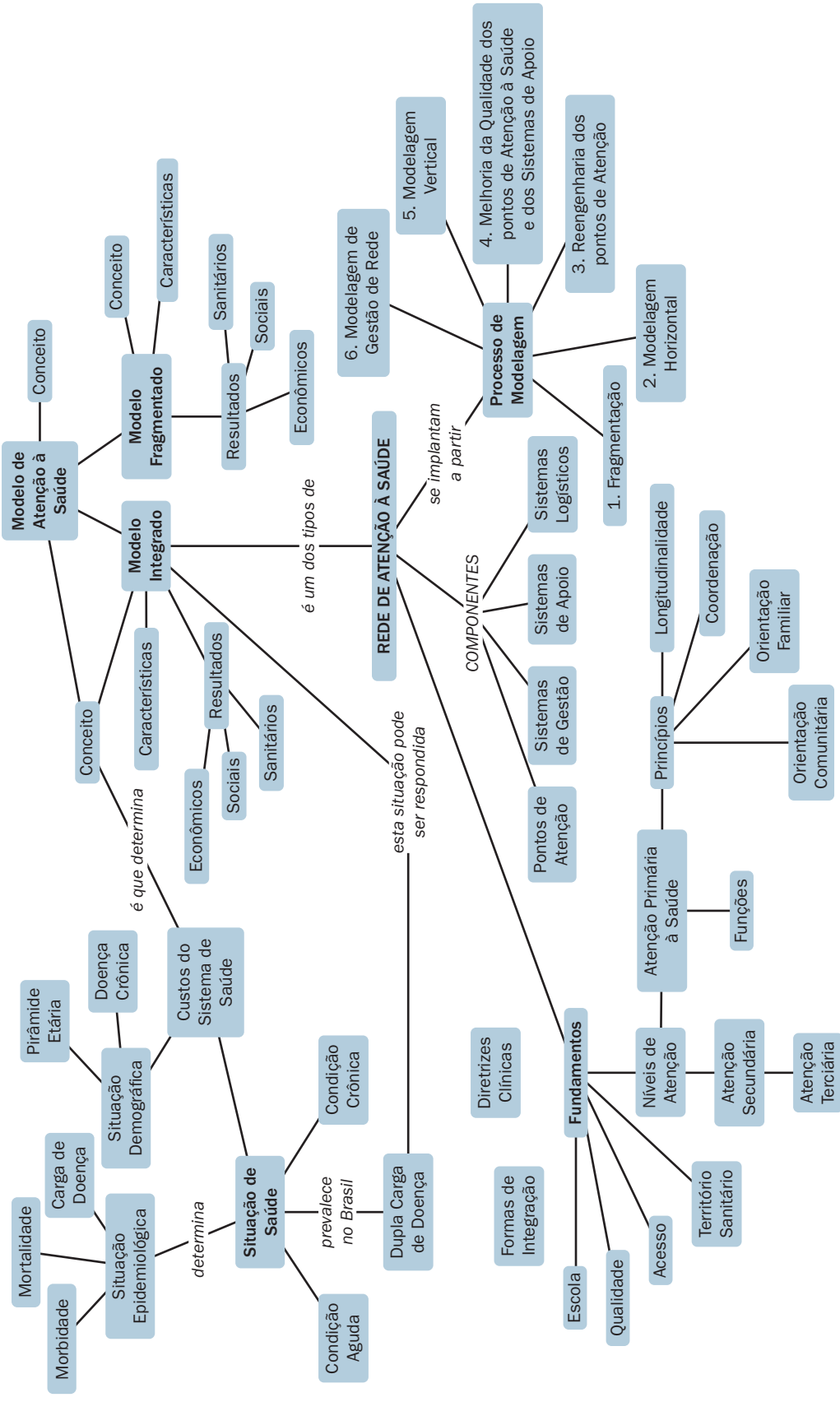
\* A Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda 1 a 2 leitos para cada mil nascidos vivos, sendo 1/3 de UTI neonatal e 2/3 de Unidade de Cuidados Intermediários.

\*\* Lembrar que, em planejamento hospitalar, a taxa de ocupação de leitos deve ser calculada em torno de 80%, para se ter folga de leitos (20% para tempo de desinfecção, tempo de saída pós-alta etc.)

### Trabalho de dispersão

- Elaborar a Matriz de desenho da rede de atenção à gestante e à criança no município.
- Orientação para o trabalho de dispersão – Nesta atividade, será orientado o preenchimento pelos municípios da Matriz de desenho da rede materno-infantil do município e a planilha de programação da rede.
- Avaliação da oficina.

# Mapa conceitual de Redes de Atenção à Saúde



## OFICINA II

---



Esta oficina promove análise da APS nos municípios, a sua forma de organização, a sua resolubilidade e permite aos participantes a reflexão a respeito da complexidade dos problemas que as equipes da APS têm de enfrentar na sua rotina. Trabalha a importância da mudança na concepção da APS para a melhoria dos indicadores de saúde, do acesso aos usuários e dos resultados do sistema de saúde.

### Objetivos

1. Compreender e discutir a evolução do conceito de APS.
2. Compreender e discutir os elementos constituintes da APS.
3. Compreender e discutir a realidade locorregional, visando ao fortalecimento da APS nessa realidade.

### Objetivos Específicos

1. Compreender e discutir o conceito de APS e sua evolução pós-Alma-Ata até os dias atuais.
2. Compreender e discutir o conceito de APS e sua articulação com a promoção à saúde.
3. Conhecer, compreender, discutir e exercitar os elementos constituintes da APS: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade da atenção, coordenação e centralidade na família.
4. Compreender e discutir a orientação comunitária e promoção à saúde como elementos característicos da APS.
5. Compreender, discutir e exercitar proposta de fortalecimento da APS em seu município em face da sua realidade sanitária e dos condicionantes existentes.

## PROGRAMA GERAL DA OFICINA

### 1º dia

n.23  
Atenção Primária à  
Saúde (APS)

TEMPO ESTIMADO	HORÁRIO	ATIVIDADE	TEMA
30min		Reencontro dos participantes	Apresentação dos objetivos da Oficina 2
1h e 30min		Apresentação dos trabalhos de dispersão da Oficina 1	Socializar e problematizar a realidade locorregional a partir da apresentação das planilhas de desenho da rede materno-infantil e de programação
15min		Intervalo	
1h e 30min		Trabalho em grupos	O Papel da Atenção Primária na Construção do SUS e quadro 1 e 2
30min		Plenária	Apresentação dos grupos
1h e 30min		Intervalo para almoço	
2h		Estudo de caso 1	A Situação de Saúde no município de Boa Fé
15min		Intervalo	
1h		Plenária	Apresentação dos trabalhos em grupos

## 2º dia

TEMPO ESTIMADO	HORÁRIO	ATIVIDADE	TEMA
2h e 15min		Trabalho em grupos	Plano de Fortalecimento da APS no município de Boa Fé
15min		Intervalo	
1h		Plenária	Apresentação dos trabalhos em grupos – planilhas de fortalecimento
1h e 30min		Intervalo para almoço	
1h		Trabalho em grupos	Texto 2 – A Promoção da Saúde
30min		Plenária	Apresentação dos trabalhos em grupos
45min		Aula interativa	Sistematização das atividades desenvolvidas
15min		Intervalo	
45min		Aula interativa	Apresentação das atividades para o período de dispersão
15min			Avaliação

## ROTEIRO DAS ATIVIDADES

### 1º DIA

#### Abertura

Sugestão: Como se trata da Oficina 2, o coordenador deverá saudar os participantes e retomar as principais questões abordadas na Oficina 1. Poderá iniciar com alguma dinâmica de “bom retorno”.

#### Apresentação dos trabalhos do período de dispersão

#### Intervalo

#### Trabalho de grupos – leitura de texto

#### O Papel da Atenção Primária na Construção do SUS

- Após a leitura, discutir o texto e utilizar as questões propostas.
- Tempo estimado de 1h e 30min.

---

**Questões para discussão:**

1. Como o grupo conceitua sistemas de saúde?
2. Como o grupo entende a APS e a sua importância na conformação dos sistemas de saúde?
3. Como o grupo percebe e problematiza os desafios para a implementação da APS no estado?
4. Quais são os princípios e atributos da APS?
5. Quais são as diferentes concepções da APS nos sistemas de saúde?

**TEXTO 1 – O Papel da Atenção Primária na Construção do SUS<sup>9</sup>**

A construção do SUS avançou de forma substantiva nos últimos anos, e a cada dia se fortalecem as evidências da importância da APS nesse processo. Os esforços dos governos nas diferentes esferas administrativas (federal, estaduais e municipais), da academia, dos trabalhadores e das instituições de saúde vêm ao encontro do consenso de que ter a APS como base dos sistemas de saúde é essencial para um bom desempenho destes.

Nos países com sistemas de saúde universalizantes e includentes, como na Europa, no Canadá e na Nova Zelândia, o tema APS está na pauta política dos governos, fazendo um contraponto à fragmentação dos sistemas de saúde, à superespecialização e ao uso abusivo de tecnologias médicas, que determina necessidades questionáveis de consumo de serviços de saúde. Assim, mesmo considerando que tais sistemas têm diferentes arranjos operativos, podem-se identificar princípios similares, quais sejam: primeiro contato, coordenação, abrangência ou integralidade e longitudinalidade. Esses princípios vêm sendo reforçados pelo acúmulo de publicações, em especial nos países desenvolvidos, que demonstram o impacto positivo da APS na saúde da população, no alcance de maior equidade, na maior satisfação dos usuários e nos menores custos para o sistema de saúde.

O Brasil também já apresenta estudos que demonstram o impacto da expansão da APS, baseada, sobretudo, na estratégia de saúde da família

---

<sup>9</sup> Este texto foi transcrito, com pequenas adequações, para atender ao propósito desta oficina, do livro **Atenção primária e promoção da saúde**: para entender a gestão do SUS, que faz parte da Coleção Progestores, do CONASS, publicado em 2007. A referência completa encontra-se na lista de Referências Bibliográficas.



(MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Além desses, muitos outros estudos estão em curso, seja na esfera federal, seja nos estados, financiados em sua maioria com recursos do Proesf.<sup>10</sup>

Outra vertente de discussão que se vem dando concomitantemente à implementação e ao aperfeiçoamento da APS como base do SUS é o fortalecimento da Promoção da Saúde no SUS. Como parte desse movimento, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Promoção da Saúde. Por se considerar a APS o *locus* privilegiado para a operacionalização da promoção da saúde, tratar-se-á conjuntamente dos dois temas neste capítulo.

### \_\_\_\_\_ Assistência à saúde nos sistemas nacionais e a importância da APS

A noção de proteção social como uma necessidade das populações inclui a universalização do acesso aos serviços de saúde e surge em resposta à crescente desigualdade social e à ampliação das brechas existentes entre os mais ricos e os mais pobres, em especial na América Latina (BAZZANI, R. *et al.*, 2006). Entretanto, a capacidade de resposta dos sistemas de saúde às necessidades da população é questionável, em especial dentro do modelo centrado no médico e no hospital. Exemplo disso pode ser visto em trabalhos que apontam que uma redução de cerca de 6 a 12 meses na expectativa de vida da população dos Estados Unidos pode ser creditada à iatrogenia médica, sendo essa a terceira causa de óbito naquele país (STARFIELD, 2000; KAWASHI *apud* DUBOT, 2006). Por isso, há de se garantir a universalização do acesso, mas com atenção ao consumo indiscriminado e mercadológico dos serviços de saúde.

Entendendo que a sustentabilidade dos sistemas de saúde baseados nos modelos médico-hospitalocêntricos tem demonstrado evidentes sinais de esgotamento, aponta-se a necessidade de traçar estratégias claras, empiricamente suportadas, para o avanço na melhoria dos indicadores de saúde da população. Nesse sentido, a APS vem demonstrando ser um ele-

---

<sup>10</sup> O Proesf (Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família) é um projeto em curso, com duração total prevista de 8 anos, realizado pelo governo brasileiro com parte dos recursos de empréstimo junto ao Banco Mundial e que inclui a disponibilização de recursos específicos para as SES, em especial para os componentes de educação permanente e monitoramento e avaliação (para saber mais, ver [www.saude.gov.br/proesf](http://www.saude.gov.br/proesf)).

mento-chave na constituição dos sistemas nacionais de saúde, com capacidade de influir nos indicadores de saúde e com grande potencial regulador da utilização dos recursos de alta densidade tecnológica,<sup>11</sup> garantindo o acesso universal aos serviços que tragam reais benefícios à saúde da população.

#### \_\_\_\_\_ A evolução do termo APS

As diferentes interpretações da abrangência e do escopo da atenção primária nos diversos países e continentes, sua complexidade conceitual e a evolução de sua implementação levaram à utilização de diferentes termos para nomear essa forma de organização dos sistemas de serviços de saúde. Tal polissemia é vista tanto na literatura internacional quanto na nacional.

Da atenção primária proposta em Alma-Ata até hoje, surgiram derivações que apontam o que se considerava avanço ou especificidade em relação à proposta original. Nesse sentido, tem-se: atenção primária à saúde, atenção primária seletiva, atenção primária orientada para a comunidade e, mais recentemente, a atenção primária renovada.

No processo histórico brasileiro, também são apresentadas diferentes interpretações para a APS. A noção de que “os cuidados primários de saúde, ao assumirem, na primeira metade da década de oitenta, um caráter de programa de medicina simplificada para os pobres de áreas urbanas e rurais, em vez de uma estratégia de reorientação do sistema de serviços de saúde”, acabou por afastar o tema do centro das discussões à época (PAIM, 1998). É interessante observar que a utilização pelo Ministério da Saúde do termo atenção básica para designar atenção primária apresenta-se como reflexo da necessidade de diferenciação entre a proposta da saúde da família e a dos “cuidados primários de saúde”, interpretados como política de focalização e atenção primitiva à saúde (TESTA, 1992). Dessa forma, criou-se, no Brasil, uma terminologia própria, importante naquele momento histórico. Atualmente, alguns autores (MENDES, 2002 e TAKEDA, 2004), o próprio CONASS e alguns documentos e eventos do Ministério da Saúde já vêm utilizando a terminologia internacionalmente reconhecida de Atenção Pri-

---

<sup>11</sup> O termo alta densidade tecnológica refere-se a equipamentos e instrumentais médico-hospitalares, via de regra de alto custo.

mária à Saúde. Assim, é claro que, no Brasil, o Ministério da Saúde adotou a nomenclatura de atenção básica para definir APS, tendo como sua estratégia principal a Saúde da Família (SF).

Para além da terminologia empregada, estão as próprias concepções e práticas de APS, que ainda hoje variam desde “assistência pobre para pobres”, a “base para qualquer reforma de um sistema de saúde”, ou “a chave para alcançar a saúde para todos”. Segundo Mahler (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) a concepção de APS que vem sendo utilizada no Brasil coloca o país em posição de vanguarda da discussão no mundo. Entretanto, embora exista um conceito nacional que vem trazendo contribuições para a evolução conceitual e prática da APS mundialmente, identifica-se, nos mais de 5 mil municípios brasileiros, enorme gama de práticas sob a designação de Atenção Básica ou Saúde da Família. Assim, mesmo considerando uma atenção básica ampliada, abrangente e inclusiva, como pensada pelos formuladores de forma tripartite, pode-se ver, em alguns locais, a APS focalizada ou excluyente acontecendo, na prática, no país. Atentando para essa questão podem-se corrigir rumos para a construção do ideal de Atenção Primária à Saúde proposto.

#### \_\_\_\_\_ Entendendo o que é APS no Sistema de Saúde

Um sistema é um conjunto articulado de recursos e conhecimentos, organizado para responder às necessidades de saúde da população. A condição de sistema é fundamental para que todos os problemas de saúde possam ser enfrentados.

Um sistema de saúde é entendido como uma rede horizontal interligada por pontos de atenção à saúde. Um ponto de atenção à saúde é um local de prestação de serviços. Como exemplos, destacam-se ambulatórios de atenção primária, unidades de cuidados intensivos, hospitais-dia, ambulatórios de cirurgia, ambulatórios de atenção especializada, serviços de atenção domiciliar. Tais pontos pressupõem relações mais horizontalizadas entre os serviços, além de novas formas de articulação e de gestão destes.

No contexto brasileiro e internacional, estudos voltados a entender as necessidades de saúde da população e seus determinantes, bem como conhecer os padrões de utilização dos serviços de saúde, demonstraram que

algumas características são comuns às mais diversas populações,<sup>12</sup> e outras são muito particulares.

A análise das características comuns às diversas populações orienta a organização de sistemas de serviços de saúde, conformando sistemas. Com base nessas características, foi sistematizada uma proposta que vem sendo aperfeiçoada nos últimos 30 anos (ver quadro 2) e que atualmente vem sendo adotada por um número cada vez maior de países que é justamente a APS.

A análise das características particulares a cada população (os aspectos ambientais, socioeconômicos, demográficos, culturais e de saúde) orienta a organização local de cada serviço.

A APS é, então, uma forma de organização dos serviços de saúde que responde a um modelo assistencial (com valores, princípios e elementos próprios – ver quadro 1), por meio do qual se busca integrar todos os aspectos desses serviços e que tem por perspectiva as necessidades de saúde da população. Em sua forma mais desenvolvida, a atenção primária é o primeiro contato com o sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população ao longo do tempo e busca proporcionar equilíbrio entre as duas metas de um sistema nacional de saúde: melhorar a saúde da população e proporcionar equidade na distribuição de recursos (STARFIELD, 2002).

A APS é também uma concepção de sistema de saúde, uma “filosofia” que permeia todo o sistema de saúde. Um país só pode afirmar que tem um sistema de saúde baseado na APS, no sentido mais profundo da expressão, quando seu sistema de saúde se caracteriza por: justiça social e equidade; autorresponsabilidade; solidariedade internacional e aceitação de um conceito amplo de saúde. Enfatiza a compreensão da saúde como um direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde. Não difere, nos princípios, de Alma-Ata, mas sim na ênfase sobre as implicações sociais e políticas na saúde. Defende que o enfoque social e político da APS deixou para trás aspectos específicos

---

<sup>12</sup> Embora os diferentes países/territórios tenham imensa diversidade cultural (por exemplo, raça, etnia, situação socioeconômica, estado de saúde, afiliações religiosas e políticas), existem aspectos comuns entre as pessoas e suas preocupações com saúde.

das doenças e que as políticas de desenvolvimento devem ser mais inclusivas, dinâmicas, transparentes e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação, se pretendem alcançar mais equidade em saúde.

A atenção primária tem aspectos únicos, próprios dela, que a caracterizam e a diferenciam dos demais níveis de atenção. Para realmente se entender o que é a APS, deve-se conhecer os elementos que a constituem (ver quadro 1) e como se articulam.

No Brasil, pode-se dizer que o sistema de saúde que se busca, com os avanços e conquistas próprias, está perfeitamente afinado com a APS, pois se identificam os valores e princípios essenciais para estabelecer as prioridades nacionais (ver quadro 1): um sistema de saúde voltado a enfatizar a equidade social, a corresponsabilidade entre população e setor público, e a solidariedade, utilizando um conceito amplo de saúde.

#### \_\_\_\_\_ O que queremos com a APS

Como foi dito anteriormente, a APS busca proporcionar equilíbrio entre as duas metas de um sistema nacional de saúde: melhorar a saúde da população e proporcionar equidade na distribuição de recursos.

Nesse sentido, a estratégia brasileira para APS, que é a Saúde da Família, tem sido positiva. A pesquisa Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores para a atenção básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) descreve comparativamente, no período de 1998 a 2004, a evolução de oito indicadores de saúde, segundo estratos de cobertura da Saúde da Família no Brasil, considerando o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), renda e porte populacional dos municípios.

Como tendência geral, o grande impacto do PSF no sentido de melhorar os indicadores de saúde foi observado nos agrupamentos de municípios com IDH baixo (<0,7). Esta observação é muito importante por traduzir que a estratégia de saúde da família é um fator de geração de equidade. Ao demonstrar melhores resultados nesse agrupamento de municípios de IDH mais baixo, conseguiu aproximar os indicadores destes dos municípios de renda e IDH mais alto, reduzindo a brecha existente entre os dois grupos de municípios. Também o estudo de Macinko, Guanais e Souza em que foram avaliadas variáveis para redução da mortalidade infantil, a Saúde da Família

apresentou-se como a segunda variável mais importante, somente causando menor impacto que os anos de escolaridade materna. O estudo demonstrou que a Estratégia Saúde da Família (ESF) superou o acesso a água tratada como fator de redução da mortalidade. Também confirmou que o número de leitos hospitalares *per capita* tem um peso pequeno nesse indicador.

#### \_\_\_\_\_ **Desafios para a Saúde da Família**

Levantaremos alguns desafios para a ESF que vêm sendo apontados em encontros nacionais e internacionais, discussões de grupos e oficinas sobre o tema, promovidos pelo Ministério da Saúde, CONASS, Conasems, Opas, Secretarias Estaduais e Municipais e instituições acadêmicas, a partir de notas dos autores.

#### \_\_\_\_\_ **Valorização política e social do espaço da APS**

O desafio central, do qual derivam muitos outros, é o da valorização política e social do espaço da APS junto a gestores, academia, trabalhadores, população, mídia e todos os segmentos que, de uma maneira ou de outra, influem na definição dos rumos do país. A ESF, apesar dos enormes avanços e conquistas nos últimos anos, ainda enfrenta muitos desafios para se tornar hegemônica como uma proposta capaz de mudar o sistema de saúde e fazer frente ao modelo fragmentado existente. A fragmentação é coerente com o paradigma flexneriano, de disciplinas isoladas, que domina as escolas médicas e praticamente todas as escolas do campo da saúde. Esse modelo fragmentado também se mostra muito mais coerente com as demandas do mercado do que com uma proposta abrangente de atenção primária. Felizmente, seja pelo caminho de redução e racionalização dos custos, seja pelo caminho das evidências de melhores resultados, da busca da equidade e da maior solidariedade na sociedade, há reforço e valorização mundial da APS. Também é importante que o Brasil avance na construção desse campo de conhecimento e de prática, ainda pouco explorado pela academia brasileira, deixando ao largo preconceitos e ideias pré-formatados, ainda não superados, dos pacotes assistenciais dos anos 1980 e 1990.

A título de exemplo, a desvalorização da APS reflete-se na dificuldade de captação de médicos nas residências de medicina de família, nas

dificuldades de muitos atores de deixar de tratar a APS como o “postinho de saúde” e dos usuários de reconhecer que esse espaço é crucial para apoiá-los no emaranhado de serviços e tecnologias disponíveis nos sistemas de saúde.

#### \_\_\_\_\_ **Duplicação das Redes de Atenção**

Outra questão derivada dessa discussão é a duplicação de redes de atenção com unidades tradicionais e unidades de saúde da família, que atuam em um mesmo território, gerando, entre outros problemas, competição pela clientela, dificultando a vinculação da população, conflitos entre as equipes, com desqualificação do trabalho destas diante da população usuária e gastos adicionais desnecessários. Soma-se a isso a fragilidade da gestão na maioria dos mais de 5 mil municípios, muitos dos quais nem mesmo possuem estruturas organizadas de gestão em saúde, bem como a baixa capacidade de apoio técnico de muitas das SES e, em especial, de suas estruturas regionais, que são, em última instância, o primeiro ponto de contato do gestor municipal com o sistema regional e estadual de saúde.

#### \_\_\_\_\_ **Prática das equipes**

Um quarto grupo de desafios localiza-se na prática das equipes. Promover a integralidade do cuidado em suas diversas vertentes é um enorme desafio para as equipes. Pode-se entender a integralidade inicialmente pela capacidade da equipe em se articular internamente, em um trabalho em equipe e não em grupo. Isso significa mudar a prática cotidiana. Um segundo aspecto é a capacidade das equipes de atuar integrando as diversas áreas programáticas com a demanda espontânea, respondendo de forma equilibrada a essas duas demandas. O terceiro aspecto é a necessidade de prover serviços para tratamento e reabilitação, mas também atuar no controle dos riscos e danos em seu território, prevenindo agravos e promovendo a saúde com ações de cunho individual, de grupos e populacional. O quarto ponto diz respeito à interação com a comunidade e a capacidade de ação intersetorial em seu território. Temos de atentar para que não sejam transferidas às equipes de Saúde da Família responsabilidades de ações intersetoriais que são do gestor.

QUADRO 1 **Valores, princípios e elementos de um modelo de saúde baseado na AP e do modelo de saúde adotado pelo Brasil. Modificado do quadro da OPS**

n.23  
Atenção Primária à  
Saúde (APS)

<b>SUS – BRASIL A SAÚDE DA FAMÍLIA</b>	
<p><b>Valores</b> Expressam os valores dominantes em uma sociedade. São a âncora moral para as políticas e programas no interesse público.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Universalidade</li> <li>- Equidade</li> <li>- Integralidade</li> <li>- Participação e controle social</li> </ul>
<p><b>Princípios</b> Provêm as bases para a legislação, os critérios para a avaliação, critérios para a alocação de recursos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Territorialização</li> <li>- Intersetorialidade</li> <li>- Caráter substitutivo (baseado na pessoa e não na doença)</li> <li>- Equipes multiprofissionais</li> <li>- Baseado nas necessidades e expectativas das populações</li> <li>- Voltado para a qualidade</li> </ul>
<p><b>Atributos (ou elementos ou características da APS)</b> São a base estrutural e funcional do sistema de saúde. Permitem operacionalizar as políticas, os programas e os serviços.</p>	<p><b>Únicos da APS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Primeiro contato</li> <li>- Integralidade</li> <li>- Longitudinalidade</li> <li>- Coordenação</li> </ul> <p><b>Derivados dos anteriores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfoque na pessoa (não na doença) e na família</li> <li>- Valorização dos aspectos culturais</li> <li>- Orientado para a comunidade</li> </ul> <p><b>Não únicos da APS, mas essenciais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Registro adequado</li> <li>- Continuidade de pessoal</li> <li>- Comunicação</li> <li>- Qualidade clínica</li> <li>- Defesa da clientela (advocacia)</li> </ul>



## QUADRO 2 As diferentes interpretações da Atenção Primária à Saúde

INTERPRETAÇÕES DE APS	DEFINIÇÃO OU CONCEITO DE APS
APS Seletiva Um conjunto específico de atividades e serviços de saúde voltados à população pobre.	A APS constitui-se em um conjunto de atividades e serviços de alto impacto para enfrentar alguns dos desafios de saúde mais prevalentes nos países em desenvolvimento (Gofin; Gofin, 2005).
Um nível de atenção em um sistema de serviços de saúde.	APS refere-se ao ponto de entrada no sistema de saúde quando se apresenta um problema de saúde, assim como o local de cuidados contínuos da saúde para a maioria das pessoas. Esta é a concepção mais comum da APS na Europa e em outros países industrializados.
Uma estratégia para organizar os sistemas de atenção à saúde	Para que a APS possa ser entendida como uma estratégia para organizar o sistema de saúde, este sistema deve estar baseado em alguns princípios estratégicos simples: serviços acessíveis, relevantes às necessidades de saúde; funcionalmente integrados (coordenação); baseados na participação da comunidade, custo-efetivos, e caracterizados por colaboração intersetorial.
Uma concepção de sistema de saúde, uma "filosofia" que permeia todo o sistema de saúde.	Um país só pode proclamar que tem um sistema de saúde baseado na APS, no sentido mais profundo da expressão, quando seu sistema de saúde se caracteriza por: justiça social e equidade; auto-responsabilidade; solidariedade internacional e aceitação de um conceito amplo de saúde. Enfatiza a compreensão da saúde como um direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde (Ministério da Saúde, 2006). Não difere nos princípios de Alma-Ata, mas sim na ênfase sobre as implicações sociais e políticas na saúde. Defende que o enfoque social e político da APS deixaram para trás aspectos específicos das doenças e que as políticas de desenvolvimento devem ser mais inclusivas, dinâmicas, transparentes e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação, se pretendem alcançar mais equidade em saúde.

### Referências Bibliográficas

BAZZANI, R. *et al.* Construyendo puentes entre investigación y políticas para la extensión de la protección social en América Latina y el Caribe: una estrategia de cooperación conjunta. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Uma análise da situação de saúde. **Saúde Brasil**, Secretaria de Vigilância à Saúde. Brasília, 2005.

CONASS. **Atenção primária e promoção da saúde: para entender a gestão do SUS**. Brasília, 2007. (Coleção Progestores)

KAWASHI, I. Primary healthcare as a determinant of population health: a social epidemiologist's view. In: **Morbidity, performance and quality in primary care: dutch practice on stage**. Radcliffe //publishing Ltd, UK, p. 27-32, 2006.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. F. M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil: 1990-2002. **J. Epidemiol. Community Health**, v. 60, n. 1, p. 13-19, 2006.

MENDES, E.V. – A atenção primária no SUS. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006 – Curso de Capacitação em Atenção Primária em Saúde – Módulo -2 – Unidade 2.

PAIM, J. S. Saúde da Família: espaço de reflexão e de práticas contra-hegemônicas? In: PAIM, J. S. **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador: ISC, 2002.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002.

TAKEDA, S.M.P. - A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde In: Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em Atenção Primária. Porto Alegre : Artes Médicas, 2004

TESTA, M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

## Plenária

Apresentação dos trabalhos em grupo – duração de 30min

### Intervalo para almoço

#### Trabalho em grupos – Estudo de caso 1

##### A Situação de Saúde no município de Boa Fé

- Após a leitura, discutir o texto e depois realizar os exercícios propostos.
- Tempo estimado de 2h para leitura do texto e elaboração dos exercícios.

#### \_\_\_\_\_ Questões para discussão

1. Como a APS está organizada em seu município?
2. Como se dá o processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família (ESF)?
3. Como os princípios da APS estão sendo ofertados à população?

## ESTUDO DE CASO 1

### TEXTO 1 – A Situação de Saúde no município de Boa Fé

O município de Boa Fé é localizado no estado da Esperança, na região central do estado, uma das mais pobres do estado. É um município com grande proporção de população urbana, cerca de 80% da população.

O município tem uma população de 301.036 habitantes, sendo que 12% da população é usuária de planos de saúde. A população do município é constituída predominantemente por população adulta, com 57,25% com idade entre 20 e 59 anos, seguida de 18,95% de adolescentes (10 a 19 anos), 16,23% de crianças (0 a 9 anos) e, 7,57% de idosos (acima de 60 anos).

#### \_\_\_\_\_ A APS

A rede de serviços do município possui 10 UBSs, sendo sete unidades tradicionais, que tem de atender, em média, a uma população de 30 mil habitantes, e três que possuem a ESF. Nas UBS que possuem a ESF, foi implantada também a estratégia de saúde bucal em três unidades, com uma equipe em cada unidade.

Nas unidades com o modelo de saúde da família, há variabilidade do número de equipes, uma unidade tem uma equipe para uma população de 12 mil habitantes, uma unidade tem duas equipes com uma população de 15 e 18 mil habitantes e uma unidade tem três equipes com uma população de 16, 18 e 24 mil habitantes. Essas equipes têm muitas dificuldades para viabilizar o acesso, a continuidade do cuidado e o vínculo com as famílias residentes nas suas respectivas áreas de abrangência. Todas as equipes de SF estão implantadas nas áreas mais periféricas e carentes da cidade.

A população coberta pela ESF é de 103 mil habitantes no município.

As unidades foram construídas nos últimos sete anos de acordo com a pressão dos usuários, sem um plano para ampliar o acesso a APS e sem um plano de regionalização do município. Algumas unidades são de difícil acesso e em áreas com alta densidade populacional e outras estão localizadas em áreas muito extensas com baixa densidade populacional. O tamanho médio das unidades varia de 100 a 250m<sup>2</sup>. Não há padrão de construção, algumas funcionam em casas adaptadas. O município de Boa Fé é localizado

em uma região alta do estado, onde o clima é muito instável, com temperaturas baixas no inverno e altas no verão. As unidades não dispõem de área para acolhimento dos usuários para aguardar o agendamento de consultas médicas e de enfermagem e para outros procedimentos.

As unidades de saúde que não possuem a ESF não têm área de abrangência definida e atendem à demanda espontânea da comunidade. O agendamento é feito por ordem de chegada às unidades e sem classificação de risco. Não há também classificação de risco familiar ou individual. As unidades básicas possuem uma equipe padrão de dois médicos (um clínico geral e um pediatra) pela manhã e dois a tarde (obstetra e clínico geral), uma enfermeira em tempo integral e quatro auxiliares de enfermagem. As equipes de saúde da família possuem o padrão definido pelo Ministério da Saúde de um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro ou cinco ACS.

Há grande rotatividade de profissionais médicos nas equipes e, em geral, as equipes ficam em média dois a três meses sem o profissional durante o ano, em razão da dificuldade de fixação desse profissional.

As três UBS que possuem a ESF desenvolvem atividades programadas de atendimento a criança, gestante, portadores de diabetes e hipertensão. As demais sete unidades não desenvolvem essas atividades programadas, porém, por terem especialistas (ginecologista e obstetra, pediatra e clínico geral) nas suas equipes acabam sendo referência para pré-natal, atendimento a criança e as questões clínicas de modo geral. Há uma superposição de ações entre as unidades básicas tradicionais e as que possuem as equipes de saúde da família.

Em 2008, as UBSs realizaram 361.243 consultas, o que resulta em uma média de 1,2 consulta/habitante/ano.

O horário de atendimento das unidades é padronizado no município, das 7h às 18h. Considerando que grande parte da população trabalha durante o período de atendimento das UBS, há dificuldades de acesso das pessoas para o atendimento e seguimento de portadores de diabetes, hipertensão, tuberculose, hanseníase e outras patologias.

As UBS utilizam prontuário em papel para registro dos atendimentos, sendo que existem poucas anotações dos atendimentos realizados pelos profissionais de saúde. Há grande número de prontuários repetidos, por não

existir um sistema padronizado de arquivo. O município utiliza a carteira da gestante e da criança no modelo preconizado pelo Ministério da Saúde, porém esses também não são preenchidos adequadamente.

As UBS enviam mensalmente um relatório em papel para a sede da secretaria municipal de saúde com o registro dos atendimentos nos programas e sistemas oficiais, Siab, Sis prenatal, Hiperdia, Sisco, PNI e outros. Porém, esses dados coletados não são discutidos com as equipes ou utilizados para a análise dos atendimentos e planejamento das ações.

Não há protocolos clínicos padronizando o atendimento aos usuários, tampouco existe orientação do gestor municipal padronizando os atendimentos. Em geral, as equipes recebem treinamentos esporádicos, em assuntos diversos, de acordo com a definição da regional de saúde da SES.

Quando os usuários precisam de atendimentos especializados e necessitam ser encaminhados para outros pontos de atenção, não há sistema de agendamento de consultas e exames, tampouco há sistema para encaminhamento para internamentos hospitalares, portanto as equipes de atenção básica não conseguem viabilizar a integralidade da atenção e a continuidade do cuidado dos usuários.

As visitas domiciliares são realizadas exclusivamente pelos ACS sem planejamento e sem critérios de priorização, sendo as ações dos ACS realizadas de acordo com a solicitação dos profissionais das equipes.

As equipes não dispõem de materiais educativos e poucas realizam atividades de promoção e prevenção. Em geral, os eventos são focalizados.

Não há planejamento das ações desenvolvidas pelas UBS de acordo com as necessidades de saúde da população residente no território.

As unidades que possuem a ESF possuem conselhos locais, porém estes são pouco atuantes e se reúnem apenas quando há problemas nas unidades de saúde, como a falta de profissionais. As demais estão em fase de estruturação de seus conselhos locais.

#### \_\_\_\_\_ **O Apoio Diagnóstico e Terapêutico**

O município tem um laboratório de análises clínicas e citopatologia, sendo os demais exames encaminhados a um laboratório contratado no município vizinho, que é referência para a região. As UBS têm cota mensal definida de

exames que podem ser encaminhados para o laboratório municipal e para o laboratório contratado. Em geral, a partir do dia 20 de cada mês não há mais possibilidade de solicitação de exames, por extrapolação da cota. Os usuários que necessitam exames, a partir dessa data, têm de esperar o início do outro mês para realizar a coleta. Outro problema é a demora para a entrega dos resultados de exames, em média os exames levam de 15 a 30 dias para chegar às UBS.

Há grande absenteísmo dos usuários para retorno de avaliação dos resultados de exames.

A secretaria de saúde do município não dispõe de relação padronizada de medicamentos e em geral as UBS não dispõem do elenco de medicamentos para atender aos usuários.

#### \_\_\_\_\_ **Atenção Especializada e Atendimento de Urgência e Emergência**

Há um hospital municipal que dispõe de assistência para o pronto atendimento. Este é realizado por ordem de chegada. Em 2008 foram realizadas 376.295 consultas de urgência e emergência, o que representa 1,25 consulta/habitante/ano, quantitativo maior que o número de consultas realizadas nas UBS.

Não há sistema de transporte de pacientes em situação de urgência e emergência. O município dispõe de três ambulâncias para realizar transporte de usuários a outros municípios tanto para internamentos, quanto para “transporte social”.

Além do hospital municipal que tem 45 leitos, dispõem-se de mais três hospitais contratados, sendo dois filantrópicos (um com 85 leitos e outro com 50 leitos) e um privado (com 75 leitos), perfazendo um total de 255 leitos no município. Em 2008, foram realizadas 24.082 internações no município e mais 6.020 em outros municípios, totalizando 30.102 internações, o que representa um percentual de 10% de internações/habitante/ano. O MS propõe o parâmetro de 8% de internações/habitante/ano.

#### \_\_\_\_\_ **Indicadores de Saúde**

Relacionados à saúde da criança:

- a cobertura vacinal em menores de um ano em 2008 foi de 92,5%;

- percentual de prematuros foi de 9,4%;
- coeficiente de mortalidade infantil em 2008 foi de 14,78/1.000 nascidos vivos tem-se mantido estável nos últimos cinco anos.

Relacionados à saúde da mulher:

- a cobertura de preventivo de câncer cérvico-uterino em 2008 foi de 13,4% da população feminina com mais de 25 anos;
- a cobertura de pré-natal nas UBS foi de 89%, com captação no primeiro trimestre de 65%. A cobertura de gestantes que realizaram pelo menos seis consultas de pré-natal nas UBS foi de 59%;
- o percentual de cesáreas no município foi de 43%;
- apenas 24% das gestantes que realizaram pré-natal nas UBS compareceram à consulta de puerpério;
- o coeficiente de mortalidade materna foi de 54,3/100.000 NV.

Relacionados à saúde do adulto:

- A cobertura de hipertensos e diabéticos cadastrados nas UBS é de 23,7% e de 14,3%, respectivamente.
- Em um levantamento realizado recentemente, verificou-se que 33% das internações hospitalares são relativas a patologias sensíveis à atenção primária.

Em relação à mortalidade geral:

- As causas de mortalidade geral em 2008 foram, em primeiro lugar, as doenças do aparelho circulatório, em segundo as neoplasias, e em terceiro as causas externas.
- As causas da mortalidade por doenças do aparelho circulatório foram infarto agudo do miocárdio, doenças cérebro-vasculares e diabetes.
- Observa-se que tanto com relação à mortalidade, quanto à morbidade, as condições crônicas têm peso importante e apontam para a necessidade de que a APS no município trabalhe medidas de promoção e prevenção, de identificação precoce e de controle das doenças crônicas.

### \_\_\_\_\_ Questões para Análise

Análise da APS no município

- a. Calcular a cobertura de PSF no município, utilizando a fórmula a seguir:

$$\text{Cobertura de PSF} = \frac{\text{população cadastrada no Siab} \times 100}{\text{População total}}$$

A população cadastrada no Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) pode ser calculada somando-se o número total de usuários cadastrados por cada equipe do PSF do município.

A cobertura deve ser comparada com a capacidade das ESF no município. Analisar se a cobertura está acima, abaixo ou dentro dos parâmetros propostos.

Uma equipe deve responsabilizar-se por 3.450 a 4.000 pessoas.

- b. Calcular a cobertura do ACS

$$\text{Cobertura de ACS} = \frac{\text{população cadastrada nas UBS com ACS} \times 100}{\text{População total}}$$

Da mesma forma que no cálculo anterior, deve-se comparar a cobertura com a capacidade dos ACS atuantes na UBS.

Um ACS deve responsabilizar-se por 400 a 750 pessoas.

- c. Calcular a cobertura da população coberta por UBS convencionais (Unidade de Atenção Primária à Saúde – UAPS):

$$\text{Cobertura de UAPS} = \frac{\text{população cadastrada nas UBS convencionais} \times 100}{\text{População total}}$$

A população coberta com unidades convencionais pode ser calculada diminuindo-se da população total as populações cobertas pelo PSF.

O parâmetro proposto pelo Ministério da Saúde para a cobertura de pessoas por UBS convencional considera a proporção de um médico e um enfermeiro para 3 mil pessoas em média, portanto a cobertura da UBS convencional deve considerar a capacidade das equipes.

- d. Cálculo das equipes de Saúde Bucal (SB) no município:

$$\text{Cobertura de PSF/SB} = \frac{\text{população cadastrada nas equipes de PSF/SB} \times 100}{\text{População total}}$$



Da mesma forma que no cálculo da cobertura de ESF, deve-se considerar a capacidade dessas equipes. Uma equipe de saúde bucal deve ser responsável de 3.450 a 4.000 pessoas.

**e. Análise qualitativa da APS no município:**

Para análise qualitativa da APS no município, utilizar as matrizes propostas de verificação dos princípios da APS.

- O instrumento tem objetivo de propor a reflexão do grupo, ao responder aos itens de verificação propostos.

- Após reflexão e discussão sobre os itens de verificação, o grupo deve responder e pontuar, com um valor que varie de 0 a 3, atendendo ao que segue a seguir:

- pontuar 3 pontos, se o grupo considerar que atende de forma ótima;

- pontuar 2 pontos, se o grupo considerar que atende parcialmente (razoavelmente bem, mas insuficiente);

- pontuar 1 ponto, se o grupo considerar que atende de forma incipiente;

- pontuar 0, se o grupo considerar que não atende.

- Após a pontuação de todos os itens, o grupo deve somar todos os pontos e estabelecer o percentual alcançado em relação à pontuação máxima estabelecida.

## Matriz 1<sup>13</sup>

COBERTURA DA APS NO MUNICÍPIO
Cobertura de Saúde da Família
Cobertura de ACS
Cobertura de UBS convencional
Cobertura de SB no município
Cobertura total
Análise e justificativa

<sup>13</sup> SES/MG, 2008.

## Matriz 2<sup>14</sup>

PRINCÍPIO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO	JUSTIFICATIVA
1º contato	1. As UBS são porta de entrada dos usuários para o sistema de serviços de saúde no município.		
	2. As UBS são de fácil acesso para os usuários residentes no território.		
	3. As UBS atendem em horários adequados às necessidades dos usuários.		
	4. As UBS estão dimensionadas para garantir a cobertura da população residente no município.		
	5. As ESF estão dimensionadas conforme parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde.		
	6. Na área coberta pelo ACS, o dimensionamento está adequado para viabilizar a cobertura da população, conforme os parâmetros preconizados.		
	7. Existe um processo de avaliação inicial das necessidades dos usuários que acessam as UBS para detecção dos casos de risco e priorização do atendimento.		
	8. Existem critérios padronizados de priorização de atendimento para os casos de urgência/emergência.		
	9. Existem critérios padronizados de captação precoce dos usuários para atenção programada (atenção às condições crônicas, ex.: hipertensos, gestantes).		
	10. O agendamento na UBS é realizado de modo a garantir o atendimento necessário a cada usuário.		
TOTAL			

<sup>14</sup> SES/MG, 2008.

PRINCÍPIO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO	JUSTIFICATIVA
LONGITUDINALIDADE	1. As UBS estão estruturadas para atender aos usuários em todos os ciclos de vida da família: infância, adolescência, vida adulta e velhice.		
	2. As UBS estão organizadas para viabilizar a continuidade do cuidado aos usuários com patologias e/ou condições crônicas: - gestantes; - hipertensos; - diabéticos; - tuberculose; - hanseníase; - transtorno mental; - HIV/Aids; - cárie; - doença periodontal.		
	3. As equipes das UBS acompanham a evolução clínica dos usuários portadores de patologias/condições crônicas (ex.: hipertensos, diabéticos).		
	4. As UBS contam com protocolos clínicos para o atendimento dos ciclos de vida – criança, adolescentes, adultos e idosos – e das principais patologias crônicas – hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, transtornos mentais, DST, HIV, Aids, cárie, doença periodontal etc. e condições crônicas – gestantes, idoso.		
	5. Os protocolos clínicos são utilizados rotineiramente pelos profissionais das UBS		
	6. Os profissionais das UBS contam com um processo de educação permanente.		
	7. Cada equipe de saúde é responsável por um número de usuários/famílias residentes no território.		
	8. Existe vínculo entre a equipe da UBS e os usuários/famílias residentes no território de sua responsabilidade.		
	TOTAL		

<sup>15</sup> SES/MG, 2008.

## Matriz 4<sup>16</sup>

PRINCÍPIO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO	JUSTIFICATIVA
INTEGRALIDADE	1. As UBS viabilizam aos usuários os exames laboratoriais quando necessário, no tempo adequado.		
	2. Os profissionais das UBS dispõem de critérios definidos para a solicitação de exames de apoio diagnóstico.		
	3. Os profissionais da UBS têm o retorno do resultado dos exames laboratoriais no tempo adequado.		
	4. A UBS viabiliza aos usuários consultas especializadas quando necessário, no tempo adequado.		
	5. Os profissionais da UBS dispõem de critérios definidos para a solicitação de consultas especializadas.		
	6. Os profissionais da UBS têm o retorno das informações da consulta especializada de forma adequada, para viabilizar a continuidade do cuidado ao usuário.		
	7. A UBS viabiliza aos usuários internamentos quando necessário, no tempo adequado.		
	8. Os profissionais da UBS dispõem de critérios definidos para a solicitação de internamentos hospitalares.		
	9. Os profissionais da UBS têm o retorno das informações referentes aos internamentos, de forma adequada, para viabilizar a continuidade do cuidado ao usuário.		
	10. Os profissionais da UBS dispõem de critérios definidos para a prescrição de medicamentos de uso contínuo para usuários portadores de patologias crônicas (ex.: medicamentos para hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, transtorno mental, entre outras).		
	11. A UBS viabiliza o acesso dos usuários portadores de patologias crônicas aos medicamentos de uso contínuo, para contribuir com a continuidade do cuidado (ex.: medicamentos para hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, transtorno mental, entre outras).		
TOTAL			

<sup>16</sup> SES/MG, 2008.

## Matriz 5<sup>17</sup>

PRINCÍPIO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO	JUSTIFICATIVA
COORDENAÇÃO	1. As UBS tem prontuário para registro das informações do atendimento prestado pela equipe multiprofissional ao usuário.		
	2. Os profissionais das UBS preenchem o prontuário adequadamente.		
	3. O prontuário é arquivado adequadamente de forma a garantir a segurança e o sigilo das informações nele contidas.		
	4. A SMS conta com comissão de revisão de prontuário.		
	5. Os profissionais da UBS preenchem adequadamente os instrumentos destinados aos usuários, como, por exemplo, o cartão da gestante e da criança, entre outros.		
	6. A UBS conta com um sistema de informação adequado às necessidades da equipe de saúde, capaz de disponibilizar informações clínicas, epidemiológicas e gerenciais no tempo adequado.		
	7. Os profissionais das UBS alimentam os sistemas de informação do Ministério da Saúde de forma adequada e nos prazos estabelecidos. Ex.: Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (Sisprenatal), Sistema de Informação de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Sishiperdia), Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (Sinan), entre outros.		
	8. Os profissionais das UBS acessam os relatórios dos sistemas de informação do Ministério da Saúde. Ex.: Siab, SIA/SUS, Sisprenatal, Sishiperdia, Sinan, entre outros.		
	9. A SMS dispõe de mecanismos para que as equipes de saúde realizem a programação local adequada à população adscrita e dispõe de recursos disponíveis nas UBS.		
	10. A SMS dispõe de um mecanismo de contratualização com as equipes de saúde da UBS, mediante metas pactuadas resultantes da programação local.		
	11. A SMS realiza o monitoramento das metas pactuadas na programação local.		
TOTAL			

<sup>17</sup> SES/MG, 2008.

## Matriz 6<sup>18</sup>

PRINCÍPIO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO	JUSTIFICATIVA
CENTRALIDADE NA FAMÍLIA	1. A equipe de saúde realiza o cadastro de todas as famílias residentes no território.		
	2. A equipe realiza a classificação de risco para as famílias residentes no território de sua responsabilidade.		
	3. As equipes das UBS monitoram as famílias de acordo com o grau de risco, priorizando as de maior risco.		
	4. As equipes utilizam os instrumentos de abordagem familiar (ex.: genograma, listagem de problemas familiares, firo, practice, entre outros).		
	5. A equipe realiza ações de prevenção de doenças/agravos de acordo com a necessidade das famílias residentes no território.		
	6. As equipes realizam ações de educação em saúde voltada para as famílias de usuários portadores de patologias crônicas.		
	7. As equipes realizam visitas domiciliares de acordo com a necessidade das famílias residentes no território.		
	8. As equipes dispõem de materiais de educação em saúde destinados aos usuários/famílias.		
	TOTAL		

<sup>18</sup> SES/MG, 2008.

## Matriz 7<sup>19</sup>

PRINCÍPIO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO	JUSTIFICATIVA
ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA	1. As equipes de saúde identificam de forma sistematizada e periódica as necessidades de saúde da comunidade.		
	2. As equipes de saúde desenvolvem ações de educação em saúde para a comunidade.		
	3. As equipes desenvolvem ações de prevenção de doenças/agravos para a comunidade.		
	4. As UBS contam com conselho local de saúde atuante.		
	5. O conselho local de saúde participa do planejamento das ações desenvolvidas pela equipe de saúde.		
	6. O conselho local de saúde participa do monitoramento das ações realizadas pela equipe de saúde.		
	TOTAL		

<sup>19</sup> SES/MG, 2008



## Matriz 8<sup>20</sup>

PRINCÍPIOS	PONTUAÇÃO MÁXIMA	PONTUAÇÃO ALCANÇADA	% ALCANÇADO
Primeiro contato	40		
Longitudinalidade	32		
Integralidade	44		
Coordenação	44		
Centralidade na família	32		
Orientação comunitária	24		
Total	216		

<sup>20</sup> SES/MG, 2008.

## Referência Bibliográfica

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Oficinas do plano diretor da atenção primária à saúde**. Belo Horizonte, 2008.

## Plenária

Apresentação da síntese e discussão dos grupos

Esta atividade está prevista para durar 1h. A fim de garantir o debate, é interessante que cada grupo tenha no máximo 10min para apresentação.

n.23  
*Atenção Primária à  
Saúde (APS)*

## 2º DIA

### Trabalho em grupos

#### Elaboração do Plano de Fortalecimento da APS no município de Boa Fé

Orientações:

- O grupo deverá elaborar um plano de reestruturação da APS no município de Boa Fé de acordo com as planilhas propostas no texto.
- Após a análise da APS no município, realizada no estudo anterior, o grupo deverá eleger os itens considerados críticos, ou seja, aqueles que devem ser priorizados para enfrentamento, pois têm maior impacto no sistema de saúde municipal.
  - Para priorização dos itens críticos, propõe-se a análise quanto a: gravidade, magnitude do problema e viabilidade para o seu enfrentamento (técnica, política, administrativa e temporal).
  - Após a priorização dos itens críticos, o grupo deverá realizar o plano de fortalecimento da APS no município.
  - O plano de ação para o fortalecimento da APS no município será realizado de acordo com a matriz proposta que contém:
    - os itens críticos;
    - os objetivos a serem alcançados;
    - as ações a serem implementadas para o alcance dos objetivos;
    - os responsáveis pelas ações;
    - o cronograma para a realização das ações.
  - Os grupos terão cerca de 10min para apresentar em plenária as propostas de fortalecimento da APS no município.
  - Tempo estimado para esta atividade é de 2h e 15min.

## Matriz para o Plano de Ação para o fortalecimento da APS no município de Boa Fé

PRINCÍPIO: PRIMEIRO CONTATO				
ITEM CRÍTICO	OBJETIVO	AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZOS

PRINCÍPIO: LONGITUDINALIDADE				
ITEM CRÍTICO	OBJETIVO	AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZOS

PRINCÍPIO: INTEGRALIDADE				
ITEM CRÍTICO	OBJETIVO	AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZOS

PRINCÍPIO: COORDENAÇÃO				
ITEM CRÍTICO	OBJETIVO	AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZOS

PRINCÍPIO: CENTRALIDADE NA FAMÍLIA				
ITEM CRÍTICO	OBJETIVO	AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZOS

PRINCÍPIO: ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA				
ITEM CRÍTICO	OBJETIVO	AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZOS

Intervalo

## Plenária

- Tempo previsto de 1h.
- Plenária para apresentação dos trabalhos em grupos.
- Cada grupo apresentará as propostas elaboradas.
- Após a apresentação, discutir as semelhanças e diferenças entre as propostas e a viabilidade técnica, administrativa e política de sua implantação no município.

## Trabalho em grupos – leitura de texto

### A Promoção da Saúde

- O tempo estimado para esta atividade é de 1h.
- Após a leitura, debater o conteúdo abordado no texto e as questões colocadas.

#### \_\_\_\_\_ Questões para discussão:

1. Como o grupo conceitua promoção à saúde?
2. Como o grupo entende a APS e sua inter-relação com a promoção à saúde?

### TEXTO 2 – A Promoção da Saúde<sup>21</sup>

A promoção da saúde,<sup>22</sup> definida na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde como “um processo que confere à população os meios para

---

21 Este texto foi transcrito, com pequenas adequações, para atender ao propósito desta oficina, do livro **Atenção primária e promoção da saúde**: para entender a gestão do SUS, que faz parte da Coleção Progestores, do CONASS, publicado em 2007. A referência completa encontra-se na lista de Referências Bibliográficas.

22 A promoção da saúde pode ser entendida como: a) um nível de prevenção da saúde (LEAVELL; CLARK, 1976), significando realizar ações de saúde antes que um fator de risco se instale – e como exemplo temos as atividades de educação em saúde para adolescentes que não iniciaram a fumar; e b) uma estratégia para alcançar melhor qualidade/condições de vida e saúde, que, partindo de uma concepção ampla do processo de saúde-enfermidade e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, a mobilização de recursos institucionais e comunitários, a articulação dos diferentes setores públicos (BUSS, 2000). A Promoção da Saúde é apresentada como um modo de pensar e operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no SUS, uma estratégia para enfrentar as grandes desigualdades socio sanitárias encontradas no Brasil (BRASIL, 2006).

assegurar maior controle e melhoria de sua própria saúde, não se limitando a ações de responsabilidade do setor saúde” (WHO, 1992), propõe a capacitação das pessoas para uma gestão mais autônoma da saúde e dos determinantes desta.

A Organização Pan-americana da Saúde (Opas) reconhece a promoção da saúde como prioridade programática e reitera a importância da participação da sociedade civil e da ação intersetorial, definindo-a como: “uma soma das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e de outros setores sociais dirigidas para o desenvolvimento de melhores condições de saúde geral e coletiva”. Refere-se a ações exercidas sobre os condicionantes e determinantes e que estão dirigidas a provocar impacto favorável na qualidade de vida das populações. Além da ação intersetorial e intrassetorial, ainda se caracteriza por ações de ampliação da consciência sanitária, dos direitos e deveres, enfim, de ampliação de poder de cidadania. Ações de promoção de saúde como práticas sanitárias referem-se a práticas coletivas, voltadas para a definição de políticas, preservação e proteção do ambiente físico e social, com o apoio de informação, educação e comunicação dirigida aos profissionais e à população. Por meio da Portaria n. 687/GM, de 30 de março de 2006, o Ministério da Saúde institui a Política Nacional de Promoção da Saúde, que tem como objetivo

a promoção da qualidade de vida e a redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e bens e serviços essenciais.

Para o alcance desse objetivo, a Promoção da Saúde precisa ser compreendida como mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do governo, o setor não governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida.

Dois grandes grupos de abordagens são identificados na Promoção de Saúde:

- Desenvolvimento de atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando estilos de vida, concentrando-se em componentes educativos, primariamente relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudança, que estariam, pelo menos em parte, sob controle dos próprios indivíduos (por exemplo, o hábito de fumar, a dieta, as atividades físicas, a direção perigosa no trânsito);

- Entendimento que a saúde é resultado de amplo espectro de fatores/determinantes múltiplos, relacionados com a qualidade de vida, e que incluem: um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação, e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo da vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde. Segundo essa abordagem, as atividades estariam mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao meio ambiente, compreendido como ambiente físico, político, econômico e cultural, alcançados por meio de políticas públicas que propiciem condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades (empoderamento).

A OMS estabelece que o desenvolvimento das ações de Promoção da Saúde deve ser formulado e implementado em torno de cinco pontos:

- a. desenvolvimento de políticas públicas articuladas e saudáveis;
- b. o incremento do poder técnico e político das comunidades (empoderamento);
- c. o desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde em todas as etapas da vida;
- d. a reorientação dos serviços de saúde; e
- e. a criação de ambientes favoráveis à saúde (WHO, 1992).

---

#### **Desenvolvimento de políticas públicas saudáveis e articuladas intersetorialmente**

A saúde é entendida como o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como importante dimensão da qualidade de vida. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde. A promoção da saúde vai além dos cuidados de saúde. Ela coloca a saúde na

agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, chamando-lhes a atenção para as consequências que suas decisões podem ocasionar no campo da saúde e a aceitarem suas responsabilidades políticas com a saúde.

Os prerrequisitos e as perspectivas para a saúde não são assegurados somente pelo setor saúde, demandando ação coordenada entre todas as partes envolvidas: governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não governamentais, autoridades locais, indústria e mídia.

#### \_\_\_\_\_ **O Incremento do Poder Técnico e Político das Comunidades (empoderamento)**

As pessoas não podem realizar completamente seu potencial de saúde se não forem capazes de controlar os fatores determinantes de sua saúde, o que se aplica igualmente para homens e mulheres. As pessoas devem envolver-se nesse processo como indivíduos, famílias e comunidades. É necessário reforçar a ação das comunidades, seja na escolha de prioridades, na tomada de decisões, definição e implementação de estratégias. Para isso faz-se necessário o acesso contínuo às informações e às oportunidades de aprendizagem sobre as questões do campo da saúde.

#### \_\_\_\_\_ **O Desenvolvimento de Habilidades e Atitudes Pessoais Favoráveis à Saúde em Todas as Etapas da Vida**

É imprescindível a divulgação de informações sobre educação em saúde tanto no lar, na escola, no trabalho e nos demais espaços coletivos. Diversas organizações devem responsabilizar-se por essas ações, e aqui se encontra um espaço privilegiado de ação da APS.

#### \_\_\_\_\_ **Reorientação dos Serviços de Saúde**

O papel do setor saúde deve mover-se, gradativamente, no sentido da promoção da saúde, além das suas responsabilidades de prover serviços clínicos e de urgência. Essa postura deve apoiar as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável, abrindo canais entre o setor saúde



e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais. A reorientação dos serviços de saúde também requer esforço maior de pesquisa em saúde, assim como de mudanças na educação e no ensino dos profissionais da área da saúde. Isso precisa levar a uma mudança de atitude e de organização dos serviços de saúde para que se focalizem as necessidades globais do indivíduo, como pessoa integral que é.

#### \_\_\_\_\_ A Criação de Ambientes Saudáveis

Implica a proteção do meio ambiente e a conservação dos recursos naturais, o acompanhamento sistemático das mudanças que o ambiente produz sobre a saúde, bem como a conquista de ambientes que facilitem e favoreçam a saúde, como trabalho, lazer, lar, escola e a própria cidade. As estratégias e programas na área da promoção da saúde devem-se adaptar às necessidades locais e às possibilidades de cada estado e região, bem como levar em conta as diferenças em seus sistemas sociais, culturais e econômicos.

A responsabilidade pela promoção da saúde nos serviços de saúde deve ser compartilhada entre indivíduos, comunidade, grupos, profissionais da saúde, instituições que prestam serviços de saúde e governos.

#### Plenária

Apresentação da síntese e discussão em grupos

Sugestão: O tempo previsto para esta atividade é de 30min.

- A fim de garantir o debate e tendo em vista a extensão do tema, é interessante que cada grupo tenha no máximo 10min para sua apresentação.

Após as apresentações, o coordenador da oficina, a partir dos objetivos específicos 4 e 5, deve retomar os elementos estruturantes da APS; o conceito de APS e sua articulação com a promoção à saúde e discutir a orientação comunitária e promoção à saúde como elementos característicos da APS.

- Aqui fica a questão: será mais proveitoso se o estado tiver algo a propor e discutir com relação a este tema.

#### Exposição dialogada

- Sugestão: o objetivo desta exposição é realizar a síntese dos dois dias da oficina, de preferência em 45min.

- A partir dessa síntese, apresentar a proposta de trabalho da dispersão, bem como tirar as dúvidas dos participantes.

### Apresentação do plano de trabalho para o período de dispersão

A proposta de produtos esperados é:

1. Fazer a análise da APS em seu município de acordo com os seus elementos constituintes: aqui é bom que o estado tenha a sua proposta de matriz do que ele pretende trabalhar com os municípios.
2. Elaborar um plano de fortalecimento da APS no seu município.
3. Expor propostas de articulação da APS e as ações de promoção da saúde nos municípios.
4. A coordenação estadual realizará a análise da APS na microrregião e, se a SES tem uma proposta de promoção à saúde, deverá apresentá-la aos participantes.

### Referências Bibliográficas

CONASS. **Atenção primária e promoção da saúde**: para entender a gestão do SUS. Brasília, 2007. (Coleção Progestores)

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Oficinas do plano diretor da atenção primária à saúde**. Belo Horizonte, 2008.

### Leituras Recomendadas

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2000.

POLÍTICA Nacional de Promoção à Saúde. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPS2.pdf>>.

LEAVELL H & CLARK EG 1976. *Medicina Preventiva*. McGraw-Hill do Brasil, São Paulo.

LOPES, M. do S. V.; SARAIVA, K. R. de O.; FERNANDES, A. F. C.; XIMENES, L. B. Análise do conceito de promoção da saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 461-8, jul.-set. 2010.

SOUZA, E. M. de; GRUNDY, E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1354-1360, set.-out. 2004.

WHO, 1992 – First International Conference on Health Promotion.

## OFICINA III

---



Esta oficina tem o objetivo de discutir a territorialização e adscrição dos usuários às UBS/ESF como estratégia de organização da atenção e elemento fundamental para a vinculação dos usuários às equipes de APS.

### Objetivos

1. Compreender e discutir o conceito de território e sua utilização em saúde.
2. Compreender e discutir o objetivo e a elaboração de análise local da situação de saúde pela metodologia de estimativa rápida.

### Objetivos Específicos

1. Compreender, analisar e discutir o conceito de território, sua evolução e utilização em saúde.
2. Compreender e discutir a utilização do “território” como elemento fundamental para a implantação da APS.
3. Compreender e discutir a articulação do conceito de território e risco em saúde.
4. Compreender, discutir e exercitar as ferramentas utilizadas tendo como base o território delimitado, cadastramento familiar, diagnóstico sociossanitário e aplicação de critérios de risco.
5. Conhecer, compreender e discutir a importância da análise situacional em saúde e sua articulação com a APS.
6. Compreender e discutir os elementos componentes da análise situacional em saúde, tais como: análise territorial-ambiental, demográfica, sociocultural-econômica, epidemiológica e assistencial.
7. Compreender, discutir e exercitar a articulação entre território-vigilância à saúde-APS.

## PROGRAMA GERAL DA OFICINA

### 1º dia

n.23  
Atenção Primária à  
Saúde (APS)

TEMPO ESTIMADO	HORÁRIO	ATIVIDADE	TEMA
30min		Reencontro dos participantes	Apresentação dos objetivos da Oficina 3
1 h e 30min		Apresentação dos trabalhos de dispersão da Oficina 2	Apresentação da análise da APS municipal, do plano de fortalecimento municipal da APS e da análise da APS da microrregião
15min		Intervalo	
1h		Trabalho em grupos Leitura de texto Estudo dirigido 1	Território e Risco
45min		Plenária	Apresentação da síntese e discussão em plenária
1h e 30min		Intervalo para almoço	
1h e 45min		Estudo dirigido 2	Cadastramento Familiar e Classificação de Risco no Território
15min		Intervalo	
1h		Plenária	Apresentação dos trabalhos em grupos
45min		Aula interativa	Metodologia da Estimativa Rápida – Análise de Situação de Saúde Local
15min		Encerramento	Avaliação do dia

## 2º dia

TEMPO ESTIMADO	HORÁRIO	ATIVIDADE	TEMA
1h e 30min		Trabalho em grupos	Estudo dirigido Diagnóstico local e municipal
15min		Intervalo	
45min		Apresentação da síntese e discussão em plenária	
1h		Aula interativa	Apresentação e discussão de um caso de diagnóstico local e/ou municipal
15min		Intervalo	
1h e 30min		Aula interativa	Síntese das discussões dos dois dias e preparação do trabalho de dispersão: apresentar o território das UBS
45min		Encerramento	

## 1º DIA

### Abertura

Sugestão: O coordenador deverá saudar os participantes e retomar as principais questões abordadas na Oficina 2. Poderá iniciar com alguma dinâmica de “bom retorno”. Duração: 30min

### Apresentação dos trabalhos do período de dispersão

Duração: 1h e 30min.

- Fazer *link* com a questão do território, que será abordada em seguida, como o espaço geográfico onde se concretiza, com vários desenhos, a APS.

### Trabalho em grupos – leitura de texto e estudo dirigido 1

#### Território e risco

Duração: 1h

---

**Questões para discussão:**

1. Como o grupo conceitua o Território?
2. Como o grupo entende o Território em Saúde?
3. Como o grupo entende o conceito de risco articulado ao território?
4. Quais variáveis o grupo entende que o conceito de risco abrange?

**ESTUDO DIRIGIDO 1**

**TEXTO 1 – Território e Risco em Saúde**

De acordo com o geógrafo Milton Santos, “o espaço deve ser considerado como um conjunto indissociável, de que participam, de um lado, certo arranjo de objetos geográficos, objetos naturais e objetos sociais, e, de outro, a vida que os preenche e os anima, ou seja, a sociedade em movimento. O conteúdo (da sociedade) não é independente da forma (os objetos geográficos), e cada forma encerra uma fração do conteúdo. O espaço, por conseguinte, é isto: um conjunto de formas contendo cada qual frações da sociedade em movimento. As formas, pois, têm um papel na realização social”.

De acordo com o geógrafo Milton Santos,

O espaço deve ser considerado como um conjunto indissociável, de que participam, de um lado, certo arranjo de objetos geográficos, objetos naturais e objetos sociais, e, de outro, a vida que os preenche e os anima, ou seja, a sociedade em movimento. O conteúdo (da sociedade) não é independente da forma (os objetos geográficos), e cada forma encerra uma fração do conteúdo. O espaço, por conseguinte, é isto: um conjunto de formas contendo cada qual frações da sociedade em movimento. As formas, pois, têm um papel na realização social.

Para o mesmo autor, “o território é o chão e mais a população, isto é, uma identidade, o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence”.

Costa Marques considera que: “o entendimento sobre espaço e território, como dimensões complexas e dinâmicas, é fundamental para a compreensão dos fenômenos da vida, no sentido de organizar processos de intervenção coerentes e pautados nas necessidades de proteção e promoção da vida”.



A territorialização vem sendo utilizada como um dos mais importantes pressupostos na organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde no Brasil ao longo das últimas décadas. Pode-se verificar a importância da territorialização em diversas iniciativas no interior do SUS, como o PSF, a Vigilância Ambiental, Cidades Saudáveis e a própria descentralização das atividades de assistência e de vigilância (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Unglert (1999) aponta que a noção de base territorial é fundamental para a organização do sistema de saúde, por ser um ponto imprescindível para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, assim como para o dimensionamento do impacto do sistema sobre os níveis de saúde da população local. Assim, a ideia de base territorial informaria, segundo critérios políticos de abrangência, área geográfica, equipamentos, dados epidemiológicos, entre outros, a ação de planejamento de ações em saúde. Unglert (1999) aponta que:

A noção de base territorial é fundamental para a organização do sistema de saúde, por ser um ponto imprescindível para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, assim como para o dimensionamento do impacto do sistema sobre os níveis de saúde da população local. Assim, a ideia de base territorial informaria, segundo critérios políticos de abrangência, área geográfica, equipamentos, dados epidemiológicos, entre outros, a ação de planejamento de ações em saúde.

Segundo Mendes (1993), há pelo menos, duas concepções de território aplicadas aos sistemas de serviços de saúde:

- **Território-solo:** definido por critérios geográficos, com uma visão estática que não acompanha as mudanças contínuas do território;
- **Território-processo:** definido por critérios geográficos, políticos, econômicos, sociais e culturais, com uma visão dinâmica que acompanha as mudanças permanentes do território.

O mesmo autor, com relação à sua divisão, cita que os territórios podem ser:

- **Território-distrito:** obedece à lógica político-administrativa, sendo adequado para municípios de grande porte, para possibilitar a aproximação entre a administração pública e a população. Seu objetivo é a delimitação de um território administrativo assistencial, contendo um conjunto de pontos

de atenção à saúde e uma população adscrita, com vistas ao planejamento urbano e ações intersetoriais;

- **Território-área:** é um território-processo de responsabilidade de uma UAPS, com enfoque na vigilância à saúde. Corresponde à área de atuação de uma a no máximo três equipes de saúde. Seu objetivo é planejar as ações, organizar os serviços e viabilizar os recursos para o atendimento das necessidades de saúde dos usuários/famílias residentes no território, com vistas à melhoria dos indicadores e condições de saúde da comunidade;

- **Território microárea:** é uma subdivisão do território-área de responsabilidade da equipe de saúde. Corresponde à área de atuação do ACS. Seu objeto é a delimitação de espaços onde se concentram grupos populacionais homogêneos, de risco ou não, com vistas à identificação das necessidades de saúde das famílias residentes, programação e acompanhamento das ações destinadas à melhoria das suas condições de saúde.

A discussão sobre territórios e suas possibilidades na perspectiva da organização dos serviços de saúde, buscam, ao fim e ao cabo, estabelecer áreas geográficas de responsabilidade e atuação das equipes de saúde. Isso significa desdobrar todo o processo de planejamento de suas atividades: diagnóstico, identificação e priorização dos problemas de saúde e programação, operacionalização e monitoramento das ações de saúde.

Indissociável ao processo de identificação do território e suas possibilidades, na atualidade se incorporou a noção de risco, fundamental para o estabelecimento de prioridades de atuação da equipe de saúde.

Costa Marques, ao discutir a vigilância sanitária e riscos na sociedade global, aponta que “as discussões sobre a categoria risco estão presentes atualmente em quase todas as áreas de conhecimento. Fala-se em risco na perspectiva econômica, social, política e, particularmente, na saúde pública. Esta discussão está subjacente a todos os modelos de análise e de organização das ações e programas com vistas à proteção e promoção da vida”.

Ainda segundo a autora, “Viver sob a égide dos riscos em todos os fenômenos da vida faz parte do cotidiano mundial. A sociedade do risco, meio no qual vivemos hoje, pode ser resultado de uma modificação nas atitudes, necessidades e mudanças das sociedades. As incertezas e inseguranças geradas pelos riscos, individuais ou coletivos, são inerentes à vida moderna”.

A formulação de políticas públicas é um passo importante para a institucionalização do controle dos riscos, já que não há possibilidade de excluí-lo da vida em sociedade. Se pensarmos nos riscos sanitários, esse debate se tornou praticamente o centro das discussões dentro do campo da saúde pública: a iminência constante de novos surtos de doenças, ou no retorno de surtos já erradicados, a exposição a agentes químicos, a poluentes ambientais etc., tudo leva à elevação dos riscos nessa sociedade global e que se torna cada vez mais complexa.

As políticas de promoção da saúde, vigilância em saúde, saúde ambiental, saúde do idoso, da criança e da mulher, entre outras, são formas instituídas para tentar controlar os riscos aos quais as populações-alvo estão expostas, ou mesmo preveni-las contra eles e, ainda, orientá-las quanto a eles.

Para essa discussão, a autora aponta que é importante o entendimento que o estabelecimento dos riscos está diretamente ligado a diversos fatores, entre eles:

- **Complexidade do conhecimento:** o enfrentamento de riscos cada vez mais complexos e globalizados, ao lado de outros perpetuados na desigualdade precisa ser compreendido no diálogo entre diferentes códigos disciplinares para sua resolução totalizante.

- **Distribuição desigual do risco:** a desigualdade social e de acesso a bens e serviços de saúde, bem como a produtos de qualidade, água e ambientes saudáveis, deve ser considerada na implementação de ações (no caso) de vigilância sanitária em consonância com os princípios do SUS.

- **Território e riscos específicos:** Os riscos distribuem-se nos territórios, aqui compreendidos como as diferentes regiões, estados e municípios brasileiros – de forma específica e característica das relações sociais, políticas, culturais e econômicas de cada localidade.

“Ali mesmo, onde moro, frequentemente não sei onde estou. Minha consciência depende de um fluxo multiforme de informações que me ultrapassam ou não me atingem, de modo que me escapam as possibilidades hoje tão numerosas e concretas de uso ou de ação. O que parece estar ao alcance de minhas mãos é concreto, mas não para mim. O que me cabe são apenas partes desconexas do todo, fatias opulentas ou migalhas. Como me identifico, assim, com o meu entorno?”

Milton Santos

\_\_\_\_\_ **Texto adaptado pela equipe técnica do CONASS**

**a partir das seguintes referências bibliográficas:**

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS (ESP). Redes de Atenção à Saúde. **Oficina 3 – diagnóstico local**. Guia do Tutor/Facilitador. Belo Horizonte: ESP, 2008.

MARQUES, M. C. C. **Um novo olhar sobre o território**. Projeto Laboratório de Estudos da Complexidade e do Conhecimento em Vigilância Sanitária. Belo Horizonte, set. 2007. (mimeo.)

MENDES, Eugênio Vilaça. Distritos Sanitários: processo social de mudanças nas práticas sanitárias para o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec: Abrasco, 1993.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. Vigilância em Saúde e Território Utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005.

UNGLERT, Carmen Vieira de Sousa. Territorialização em Saúde. In: Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde (E. V. Mendes, Org.), p. 221-236, São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999.

\_\_\_\_\_. **Vigilância sanitária e riscos sanitários na sociedade global**. Projeto Laboratório de Estudos da Complexidade e do Conhecimento em Vigilância Sanitária. Belo Horizonte, set. 2007. (mimeo.)

## Plenária

Apresentação da síntese e discussão dos trabalhos em grupos

Após as apresentações, o coordenador, a partir dos objetivos específicos do item I, deve retomar as questões estruturantes: Território e Risco em Saúde.

Duração: 45min.

### Estudo dirigido 2 – Cadastramento Familiar e Classificação de Risco no Território

- Após a leitura, discutir o texto e responder às questões propostas.
- Duração: 1h e 45min.

\_\_\_\_\_ **Dinâmica para o trabalho:**

- O próprio grupo elabora e simula um estudo de caso.
- Inicialmente, o grupo deverá ler o texto Cadastramento Familiar e Classificação de Risco no Território.

- Cada grupo irá elaborar um estudo de caso, que deverá descrever uma família da sua área de responsabilidade: composição familiar, condição de moradia, aspecto socioeconômico-cultural, doenças referidas e outros aspectos que o grupo considerar interessante.

- Em seguida, metade dos integrantes do grupo irá para outro grupo e vice-versa. A partir desse momento, os integrantes originais irão representar a família e os novos irão representar os ACS e outros membros da equipe de saúde.

- O objetivo é a simulação da aplicação do formulário do cadastro familiar.

- A seguir, a partir dos dados coletados, classificar a família por grau de risco e discutir, em seguida, os instrumentos e a metodologia de aplicação.

- Em plenária, os grupos irão relatar o resultado do cadastro, da classificação familiar e a síntese da discussão realizada.

## **ESTUDO DIRIGIDO 2**

### **TEXTO 2 – Cadastramento Familiar e Classificação de Risco no Território**

O cadastro é o primeiro passo para o conhecimento da realidade das famílias residentes na área de adscrição de sua responsabilidade. É importante que a equipe tenha em mente que este é um momento importante para o estabelecimento de vínculo entre a equipe de saúde e a família.

A meta sempre será de 100% das famílias de sua área de responsabilidade cadastradas.

Estabeleça uma fase preparatória para sua equipe conhecer o cadastro, tomar conhecimento de seu objetivo, de sua função como instrumento de diagnóstico da situação de saúde para a sua utilização na elaboração da programação das ações e atividades a serem desenvolvidas no âmbito de seu território.

Discuta a metodologia do cadastramento: definição de microáreas, os ACS responsáveis, cronograma de visitas.

Esclareça as lideranças locais com relação ao objetivo do cadastramento e à necessidade da colaboração para o acesso em áreas com dificuldade de acesso.

Para o cadastro familiar, utilizar-se-ão os dados presentes na Ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab).

Os dados da Ficha A deverão ser preenchidos pelos profissionais da Equipe de Saúde da Família, em especial pelo ACS, no domicílio familiar.

#### \_\_\_\_\_ Tipo de Cadastramento

**Provisório:** deverá ser preenchido para os usuários em trânsito por motivo de trabalho, passeio, pessoal, em período de até três meses.

**Definitivo:** deverá ser preenchido para os usuários com residência fixa na área de abrangência da Unidade de Saúde.

#### \_\_\_\_\_ Transferência

**Provisória:** implica a transferência do prontuário, ocorrendo quando o usuário estiver cadastrado em um serviço de saúde e se deslocar, por motivo de trabalho, passeio ou pessoal, para outro local. O prontuário será solicitado pelo serviço de saúde onde o paciente se encontrar no momento, para dar continuidade ao tratamento, designando, nesses casos, provisório o fato do usuário não fixar residência pelo período de um ano. Ultrapassado esse tempo, será considerada transferência definitiva. A transferência poderá ser de unidade para unidade, município para município, estado para estado e país para país.

**Definitiva:** implica a transferência definitiva do prontuário, no caso de o usuário fixar residência, devendo também ser solicitado pelo serviço de saúde de sua nova residência, podendo ser de unidade para unidade, município para município, estado para estado, país para país.

#### \_\_\_\_\_ Fase de Execução

Preencher a Ficha A durante as visitas domiciliares.

- A Ficha A deverá ser preenchida à caneta, sem rasuras, como documento a ser arquivado junto ao prontuário; deverá ter uma folha em anexo para anotar as alterações familiares, evitando assim a perda de qualquer informação.

- Agendar previamente as visitas, de maneira a garantir o tempo e as condições adequadas para a realização da entrevista e a maior participação de outros familiares.

- Priorizar, na primeira etapa do cadastramento, as famílias moradoras em áreas de risco.

- Entrevistar preferencialmente o responsável da família, com a participação de outros familiares sempre que possível.

- O ACS deve-se apresentar à família, mencionar também os demais membros da equipe e esclarecer o objetivo do cadastro.

- Indagar o entrevistado sobre cada um dos itens do formulário, de maneira objetiva, mas ao mesmo tempo acolhedora, deixando espaço para esclarecimento do significado e da importância de cada aspecto e das dúvidas que surgirem.

- Anotar as respostas nos campos específicos do formulário, estando atento a registrar também impressões, questionamentos e aspectos não previstos anteriormente, mas importantes para o conhecimento daquela família.

- Orientar a família sobre a utilização das informações para a programação e organização do serviço de saúde.

- Realizar também orientações de educação em saúde sobre as condições e problemas identificados, como relacionamentos familiares, cuidados com o recém-nascido e outras faixas etárias de risco, consultas de controle na UBS, armazenamento e administração de medicamentos, higiene do ambiente e acondicionamento do lixo.

#### \_\_\_\_\_ Ficha A

Para o cadastro familiar, serão utilizados os dados que constam na Ficha A do Siab acrescidas algumas informações pela Coordenação Estadual de APS:

- **Identificação Familiar:**

1. Nome da Unidade Básica de Saúde
2. Numeração do prontuário
3. Nome ou número da Equipe de Saúde da Família responsável
4. Data de abertura do prontuário
5. Nome do membro familiar responsável por oferecer a maioria das informações

6. Endereço: nome da rua, avenida, beco, escadaria etc. seguido do n. da residência, apartamento, bairro, município, unidade de federação, CEP e ponto de referência.

7. Registrar o telefone residencial, celular e de contatos: vizinhos e parentes.

8. Identificar segmento, área, microárea e família.

9. Procedência: preencher no caso de mudança nos últimos seis meses antes do cadastro.

· **Situação de Moradia e Saneamento**

1. Tipo de casa: tijolo/adobe, taipa revestida, madeira, material aproveitado, outro material, n. de cômodos/peças, energia elétrica, banheiros (identificar se interno ou externo à casa e comunitários) e sem moradia (identificar morador de rua).

2. Destino do lixo: coletado, queimado, céu aberto, outros.

3. Identificar se a casa está situada próxima a locais insalubres: mangue, depósito de lixo, encostas, esgoto ou vala, outros.

4. Abastecimento de água: rede pública, poço ou nascente, outro.

5. Destino de fezes e urina: sistema de esgoto, fossa, céu aberto.

6. Identificar se a casa é alugada, própria, cedida, outro.

7. Tratamento da água: filtração, fervura, cloração, sem tratamento.

8. Condições de higiene: boa, ruim, regular, péssima.

· **Outras informações**

1. Plano de Saúde: identificar se alguém possui plano de saúde na família, quantas pessoas estão cobertas e o nome do plano.

2. Identificar quais são os serviços procurados no caso de doença: hospital, unidade de saúde, farmácia, benzedeira, outro.

3. Participa de grupos comunitários: cooperativa, grupo religioso, associações, outros, ou não participa.

4. Meios de transporte que mais utiliza: ônibus, carro, bicicleta, caminhão, carroça, outro ou nenhum.

5. Meios de comunicação que mais utiliza: rádio, jornal, revista, televisão, telefone, outro.

6. Informações referentes à Saúde Bucal: anotar a quantidade de pessoas na casa que possuem escova de dente (pergunta referente a todas as pessoas da casa); acesso a tratamento clínico – registrar sim ou não (verificar se todas as pessoas da casa têm acesso garantido); registrar quantas pessoas da casa utilizam prótese dentária.



#### · **Renda Familiar**

Possibilita conhecer a situação econômica da família. Escala: menos de um salário mínimo; entre um e dois salários; entre três e cinco salários; acima de cinco salários.

#### · **Cadastro Familiar**

1. Chefe da Família: identificá-lo, registrando seu nome em primeiro lugar na lista de integrante da família.

2. Vínculo familiar: deve ser registrado considerando o vínculo do membro da família com o chefe da família.

3. Situação escolar: registrar se está frequentando (F) ou não (NF) e a série em que está matriculado ou a última série estudada.

4. Ocupação ou atividade: identificar a atividade que atua e informar a renda por pessoa, mesmo a não comprovada.

#### · **Classificação do Grau de Risco**

O grau de risco (alto/moderado ou baixo) é função do efeito inesperado que pode resultar de uma ação particular. É medido antes de sua ocorrência, de acordo com a experiência do passado (CONTANDRIOPOULOS, 1998).

Entre os diferentes tipos de risco existentes, podemos citar os sociais, ambientais, biológicos, comportamentais e psicológicos:

- Sociais: envolvem as condições de vida da população. O direito a bens e serviços (saúde, educação, seguro social, alimentação, moradia, transporte, trabalho, outros bens de consumo).

- Ambientais: são os existentes no ambiente físico, naturais ou provocados pela ação do homem. Envolvem os danos profissionais presentes nas condições de trabalho, as situações de moradia, transporte, higiene pública e urbanismo.

- Biológicos: provenientes da influência genética. Têm a ver com a estrutura e o funcionamento biológico do corpo e a suscetibilidade individual.

- Comportamentais e psicológicos: estão relacionados com a configuração familiar, hábitos de vida e senso de coerência que formam o indivíduo psicossocial.

De acordo com a realidade vivenciada no território, é de competência de gestores e profissionais a implantação da tabela com a classificação do grau de risco de uma área, microárea ou mesmo de cada família, definindo

até mesmo qual o plano de cuidado mais apropriado para cada situação e quais os responsáveis pelo seu acompanhamento.

- **Observações**

Registrar as percepções acerca da família, inserir informações complementares que considerar relevante.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA									
Nome da Unidade Básica de Saúde:					Prontuário:				
Nome/Nº da equipe:					Data de abertura: / /				
Endereço							Nº		
Complemento			Bairro		Município			UF	
CEP		Ponto de Referência			Telefone:				
Segmento		Área		Microárea		Família			
Situação de Moradia e Saneamento									
Tipo de Casa					Abastecimento de Água				
Tijolo/Adobe		Número de Cômodos/Peças			Rede Pública		Outro:		
Taipa Revestida		Energia Elétrica			Poço ou Nascente				
Madeira		Banheiros <input type="checkbox"/> Externos <input type="checkbox"/> Internos			Destino de Fezes e Urina				
Material aproveitado					Sistema de esgoto		Céu Aberto		
Outro Material:		Sem Moradia			Fossa				
Destino do Lixo					A Casa É				
Coletado		Céu Aberto			Alugada		Cedida		
Queimado		Outro (Especificar)			Própria		Outro:		
A Casa se situa próximo a locais insalubres					Tratamento da Água no Domicílio				
Mangue		Esgoto ou Vala			Filtração		Cloração		
Depósito de Lixo		Outro:			Fervura		Sem tratamento		
Condições de Higiene da casa									
Boa		Ruim		Regular		Péssima			
Outras Informações									
Plano de Saúde					Meios de Transporte que mais utiliza				
Alguém da família possui plano de saúde?					Ônibus		Caminhão		
Número de pessoas cobertas pelo Plano de Saúde					Carro		Carroça		
Nome do plano de saúde					Bicicleta		Outro:		
Em caso de doença procura					Meios de comunicação que mais utiliza				
Hospital		Farmácia			Rádio		Jornal, revista ou telefone		
Unidade de Saúde		Outro:			Televisão		Outro:		
Benzedeira					Informações referentes à Saúde Bucal				
Participa de grupos comunitários					Fazem uso da escova de dente				
Cooperativa		Não participa			Possuem acesso à tratamento clínico <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				
Grupo religioso		Outros (especificar)			Utilizam prótese dentária				
Associações					Renda familiar				
		Menos de 1 salário mínimo		Entre 1 e 2 salários mínimos					
		Entre 3 e 5 salários mínimos		Acima de 5 salários mínimos					
Classificação de risco da família <input type="checkbox"/> Sem risco <input type="checkbox"/> Baixo risco <input type="checkbox"/> Médio risco <input type="checkbox"/> Alto risco									

## CADASTRO DA FAMÍLIA

Nº	Nome (pessoas com 15 anos ou mais)	Data de nascimento	Vínculo Familiar	Idade	Sexo	Situação Escolar	Ocupação/atividade	Renda	Doença/Condição referida
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
Nº	Nome (pessoas com 15 anos ou mais)	Data de nascimento	Vínculo Familiar	Idade	Sexo	Situação Escolar	Ocupação/atividade	Renda	Doença/Condição referida
8									
9									
10									
11									
12									
13									

Siglas para indicação de doença e/ou condições referidas

ALC: Alcoolismo EPI: Epilepsia HAN: Hanseníase CHA: Chagas GES: Gestação HA: Hipertensão Arterial DIA: Diabetes TB: Tuberculose

Não utilize siglas, escreva a condição ou doença. Atentar para as que mais influenciam a família e a comunidade. Ex.: Doenças de caráter familiar, alcoolismo, uso de drogas, tabagismo, infecto-contagiosas, mentais e neurológicas, obesidade, gestação, deficiência física, senilidade, acamado, etc.

Tipo de CADASTRAMENTO     Provisório     Definitivo    TRANSFERÊNCIA     Provisória     Definitiva

Observações

Aqui deverá ser inserida a proposta da SES local de sua classificação e pontuação para o fator de risco.

#### \_\_\_\_\_ Referências Bibliográficas

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência a Saúde. **Ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica.**

CONTANDRIOPOULOS, A. P. **Pode-se construir modelos baseados na relação entre contextos sociais e saúde?** Cad. Saúde Pública. v. 14, n. 1, jan./mar. 1998

ESPÍRITO SANTO. Secretaria Estadual de Saúde. **Prontuário da saúde da família.** Vitória, 2008.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Gerência de Regulação e Assistência à Saúde. Gerência de Vigilância à Saúde. **Diretrizes Clínicas: prontuário da saúde da família.** 1.ed. 2008. Coleção Uma Nova Saúde, livro 2. Disponível em: <<http://www.saude.es.gov.br>>.

#### Plenária

Apresentação da síntese e da discussão

- Duração: 1h.

#### Aula interativa – Metodologia da Estimativa Rápida Análise de Situação de Saúde Local

Deverá ser realizada em plenária, com a apresentação por parte da SES dos elementos constituintes da análise de situação em saúde. Duração: 45min.

#### TEXTO DE APOIO

##### TEXTO 3 – Metodologia da Estimativa Rápida – Análise de Situação de Saúde Local

A Metodologia da Estimativa Rápida não é o único método para coletar dados amplos sobre uma área geográfica específica ou determinado problema: é o começo de um processo para obter informações que subsidiarão a elaboração do diagnóstico situacional, contribuindo para a construção do planejamento local.

É o modo de se obterem informações sobre o conjunto de problemas em curto período de tempo, sem grandes gastos de dinheiro. O termo “rápido” refere-se ao tempo disponibilizado na coleta de dados em campo e durante o período de análise. Tem por princípios:

- não coletar dados excessivos ou impertinentes;
- adaptar as investigações para que reflitam as condições locais e situações específicas;
- envolver o pessoal da comunidade tanto na definição de necessidades quanto na identificação de possíveis soluções.

**a. Dados primários**

São as informações coletadas diretamente por meio da relação do entrevistador/pesquisador e o *informante-chave*. Requer a utilização de roteiro de entrevista e identificação de informantes-chave, que devem ser moradores conhecedores das características geográficas e populacionais da área em estudo.

A escolha do informante-chave busca identificar, na população, pessoas com densidade de opinião, ou seja, aquelas cuja informação represente a de várias pessoas. Identificar uma liderança natural não é tarefa simples, pois nem sempre é o presidente da Associação de Moradores, podendo ser moradores antigos, donos de bares, pessoas que não têm medo de novidade, que buscam a Unidade de Saúde nas primeiras semanas de funcionamento, benzedeiros, entre outras.

Outra forma de coleta de dados é a observação, realizada por meio de um passeio ambiental, em que o próprio pesquisador registra sua percepção sobre a área estudada (aspectos físicos, condições e densidade das habitações, sistema de drenagem, presença de esgoto a céu aberto, acúmulo de lixo, serviços existentes na comunidade, entre outros).

Para a realização dessa etapa é necessária a elaboração de roteiro, que contemple perguntas pertinentes aos informantes-chave e a relação do que será observado.

**b. Dados secundários**

São aqueles já apresentados e disponíveis por outros organismos governamentais ou não, são essenciais para equipes que estão iniciando seu trabalho e nem sempre dispõem de tempo suficiente para realizar planejamento adequado.

As informações podem ser obtidas junto a registros oficiais como: IBGE ou demais órgãos oficiais de pesquisa, SES e SMS, Ação Social, Educa-

ção, Meio Ambiente, companhias de abastecimento de água, esgoto, limpeza urbana e energia elétrica; Conselhos de Saúde e Sistemas de Informações (Siab, SIM, Sinasc, Sinan, SIS-Prenatal, Siscolo, Hiperdia, entre outros). Alguns dispõem de dados com acesso pela internet.

## \_\_\_\_\_ Roteiro para a Realização do Diagnóstico Situacional da Comunidade

### I – IDENTIFICAÇÃO DO INFORMANTE

- Nome:
- Idade:
- Data de Nascimento:
- Estado Civil:
- Escolaridade/Ocupação:
- Tempo em que reside na comunidade:
- Participa da comunidade?                      Como?

### II – IDENTIFICAÇÃO DA COMUNIDADE

1. Como surgiu a comunidade?
2. De onde vieram os primeiros moradores?
3. Quais os grupos organizados existentes na comunidade?
4. Quais as principais conquistas?
5. Quais os principais problemas?
6. Quais as principais reivindicações?
7. A comunidade se reúne para alguma atividade, tipo:  
( ) pastoral ( ) associação de moradores  
( ) grupos religiosos ( ) cooperativa ( ) outros

### III – IDENTIFICAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE MORADIA

(análise geral da comunidade)

1. Característica da construção
2. Posse da moradia
3. Abastecimento de água
4. Destino dos dejetos
5. Coleta de lixo
6. Energia elétrica

7. Pavimentação das ruas
8. Meios de transporte
9. Forma de lazer

#### **IV – IDENTIFICAÇÃO DAS CONDIÇÕES AMBIENTAIS**

1. Fontes de poluição ambiental
2. Desmatamento
3. Rios ou lagos contaminados
4. Depósitos de lixo
5. Indústrias
6. Terrenos baldios
7. Encostas sem proteção
8. Utilização de agrotóxicos

#### **V – IDENTIFICAÇÃO DOS AGRAVOS**

1. Quais as doenças mais comuns na comunidade?  
(crianças / adolescentes / adultos / idosos)
2. Por que essas doenças acontecem?
3. Além das doenças, existe algum outro problema que afeta a saúde das pessoas (clima, agrotóxicos, condições de trabalho etc.)?
4. De que as pessoas morrem na comunidade?  
(crianças / adolescentes / adultos / idosos)
5. Quando algum produto ou serviço prejudica a saúde das pessoas, elas denunciam ao órgão competente? Qual é o retorno?

#### **VI – IDENTIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

1. Quando as pessoas adoecem para onde vão?
2. Quais os tipos de serviços de saúde existentes na comunidade?
3. O que a comunidade pensa do atendimento recebido no serviço de saúde?
4. Há dificuldade de acesso aos serviços de saúde  
(locomoção, barreiras geográficas, agenda, atendimento)?
5. As pessoas conseguem resolver seus problemas nos serviços de saúde?
6. Quando procuram por atendimento odontológico conseguem ser atendidos?



7. Caso precisem se deslocar para serviços fora da comunidade, como funciona o processo de agenda e retorno?

**OBS.:** podem ser inseridas outras questões de acordo com o interesse das equipes.

#### **DATA E NOME DO ENTREVISTADOR:**

##### \_\_\_\_\_ **Esquema para coleta de informações:**

- Levantar população geral, por sexo e faixa etária
- Dados secundários: Siab (onde já existir o cadastramento); IBGE.
- Identificar condições de moradia
- Dados secundários: Registros/relatórios em setores da própria prefeitura; companhias de abastecimento de água, energia elétrica, esgoto; Siab, IBGE, Ipea.
- Dados primários: Informante-chave e passeio ambiental.
- Identificar condições ambientais
- Dados secundários: Secretarias de Meio Ambiente;
- Dados primários: informante-chave e passeio ambiental.
- Levantar o perfil de morbimortalidade da área
- Dados secundários: SIM; Siab; Sinan; Sinasc; Sisvan; Hiperdia; Sisco-lo, internet, além de registros da Secretaria da Saúde;
- Dados primários: informante-chave.
- Identificar os serviços oferecidos pela Unidade de Saúde
- Dados secundários: registros na Secretaria da Saúde e na própria Unidade;
- Dados primários: entrevistas a usuários.
- Identificar a forma de organização social da comunidade
- Dados secundários: registros nas Secretarias Municipais;
- Dados primários: entrevistas com informante-chave.

##### \_\_\_\_\_ **Referência Bibliográfica**

ESPÍRITO SANTO. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Gerência de Regulação e Assistência a Saúde. Gerência de Vigilância a Saúde. **Diretrizes clínicas:** organização da atenção primária

à saúde. 1.ed. 2008. Coleção Uma Nova Saúde, livro 1. Disponível em: <<http://www.saude.es.gov.br>>.

## 2º DIA

A partir da aula interativa do dia anterior, em que a SES discutiu as Diretrizes de Análise da Situação de Saúde, o 2º dia será iniciado com um trabalho de grupo em que os participantes farão um exercício relacionado a um exemplo fictício ou real.

n.23  
*Atenção Primária à  
Saúde (APS)*

### Trabalho em grupos – estudo dirigido 3

#### Diagnóstico Local e Municipal

Duração: 1h e 30min.

- Após a leitura, discutir o texto e responder às questões propostas.

O grupo deverá ler o estudo de caso A Unidade de Saúde Santa Terezinha.

Aplicar o roteiro para o diagnóstico local, identificando os dados relacionados a:

- território;
- geografia e ambiente;
- delimitação do território da UAPS no mapa;
- urbanização/acesso;
- características dos domicílios;
- perfil demográfico, socioeconômico, institucional;
- perfil epidemiológico;
- perfil dos serviços.

**Responder à questão:** Que análise o grupo faz dos dados coletados?

#### TEXTO 4 – A Unidade de Saúde Santa Terezinha

A Unidade de Saúde Santa Terezinha situa-se geograficamente na periferia de um dado município, distando do centro da cidade aproximadamente 10km. Possui uma equipe de saúde da família (um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, sete ACS), uma equipe de saúde bucal (um cirurgião-

-dentista e um auxiliar de consultório dentário) e com os seguintes servidores de apoio administrativo: um auxiliar de serviços gerais, uma cozeira, uma recepcionista e um vigia. A unidade funciona das 7h às 18h ininterruptamente e todos os profissionais têm jornada de trabalho de 8 horas diárias. O conselho local é atuante, reúne-se mensalmente e avalia o desempenho da unidade.

Esta comunidade conta apenas com a unidade de saúde Santa Teresinha e, quando as pessoas necessitam de consultas especializadas e exames, recorrem à policlínica no centro da cidade.

Segundo dados do cadastro familiar e do Siab, vive nesse território uma população de 3 mil habitantes, no total de 1.000 domicílios. Após levantamento local pela equipe de saúde, identificou-se que, nesse território, o terreno é plano, com pouca pavimentação das ruas, sendo a maioria de terra batida. A população é desprovida de rede pluvial, quando chove a mobilidade fica dificultada. O bairro é servido por duas linhas de ônibus, sendo que uma liga bairro a bairro e outra liga bairro ao centro. A maioria dos domicílios é de alvenaria e com acesso a rede elétrica. Quanto ao abastecimento, 80% têm acesso à água tratada até ao domicílio e apenas 50% tem rede de esgoto sanitário ligado aos domicílios. Nesse local, a coleta de lixo é realizada duas vezes por semana, exigindo dos moradores um acondicionamento do lixo até a coleta. Há uma escola pública de primeiro grau e próximo a ela há um campinho onde as crianças costumam jogar bola e que a população utiliza para caminhadas.

Segundo dados do cadastro familiar e do Siab, 51 % da população é feminina e 49% é masculina. A população desta área é constituída por 3% de crianças menores de 1 ano, 7% de crianças de 1 a 4 anos, 12% na faixa de etária de 5 a 9 anos, 8% de 10 a 14 anos, 11% de 15 a 19 anos, 52% de 20 a 59 anos e 7% de maiores de 60 anos.

Nessa comunidade, foi identificado no cadastro familiar e no Siab que 250 famílias vivem com renda *per capita* inferior a R\$60,00. Foi também identificado que 150 chefes de família são analfabetos, 30% das famílias são de risco e 10% da população têm plano de saúde.

QUADRO 1 **Distribuição da População por Faixa Etária e Sexo**

FAIXA ETÁRIA	POPULAÇÃO TOTAL	MASCULINA	FEMININA
<1 ano	90	44	46
1 a 4 anos	210	103	107
5 a 9 anos	360	176	184
10 a 14 anos	240	118	122
15 a 19 anos	330	162	168
20 a 59 anos	1.560	764	796
60 a 79 anos	200	98	102
>80 anos	10	4	6
TOTAL	3.000	1.469	1.534

n.23  
Atenção Primária à  
Saúde (APS)

FONTE: CADASTRO FAMILIAR/ SIAB

No quadro 2, temos algumas características epidemiológicas e assistenciais dessa população, encontradas no cadastro familiar, em outros sistemas de registro das US e nas demais fontes de informação (Siab, Sinaisc, SIS-Prenatal, SIM).

QUADRO 2 **Características Epidemiológicas da População Adscrita à UBS Santa Terezinha**

ITEM	NÚMERO	PERCENTUAL
Crianças nascidas com baixo peso (último ano)	07	8,8% das crianças nascidas
Crianças nascidas com prematuridade (último ano)	06	7,1% das crianças nascidas
Crianças <5anos com desnutrição moderada ou grave	15	5,47% das crianças <5 anos
Crianças <5 anos com doença respiratória moderada ou grave	16	6% das crianças <5 anos
Adolescentes grávidas no último ano	19	21,72% do total de gestantes
Adultos e idosos com hipertensão (último ano)	319	20% da pop. >20 anos
Adultos e idosos com diabetes (último ano)	127	8% da pop. >20 anos
Adultos e idosos com transtornos mentais (último ano)	350	22% da pop. >20 anos
Gestantes identificadas (último ano)	89	N.º total de gestantes do ano anterior (n.º DNV) + 10%
Gestantes de risco habitual (último ano)	75	85% do total de gestantes
Gestantes de alto risco identificadas (último ano)	14	15% do total de gestantes
Número de idosos/percentual sobre a pop. total (último ano)	189	8% da pop total

FONTES: SIAB, SINASC, SIM, SISPRENATAL, CADASTRO FAMILIAR, OUTROS SISTEMAS DE REGISTRO DA UBS

Não foram identificados no Siab, ou em outros registros da UBS, casos de tuberculose, hanseníase ou HIV positivo em nenhum dos ciclos de vida.

Em relação ao atendimento da UBS Santa Terezinha, temos, no quadro 3, os seguintes números (de acordo com o Siab, Hiperdia, Siscolo, Sisprenatal, cartão espelho de vacina e outros sistemas de registro da UBS):

QUADRO 3 **Perfil de Atendimento da UBS Santa Terezinha no ano de 2006**

ITEM	NÚMERO
N. de crianças <1 ano inscritas e acompanhadas na puericultura	78
N. de crianças <1 ano com vacinação em dia	77
N. de crianças <5 anos com desnutrição moderada ou grave, inscritas e acompanhadas no último ano	13
N. de crianças <5 anos com doença respiratória moderada ou grave, inscritas e acompanhadas no último ano	15
N. de adolescentes de 10 a 14 anos inscritos no programa de acompanhamento no último ano	170
N. de adolescentes grávidas acompanhadas no último ano	17
Adultos e idosos com hipertensão, acompanhados no último ano	250
Hipertensos de baixo risco acompanhados	101
Hipertensos de médio risco acompanhados	87
Hipertensos de alto e muito alto risco acompanhados	62
Adultos e idosos com diabetes acompanhados	110
Diabéticos s/trat. medicamentoso acompanhados	23
Diabéticos não usuários de insulina s/hipertensão acompanhados	33
Diabéticos não usuários de insulina c/hipertensão acompanhados	38
Diabéticos usuários de insulina acompanhados	16
Adultos e idosos com transtornos mentais acompanhados (último ano)	280
N. de mulheres de 25 a 59 anos que realizam coleta de exame papanicolau no último ano	224
N. de mulheres de 50 a 69 anos que realizaram mamografia no último ano	dado inexistente
N. de gestantes inscritas no pré-natal no último ano	85
N. de gestantes, risco habitual acompanhadas, com no mínimo 6 consultas de pré-natal no último ano	73
N. de gestantes de alto risco, acompanhadas, com no mínimo 6 consultas de pré-natal no último ano	12
N. de idosos >80 anos inscritos no acompanhamento no último ano	3
Idosos de 60 a 79 anos de alto risco	12
N. ações coletivas em saúde bucal realizadas no último ano	100
N. usuários que fizeram avaliação individual para classificação por grau de risco no último ano	345
N. usuários que realizaram primeira consulta odontológica no último ano	305
N. usuários com doença periodontal, cárie, necessidade de prótese ou alterações de tecido mole, atendidos no último ano	não registrado

FONTE: SIAB, SIA, SISPRENATAL, SISCOLO, CARTÃO ESPELHO DE VACINA, HIPERDIA, OUTROS SISTEMAS DE REGISTRO DA UBS.

Como não foram identificados, no Siab ou em outros registros da UBS, casos de tuberculose, hanseníase ou HIV positivo em nenhum dos ciclos de vida, não há informações quanto ao atendimento de nenhum desses casos no perfil de atendimento da unidade.

#### \_\_\_\_\_ Referência Bibliográfica

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS (ESP). Redes de Atenção à Saúde. **Oficina 3 – diagnóstico local**. Guia do Tutor/Facilitador. Belo Horizonte: ESP, 2008.

#### **Plenária**

Apresentação da síntese e da discussão

Duração: 45min.

#### **Aula interativa – apresentação e discussão de um caso de diagnóstico local e/ou municipal.**

Duração: 1h.

#### **Aula interativa – preparação dos trabalhos de dispersão**

Sugestão: o objetivo desta exposição é realizar a síntese dos dois dias, de preferência em 20min. A partir daí, deverá ser apresentada a proposta de trabalho da dispersão, bem como o esclarecimento das dúvidas.

#### **Trabalho de dispersão**

· Elaborar a proposta de territorialização do município e o instrumento para cadastramento e critérios de classificação de risco das famílias.

#### **Avaliação e encerramento**





## OFICINA IV

---



Esta oficina trabalha os conceitos e os elementos referentes à Vigilância em Saúde e sua fundamental inserção na organização e no processo de trabalho das equipes da APS.

### Objetivos

1. Conhecer e compreender os conceitos e os elementos da Vigilância em Saúde.
2. Compreender a importância da inserção desses conceitos e elementos na organização do processo de trabalho das equipes da APS.
3. Compreender e discutir a articulação da APS com a Vigilância em Saúde.

### Objetivos específicos

1. Realizar o alinhamento conceitual sobre Vigilância em Saúde.
2. Compreender e discutir o conceito de Vigilância em Saúde e seus componentes: Vigilância Epidemiológica, Sanitária, em Saúde Ambiental e **Saúde do Trabalhador**.
3. Compreender, discutir e exercitar a articulação entre Território Vigilância em Saúde – APS.
4. Conhecer e discutir a estruturação e as ações da Vigilância em Saúde desenvolvidas no seu estado e no seu município.
5. Discutir formas de integração das ações da Vigilância em Saúde com a Atenção Primária no seu estado e no seu município.

## PROGRAMAÇÃO GERAL DA OFICINA

### 1º DIA

n.23  
Atenção Primária à  
Saúde (APS)

TEMPO ESTIMADO	HORÁRIO	ATIVIDADE	TEMA
30min		Reencontro dos participantes	Apresentação dos objetivos da Oficina 4
1h45min		Apresentação do trabalho de dispersão	Apresentação da proposta de territorialização do seu município, o instrumento utilizado para cadastramento e os critérios de classificação de risco das famílias
15min		Intervalo	
1h		1º Trabalho em grupo: Estudo de caso: Surto de Dengue em Nova Caridade – Estado da Esperança	Integração Vigilância em Saúde/ APS: O papel da AP nas ações de VS/Definição do território na AP e VS
30min		Preparação da dramatização	
1h30min		Intervalo para almoço	
1h		Dramatização: Surto de Dengue em Nova Caridade – Estado da Esperança	Integração Vigilância em Saúde/ APS: O papel da AP nas ações de VS/Definição do território na AP e VS
30min		Plenária	Discussão sobre os principais aspectos apresentados na dramatização
1h		2o Trabalho em grupo: Leitura e discussão de texto	A Vigilância em Saúde e a Atenção Primária em Saúde
15min		Intervalo	
30min		Plenária	Apresentação dos trabalhos em grupo
1h		Aula interativa	A Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde

## 2º DIA

TEMPO ESTIMADO	HORÁRIO	ATIVIDADE	TEMA
1h30min		3o Trabalho em grupo: Estudo de caso real: Surto de Toxoplasmose em Santa Isabel do Ivaí – PR	Atribuições da AP, VS e suas subáreas/Integração AP – VS
45min		Plenária	Apresentação dos trabalhos em grupos
15min		Intervalo	
1h		A Vigilância em Saúde no estado (apresentação da SES e de representante dos municípios)	A estruturação e as ações da Vigilância em Saúde desenvolvidas no estado e nos municípios.
30min		Plenária	
1h30min		Almoço	
1h15min		4º Trabalho em grupo: leitura do texto Diretrizes de Integração entre APS e Vigilância em Saúde	Diretrizes para Integração entre a APS e a VS
30min		Plenária	
15min		Intervalo	
1h		Orientações sobre o trabalho de dispersão	Elaboração da Matriz das Diretrizes de Integração da VS e APS
30min		Avaliação da oficina	

## ROTEIRO DAS ATIVIDADES

### 1º DIA

#### Abertura

Sugestão: o coordenador deverá saudar os participantes e retomar as principais questões abordadas na Oficina 3. Poderá iniciar com alguma dinâmica de “bom retorno”.

Apresentar os objetivos e a programação da Oficina 4.

## Apresentação dos trabalhos do período de dispersão

Na Oficina 3, o trabalho de dispersão foi que os municípios apresentassem a proposta ou como foi feita a territorialização do seu município, quais os instrumentos utilizados para cadastramento das famílias e os critérios de classificação de risco das famílias.

Tempo da atividade: 1 hora e 30 minutos

### 1º Trabalho em Grupo

Leitura do texto – O surto de dengue no município de Nova Caridade

· Após a leitura, discutir o texto, enfocando aspectos como:

1. a organização dos serviços de saúde, especialmente quanto à APS, Vigilância em Saúde e a integração destes serviços;
2. a definição dos territórios de atuação da APS e da VS;
3. a ocorrência do surto de dengue e que fatores podem ter influenciado sua ocorrência (relacionado à organização do sistema de saúde, demais políticas públicas e organização da comunidade).

· Tempo estimado de 1 hora para leitura do texto e discussão.

#### TEXTO 1 – O surto de dengue no município de Nova Caridade

##### \_\_\_\_\_ O Sistema de Saúde de Nova Caridade

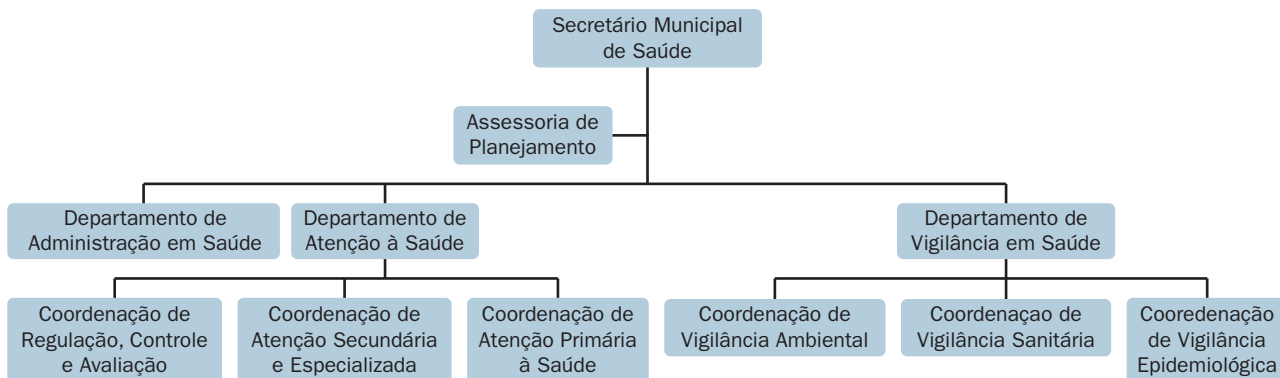
O município de Nova Caridade fica a menos de 10Km de distância de Boa Fé (estado da Esperança), tendo inclusive alguns bairros conurbados à área urbana da cidade vizinha.

O município tem uma população de 103.427 habitantes, com 95% da população na área urbana. A rede de serviços do município possui 10 UBS na área urbana e uma na zona rural. Em todas as unidades está implantado o Programa de Saúde da Família (total de 24 equipes, 1 a 3 equipes por unidade) que tem uma cobertura de 89% no município. Todas as Unidades têm sua área de abrangência definida, porém em duas unidades de saúde situadas na região central da cidade, o PSF não tem cobertura total, atendendo às áreas não cobertas pelo PSF de maneira tradicional. O município conta também com um centro municipal de referência de especialidades, um Centro de Especialidades Odontológicas, um Caps e dois hospitais: um

filantrópico, conveniado ao SUS (que conta com UTI e Pronto-Socorro com atendimento clínico, cirúrgico, pediátrico e obstétrico) e um particular. Conta também com Unidade de Pronto Atendimento 24 horas, em uma das unidades da região leste do município, mais distante da região central e próxima à área urbana de Boa Fé. As UBS funcionam no horário das 7h às 19h.

A SMS está estruturada conforme o organograma descrito na figura 1.

FIGURA 1 **Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Nova Caridade**



Existe um compromisso do gestor (atual e anterior) em manter todas as equipes do PSF completas, com eventual dificuldade na substituição dos profissionais médicos, em razão da grande rotatividade e da disputa por este profissional na região. Além dos profissionais médicos do PSF, atuam também nas UBS outros profissionais médicos (clínicos, pediatras e gineco-obstetras).

Todas as UBS contam com a coordenação de profissional enfermeiro, que geralmente também atua em uma das equipes do PSF da unidade. Todas as unidades têm uma estrutura razoável para o atendimento, porém o espaço para reuniões e atividades com as equipes de ACS geralmente é pequeno.

O Departamento de Vigilância em Saúde conta com a seguinte equipe (quadro 1):

**QUADRO 1 Especificação dos profissionais do Departamento de Vigilância em Saúde do município de Nova Caridade, 2008**

<b>DIREÇÃO DO DEPARTAMENTO:</b>
1 enfermeiro sanitarista (que também apoia tecnicamente as três coordenações)
Coordenação de Vigilância Epidemiológica:
1 enfermeiro sanitarista
1 técnico de enfermagem
2 auxiliares administrativos/digitadores
Coordenação de Vigilância Sanitária (responsável também no município pela área de Saúde do Trabalhador):
1 farmacêutico
1 veterinário
1 odontólogo
1 nutricionista
3 fiscais sanitários
1 auxiliar administrativo (que também apoia a coordenação de Vigilância Ambiental)
Coordenação de Vigilância Ambiental (responsável também no município pelas ações de zoonoses e controle de vetores):
1 tecnólogo de saneamento
1 veterinário
8 agentes de campo cedidos pela Funasa
56 Agentes de Combate às Endemias

FONTE: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Os Agentes de Combate às Endemias (ACE) cobrem 100% da área urbana do município, estando distribuídos em território coincidente com as áreas de abrangência das UBS, de acordo com o seu número de imóveis, sem qualquer relação, porém, com as áreas de abrangência das equipes do PSF. Para cada área existe a figura de um “coordenador” das equipes (geralmente um dos agentes designados para esta função ou agente de campo cedido pela Funasa). O contato dos ACE com as equipes da UBS é ocasional. As reuniões das equipes de ACE ocorrem no nível central ou em espaços da comunidade onde atuam, como praças ou na associação de moradores local. Os coordenadores da maioria das UBS informam que “não há espaço físico” para que estes se reúnam nessas unidades.



Apesar da prioridade definida no município para a área de saúde, com aproximadamente 26% do orçamento municipal, não foi possível a contratação direta dos ACE, dos ACS e de parte dos demais profissionais das equipes do PSF, em razão das restrições da Lei de Responsabilidade Fiscal. Estes foram contratados por meio de Organização Social no regime de Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Estes sentem-se inseguros, pois o município está sendo interpelado pelo Ministério Público, que exige a contratação direta mediante concurso.

#### \_\_\_\_\_ O surto de dengue em Nova Caridade

Nova Caridade conta com número de ACE de acordo com a orientação do Programa Nacional de Controle da Dengue, que vem conseguindo realizar 89% do número de visitas preconizadas a cada imóvel (preconizado: uma visita a cada imóvel a cada dois meses), além de visitas quinzenais a todos os pontos considerados estratégicos. Todos os focos encontrados são tratados.

Durante a realização do último Levantamento Rápido de Índice Amostral (Lira), que é feito no município regularmente, a cada três meses, foi observado crescimento importante dos níveis de infestação. No mês de janeiro, após dois meses de calor e chuvas intensas, foram observados os seguintes níveis (quadro 2) do índice de infestação predial (percentual de imóveis em que foram encontrados focos com larvas do mosquito *Aedes aegypti*):

**QUADRO 2 Levantamento do Lira na Área Urbana de Nova Caridade, segundo extrato (região), outubro de 2008 e janeiro de 2009**

EXTRATO	REGIÃO	ÍNDICE DE INFESTAÇÃO PREDIAL*	
		OUTUBRO 2008	JANEIRO 2009
I	Centro	3,8	5,0
II	Norte	3,0	5,8
III	Leste	4,3	4,4
IV	Sul	2,0	2,4
Média	Zona Urbana de Nova Caridade	3,7	4,7

FONTE: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

\* O Ministério da Saúde classifica os níveis de infestação predial de acordo com os seguintes critérios de risco: Satisfatório: < 1,0; Alerta: 1 a 3,9; e Risco de surto: > 3,9.

Desde o dia 15 de fevereiro, começou a ocorrer um aumento expressivo na procura por atendimento nas UBS da região norte da cidade, bem como no Pronto-Socorro do Hospital Filantrópico e na Unidade de Pronto Atendimento 24 horas. A grande maioria dos pacientes era residente do bairro de Vila Santa Rosa, com quadro de febre alta, prostração, dor muscular, cefaleia intensa, principalmente em região retro-orbital, e exantema. Dois pacientes deste mesmo bairro chegaram à UBS de Vila Santa Rosa e ao Pronto-Socorro com história de um quadro semelhante há quatro dias, com melhora da febre no dia do atendimento e há algumas horas dor abdominal intensa e contínua, vômitos e hipotensão postural, evoluindo com quadro de choque, necessitando de hidratação endovenosa em grande volume e internação em leito de UTI.

No início de março de 2009, começaram a chegar os primeiros exames laboratoriais, confirmando que a maioria dos casos apresentava sorologia positiva para Dengue. O quadro 3 mostra qual era a situação epidemiológica no 3º dia de março:

QUADRO 3 **Casos de Dengue no município de Nova Caridade, 2009**

REGIÃO	BAIRRO (ÁREA UBS)	CASOS DE DENGUE			CASOS DE FHD* CONFIRMADOS
		CONFIRMADOS	DESCARTADOS	AGUARDANDO RES. EXAMES	
Centro	Centro	9	36	32	0
	Ipiranga	21	19	34	0
Norte	Santa Rosa	238	36	127	2
	Vila Isabel	106	39	92	0
	Jardim Guarani	23	24	44	0
Leste	3 UBS	1	42	39	0
Sul	2 UBS	0	28	19	0
Rural	1 UBS	0	3	1	0
<b>TOTAL</b>	<b>11 UBS</b>	<b>398</b>	<b>227</b>	<b>388</b>	<b>2</b>

FONTE: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

\*FHD: Febre Hemorrágica da Dengue.

## Dramatização

O tempo será estimado em 1 hora e 30 minutos, sendo 30 minutos para preparação da peça e 60 minutos para apresentação.

Após a leitura e a discussão do texto, os grupos deverão organizar uma dramatização, considerando a seguinte situação:

O secretário municipal de saúde (que está à frente da SMS desde janeiro de 2009) fará duas visitas com sua equipe à UBS da Vila Santa Rosa no dia 4 de março (durante o surto) e no dia 4 de maio (após seu controle). As reuniões ocorrerão no fim da tarde (aprox. 17h) devendo participar:

- a equipe de direção da SMS, com a participação da Direção do Departamento de Atenção à Saúde, Coordenação da Atenção Primária, Direção do Departamento de Vigilância e Coordenações de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Sanitária;
- a equipe da UBS da Vila Santa Rosa, que conta com duas equipes do PSF;
- a equipe de controle de endemias responsável por este território.

Três grupos farão uma primeira dramatização, considerando a situação esperada no dia 4 de março, sendo que cada grupo deverá interpretar os papéis de uma das equipes anteriormente descritas, preparando-se previamente (30 minutos) para a simulação da “reunião”. Os grupos poderão consultar o documento “Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue”, caso necessitem de informações sobre a organização dos serviços para enfrentamento de surtos de Dengue.

A segunda dramatização será realizada da mesma forma, pelos demais grupos, considerando a situação esperada em 4 de maio, com vistas a procurar reorganizar os serviços não só para evitar nova epidemia, mas para buscar uma melhor organização e integração das ações, considerando as necessidades da população. O “ator” que representar o secretário municipal deverá apresentar na simulação uma proposta de unificação dos territórios do PSF e da VS, bem como a integração dos ACE nas equipes do PSF, os demais deverão simular a reação à proposta nas três equipes.

## Plenária

Discussão dos principais aspectos levantados na dramatização (sugestão: 30 minutos).

- Organização dos serviços (APS/VS)
- Compatibilização dos territórios
- Integração APS/VS

## 2º Trabalho em grupo

Leitura do texto – A Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde

- Após a leitura, discutir o texto e utilizar as questões propostas.
- Tempo estimado de 1 hora e 15 minutos.

### Questões para discussão:

1. Como o grupo conceitua Vigilância em Saúde?
2. Atualmente, qual a abrangência das ações denominadas de Vigilância em Saúde?
3. Para o grupo, qual a articulação, no território, entre a VS e a APS em relação a:
  4. integralidade do cuidado;
  5. ao processo de definição do território.
6. Como se deve dar o apoio matricial para que as equipes de APS desempenhem o seu papel na Vigilância em Saúde?
7. A quem cabe oferecer e como se deve dar este apoio?

## TEXTO 2 – A Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde

### 1. Evolução do conceito de Vigilância em Saúde

A vigilância pode ser definida como sendo a observação contínua da distribuição e das tendências da incidência de doenças mediante a coleta sistemática, a consolidação e a avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes e a regular disseminação dessas informações a todos que necessitam conhecê-la (LANGMUIR, 1963).

A característica essencial da atividade de vigilância é, portanto, a existência de uma “observação contínua” e da “coleta sistemática” de da-

dos sobre determinantes em saúde e doenças. Em todos os conceitos posteriormente utilizados para definir essa atividade de saúde pública, até os da atualidade, essa é uma característica que sempre está presente.

A efetiva descentralização das ações de Vigilância Epidemiológica iniciou-se em dezembro de 1999, momento marcado pela publicação da Portaria Ministerial n. 1.399 que regulamentou a Norma Operacional Básica n. 1/1996 quanto às competências da União, dos estados e dos municípios na área de epidemiologia e controle de doenças, resultante de intensos debates nas instâncias de pactuação intergestores do SUS. Na Vigilância Sanitária, por sua vez, esse processo começou com a publicação da Lei n. 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e atribui competência à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, para que exerçam atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização na área de vigilância sanitária. A celebração do Termo de Ajuste e Metas (TAM), em 2000, entre a Anvisa e os estados pactua metas e por meio da Portaria n. 145/GM, de 31/1/2001, regulamenta a transferência de recursos fundo a fundo para a média e alta complexidade para estados. Complementando esse processo, a Portaria n. 2.473, de 29 de dezembro de 2003, vem a título de estímulo à adesão dos municípios para a execução das ações de Média e Alta Complexidade em Vigilância Sanitária (MAC/Visa) repassar também recursos diretamente aos Fundos Municipais de Saúde.

Em 2004, novo instrumento normativo é publicado, a Portaria Ministerial n. 1.172, indicativo dos esforços de aprimoramento do processo de descentralização das ações de vigilância. Nesse instrumento, definem-se as atividades denominadas de Vigilância em Saúde: vigilância de doenças transmissíveis, vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e de seus fatores de risco, vigilância ambiental em saúde e vigilância da situação de saúde. No entanto, vários estados e municípios incorporaram também a Vigilância Sanitária e a Vigilância à Saúde do Trabalhador como atividades precípuas da Vigilância em Saúde.

A necessidade de potencializar o processo de descentralização das ações de vigilância, tendo em vista o Pacto pela Saúde, é traduzida na atualização dos atos normativos da Vigilância em Saúde por intermédio da Portaria Ministerial n. 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Nessa Portaria,

estados, Distrito Federal e municípios são fortalecidos no papel de gestores da Vigilância, bem como se ampliam as ações denominadas de Vigilância em Saúde, abrangendo:

I – Vigilância Epidemiológica: vigilância e controle das doenças transmissíveis, não transmissíveis e agravos, como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e dos agravos;

II – Promoção da Saúde: conjunto de intervenções individuais, coletivas e ambientais responsáveis pela atuação sobre os determinantes sociais da saúde;

III – Vigilância da Situação de Saúde: desenvolve ações de monitoramento contínuo do país, estado, região, município ou áreas de abrangência de equipes de atenção à saúde, por estudos e análises que identifiquem e expliquem problemas de saúde e o comportamento dos principais indicadores de saúde, contribuindo para um planejamento de saúde mais abrangente;

IV – Vigilância em Saúde Ambiental: conjunto de ações que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde;

V – Vigilância da Saúde do Trabalhador: visa à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processo produtivos; e

VI – Vigilância Sanitária: conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e da circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo o controle de bens de consumo, que direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e os processos, da produção ao consumo, e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

A Vigilância em Saúde, em uma concepção que a define como um modelo de atenção, é caracterizada como um conjunto articulado de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, sob a ótica da integralidade do cuidado, o que inclui tanto a abordagem individual quanto a coletiva dos problemas de saúde.

As ações específicas de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental e Vigilância em Saúde do Trabalhador fazem parte da Vigilância em Saúde, ao lado das ações de caráter individual organizadas sob a forma de consultas e procedimentos.

## **2. A necessidade de integração entre as ações de VS e a APS**

Grande parte dos municípios ainda desenvolve ações de Vigilância em Saúde de modo centralizado, sem a devida capilaridade para as unidades básicas, o que provoca restrições no efetivo controle das doenças e dos agravos prioritários e torna distante a possibilidade de operacionalizar o princípio da integralidade da atenção.

A Política Nacional de Atenção Básica, publicada em março de 2006, elege o atendimento integral à saúde da população de territórios delimitados como objeto de atuação dos profissionais das unidades de saúde, apresentando-se como espaço privilegiado para o exercício de práticas de Vigilância em Saúde. A análise da situação de saúde das áreas de abrangência das unidades básicas permite a identificação de problemas de saúde, seus possíveis determinantes e condicionantes, conhecimento essencial para o planejamento e a execução de ações articuladas de proteção, promoção e recuperação da saúde, e de prevenção contra riscos e agravos. A identificação de fatores de risco e de proteção à saúde, existentes na estrutura e na dinâmica que compõem o território em que vive a população adscrita, é uma das tarefas fundamentais do processo de trabalho das equipes de APS.

A Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) assumiu a integração entre a APS e a Vigilância em Saúde como prioridade político-institucional descrita em seu Plano Anual de Trabalho de 2008. E a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) apresenta como um dos eixos de discussão do Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA/2007) a Visão no contexto da

atenção integral à saúde, que aponta para inserção de ações de VISA na APS. Entretanto, essas iniciativas exigem o planejamento de tal integração nos âmbitos estadual, regional e municipal para se tornar efetiva.

A Vigilância em Saúde, visando à integralidade do cuidado, deve inserir-se na construção das redes de atenção à saúde, coordenadas pela Atenção Primária à Saúde. Essas redes consistem em estruturas integradas de provisão de ações e serviços de saúde institucionalizados pela política pública, em determinado espaço regional, a partir do trabalho coletivamente planejado e do aprofundamento das relações de interdependência entre os atores envolvidos.

A integralidade deve ser compreendida como a garantia de acesso a todos os serviços indispensáveis para as necessidades de saúde, adequando a competência dos profissionais ao quadro epidemiológico, histórico e social da comunidade e do usuário.

A integração entre a Vigilância em Saúde e a APS é condição obrigatória para construção da integralidade na atenção e para o alcance de resultados, com desenvolvimento de um processo de trabalho condizente com a realidade local, que preserve as especificidades dos setores e compartilhe suas tecnologias, tendo por diretrizes:

- I. compatibilização dos territórios de atuação das equipes, com a gradativa inserção das ações de Vigilância em Saúde nas práticas das Equipes de Saúde da Família;
- II. planejamento e programação integrados das ações individuais e coletivas;
- III. monitoramento e avaliação integrada;
- IV. reestruturação dos processos de trabalho com a utilização de dispositivos e metodologias que favoreçam a integração de vigilância, prevenção, proteção, promoção e atenção à saúde, tais como linhas de cuidado, clínica ampliada, apoio matricial, projetos terapêuticos, protocolos, entre outros; e
- V. educação permanente dos profissionais de saúde, com abordagem integrada nos eixos de clínica, vigilância, promoção e gestão.

As ações de Vigilância em Saúde, incluindo a promoção da saúde, devem estar inseridas no cotidiano das equipes de Atenção Primária/Saúde da Família, com atribuições e responsabilidades definidas em território único de atuação, integrando os processos de trabalho, planejamento, programação,



monitoramento e avaliação dessas ações, sendo que as atividades dos ACS e dos ACE – ou agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações – serão desempenhadas de forma integrada e complementar.

Para fortalecer a inserção das ações de vigilância e promoção da saúde na APS, recomenda-se a incorporação gradativa dos ACE nas Equipes de Saúde da Família.

As ações de Vigilância Sanitária devem ser desenvolvidas com base nas práticas de promoção, proteção, prevenção e controle sanitário dos riscos à saúde para o fortalecimento da APS como elemento estruturante do SUS. Os profissionais de APS não incorporarão a atribuição de polícia administrativa inerente aos profissionais de Vigilância Sanitária.

O apoio matricial em Vigilância em Saúde deve ser operacionalizado a fim de promover um planejamento que considere a soma das tecnologias da Vigilância em Saúde e a reformulação dos processos de trabalho, considerando as seguintes atribuições mínimas:

- I.** análise da situação de saúde dos territórios locais/regionais, incluindo análise de tendência, fatores condicionantes e determinantes, situações de vulnerabilidade e suscetibilidade de grupos populacionais e do meio ambiente;
- II.** apoio às equipes no planejamento das ações de atenção, vigilância e promoção à saúde, subsidiando-as na construção de planos de intervenção;
- III.** articulação das ações coletivas, incluindo as relacionadas ao meio ambiente; e
- IV.** articulação e apoio à implementação da estratégia de gerenciamento do risco individual e coletivo.

Na organização da atenção, o ACS e o ACE desempenham papéis fundamentais, pois se constituem como elos entre a comunidade e os serviços de saúde. Assim como os demais membros da equipe, tais agentes devem ser corresponsáveis pela saúde da população de sua área de abrangência. Por isso, devem desenvolver ações de promoção, prevenção e controle dos agravos, sejam nos domicílios ou nos demais espaços da comunidade, e embora realizem ações comuns, há um núcleo de atividades que é específico a cada um deles.

Os gestores e as equipes de saúde devem definir claramente os papéis, as competências e as responsabilidades de cada um destes agentes, e de acordo com a realidade local, definir os fluxos de trabalho. Cada ACE de-

verá ficar como referência para as ações de vigilância de um número de ACS. Esta relação entre o número de ACE e de ACS será variável, pois se baseará no perfil epidemiológico e nas demais características locais, a exemplo do perfil demográfico da população e dos aspectos geográficos.

É fundamental o uso de protocolos assistenciais que proponham ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, dirigidos aos problemas mais frequentes da população. Tais protocolos devem incluir a indicação da continuidade da atenção, sob a lógica da regionalização, flexíveis de acordo com os contextos estaduais, municipais e locais.

A territorialização é base do trabalho das equipes de APS para a prática da Vigilância em Saúde. O propósito fundamental desse processo é permitir eleger prioridades para o enfrentamento dos problemas identificados nos territórios de atuação, o que refletirá na definição das ações mais adequadas, contribuindo para o planejamento e a programação local. Para tal, é necessário o reconhecimento e o mapeamento do território, segundo a lógica das relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e aos serviços de saúde. Isso implica um processo de coleta e sistematização de dados demográficos, socioeconômicos, político-culturais, epidemiológicos e sanitários que, posteriormente, devem ser interpretados e atualizados periodicamente pela equipe de saúde.

#### Referências Bibliográficas

(texto adaptado pela equipe técnica do CONASS a partir de):

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Para entender a gestão do SUS. **Coleção Progestores**. Brasília: CONASS, 2003.

Langmuir AD 1963. The surveillance of communicable diseases of national importances. *New England Journal of Medicine* 268(4): 182-192.

\_\_\_\_\_. Vigilância em Saúde. In: Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2007. (**Coleção Progestores**, n. 6, v. I.)

\_\_\_\_\_. Vigilância em Saúde. In: Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2007. (**Coleção Progestores**, n. 6, v. II.)

TEIXEIRA, Carmem Fontes; VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz. **Diretrizes para a integração entre a APS e Vigilância em Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (mimeo.)

## Plenária

Apresentação da síntese e da discussão

Tempo estimado: 30 minutos.

## Aula interativa – A Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde

2º DIA

### 3º Trabalho em Grupos

Leitura do resumo do artigo – Surto de toxoplasmose no município de Santa Isabel do Ivaí – PR

- Após a leitura, discutir o texto e depois realizar os exercícios propostos no fim do texto.

- Tempo estimado de 1 hora e 45 minutos para leitura do texto e resposta às questões.

#### \_\_\_\_\_ Questões para discussão:

1. Considerar quais seriam as principais medidas que tomariam caso uma situação idêntica ocorresse em seu município ou em uma região de seu município (pensando no enfrentamento do surto em curso e na prevenção de situações semelhantes no futuro), supondo que fossem responsáveis ou fizessem parte:

a. Da equipe de Vigilância em Saúde:

- setor responsável pela área de Vigilância Epidemiológica;
- setor responsável pela área de Vigilância Sanitária;
- setor responsável pela área de Vigilância Ambiental em Saúde;
- setor responsável pela área de Saúde do Trabalhador.

b. Da coordenação da APS no município.

c. Da(s) Equipe(s) do Saúde da Família vinculada(s) à unidade de saúde da região com maior concentração de casos. Quais seriam as principais

atribuições dos membros da Equipe (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, ACS, dentista, técnico de higiene dental, auxiliar de odontologia, ACE)?

2. Como o grupo avalia a inserção do ACE na Equipe de Saúde da Família?

3. Como deveria se dar a integração das ações entre as diversas áreas (tanto entre as subáreas da VS quanto entre a VS e a APS)?

4. Haveria necessidade de articulação com outras áreas de governo e da sociedade? Quais? Quais setores da SMS citados teriam esta responsabilidade?

### TEXTO 3 – Surto de Toxoplasmose no Município de Santa Isabel do Ivaí-PR

A toxoplasmose é uma infecção causada por um parasita intracelular denominado *Toxoplasma gondii*. Sua transmissão pode ocorrer por via transplacentária, ingestão de carne crua ou mal cozida, transplante de órgãos, hemotransfusões, ingestão de oocistos esporulados em alimentos ou água.

A doença apresenta-se em suas formas branda a moderada com sintomas de gripe, linfonodos infartados e dor muscular, enquanto na forma severa pode causar lesões nos olhos e no cérebro. Em crianças infectadas durante a gravidez, pode causar retardo mental, cegueira e anormalidades físicas. Entre os grupos de risco, destacam-se: recém-nascidos de mães infectadas antes ou durante a gravidez, imunodeprimidos, principalmente os portadores de HIV/Aids, transplantados e pacientes em tratamentos de quimioterapia.

Santa Isabel do Ivaí é um município situado na região noroeste do estado do Paraná com uma população na época de 9.154 hab. No período de novembro de 2001 a janeiro de 2002, aproximadamente 600 pessoas procuraram a unidade de saúde com sintomas compatíveis com toxoplasmose; entre elas, 426 apresentaram sorologia sugestiva de infecção aguda por *Toxoplasma gondii* (IgM reator).

No dia 4 de janeiro de 2002, o Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi) da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) foi notificado. Uma equipe formada por técnicos do Cenepi, da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná e da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Isabel do Ivaí iniciou uma investigação com os seguintes objetivos:

- Descrever o surto por tempo, lugar e pessoa.
- Identificar a fonte de contaminação.
- Identificar possíveis fatores de risco.
- Recomendar medidas de prevenção e controle.

Tendo em vista esses objetivos foram realizados: *i)* mapeamento dos casos; *ii)* estudo epidemiológico de caso-contrôle; *iii)* estudos laboratorial e ambiental. Com as informações referentes aos endereços dos pacientes, os casos foram identificados espacialmente com o auxílio do GPS e lançados no mapa digitalizado da cidade. Foi avaliada a densidade dos casos, visando analisar a distribuição geográfica e agregação espacial.

Para o estudo epidemiológico, foi definido como caso: residente do município, com manifestações clínicas e sorologia reatora para IgM e IgG durante o período de 20/10/2001 a 31/1/2002. Os controles foram selecionados aleatoriamente de uma lista de voluntários IgM e IgG negativos, pareados por sexo e faixa etária. Para coleta de dados, foi aplicado um questionário padronizado incluindo variáveis: demográficas, socioeconômicas, doenças pregressas, manifestações clínicas, exposições hídricas, alimentares e a animais domésticos. Foram feitas análises estatísticas utilizando *software* específico. Para o estudo ambiental e laboratorial, foi realizada filtração a vácuo de grandes volumes de água (cerca de 4.800 litros), de instituições escolares que possivelmente possuíam água armazenada da época de início do surto (uma vez que estavam fechadas por férias escolares), tendo em vista que uma das hipóteses poderia ser a contaminação de um dos reservatórios que abastecia a cidade. A água coletada foi analisada pela técnica de PCR<sup>24</sup>, além da utilização de modelo animal (galinhas e porcos) alimentados com membranas utilizadas no processo de filtração da água, com realização de sorologia.

Os resultados da investigação serão descritos a seguir.

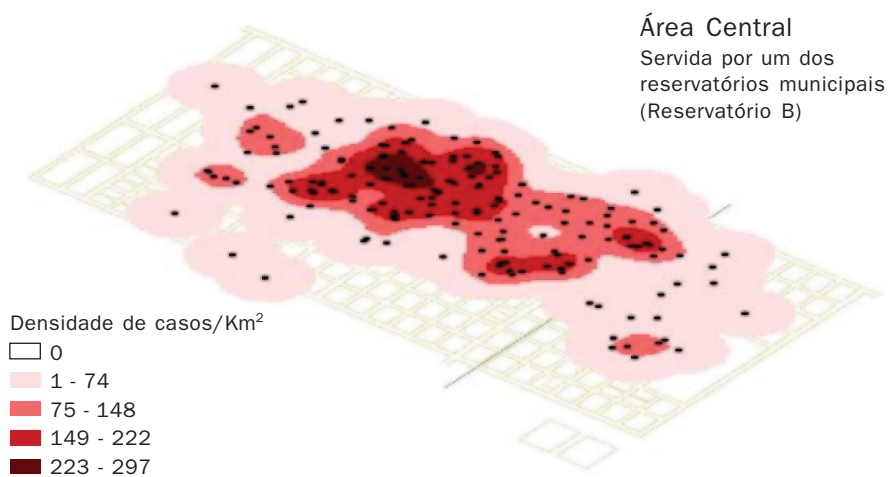
A distribuição geográfica dos casos na cidade demonstrou uma concentração de casos na área central da parte baixa, região servida por um dos dois reservatórios de água municipal

---

<sup>24</sup> PCR: Reação em Cadeia de Polimerase – técnica que permite a identificação de agentes infecciosos ou parasitas, por meio da ampliação de seu DNA ou RNA *in vitro*, utilizando uma reação enzimática catalisada pela enzima polymerase.

FIGURA 2 **Mapa de distribuição dos casos**

n.23  
Atenção Primária à  
Saúde (APS)



Cento e setenta e seis pessoas encaixaram-se na definição de caso e 156 (89%) participaram do estudo, tendo sido seleccionados 220 controles. Entre os casos, 79 (51%) eram do sexo masculino e a mediana de idade foi de 28 anos (intervalo: 01 – 72 anos). A distribuição dos casos por data de início de sintomas mostra que o surto iniciou em novembro, com um pico que compreendeu o período de 25 de novembro a 10 de dezembro, e terminou em janeiro de 2002. Os principais sinais e sintomas foram: cefaleia, febre, cansaço, mialgia, adenomegalia (cervical, axilar, inguinal), perda de apetite, entre outros. Sete casos ocorreram em gestantes, entre as quais seis tiveram filhos infectados, um apresentou anomalia congênita grave e um teve aborto espontâneo. Na primeira avaliação oftalmológica, 176 casos foram examinados, encontrando-se 14 (8%) com alterações oftálmicas compatíveis com toxoplasmose ocular.

Foram estatisticamente associados com um aumento do risco de adoecimento as seguintes variáveis: utilização de água do reservatório baixo, consumo de 10 ou mais copos de água/dia, presença de caixa d'água na residência, alimentação em restaurante, e consumo de bacon, carne de carneiro e sorvete (Tabela 1). As variáveis estatisticamente associadas com o adoecimento foram: utilização de água do reservatório baixo e presença de caixa d'água na residência.

TABELA 1 **Fatores de Risco para Toxoplasmose**

VARIÁVEL	ODDS RATIO PAREADA	IC 95%	VALOR DE P
Receber água do reservatório B	2,4	1,4 - 10,6	0,01
Beber > 10 copos de água	3,6	1,2 - 3,6	0,01
Uso da caixa d'água em casa	2,3	1,3 - 4,1	0,01
Comer em restaurante	1,7	1,1 - 3,0	0,02
Consumir Sorvete comercial	3,4	2,1 - 5,7	0,01
Bacon	1,9	1,1 - 3,0	0,01
Carneiro	1,9	1,1 - 3,5	0,04

*T. gondii* foi detectado nas membranas analisadas no modelo animal, bem como pela técnica de PCR. Em inspeção realizada nos reservatórios durante a investigação, evidenciaram-se infiltrações e vazamentos, presença de felinos que habitavam dentro da casa de máquinas e um dos filhotes capturados possuía sorologia reatora para toxoplasmose.

Quanto à origem da água, era proveniente de poço, não havia filtração e a cloração estava inadequada.

Em conclusão, tratou-se de um surto de toxoplasmose causado por transmissão hídrica em razão da contaminação com oocistos em um dos dois reservatórios municipais em Santa Isabel do Ivaí. O número de casos detectados neste surto constituiu-se no maior surto de toxoplasmose já relatado no mundo até então, sendo a primeira vez que o parasita foi isolado da água incriminada.

Em termos de impacto em saúde pública, esta investigação demonstrou a vulnerabilidade da rede de abastecimento de água municipal para contaminação por *Toxoplasma gondii* e a importância da água como um veículo na transmissão de toxoplasmose. Em algumas regiões do Brasil, esse mecanismo de transmissão pode estar contribuindo para as altas prevalências encontradas. Foi implementada no município uma reforma no sistema de abastecimento e construído outro reservatório, além das medidas educativas e de assistência médica que foram adotadas durante e após o surto.

## Referência Bibliográfica

MOURA L. M.; WADA M. Y.; CARMO E. H.; DUSI R. M.; TUBOI S. H.; DAUFENBACH L. Z.; CARMO G. M. I.; MURICY C. L.; ARAÚJO W. N.; SIQUEIRA A. A.; RAMALHO V. M. (Cenepi/Funasa); CAMARGO N. J.; TREVISAN R.; GRAÇA R. M. T. (SES/PR); MAZZOTINI A. E. A.; FELIPE C. K. K. (SMS de Santa Isabel do Ivaí/PR); GARRETT D. O. (CDC/Atlanta). **Boletim Eletrônico Epidemiológico**. Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde, ano 2, n. 2, 20 ago. 2002. (Resumo elaborado pela equipe do CONASS com base em artigo publicado nesta obra.)

n.23  
Atenção Primária à  
Saúde (APS)

## Plenária

Apresentação da síntese e da discussão dos grupos

- Tempo estimado – 45 minutos.

### A Vigilância em Saúde no estado

- Representante da SES e do Cosems deverão elaborar previamente apresentação sobre a estrutura e as ações de Vigilância em Saúde em desenvolvimento no estado, com o objetivo de conhecer e discutir a estruturação e as ações da Vigilância em Saúde desenvolvidas, bem como o estado da arte da proposta de integração das ações de VS e APS no estado e nos municípios.

- Tempo estimado de 1 hora para as duas apresentações.

## Plenária

Após as apresentações, ocorrerá uma plenária para debate e esclarecimentos, com tempo previsto de 30 minutos.

### 4º Trabalho em grupos – leitura e discussão do texto 4

#### Diretrizes de integração entre Atenção Primária à Saúde e Vigilância em Saúde

- Tempo estimado de 1 hora e 15 minutos para leitura do texto, discussão e resposta às questões.

### Questões para discussão:

1. Quais as diretrizes de integração entre APS e Vigilância em Saúde?
2. O seu município executa alguma das ações recomendadas de integração entre APS e Vigilância em Saúde? Quais?



## TEXTO 4 – Diretrizes de Integração entre Atenção

### Primária à Saúde e Vigilância em Saúde<sup>25</sup>

Foram definidas sete diretrizes que orientam as ações, de caráter operacional, a serem planejadas e pactuadas localmente para a integração entre a APS e a VS, cujo eixo orientador é a **integralidade do cuidado**. São proposições a serem adaptadas em cada contexto. São elas:

#### 1. Organização do processo de trabalho

A operacionalização da integralidade do cuidado requer, necessariamente, a revisão dos processos de trabalho, buscando-se integrar os vários atores envolvidos tanto na APS quanto na Vigilância em Saúde. Esses atores devem ser corresponsáveis pelas ações de Vigilância Epidemiológica, Sanitária, Ambiental, de Saúde do Trabalhador e de ações assistenciais, respeitando as particularidades e as especificidades de cada perfil, integrando suas atividades de maneira a potencializar o trabalho e a evitar a duplicidade das ações que, embora distintas, se complementam.

As ações aqui designadas devem ser parte das atividades rotineiras de todos os componentes das equipes de APS que incluem, em diversas composições, profissionais de nível superior, de nível técnico e os agentes de saúde.

Na organização da atenção, o ACS e ACE – ou agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações – desempenham papéis fundamentais, pois se constituem como elos entre a comunidade e os serviços de saúde. Assim como os demais membros da equipe, tais agentes devem ser corresponsáveis pela saúde da população de sua área de abrangência. Por isso, devem desenvolver ações de promoção, prevenção e controle dos agravos, sejam nos domicílios ou nos demais espaços da comunidade, e embora realizem ações comuns, há um núcleo de atividades que é específico a cada um deles.

Os gestores e as equipes de saúde devem definir claramente os papéis, as competências e as responsabilidades de cada um destes agentes, e de acordo com a realidade local, definir os fluxos de trabalho. O número de

---

<sup>25</sup> Texto adaptado pela equipe técnica do CONASS, a partir de Teixeira *et al.*, 2009.

ACE que vai compor cada Equipe de Saúde da Família será definido pelo gestor municipal de acordo com o perfil epidemiológico e sanitário, a densidade demográfica, a área territorial e as condições socioeconômicas e culturais.

É fundamental o uso de protocolos clínicos que envolvam ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, dirigidos aos problemas de saúde mais frequentes da população. Tais protocolos devem incluir a indicação da continuidade da atenção, sob a lógica da regionalização, flexíveis em razão dos contextos estaduais, municipais e locais.

## Ações recomendadas

DIRETRIZ	AÇÕES RECOMENDADAS
1. ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO	<ul style="list-style-type: none"><li>- Descentralizar os programas da Vigilância em Saúde para APS<ul style="list-style-type: none"><li>- Estabelecer apoio matricial para as equipes de APS/Saúde da Família por meio das equipes de referência da Vigilância em Saúde e profissionais da APS</li></ul></li><li>- Definir fluxos de gestão e atenção<ul style="list-style-type: none"><li>Definir papéis e responsabilidades de todos os membros das equipes de saúde.</li><li>Definir fluxos das redes de atenção à saúde, incluindo práticas de Vigilância em Saúde.</li><li>Elaborar protocolos clínicos integrados.</li><li>Divulgar fluxos de assistência para a população.</li></ul></li><li>- Garantir a prestação dos serviços de Vigilância em Saúde na APS mediante a integração de ações programáticas e de demanda espontânea.</li></ul>

### 2. Promoção da saúde

Nas últimas décadas, tornou-se fundamental cuidar da vida a fim de reduzir a vulnerabilidade dos indivíduos ao adoecer e as chances de que tal processo seja produtor de incapacidade, sofrimento crônico e morte prematura.

A promoção da saúde estreita sua relação com a Vigilância em Saúde, em uma articulação que reforça a exigência de um movimento integrador na construção de consensos e na execução das agendas governamentais, a fim de que as políticas públicas sejam cada vez mais favoráveis à saúde e à vida, estimulem e fortaleçam o protagonismo dos cidadãos em sua elaboração e implementação, ratificando o preceito constitucional de participação social.

Entende-se que a promoção da saúde apresenta-se como mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e

intersetorial, que promove o diálogo entre as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do governo, o setor privado e não governamental e a sociedade. Desse modo, formam-se redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população, em que todos são partícipes na proteção e no cuidado com a vida. A promoção da saúde visa romper com a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde–doença, reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos que neles se produzem.

## Ações recomendadas

DIRETRIZ	AÇÕES RECOMENDADAS
2. PROMOÇÃO DA SAÚDE	Propor a inserção das ações de promoção à saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na APS, voltadas para ações de cuidado com o corpo e a saúde, alimentação saudável e prevenção e controle ao tabagismo. Estimular as ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de promoção à saúde. Estabelecer mecanismos que garantam que a promoção da saúde seja uma parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde.

### 3. Território integrado entre APS e Vigilância em Saúde

Os sistemas de saúde devem se organizar sobre uma base territorial, em que a distribuição dos serviços siga uma lógica de delimitação de áreas de abrangência. O território em saúde não é apenas um espaço delimitado geograficamente, mas sim um espaço onde as pessoas vivem, estabelecem suas relações sociais, trabalham, cultivam suas crenças e cultura.

A territorialização é base do trabalho das equipes de APS para a prática da Vigilância em Saúde. O propósito fundamental desse processo é permitir eleger prioridades para o enfrentamento dos problemas identificados nos territórios de atuação, o que refletirá na definição das ações mais adequadas, contribuindo para o planejamento e a programação local. Para tal, é necessário o reconhecimento e o mapeamento do território, segundo a lógica das relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e aos serviços de saúde. Isso implica um processo de coleta e sistematização de dados demográficos, socioeconômicos, político-culturais, epidemiológicos e

sanitários que, posteriormente, devem ser interpretados e atualizados periodicamente pela equipe de saúde.

## Ações recomendadas

DIRETRIZ	AÇÕES RECOMENDADAS
3. TERRITÓRIO INTEGRADO ENTRE APS E VIGILÂNCIA EM SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"><li>- Elaborar critérios para compatibilização de territórios: área de abrangência de unidade básica/saúde da família, no de imóveis da abrangência do agente de endemias e dados epidemiológicos.<ul style="list-style-type: none"><li>- Vincular os ACE à unidade básica de saúde/saúde da família.</li><li>- Propor redesenho territorial – mapeamento: cadastro Siab/Sisloc geoprocessado.</li></ul></li><li>- Garantir dentro do território existência de agente comunitário e ACE.</li><li>- Realizar análise da situação de saúde por meio dos sistemas Siab/SIM/Sinan/Sinasc/SIA/SIH/FAD, entre outros.</li></ul>

n.23  
Atenção Primária à  
Saúde (APS)

### 4. Planejamento e programação

Planejar e programar em um território específico exigem um conhecimento das formas de organização e de atuação dos órgãos governamentais e não governamentais para se ter clareza do que é necessário e possível ser feito. É importante o diálogo permanente com os representantes desses órgãos, com os grupos sociais e moradores, na busca do desenvolvimento de ações inter-setoriais oportunizando a participação de todos. Isso é adotar a intersectorialidade como estratégia fundamental na busca da integralidade da atenção.

Faz-se necessário o fortalecimento das estruturas gerenciais dos municípios e dos estados com vistas não só ao planejamento e à programação, mas também da supervisão, seja ela das equipes, dos municípios ou regionais.

Segundo a concepção da Vigilância em Saúde, a articulação desse conjunto de ações é construída mediante processos de planejamento de caráter participativo, em que a equipe de saúde e os representantes da população, na condição de atores sociais, elegem problemas prioritários e respectivas propostas de enfrentamento como seus objetos de atuação. O planejamento é entendido nessa proposta como uma ferramenta da gestão da Vigilância em Saúde e incorpora dois princípios fundamentais presentes na concepção da APS: a corresponsabilidade sanitária e a participação social.

## Ações recomendadas

DIRETRIZ	AÇÕES RECOMENDADAS
4. PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"><li>- Desenvolver processos de planejamento e programação de forma permanente e articulada entre as coordenações de APS e Vigilância em Saúde.</li><li>- Acordar agendas ou planos de trabalho que contemplem ações estratégicas voltadas à integração e à melhoria dos indicadores de saúde.</li><li>- Recomendar que o planejamento e a programação sejam norteadores dos processos de trabalho, da organização dos serviços e da formação de rede articulada, hierarquizada e regionalizada.</li><li>- Elaborar cronograma de reuniões colegiadas para discussão da gestão em saúde.</li><li>- Constituir rede de apoio e cooperação técnica, favorecendo o intercâmbio intermunicipal e interestadual de experiências.</li><li>- Utilizar as ferramentas da epidemiologia para orientar o processo de planejamento e programação utilizando os sistemas de informação em saúde.</li><li>- Estabelecer relações de intersetorialidade e interinstitucionalidade.</li><li>- Recomendar a participação articulada nos processos de construção dos: Planos Estadual/Municipal de Saúde/Programações anuais, Sispacto, PAVS, PPI da Assistência, PDR, Colegiado Regional de Gestão.</li><li>- Desenvolver essa ação desde o nível local até o nacional.</li></ul>

### 5. Participação e controle social

Como forma de democratizar a gestão e atender as reais necessidades da população, é essencial a constituição de canais e espaços que garantam a efetiva participação da população e o controle social sobre a gestão do SUS, pressuposto fundamental para a integração entre a APS e a Vigilância em Saúde, pois esta pressupõe processos de planejamento participativo, conforme já destacado na diretriz anterior.

## Ações recomendadas

DIRETRIZ	AÇÕES RECOMENDADAS
5. PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"><li>- Fortalecer e constituir canais e espaços de comunicação que garantam a efetiva participação e o controle social dos trabalhadores e da população sobre as ações de integração entre APS e Vigilância em Saúde: Ouvidorias e Conselhos de Saúde (estaduais, municipais e locais).</li><li>- “Empoderar” a população das informações de saúde – dados epidemiológicos, serviços existentes, fluxos de funcionamento dos serviços.</li></ul>

n.23  
Atenção Primária à  
Saúde (APS)

### 6. Educação permanente em saúde

Investimentos em mudanças do ensino das profissões de saúde, com ênfase em currículos consentâneos com as necessidades do SUS, em particular, cujo ensino em situações reais de APS e Vigilância em Saúde são urgentes e indispensáveis. É preciso colocar na discussão das prioridades de educação permanente, junto às Comissões Interinstitucionais Ensino-Serviços, as demandas por qualificação em Vigilância em Saúde na APS para os profissionais que estão atuando no SUS.

Destaca-se a importância de adotar os princípios da Educação Permanente (EP) na formação e na qualificação dos profissionais em atuação. A EP pode contribuir para resolver os problemas identificados no desenvolvimento das ações de integração entre APS e VS. Constata-se, também, a necessidade de criar mecanismos de valorização do trabalho na APS e na VS, seja por incentivos formais, seja pela cogestão, o que significa a participação dos trabalhadores no processo decisório.

## Ações recomendadas

DIRETRIZ	AÇÕES RECOMENDADAS
6. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"><li>- Qualificar equipes gestoras e técnicas.<ul style="list-style-type: none"><li>- Incluir no curso introdutório para as Equipes de Saúde da Família o tema Vigilância em Saúde.</li><li>- Incluir nas capacitações de Vigilância em Saúde o tema APS.</li></ul></li><li>- Elaborar material didático sobre as práticas integradas de APS e Vigilância em Saúde para subsidiar os cursos de qualificação profissional.</li><li>- Estimular a produção científica com foco nas práticas em serviço, com publicação de artigos, monografias, entre outros.</li><li>- Promover mostras de experiências exitosas sobre integração entre APS e Vigilância em Saúde.</li><li>- Promover mesas de discussão permanente sobre assuntos de interesse da APS e da Vigilância em Saúde.</li><li>- Estimular a aproximação com a academia nos processos de trabalhos da APS e da Vigilância em Saúde.<ul style="list-style-type: none"><li>- Estabelecer parceria com a academia no processo de qualificação em serviço e produção científica.</li><li>- Recomendar que as práticas nos serviços de saúde possam influenciar os processos de formação acadêmica.</li><li>- Qualificar a população para participação e controle social.</li><li>- Elaborar material didático de práticas integradas de APS e Vigilância em Saúde a fim de estimular a participação social e a promoção da saúde nas comunidades.</li></ul></li></ul>

### 7. Monitoramento e avaliação

O monitoramento pode ser entendido como o contínuo acompanhamento das atividades, a fim de avaliar se estas estão sendo desenvolvidas conforme o planejado. Por sua vez, analisar continuamente indicadores de morbidade e mortalidade permite detectar alterações que expressam modificações nas condições de saúde da comunidade, identificação de suas causas e caracterização de seus efeitos. O monitoramento e a avaliação permitem a elaboração de recomendações para o aprimoramento das ações executadas. Assim, instrumentos de gestão como processos de acompanhamento, monitoramento e avaliação devem ser institucionalizados como reorientadores das práticas de saúde.

Os Sistemas de Informações de Saúde desempenham papel relevante na organização dos serviços. Estados e municípios, de posse das informa-

ções em saúde, têm condições de adotar de forma ágil medidas de controle de doenças, bem como planejar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, subsidiando a tomada de decisões.

## Ações recomendadas

DIRETRIZ	AÇÕES RECOMENDADAS
7. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"><li>- Institucionalizar processo permanente de monitoramento e avaliação, definindo metodologias de todos os instrumentos de gestão desde o nível local até o nacional.</li><li>- Monitorar, integrada e sistematicamente, indicadores pactuados no Pacto pela Saúde e ações da PAVS, utilizando instrumentos já existentes (roteiro de monitoramento da PAVS e AMQ).</li><li>- Recomendar que os indicadores sejam analisados, considerando a avaliação das ações desenvolvidas e os resultados obtidos, para subsidiar a reorientação das práticas.</li><li>- Valorizar experiências exitosas.</li><li>- Propor avaliações externas, quando necessário.</li></ul>

### Referência Bibliográfica

TEIXEIRA, Carmem Fontes; VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz. **Diretrizes para a integração entre a APS e Vigilância em Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (mimeo.)

### Plenária

Apresentação da síntese e da discussão

- Sugestão: a fim de garantir o debate, é interessante que cada grupo tenha de 5 a 8 minutos para apresentação.
- Tempo estimado: 30 minutos.

### Trabalho de dispersão

#### Matriz Programática das Diretrizes de Integração da Vigilância em Saúde e da Atenção Primária à Saúde

A “Matriz Programática das Diretrizes de Integração da Vigilância em Saúde e da Atenção Primária em Saúde” foi proposta pela Secretaria de Vigilância



em Saúde do Ministério da Saúde no contexto do projeto VIGISUS. Todos os estados e os municípios participantes do projeto participaram de oficinas nas quais foram realizados seu preenchimento e discussão.

Propõe-se o preenchimento da Matriz para avaliação e planejamento do processo de integração das ações de VS e APS, por todas as SES e as SMS.

As SMS e as SES que já o fizeram anteriormente deverão, durante o período de dispersão, procurar resgatar o documento e elaborar revisão e atualização, com a participação das equipes de VS, da coordenação da Atenção Primária e (nos municípios) representantes das Equipes da Saúde da Família. Os municípios que ainda não elaboraram sua Matriz deverão fazê-lo, buscando também os mesmos participantes.

#### \_\_\_\_\_ Instrução para preenchimento da Matriz

Ao ser preenchida a planilha com os componentes sugeridos para integração entre as ações de VS e APS, como primeiro passo, sugerimos algumas perguntas norteadoras para que a equipe reflita sobre os processos de trabalho e possa encontrar neles aspectos que caracterizem suas potencialidades e outros que caracterizem suas fragilidades.

Destacamos que o preenchimento da Matriz deve contemplar ações que fortaleçam as potencialidades existentes e consigam propor ações que minimizem ou suprimam as fragilidades, no intuito de resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território.

Destacamos, ainda, que todas as propostas devem acontecer à luz da integração das ações da VS e da APS, visando à garantia da integralidade do cuidado.

A seguir, foram pontuadas algumas questões por componentes da planilha:

#### **1. Territórios da APS/VS**

- A área técnica tem utilizado os dados (ambientais, epidemiológicos, sanitários) levantados pela APS na territorialização?
- Qual o critério utilizado em cada área para definir seu território (número de imóveis, número de famílias, aspectos geográficos,

barreiras arquitetônicas, análise da situação de saúde, dados socioeconômicos, vulnerabilidade, riscos coletivos, equipamentos de saúde, equipamentos sociais, outros)?

• As bases territoriais são compatíveis? As equipes utilizam algum critério para compatibilização dos territórios da APS e da VS?

• A área técnica utiliza o geoprocessamento e/ou o mapeamento para definir seu território?

• Os ACE são vinculados à UBS?

• Os ACE são vinculados à ESF?

• A APS está inserida no desenho de rede de atenção para os agravos?

## **2. Organização do processo de trabalho**

• Que ações estão sendo desenvolvidas de integração entre APS e VS na área técnica?

• Que políticas indutoras estão sendo desenvolvidas para que as ações de vigilância sejam efetivamente descentralizadas para a UBS?

• Existe uma definição clara das competências de integração da APS e pela VS?

• Existem fluxos de gestão e de rede de atenção definidos? Quais as estratégias ou as metodologias utilizadas (linhas do cuidado, gestão da clínica, protocolos clínicos integrados)?

• A coordenação prevê estratégias de apoio matricial da equipe do nível central para o desenvolvimento de ações de VS na APS?

• Essa área técnica prevê inclusão/atividades para o ACE?

• Como se daria o processo de trabalho do ACE na equipe de SF?

• Como seria a supervisão do ACE na equipe?

• Qual o (novo) papel do supervisor dos ACE?

## **3. Planejamento e programação**

• As coordenações realizam planejamento e programação de forma permanente e articulada entre APS e VS?

• A gestão prevê o envolvimento das coordenações de APS e VS

conjuntamente no processo de pactuação dos indicadores do Pacto pela Saúde?

- Acorda agendas ou planos de trabalho que contemplem ações estratégicas voltadas à integração e à melhoria dos indicadores?

#### **4. Monitoramento e avaliação**

- Existe coordenação descentralizada responsável pelo acompanhamento da VS na APS?
- A equipe de monitoramento e avaliação da VS é composta por técnicos da APS?
- A equipe de monitoramento utiliza instrumentos (próprios) para acompanhamento das ações e das práticas da APS e da VS?
- As coordenações de APS e de VS utilizam as informações dos sistemas de informação da APS e da VS como instrumentos de gestão, avaliação, planejamento e monitoramento?

Salientamos, ainda, que alguns assuntos devam ser tratados transversalmente nos componentes discutidos na planilha, a exemplo de promoção à saúde e prevenção, controle social e formação e educação permanente.

Essas áreas dão abertura para que a discussão sobre a integralidade do modelo de atenção exista, tendo em vista que a transformação do modo de “operar a atenção à saúde” pressupõe esforços para alterações de concepções arraigadas e mudanças nos processos de trabalho.

O desafio colocado é criar uma base sólida para esse processo em construção, revendo e aprimorando constantemente seus fundamentos conceituais e metodológicos, ajustando-os à complexa realidade do país e buscando sempre mecanismos de superação dos obstáculos existentes.

Para subsidiar as discussões, sugere-se:

**1.** Que na área de promoção sejam observadas se existem ações organizadas e regulares de promoção à saúde e como essa integração vem ocorrendo?

**2.** Quanto à formação e à educação permanente, estão sendo viabilizados cursos preparatórios para os trabalhadores da APS/SF nas áreas técnicas da VS? A coordenação da APS/SF decide em conjunto com as áreas da VS os temas e as atividades a serem desenvolvidas na educação permanen-

te? É feita a publicação de materiais técnicos em conjunto entre APS e VS? É disponibilizada formação teórica e prática nas áreas básicas de Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Ambiental? É disponibilizada formação teórica e prática nas áreas técnicas da VS para os profissionais da APS? As áreas técnicas da APS e da VS desenvolvem, de forma integrada, atividades de educação permanente? Existe avaliação dos resultados dessas capacitações? De que formas têm sido feitas? Quais os resultados alcançados?

**3.** No controle e na participação social, verificar se as coordenações de APS e VS apoiam e legitimam a participação popular e o controle social. Se as áreas técnicas planejam, executam e acompanham as ações na sua área de atuação em parceria e/ou articulação com participação popular e o controle social. Se existem políticas indutoras à participação popular.

Após a reflexão coletiva sobre os aspectos colocados e alguns mais encontrados pela equipe, nesse momento será esquematizado na planilha a proposta para solução dos problemas encontrados, seguindo os passos:

- **Situação atual**

Descrever de forma sucinta como são desenvolvidos os trabalhos da APS e da Vigilância em Saúde referentes a cada componente, dando ênfase na integração. Identificar se a lógica do trabalho, as estratégias, as ferramentas e/ou as metodologias são comuns. Distinguir entre as situações encontradas, as que contribuem negativamente (fragilidades) e positivamente (potencialidades) nos processos.

- **Situação desejada**

Definir qual a situação que se espera alcançar. Descrever os objetivos e as metas a serem concretamente alcançadas. As metas devem ser específicas, mensuráveis, adequadas, realistas e temporais.

- **Ações propostas**

Descrever as atividades/ações factíveis a serem desenvolvidas para superar as fragilidades e alcançar a situação desejada.

- **Insumos/recursos**

Descrever e quantificar os recursos humanos, materiais e/ou financeiros necessários para execução das ações.

- **Prazos**

Determinar o prazo, preferencialmente fixando datas para execução das ações.

- **Responsável**

Identificar o principal responsável (departamento, diretoria, coordenação etc.) para o desenvolvimento e/ou a coordenação da ação proposta (evitar identificações genéricas como Ministério da Saúde, Secretaria Estadual da Saúde, entre outras).

- **Parceiros**

Identificar os parceiros envolvidos e necessários para o desenvolvimento das ações. Identificar estes parceiros de acordo com seu envolvimento, definindo responsabilidades diretas, de execução, ou indireta, de cooperação e/ou fortalecimento das ações.

### Matriz Programática das Diretrizes de Integração da vs/APS

COMPONENTES	SITUAÇÃO ATUAL		SITUAÇÃO DESEJADA (OBJETIVOS E METAS)	AÇÕES PROPOSTAS	INSUMOS/ RECURSOS	PRAZOS	RESPONSÁVEL	PARCEIROS
	POTENCIALIDADES	FRAGILIDADES						
Territórios da APS/VS								
Organização do processo de trabalho								
Planejamento e programação								
Monitoramento e avaliação								



## OFICINA V

---





# Oficina V

## A Organização dos Processos de Trabalho em Saúde

---

6

Esta oficina propõe uma reflexão sobre o processo de trabalho em saúde e apresenta metodologias e propostas para a melhoria do acesso e da resolutividade da atenção à saúde.

### \_\_\_\_\_ **Objetivos**

1. Conhecer as características definidoras do processo de trabalho em saúde.
2. Conhecer e discutir os conceitos de humanização dos processos de trabalho em saúde e seus principais dispositivos: acolhimento e classificação de risco.
3. Conhecer e discutir os conceitos que embasam Gestão da Clínica, Diretrizes Clínicas e Protocolos Clínicos.
4. Conhecer e discutir os elementos de planejamento da organização à demanda programada e espontânea.
5. Discutir as metas e os indicadores estabelecidos no Pacto da Saúde diante da realidade local/regional.

### \_\_\_\_\_ **Objetivos Específicos**

1. Conceituar o processo de trabalho em saúde e seus determinantes.
2. Discutir as principais características do processo de trabalho em saúde e suas implicações na organização dos serviços de saúde, notadamente na implantação da APS.
3. Conceituar o processo de humanização em saúde, acolhimento e classificação de risco.
4. Discutir a articulação do processo de humanização, acolhimento e classificação de risco como um dos elementos ordenadores do processo de trabalho em saúde diante da APS.

5. Discutir e exercitar os mecanismos de Gestão da Clínica, Diretrizes e Protocolos clínicos como ferramentas de organização da prática da APS.

6. Conceituar, discutir e exercitar os procedimentos de organização à demanda programada.

7. Conceituar, discutir e exercitar os procedimentos de organização à demanda espontânea.

8. Conhecer e discutir as metas e os indicadores estabelecidos no Pacto de Saúde diante da realidade local/regional.

## PROGRAMAÇÃO GERAL DA OFICINA

### 1º Dia

TEMPO ESTIMADO	HORÁRIO	ATIVIDADE	TEMA
30min		Reencontro dos participantes	Apresentação dos objetivos da Oficina 5
1h e 30min		Plenária	Apresentação dos trabalhos de dispersão da Oficina 4
15min		Intervalo	
1h		Trabalho em grupos – Leitura de texto 1	Atenção Primária e o Processo de Trabalho em Saúde
45min		Plenária	Apresentação da síntese e da discussão em plenária
1h e 30min		Intervalo para almoço	
1h		Trabalho em grupos – Leitura de texto 2	A Humanização e o Acolhimento nos Serviços de Saúde
30min		Plenária	Apresentação dos trabalhos de grupo
15min		Intervalo	
1h		Trabalho em grupos – Leitura de texto 3	Gestão das condições de saúde
1h e 15min		Aula interativa	Gestão das condições de saúde

## 2º Dia

TEMPO ESTIMADO	HORÁRIO	ATIVIDADE	TEMA
45min		Aula interativa	Gestão da Clínica, Diretrizes e Protocolos Clínicos
1h		Trabalho em grupos - Leitura de texto 4	Atenção Programada à Saúde
15min		Intervalo	
30min		Plenária	Apresentação dos trabalhos de grupo
1h		Trabalho em grupos – leitura de texto 5	Acolhimento com classificação de risco nos serviços de Urgência e Emergência
30min		Plenária	Apresentação da síntese e discussão em plenária
1h e 30min		Almoço	
1h e 30min		Aula interativa. Apresentação da SES local	As Metas e indicadores estabelecidos no Pacto de Saúde, frente à realidade loco-regional.
15min		Intervalo	
1h		Trabalho em grupos - Estudo de caso	Exercício com dados estaduais de um dado pacto
30min		Plenária	Apresentação dos trabalhos de grupo
45min		Sistematização e Avaliação	

## ROTEIRO DAS ATIVIDADES

### 1º DIA

#### Abertura

Sugestão: O responsável deverá saudar os participantes e retomar as principais questões abordadas na Oficina 4. Poderá iniciar com alguma dinâmica de “bom retorno”.

Tempo da atividade: 30 minutos.

## Apresentação dos trabalhos do período de dispersão

Na Oficina 4, o trabalho de dispersão foi que os municípios apresentassem a Matriz Programática das Diretrizes de Integração da Vigilância em Saúde e da Atenção Primária à Saúde

Sugestão: Tempo da atividade de 1 hora e 30 minutos.

### Trabalho em grupos – leitura do texto 1

#### Atenção Primária e o Processo de Trabalho em Saúde

- Após a leitura, discutir o texto e utilizar as questões propostas.

Tempo estimado: 1 hora.

#### Questões para discussão:

1. Como o grupo caracteriza o processo de trabalho em saúde?
2. Como o grupo entende as principais características do processo de trabalho em saúde?
3. Quais as relações que o grupo faz entre as questões abordadas no texto e a realidade das unidades de saúde?

#### TEXTO 1 – Atenção Primária e o Processo de Trabalho em Saúde

Ana Lucia Abrahão

DOUTORA EM SAÚDE COLETIVA NA ÁREA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SAÚDE,  
PROFESSORA E PESQUISADORA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA/  
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE (EAAAC/UFF)

Sobre a Atenção Primária em Saúde (APS), a Declaração de Alma-Ata, datada de 1978 e aprovada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1979, indica a APS como a principal estratégia para o alcance da promoção e da assistência à saúde para todos os indivíduos de acordo com o lema “Saúde para todos no ano 2000” (ALEIXO, 2000, p. 49; MENDES, 2002, p. 9). Nesses últimos 27 anos, segundo avaliação da OMS, o sistema de saúde que assume os princípios da APS obtém melhores resultados em saúde e aumenta a eficiência do conjunto do sistema.

Entretanto, torna-se necessário definir o que seria APS. Nesse sentido, podemos identificar três interpretações principais: a APS como atenção

primária seletiva; a APS como nível primário do sistema de serviços de saúde; e a APS como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde (MENDES,1999).

Na primeira interpretação, a APS é destinada a populações e regiões em que a concentração de renda é mais baixa. Na segunda, constitui-se como o primeiro nível de atenção do sistema de saúde. Na terceira interpretação, abrange a forma de organizar todo o sistema de serviço de saúde.

A APS como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde “é a mais correta do ponto de vista técnico”; é a mais ampla, podendo conter, em sua significação estratégica, as duas outras concepções mais restritas; e é perfeitamente factível e viável no estágio de desenvolvimento do Brasil (MENDES, 2002, p. 11).

Por outro lado, “a Atenção ou os Cuidados Primários de Saúde, como entendemos hoje, constituem um conjunto integrado de ações básicas, articulado a um sistema de promoção e assistência integral à saúde” (ALEIXO, 2000, p. 50).

Starfield (1992) afirma que só haverá APS de qualidade quando os seis princípios que se seguem forem obedecidos e respeitados:

- O primeiro contato: que é o acesso ao uso dos serviços para novo problema para o qual se procura a atenção à saúde.

- A longitudinalidade: é o aporte regular e consistente de cuidados pela equipe de saúde em um ambiente humanizado e de relação mútua entre equipe de saúde, indivíduos e famílias.

- A integralidade: é o conjunto de serviços que atendam aos problemas mais comuns da população adscrita, no que se refere aos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam a doença.

- A coordenação: capacidade de garantir a continuidade da atenção.

- A focalização na família: considerar a família como sujeito da atenção e o conhecimento integral dos seus problemas de saúde.

- A orientação comunitária: é o reconhecimento das necessidades familiares em razão do contexto social, econômico e cultural, na perspectiva da saúde coletiva.

Um primeiro passo em direção à estruturação da APS no Brasil revelou-se com o Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1982, estratégia importante para a universalização do direito à saúde que se seguiu à

proposição do Sistema Único e Descentralizado de Saúde, culminando com a instituição do SUS, na Constituição Brasileira de 1988, em que a APS engloba o conjunto de ações de atenção dirigidas às pessoas e ao ambiente que cubram as necessidades de promoção à saúde em cada contexto social e a prevenção de enfermidades.

Nesse cenário, o Programa de Saúde da Família (PSF) foi apresentado como proposta de reorientação do modelo assistencial desenvolvido a partir da Atenção Básica. A estratégia do PSF foi iniciada em 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras Equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). O PSF foi formulado inicialmente como um programa e, depois, passou a figurar no quadro do Ministério da Saúde como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, respondendo às críticas de que a Saúde da Família fosse um programa voltado para o pobre e com baixo investimento tecnológico. Com o Piso da Atenção Básica (PAB), editado na NOB-96, a proposta ganha impulso possibilitando maior autonomia dos municípios e ampliando a implantação da proposta para todo território nacional.

Ideologicamente, a estratégia do PSF está em conformidade com os princípios básicos do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade. Estrutura-se a partir da Unidade Básica de Saúde da Família, que trabalha com base nos princípios: integralidade e hierarquização, equipe multiprofissional, territorialização e cadastramento de clientela.

A opção por um sistema pautado pela estratégia da Saúde da Família remete-nos, em última análise, à construção da saúde em seu mais alto nível possível, de igualdade e de solidariedade social. Essa construção, ou a sua busca, tem sido um dos principais temas apontados pelas Equipes de Saúde da Família (Conselho Federal de Medicina, 1994), em que a viabilização de referências adequadas no interior do sistema tem-se dado a fim de impulsionar os governos municipais a intensificar pactos e criar novos arranjos para a interação do sistema.

Somado à questão da integralidade, no sentido do conjunto de serviços, emerge o trabalho, ou o que se quer do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família. Na realidade, o que se espera é que seja discutida

a importância de ser operado pela via transdisciplinar. Entretanto, o que tem prevalecido no interior das equipes é o recorte multidisciplinar em uma lógica de estratificação atributiva que define os papéis de um modo rígido no desenvolvimento das ações, com a preservação dos campos de domínios e o status quo de cada corporação profissional que compõe as Equipes de Saúde da Família.

#### \_\_\_\_\_ O processo de trabalho na Atenção Básica

Em geral, podemos entender que a lógica que orienta a atual produção de saúde na rede básica é devedora do modelo hegemônico e de forma organizativa pautada na estrutura funcionalista derivada de uma interpretação política em que os problemas que emergem do campo da saúde ou do processo saúde – doença são inequivocamente multicausais, mas com preponderância biomédica. Entretanto, segundo Franco e Merhy (1999), os modelos conhecidos na Saúde Pública brasileira adotam diretrizes racionalizadoras e com pouca ênfase nas ações clínicas e na saúde individual, além da não incorporação do atendimento às urgências.

A organização do processo de trabalho em saúde que busque “a ruptura com dinâmica médico centrada, do modelo hegemônico de organização e forma de trabalho da equipe requer mudanças nos microprocessos de trabalho em saúde”.

Ações que, segundo Merhy (2002), sejam localizadas sobre o trabalho vivo em ato, como componente orgânico e instituinte, em que a escuta qualificada, a criação de espaço de acolhimento e o estabelecimento de vínculo dão o contorno e a forma para afirmação de processos de trabalho distintos e com potência de desestabilizar o alto grau de normatização das práticas presentes no PSF, argamassa da Atenção Básica no país.

Por outro lado, a dinâmica gerencial no interior de um serviço de saúde desvenda o exercício realizado pelos trabalhadores, do seu espaço próprio de gestão do seu trabalho. Uma revelação que articula assistência com a presença de espaços coletivos e públicos nos quais os distintos trabalhos se encontram; segundo Merhy (2002), formando linhas de uma dinâmica intensa de fluxos que percorrem todo o sistema, a partir da lógica da satisfação de necessidades, sejam estas de usuários finais ou intermediários da

própria organização. Torna-se, então, um desafio a possibilidade de estudar e pensar, na Atenção Básica, modelos organizacionais e perfis de trabalhadores, que possibilitem atuar sobre as atividades no interior do sistema de saúde e nos seus microprocessos decisórios, em particular, no terreno da gestão do trabalho em saúde, da produção do cuidado, como lugar onde há espaço para a resolubilidade das ações de saúde.

É necessário um tipo de gerência que não faça o profissional se desinteressar pelo ato cuidador. Um profissional de saúde que trabalhe de forma automática tende a não se interessar pela promoção da saúde e a qualidade no atendimento tende a cair. “(...) Pessoas obrigadas a realizar um trabalho mecânico e que somente será cumprido à custa ou de vigilância controladora ou de estímulos econômicos no estilo pagamento por produtividade. Nunca se garantirá atenção de qualidade exclusivamente a partir desses instrumentos de gestão” (CAMPOS, 1997, p. 236).

A questão da autonomia dos trabalhadores de saúde é necessária, uma vez que lidar com a saúde das pessoas é lidar com algo inesperado. O trabalhador de saúde necessita de criatividade e de alto grau de autonomia para improvisar, ter iniciativa e poder exercer um trabalho eficaz na saúde (SANTOS et al., 2002). Um trabalho com características singulares que se expressa na produção de subjetividades.

Os desafios para a Atenção Básica em Saúde são múltiplos e explorá-los em todas as suas dimensões é um exercício que se alicerça no cotidiano dos serviços e avança para os demais planos do setor saúde. Estudos que destaquem e tenham como objeto o processo de trabalho na rede básica podem potencializar mudanças na forma como prestamos serviços à população.

#### Referências Bibliográficas

ABRAHÃO, A. L. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. **Informe-se em promoção da saúde**, v. 3, n. 1, p. 1-3, jan.-jun. 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaoda-saude/informe>>.

ALEIXO, J. L. M. A Atenção Primária à Saúde e o Programa de Saúde da Família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. **Revista Mineira de Saúde**, n.1, p. 19-25, 2000.



CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: **Agir em saúde, um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Jornal do Conselho Federal de Medicina**, ano XII, n. 94, jun. 1994.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **PSF**: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. S/1, 1999. (mimeo.)

MENDES, E. V. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

\_\_\_\_\_. **Uma agenda para a saúde**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da família**. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 10 out. 2005.

SANTOS, I. *et al.* Caring: building a new history of sensibility. **Online Brazilian Journal of Nursing (OBJN)**, v.1, n. 3, 2002. Disponível em: <www.uff.br/nepae/objn103santosietal.htm>.

STARFIELD, B. **Primary care: concept, evaluation, and policy**. New York: Oxford University Press, 1992.

## Plenária

Apresentação da síntese e da discussão.

Após as apresentações, o condutor, a partir dos objetivos específicos do item I, deve retomar as questões estruturantes: território e risco em saúde.

Tempo estimado: 45 minutos.

## Trabalho em grupos – leitura do texto 2

### A Humanização e o Acolhimento nos Serviços de Saúde

· Após a leitura, discutir o texto e utilizar as questões propostas.

1. O que o grupo entende como humanização das práticas nos serviços de saúde?
2. Qual o conceito que o grupo dá ao acolhimento?
3. Quais os desafios que o grupo aponta do processo para a humanização e o acolhimento diante das características do trabalho em saúde?

#### 4. Tempo estimado de 1 hora.

### TEXTO 2 – A Humanização e o Acolhimento nos Serviços de Saúde

#### \_\_\_\_\_ A Humanização como Eixo Norteador das Práticas nos Serviços de Saúde

Com a criação do SUS, em 1988, apontamos para uma concepção de saúde que não se reduz à ausência de doença, mas a uma vida com qualidade e a afirmação da universalidade, da integralidade, do controle social e da equidade da atenção à saúde.

O Ministério da Saúde enfrentando os desafios de rever os princípios do SUS, no que se refere às mudanças dos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde, elaborou a proposta Humaniza SUS – Política Nacional de Humanização (PNH) – que prioriza o atendimento com qualidade e a participação integrada de gestores, profissionais e usuários (BRASIL, 2004).

A implementação dessa política é pautada na construção de trocas solidárias, comprometidas com a dupla tarefa da produção de saúde e sujeitos, devendo ser tomada como política transversal, isto é, perpassando todas as ações e as instâncias do sistema de saúde.

Os valores que a norteiam são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão. A humanização passa, assim, a ser o eixo articulador de todas as práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo presente em qualquer ação humana.

Diante disso, muitos são os desafios com os quais nós, profissionais de saúde, estamos comprometidos: prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, capacitar e produzir saúde.

Acrescente-se, nesse cenário, a desvalorização dos profissionais de saúde, a expressiva precarização das relações de trabalho, o baixo investimento em processos de educação permanente desses profissionais, a pouca participação na gestão dos serviços e o frágil vínculo com o usuário, o que dificulta a consolidação dessa proposta.

Consideramos que por meio da interação, da troca de saberes, poderes e afetos entre profissionais, usuários e gestores, garante-se a motivação, a capacidade de reflexão, o aumento da autoestima dos profissionais, bem

como o fortalecimento do empenho no trabalho, a criatividade na busca de soluções e o aumento da responsabilidade social.

Nesse contexto, a PNH apresenta vários propósitos aos serviços de saúde (Quadro 1).

**QUADRO 1 Dispositivos e conteúdos para os serviços de saúde, segundo a Política Nacional de Humanização**

DISPOSITIVOS	CONTEÚDOS
Ambiência	Adequar o ambiente à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável.
Acolhimento	Oferecer acolhimento com resolutividade, sem preconceitos (racial, sexual, religioso, de origem, entre outros).
Clínica Ampliada – Prontuário Transdisciplinar	Participação efetiva do sujeito e de seu coletivo no processo de produção da saúde, bem como da equipe multiprofissional.
Direitos e Deveres do Usuário	Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde.
Grupo de Trabalho de Humanização (GTH)	Constitui-se por pessoas interessadas em discutir os serviços prestados, a dinâmica das equipes de trabalho, as relações entre usuários e profissionais.
Gestão e Formação nos Processos de Trabalho	Compreender situações no cotidiano dos processos de trabalho para propor ações de mudança.
Equipe de Referência e Apoio Matricial	Todo usuário saberá quem são os profissionais envolvidos nas ações voltadas para promoção da sua saúde, com suporte de outras equipes profissionais, quando necessário.

FONTE: MS – BRASIL, 2004

Ressaltamos que o conjunto dessas ações precisa incorporar a noção de responsabilidade sobre a saúde da população, em que são necessários arranjos técnico-assistenciais que contribuam para a mudança do olhar e a mobilização da escuta aos usuários e seus problemas de vida.

A Unidade de Atenção Primária à Saúde não pode ser pensada apenas como lugar para atendimento de problemas de saúde de menor complexidade (BRASIL, 2000). Deve ofertar serviços que estejam condizentes com as necessidades locais, levantadas no diagnóstico, a fim de garantir a integralidade nesse nível de assistência. Conhecer o perfil epidemiológico e o que leva as pessoas ao adoecimento determinarão as ações e os serviços disponibilizados no nível local.

O **acolhimento** é importante dispositivo a ser utilizado no processo de organização da APS como modo de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Por acolhimento, entendemos a “recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações e angústias e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e articulação com outros serviços de saúde para a continuidade da assistência” (BRASIL, 2004).

Acesso significa proporcionar aos usuários a atenção em saúde de que ele necessita, entendido não somente quanto à localização geográfica, mas, também, ao tempo gasto para alcançar e obter os serviços.

Viabilizar o acesso implica: responsabilização pelos problemas de saúde dos usuários; identificação e proteção ao cidadão/família em risco; comunicação entre profissional/equipe e usuário; continuidade pessoal; qualidade da atenção clínica e registros adequados do atendimento feitos por meio do prontuário, organizando a porta de entrada, viabilizando o primeiro contato por intermédio da equipe, humanizando as relações e alcançando a satisfação de todos os envolvidos no fazer saúde (profissionais, usuários e gestores). É um trabalho integrado, comprometendo toda a equipe de saúde e não apenas um grupo de profissionais em uma parte do processo.

O acolhimento vem substituir o tradicional processo de triagem, presente ainda hoje nos serviços de saúde, caracterizando-se por ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo. Nessa definição tradicional de acolhimento, o objetivo principal é o repasse do problema tendo como foco a doença e não o sujeito e suas necessidades.

Acrescente-se a isso o fato de que alguns profissionais de saúde atendem preferencialmente a uma clientela cativa, em horários restritos, funcionando à moda privada e em modelo centrado na figura do médico (médico-centrado).

Observa-se também na triagem a organização da ação a partir das filas, em atendimentos que obedecem à ordem de chegada, sem avaliação do potencial de risco e agravo.

Nesse sentido, o acolhimento representa um modo de operar os processos de trabalho em saúde, assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando sobre outros serviços de saúde para continuidade da assistência e estabelecendo articulações para garantir o sucesso desses encaminhamentos.

O desafio da construção do acolhimento está no fato de que esse não se restringe à construção de espaços confortáveis, com triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados, mas à adoção de uma POSTURA ÉTICA que perpassa todos os momentos e os locais de produção de saúde.

Colocar em ação o acolhimento como diretriz operacional requer uma nova atitude no fazer em saúde:

- Organizar o serviço de saúde a partir da problematização dos processos de trabalho a fim de possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional, encarregada da escuta e da resolução do problema do usuário.
- Identificar a clientela em situação de emergência ou de maior risco, priorizando-a para atendimento imediato a fim de diminuir a possibilidade de agravamento.
- Estabelecer mudanças estruturais na forma de gestão do serviço em saúde, ampliando os espaços democráticos de discussão/decisão, escuta, troca e decisões coletivas.
- Construir coletivamente propostas com a equipe local e com a rede de serviços de gerências centrais e distritais.

#### \_\_\_\_\_ Princípios de acolhimento

Para que a equipe de saúde possa reorganizar a sua prática assistencial e estabelecer novo processo de trabalho, faz-se necessário o desenvolvimento de novas tecnologias em saúde.

Entre elas, encontram-se as tecnologias de Gestão da Clínica – as linhas-guia, os protocolos clínicos, a gestão de patologias e casos, o prontuário da família e o sistema de informação gerencial – com o intuito de instrumentalizar os profissionais, estabelecendo um conjunto de atividades, desempenhos e fluxos, para a reorganização dos processos de trabalho nas unidades de saúde.

Propõe-se, também, a mobilização e o estabelecimento de um pacto em prol do acolhimento entre as equipes de saúde, o gestor e o Conselho Local de Saúde, além de outras representações da sociedade civil, visando à consolidação de um serviço que prime pelos princípios de solidariedade, equidade e ética social.

a) *Acessibilidade*: é o elemento estrutural do acolhimento e diz respeito à disponibilidade de consulta, comodidade, custo e aceitabilidade do serviço pelo usuário/comunidade.

Exemplificando: o serviço está disponível no horário em que o usuário precisa de atendimento? Existe barreira física ou burocrática que dificulte/impossibilite o acesso ao serviço? O custo do transporte coletivo é um impeditivo para acessar o serviço? O serviço é aceito pela comunidade?

b) *Atendimento*: é o elemento processual do acolhimento e implica responsabilidade, reconhecimento do problema pelos profissionais, identificação e proteção ao cidadão/família em risco, comunicação entre profissional/equipe e usuário, continuidade pessoal, qualidade da atenção clínica e registros adequados do atendimento (prontuário).

c) *Humanização*: ao discutir-se a humanização, há de se analisarem os aspectos relacionados à acessibilidade aos serviços e ao atendimento realizado pelos profissionais e pelas equipes de saúde. A humanização deve resultar na quebra ou na melhoria das barreiras geográficas, físicas e organizacionais, transformando os ambientes em locais mais acolhedores, racionalizando e otimizando os processos de trabalho e melhorando a comunicação, com vistas à efetivação do vínculo entre profissional, equipe, usuário e comunidade.

#### \_\_\_\_\_ As formas de acesso e o fluxo do usuário

O acolhimento inicia-se com:

- o reconhecimento das pessoas/famílias adscritas à UBS, em um processo de territorialização, identificando os problemas de saúde. A partir das diretrizes estabelecidas nas linhas-guia, propõe-se o dimensionamento dos serviços e a organização dos processos de trabalho na UBS;
- a classificação em atenção à demanda espontânea e atenção programada ou organizada, que serão detalhadas posteriormente;

- a atenção imediata às situações de emergência em que, em qualquer horário, todas deverão ser atendidas pela equipe de saúde.

As situações que não se caracterizam como emergências deverão ter a queixa avaliada pelo profissional, que poderá atendê-lo de imediato, agendar uma consulta ou encaminhá-lo para outro ponto de atenção, dependendo da sua necessidade e também da disponibilidade do serviço.

#### \_\_\_\_\_ Referência Bibliográfica

BRASIL, 2000. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id\\_area=390](http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390)>. Acesso em: 24 jul. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília, DF, 2004a. Disponível em: <[http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folheto/050050\\_FL.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folheto/050050_FL.pdf)>.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria Estadual de Saúde. Gerência de Regulação e Assistência à Saúde. Gerência de Vigilância à Saúde. **Diretrizes Clínicas – Organização da Atenção Primária à Saúde**. 2008. (Coleção Uma Nova Saúde, livro 1). Disponível em: <[www.saude.es.gov.br](http://www.saude.es.gov.br)>.

### Plenária

Apresentação da síntese e da discussão

Sugestão: a fim de garantir o debate, é interessante que cada grupo tenha de 5 a 8 minutos para apresentação.

Tempo estimado: 30 minutos.

### Trabalho em grupos – leitura do texto 3

#### A Gestão da Condição de Saúde

- Após a leitura, fazer uma breve discussão do texto.
- Tempo estimado: 1 hora.

### TEXTO 3 – A Gestão da Condição de Saúde<sup>26</sup>

Utiliza-se, aqui, o termo de Gestão da Condição de Saúde porque ela se presta, ademais de doenças, ao gerenciamento de condições como gravidez, acompanhamento de idosos, de crianças e de adolescentes etc.

A tecnologia de Gestão da Condição de Saúde surgiu na Conferência de Atenção Gerenciada, nos Estados Unidos, na primavera de 1993, como gerenciamento de doença (*disease management*), uma tecnologia de microgestão da clínica destinada a enfrentar uma doença específica.

Desde seu surgimento, a Gestão da Condição de Saúde vem passando por sucessivas gerações (ZITTER, 1996). A primeira geração consistiu na provisão de um ou mais serviços, normalmente de cuidado ou cura, que não era regularmente ofertada em relação a determinada doença. A segunda geração avançou no sentido de privilegiar ações concernentes às pessoas usuárias mais graves e mais custosas, uma resposta parcial à lei da concentração da severidade e dos gastos em saúde. Essas duas gerações deram origem ao nome gestão de doença, uma vez que eram voltadas fortemente para determinada doença, com ações de cuidado, cura ou reabilitação. A terceira geração veio junto com a implantação das Redes de Atenção à Saúde e a tecnologia passou a abarcar toda a história de uma condição de saúde, por meio de medidas de prevenção primária, secundária e terciária e com estratificação dos riscos populacionais. A quarta geração que se está iniciando é a transformação da gestão de doença em gestão da saúde ou em gestão total da saúde (COUCH, 1998), em que a ênfase se dará em medidas promocionais e preventivas destinadas a otimizar o estado de saúde, com um enfoque menos orientado às medidas de cura e reabilitação.

Ainda que a Gestão da Condição de Saúde tenha sido originada na atenção gerenciada dos Estados Unidos, ela se espalhou por vários países do mundo, especialmente nos sistemas públicos universais dos países da Europa Ocidental. Segundo Ham (2007), essa tecnologia apresenta mais chances de sucesso nos sistemas públicos universais por ter, ali, melhores condições ambientais para o seu pleno desenvolvimento.

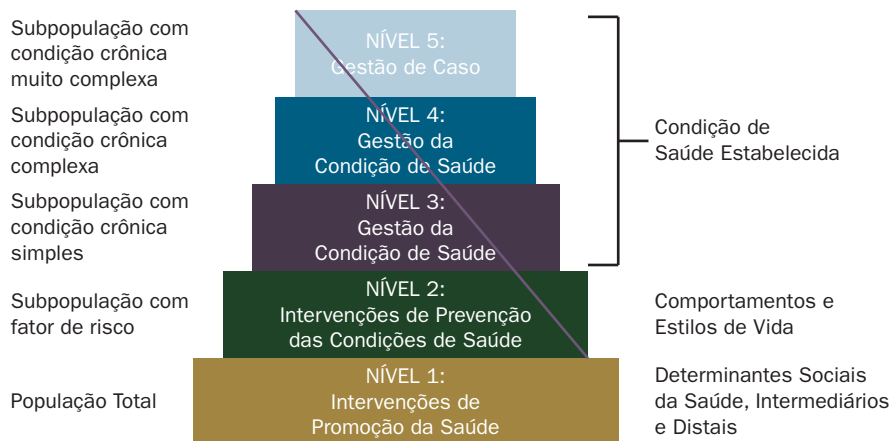
---

<sup>26</sup> Este texto foi transcrito, com pequenas adequações, para atender ao propósito desta oficina, do livro *As redes de atenção à saúde*, de autoria de Eugênio Vilaça Mendes, publicado em 2009. A referência completa encontra-se na lista de Referências Bibliográficas.



A proposta de Gestão da Condição de Saúde que se apresenta, aqui, ainda que se beneficiando das experiências internacionais mais maduras, foi desenvolvida para adaptar-se às singularidades do SUS e envolve um conjunto de ações sobre uma condição de saúde já estabelecida, segundo sua estratificação de riscos. É por meio da Gestão da Condição de Saúde que se operam o terceiro e quarto níveis do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).

FIGURA 1 **Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)**



FORTE: MENDES (2007)

### O conceito

A Gestão da Condição de Saúde pode ser definida como o processo de gerenciamento de determinada condição de saúde, já estabelecida, por meio de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e no cuidado, com o objetivo de alcançar bons resultados clínicos, de reduzir os riscos para os profissionais e para as pessoas usuárias, contribuindo para a melhoria da eficiência e da qualidade da atenção à saúde.

A Gestão da Condição de Saúde faz-se sobre uma condição de saúde estabelecida, estratificada por riscos. A divisão entre condição de saúde de nível 1 e condição de saúde de nível 2 separa as condições de baixo e médio riscos das condições de alto e muito alto riscos. A razão deriva de manejos

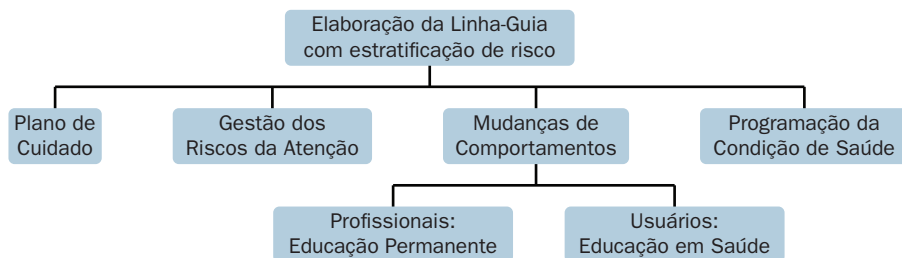
clínicos diferenciados, especialmente aqueles relativos aos tipos de atenção à saúde. Na Gestão da Condição de Saúde de nível 1, privilegia-se, relativamente, o autocuidado apoiado, e a Gestão da Condição de Saúde de nível 2, concentra-se, relativamente, na atenção profissional.

A Gestão da Condição de Saúde tem como premissa a melhoria da atenção à saúde em toda a rede de atenção à saúde, ou seja, no contínuo de pontos de atenção à saúde que compõe essa rede. A Gestão da Condição de Saúde começa com uma correta compreensão de toda a história dessa condição, expressa em um mapa da condição de saúde.

A Gestão da Condição de Saúde é um processo intensivo em cognição, para melhorar continuamente o valor da atenção à saúde. Ela tem sido considerada uma mudança radical na abordagem clínica, porque se move de um modelo de um profissional de saúde individual, que responde a um doente por meio de procedimentos curativos e reabilitadores, para uma abordagem com base em uma população adscrita, em que as condições de saúde, já estabelecidas, são enfrentadas por meio de estratégias focadas na estratificação de riscos e na atenção baseada na população.

A Gestão da Condição de Saúde é representada, graficamente, na Figura 2 abaixo:

FIGURA 2 **A Gestão da Condição de Saúde**



#### As indicações da Gestão da Condição de Saúde

A Gestão da Condição de Saúde é uma tecnologia especialmente indicada para o manejo das condições crônicas que necessitam de atenção por longo tempo e em diferentes pontos de atenção de uma rede de atenção à saúde. A Gestão da Condição de Saúde é um enfoque que se dirige a uma população

determinada e é, portanto, uma tecnologia que exige, como pré-condição, o conhecimento e o relacionamento constante com uma população adscrita que será sujeito das intervenções em relação a uma condição de saúde determinada. Ou seja, pressupõe o conhecimento da população por meio de um sistema de informação com capacidade de fazer o seu registro, por condição de saúde e por riscos em relação a essa condição.

#### \_\_\_\_\_ O processo de desenvolvimento da Gestão da Condição de Saúde

O instrumento básico para o desenvolvimento da Gestão da Condição de Saúde é a linha-guia relativa a essa condição porque ela vai definir as ações a serem desenvolvidas em cada ponto de atenção à saúde e suas relações com os sistemas de apoio, englobando os processos de cura/cuidado, reabilitação e palição.

A Gestão da Condição de Saúde, tal como se observa na Figura 2 acima, estrutura-se em quatro grandes componentes: o plano de cuidado, a gestão dos riscos da atenção à saúde, as mudanças de comportamento de profissionais de saúde e de pessoas usuárias e a programação da condição de saúde.

O conceito de gestão dos riscos da atenção à saúde significa desenvolver boas práticas clínicas que permitam diminuir os riscos clínicos e a ocorrência de incidentes danosos ou adversos para as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde (MCSHERRY E PIERCE, 2002). Os riscos clínicos representam-se por variâncias nas intervenções diagnósticas ou terapêuticas em relação a padrões definidos intencionalmente.

A gestão dos riscos da atenção à saúde procura aumentar a capacidade das organizações de saúde e de seus membros para desenvolver ações positivas que reduzam os riscos de morte e de sequelas para as pessoas usuárias e as suas consequências econômicas, morais ou de prestígio para as organizações de saúde (DEPARTMENT OF HEALTH, 1994).

#### \_\_\_\_\_ Referência Bibliográfica

COUCH, J. B. Disease management: an overview. In: COUCH, J. B. (Editor). **The health care professional's guide to disease management: patient-centered care for the 21st century**. Gaithersburgh: Aspen Publication, 1998.

DEPARTMENT OF HEALTH. **Corporate governance in the NHS**: code of conduct, code of accountability. London: The Stationery Office, 1994.

HAM, C. **Evaluations and impact of disease programmes**. Bonn: Conference of Bonn, 2007.

McSHERRY, R.; PEARCE, P A guide to clinical governance. In: McSHERRY, R. *et al.* **Clinical governance**: a guide to implementation for healthcare professionals. Oxford: Blackwell Science Ltd., 2002.

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

ZITTER, M. A new paradigm in health care delivery: disease management. In: TOOD, W. E.; NASH, D. (Editors). **Disease management**: a systems approach to improving patient outcomes. Chicago: American Hospital Publishing Co., 1996.

## Aula Interativa

### Gestão das Condições de Saúde

Tempo estimado: 1 hora e 15 minutos.

#### 2º DIA

A partir da exposição dialogada do dia anterior “Gestão da Condição de Saúde”, o 2º dia será iniciado com uma exposição dialogada, articulando os conceitos abordados no dia anterior com os da Gestão da Clínica, Diretrizes e Protocolos Clínicos.

O ideal é que a SES local seja responsável por esta exposição e apresente sua visão geral e propostas gerais do tema

### Aula interativa – Gestão da Clínica, Diretrizes e Protocolos Clínicos

- Tempo estimado: 45 minutos.

### Trabalho em grupos – leitura de texto 4

#### Atenção Programada à Saúde

Sugestão:

- Após a leitura, discutir o texto e utilizar as questões propostas.

Tempo estimado: 1 hora.

## \_\_\_\_\_ Questões para discussão

1. Como se devem organizar as formas de acesso dos usuários nas UBS?
2. O que caracteriza o atendimento à demanda espontânea?
3. O que caracteriza o atendimento à atenção programada?

## TEXTO 4 – Atenção Programada à Saúde

### \_\_\_\_\_ A organização das formas de acesso do usuário à unidade de saúde

O acolhimento inicia-se com o reconhecimento das pessoas/famílias adscritas à Unidade de Saúde, em um processo de territorialização, identificando os problemas de saúde. A partir das diretrizes estabelecidas nas linhas-guia, propõe-se o dimensionamento dos serviços e a organização dos processos de trabalho das Unidades de Saúde.

Com o objetivo de organizar as formas de acesso do usuário nas unidades de saúde, propõe-se didaticamente a classificação em:

- Atenção à demanda espontânea: urgência/emergência.
- Atenção à demanda programada.

Em qualquer horário, todos os usuários em situação de urgência ou emergência deverão ser atendidos de imediato pela equipe de saúde. A equipe deverá realizar os primeiros cuidados necessários, providenciar o suporte adequado e transferir de forma segura para o ponto de atenção competente, pactuado e com capacidade resolutive.

Na atenção à demanda espontânea, as situações que não se caracterizam como urgência ou emergência deverão ter a situação/queixa avaliada pelo profissional que poderá, dependendo da sua necessidade e também da disponibilidade do serviço:

- atendê-lo de imediato;
- agendar uma consulta;
- encaminhá-lo para outro ponto de atenção.

Na atenção programada, procurar-se-á respeitar o critério de adscrição da clientela em relação à equipe do PSF, ou seja, o usuário deverá, preferencialmente, ser identificado pelo ACS e atendido pelo médico, pelo enfermeiro ou pelo dentista de sua área de moradia.

O objetivo é respeitar os princípios do primeiro contato, da longitudinalidade, da integralidade do cuidado e viabilizar o vínculo com a equipe de saúde.

Procura-se organizar o serviço, pautando-se não mais pelos eventos agudos, mas pela abordagem dos problemas crônicos e/ou das condições crônicas.

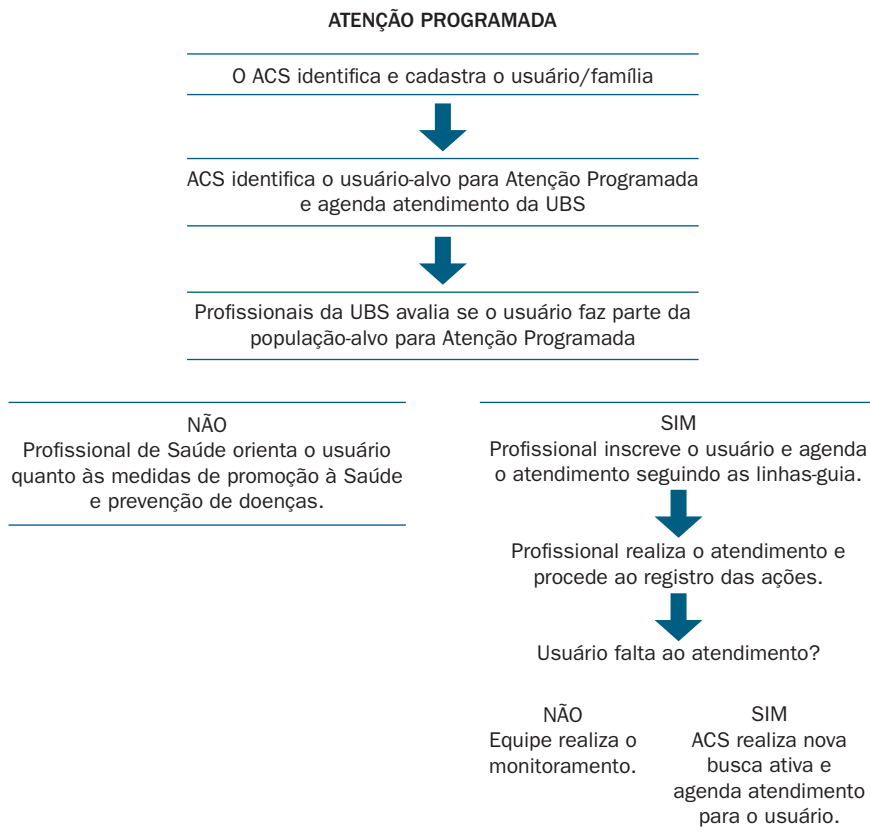
A atenção programada abrange todos os ciclos de vida dos indivíduos/famílias – desde o nascimento até a velhice, estruturados a partir das linhas-guia e operacionalizados por redes integradas de atenção, com o objetivo de promover a saúde, identificar, precocemente, e controlar as patologias de relevância e prestar assistência de forma integrada e resolutiva.

Para a atenção programada serão destinados atendimentos e consultas agendadas, em cada turno de atendimento, estabelecendo-se o limite máximo de consultas por turno, conforme critério estabelecido pelas SMS, de comum acordo com as equipes de saúde.

Os quantitativos de consultas e atendimentos programados deverão ser calculados dos parâmetros estabelecidos pelas linhas-guia e com base nos dados do prontuário de Saúde da Família – diagnóstico e cadastramento das famílias residentes no território.

Os atendimentos programados são agendados previamente e devem estar em consenso com os usuários. Deve-se evitar o acúmulo das pessoas nos mesmos horários e os longos períodos de espera.

FIGURA 3 Fluxograma para a Atenção Programada do Usuário na Estratégia Saúde da Família



**Referência Bibliográfica**

SHIMAZAKI, Maria Emi; MAFRA, Adriana Azevedo. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: Redes de Atenção em Saúde.** Oficina 4, Programação Local e Municipal. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 2008.

**Plenária**

Apresentação da síntese e da discussão

Tempo estimado: 30 minutos.

## Trabalho em grupos

### Acolhimento com Classificação de Risco nos Serviços de Urgência e Emergência

- Após a leitura, discutir o texto e utilizar as questões propostas.

Tempo estimado: 1 hora.

#### Questões para discussão:

1. Como o grupo conceitua a Classificação de Risco?
2. Como o grupo avalia a importância deste dispositivo?
3. Qual a articulação que o grupo faz entre este dispositivo e a humanização dos serviços de saúde?

n.23  
Atenção Primária à  
Saúde (APS)

#### TEXTO 5 – Acolhimento com Classificação de Risco nos Serviços de Urgência e Emergência<sup>27</sup>

O Acolhimento com Classificação de Risco tem como objetivo implantar um modelo de atenção com responsabilização e vínculo, ampliando o acesso do usuário ao SUS, implantando um acolhimento responsável e resolutivo, com base em critérios de risco.

A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

Observa-se crescente demanda e procura dos serviços de urgência e emergência com um fluxo de “circulação desordenado” dos usuários nas portas dos Prontos-Socorros, tornando-se necessária a reorganização do processo de trabalho destes serviços de saúde. O atendimento usualmente por ordem de chegada não permite atender aos diferentes graus de necessidades dos usuários.

A implantação do acolhimento com classificação de risco não deve abranger a todos os usuários que procuram o serviço, em especial nos locais em que a demanda é excessiva, ou corre-se o risco de se produzir um novo gargalo na entrada. Dessa forma, a utilização da Avaliação/Classificação de Risco deve ser por observação (a equipe identifica a necessidade pela observação do usuário, sendo, para tal, necessária uma capacitação mínima) ou

---

<sup>27</sup> Texto elaborado com base na Cartilha da PNH – Avaliação e Classificação de Risco. Ministério da Saúde, 2004.



por explicitação (o usuário indica o agravo). O fato de haver indivíduos que “passam na frente” pode gerar questionamentos por aqueles que se sentem prejudicados, no entanto, isso pode ser minimizado com divulgação ampla aos usuários na sala de espera do processo utilizado. Àqueles que ainda resistem, o processo de escuta deve ser exercitado utilizando-se a própria tecnologia para tanto.

#### \_\_\_\_\_ Diretrizes para a elaboração de Protocolo de Classificação de Risco na Urgência

O protocolo ou norma de orientação clínica é um instrumento para auxiliar a decisão clínica em circunstâncias específicas. O protocolo é um guia que deve ser utilizado em circunstâncias bem especificadas, com objetivos bem definidos. O público a quem se destina deve ser claramente descrito.

Um Protocolo de Classificação de Risco na Urgência é um instrumento que sistematiza a avaliação de risco feita pela enfermagem. Uma ferramenta útil e necessária, porém não suficiente, uma vez que não tem como objetivo capturar os aspectos subjetivos, afetivos, sociais, culturais, cuja compreensão é fundamental para uma efetiva avaliação do risco e da vulnerabilidade de cada pessoa que procura o serviço de urgência. O protocolo não substitui a interação, o diálogo, a escuta, o respeito, enfim, o acolhimento do cidadão e de sua queixa para a avaliação do seu potencial de agravamento.

O Ministério da Saúde propõe algumas diretrizes para a elaboração dos protocolos de classificação de risco nos serviços de urgência, que, como toda norma de orientação, deve ser elaborada por pessoas de todos os grupos profissionais pertinentes. É fundamental também que o protocolo seja pactuado com os usuários aos quais se destina, em especial no que se refere aos fluxos e aos tempos de espera.

#### \_\_\_\_\_ Diretrizes:

- A finalidade da classificação de risco é a definição da ordem do atendimento em razão do potencial de gravidade ou de agravamento da queixa apresentada.
- O protocolo é uma ferramenta para auxiliar a avaliação da gravidade e do risco de agravamento.

- O Protocolo de Classificação de Risco é uma ferramenta de inclusão, ou seja, não tem como objetivo reencaminhar ninguém sem atendimento, mas sim organizar e garantir o atendimento de todos.
- A classificação de risco é atividade realizada por profissional de enfermagem de nível superior, qualificado para a atividade proposta e com experiência em serviço de urgência.
- O protocolo deve ser elaborado e discutido por toda a equipe que atua na urgência: enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, psicólogos, assistentes sociais, funcionários administrativos.
- O protocolo deve explicitar com clareza qual o encaminhamento a ser dado, uma vez que o risco é classificado.
- O primeiro contato da pessoa que procura o serviço deve ser obrigatoriamente com um profissional de saúde, capacitado para identificar de imediato as emergências, identificar as demandas administrativas e orientar os fluxos de atendimento.
- O local do primeiro contato pode ser um balcão, uma mesa, um *hall* de entrada ou uma sala de espera. É importante que não haja barreiras físicas (vidros, grades...) e que ele seja feito o mais rapidamente possível (10 minutos, no máximo) após a chegada ao pronto-socorro. É importante que não haja fila para esse primeiro contato.
- Recomenda-se que o protocolo tenha de três a quatro níveis de classificação de risco.
- Recomenda-se o uso preferencial de cores e não de números, para a classificação de risco (exemplo no caso de quatro níveis de classificação, do mais grave ao menos grave: vermelho, amarelo, verde, azul).
- Os casos que não passarão pela classificação de risco devem ser definidos de acordo com as especificidades e a pactuação feita em cada serviço (exemplos: ortopedia, sutura, gestantes, ginecologia, oftalmologia etc.)
- A classificação de risco é dinâmica, sendo recomendado que periodicamente se reavalie o risco daqueles que ainda não foram atendidos.
- Recomenda-se que a organização do atendimento na urgência, por meio do acolhimento com classificação de risco, seja divulgada com clareza para os usuários.

## Referência Bibliográfica

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cartilha da PNH – Avaliação e Classificação de Risco. 2004.

### Plenária

Apresentação da síntese e da discussão

Tempo estimado: 30 minutos.

### Aula interativa – As metas e os indicadores estabelecidos no Pacto de Saúde frente à realidade locorregional

A proposta é que a SES local apresente a proposta de pacto elaborada regionalmente ou (se não houver) no estado e articule a apresentação com os conteúdos abordados anteriormente, ou seja, a questão da demanda programada e a espontânea.

Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos.

### Trabalho em grupos

Neste tópico, a SES local poderá construir um estudo de caso ou um exercício (texto 6). Preparar uma dada realidade local diante do pacto e dos conceitos abordados, ou seja, como o grupo articula e pensa esta realidade diante da humanização, do acolhimento, da atenção programada e da espontânea.

- Após a leitura, fazer uma breve discussão do texto.
- Tempo estimado: 1 hora.

### Plenária

Apresentação da síntese e da discussão

Tempo estimado: 30 minutos.

### Sistematização das discussões, avaliação e encerramento

Tempo estimado: 45 minutos.

### Trabalho de dispersão

Realizar a leitura da revisão bibliográfica sobre As Evidências sobre a Atenção Primária à Saúde.



## OFICINA VI

---



# Oficina VI

## A Organização da Atenção à Saúde na Unidade Básica de Saúde

---

7

Esta oficina apresenta os modelos de classificação de risco para as condições agudas e crônicas e permite aos participantes a compreensão da necessidade de se incorporarem mudanças no processo de trabalho dos pontos de atenção para acolher adequadamente os usuários de acordo com as suas necessidades.

### \_\_\_\_\_ **Objetivo**

Promover a reflexão das equipes de saúde sobre a importância da adoção de sistemas de acolhimento e classificação de risco na organização do processo de trabalhos das unidades de saúde ambulatoriais e hospitalares.

### \_\_\_\_\_ **Objetivos Específicos**

1. Conhecer as diretrizes e os dispositivos de acolhimento e classificação de risco do Ministério da Saúde;
2. Compreender o conceito de acolhimento e classificação de risco;
3. Conhecer os modelos de classificação de risco para atendimento às urgências e emergências;
4. Elaborar propostas para a implementação do acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência e emergência na construção de redes que garantam a continuidade do cuidado em saúde;
5. Conhecer os modelos de classificação de risco para atendimento a grupos de risco e ciclo de vida das pessoas;
6. Estimular a implantação/implementação do acolhimento com classificação de risco na rede de atenção à saúde.

## PROGRAMAÇÃO GERAL DA OFICINA

### 1º dia

n.23  
Atenção Primária à  
Saúde (APS)

TEMPO ESTIMADO	HORÁRIO	ATIVIDADE	TEMA
30min		Reencontro dos participantes	Apresentação dos objetivos da Oficina 6
1h e 30min		Trabalho em grupos – leitura de texto	Texto: Os Modelos de Atenção à Saúde
15min		Intervalo	
45min		Plenária	Apresentação dos trabalhos em grupos
1h		Aula interativa	Organizando a demanda espontânea nas UBS do município
1h e 30min		Intervalo para almoço	
1h		Trabalho em grupos – leitura de texto	O Acolhimento com Classificação de Risco
1h		Trabalho de grupo – exercício simulado	Elaboração da matriz da rede de atenção às Urgências e Emergências
15min		Intervalo	
1h		Plenária	Apresentação da matriz de desenho da rede de urgência e emergência
45min		Exposição	Sistematização dos conteúdos desenvolvidos no dia



## 2º dia

TEMPO ESTIMADO	HORÁRIO	ATIVIDADE	TEMA
1h		Trabalho em grupo – leitura de texto	A atenção Não Programada e a Atenção Programada
45min		Plenária	Apresentação dos trabalhos em grupos
15min		Intervalo	
1h e 15min		Trabalho em grupo – exercício	A programação da atenção a grupos de risco
45min		Plenária	Apresentação dos trabalhos de grupos
1h e 30min		Almoço	
1h		Aula interativa	A atenção programada no estado
1h e 15min		Exercício	A programação da atenção no ciclo de vida das pessoas (idoso, mulher, criança até cinco anos)
15min		Intervalo	
45min		Plenária	Apresentação dos trabalhos em grupos
45min		Sistematização e orientação do trabalho de dispersão	

## ROTEIRO DAS ATIVIDADES

### 1º DIA

#### Abertura

Sugestão: o coordenador deverá saudar os participantes e retomar as principais questões abordadas na Oficina 5. Poderá iniciar com alguma dinâmica de “bom retorno”.

Solicitar aos participantes que apresentem sucintamente o que compreenderam da leitura da revisão bibliográfica sobre as Evidências da Atenção Primária à Saúde.

Apresentar os objetivos e a programação da Oficina 6.

**Trabalho em grupos:** leitura do texto 1

- Após a leitura, discutir o texto e utilizar as questões propostas.
- Tempo estimado de 1 hora e 30 minutos.

\_\_\_\_\_ **Questões para discussão:**

1. Conceitue modelo de atenção e explique a diferença entre o modelo de atenção às condições agudas e o modelo de atenção às condições crônicas.
2. Para que se destinam o acolhimento e a classificação de risco?
3. Quais são as diretrizes para elaboração de protocolos de classificação de risco?
4. Exemplifique os modelos de classificação de risco e como eles se aplicam aos serviços de saúde na sua região e município.

**TEXTO 1 – Os Modelos de Atenção à Saúde<sup>28</sup>**

O terceiro elemento constitutivo das redes de atenção à saúde é o modelo de atenção à saúde.

O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas sub populações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em razão da visão prevaiente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

A necessidade de se mudarem os sistemas de atenção à saúde para que possam responder com efetividade, eficiência e segurança a situações de saúde dominadas pelas condições crônicas levou ao desenvolvimento dos modelos de atenção à saúde. Por isso, eles têm sido dirigidos, principalmente, ao manejo das condições crônicas. Mas podem-se considerar, também, modelos de atenção às condições agudas. Esses modelos vão variar em razão da natureza singular dessas condições de saúde.

---

<sup>28</sup> Este texto foi transcrito, com pequenas adequações, para atender ao propósito desta oficina, do livro *As redes de atenção à saúde*, de autoria de Eugênio Vilaça Mendes, publicado em 2009. A referência completa deste livro encontra-se na lista de Referências Bibliográficas.

Na realidade, a implantação das redes de atenção à saúde, para provocar uma mudança radical no SUS, exige intervenção concomitante sobre as condições crônicas e sobre as condições agudas.

Essas condições, ainda que convocando modelos de atenção à saúde distintos, são como faces de uma mesma moeda. Para melhorar a atenção às condições agudas e aos eventos decorrentes das agudizações das condições crônicas, há de se implantar a rede de atenção às urgências e às emergências. Contudo, para que essa rede funcione de forma efetiva, eficiente e humanizada, há de se distribuir, equilibradamente, por todos os seus pontos de atenção à saúde, as pessoas usuárias, segundo seus riscos. Não é possível organizar os hospitais terciários de urgência e emergência sem retirar deles o grande número de pessoas portadoras de urgências menores, classificadas como azuis e verdes. Por outro lado, para que as pessoas com situações de urgências verdes e azuis possam ser atendidas na atenção primária à saúde, esse nível de atenção necessita ser mudado pela implantação do modelo de atenção às condições crônicas para que possa atender às urgências menores e, no médio e longo prazo, diminuir a demanda às unidades de urgência e emergência maiores. Além disso, a implantação do modelo de atenção às condições crônicas, principalmente no seu componente de gestão da clínica, com estratificação de riscos, permite organizar a atenção às condições crônicas, liberando tempo das equipes de saúde da APS para atender, além das ações programadas, às ações não programadas das urgências menores que se apresentam, nessas unidades, sob a forma de demanda espontânea.

#### \_\_\_\_\_ Os modelos de atenção às condições agudas

O modelo de atenção às condições agudas presta-se, também, à organização das respostas do sistema de atenção à saúde aos eventos agudos, decorrentes de agudizações das condições crônicas.

O objetivo de um modelo de atenção às condições agudas é identificar, no menor tempo possível, com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência e definir o ponto de atenção adequado para aquela situação, considerando-se, como variável crítica, o tempo de atenção requerido pelo risco classificado. Isso implica adotar um modelo de triagem de risco nas redes de atenção às urgências e emergências.

Observa-se, em todos os países, um aumento constante na demanda por serviços de urgência e uma conseqüente pressão, muitas vezes insuportável, sobre as estruturas e os profissionais de saúde. A urgência é a principal causa de insatisfação da população que utiliza o sistema de atenção à saúde. Sempre haverá uma demanda por serviços maior que a necessidade, e o aumento da oferta sempre acarreta aumento da demanda, criando-se, assim, um sistema de difícil equilíbrio. A solução tem sido a construção de alternativas de racionalização da oferta ou estratégias regulatórias.

O enfrentamento da organização do sistema de atenção à saúde, para responder às necessidades colocadas pelas condições agudas e pelos eventos agudos das condições crônicas, implica, na perspectiva das redes de atenção à saúde, a construção de uma linguagem que permeie todo o sistema, estabelecendo o melhor local para a resposta a determinada situação. As experiências mundiais vêm mostrando que essa linguagem estrutura-se em diretrizes clínicas codificadas em um sistema de classificação de risco, como base de uma rede de atenção às urgências e às emergências (CORDEIRO JÚNIOR, 2008).

Os modelos de triagem em urgências e emergências apresentam grande variação, de acordo com as várias experiências, mas têm em comum uma triagem de risco. Há modelos que utilizam de dois a cinco níveis de gravidade, sendo os últimos os mais aceitos.

Os modelos de triagem mais avançados e que passaram a ter uma concepção sistêmica, ou seja, são utilizados por uma rede de serviços, são: o modelo australiano (Australasian Triage Scale – ATS), pioneiro e que usa tempos de espera de acordo com gravidade; o modelo canadense (Canadian Triage Acuity Scale – CTAS) que é muito semelhante ao modelo australiano, mas é mais complexo; o modelo americano (Emergency Severity Index – ESI) que trabalha com um único algoritmo e que se foca mais na necessidade de recursos para o atendimento; o modelo de Andorra (Model Andorrà del Triage – MAT) que se baseia em sintomas, discriminantes e algoritmos, mas é de uso complexo e demorado; e o Sistema de Triagem de Manchester (Manchester Triage System – MTS) que opera com algoritmos e determinantes, associados a tempos de espera simbolizados por cor e que é usado em vários países da Europa.

O Sistema de Triagem de Manchester foi criado pelo Grupo de Triagem de Manchester, em 1994, com objetivo de definir um consenso entre médicos e enfermeiros na ferramenta de classificação de risco para os serviços de urgência e emergência. Os protocolos existentes possuíam nomenclaturas, definições e tempos para avaliação médica diferentes. A ideia foi desenvolver nomenclatura e definições comuns, sólida metodologia operacional, programas de formação e guia de auditoria. Ele apresenta como características principais: escala em cinco níveis; utilização ampla em vários países; é baseado em categorias de sintomas; é baseado em discriminantes-chave; é baseado em algoritmos clínicos; e apresenta um tempo de execução inferior a três minutos (CORDEIRO JÚNIOR, 2008).

O Sistema de Triagem de Manchester tem sido utilizado em países como: Reino Unido, Portugal, Espanha, Alemanha, Suécia, Holanda, Japão e Brasil, mais especificamente pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

Considerando-se os tempos comuns, foi feito acordo sobre a nomenclatura e as definições. Para cada categoria foram atribuídos um número, uma cor e um nome, além do tempo aceitável para a primeira avaliação médica. Após reuniões em todo o Reino Unido, com enfermeiros e médicos dos serviços de urgência e emergência, obteve-se consenso com a escala de classificação de risco mostrada no quadro 1, abaixo (MACKWAY-JONES, 2005).

QUADRO 1 **A Classificação de Riscos do Sistema de Triagem de Manchester**

NÚMERO	NOME	COR	TEMPO-ALVO EM MINUTOS
1	Emergente	Vermelho	0
2	Muito urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Pouco urgente	Verde	120
5	Não urgente	Azul	240

FONTE: MACKWAY-JONES ET AL. (2005)

Esse sistema de classificação de riscos apresenta alguns elementos de validade: ele garante critérios uniformes ao longo do tempo e com diferentes equipes de saúde; acaba com a triagem sem fundamentação científica; pode ser feito por médicos e enfermeiros; garante a segurança das pessoas usuárias e dos profissionais de saúde; é rápido; e pode ser auditado (CORDEIRO JÚNIOR, 2008).

O objetivo da classificação dos riscos é definir não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica, facilitando a gestão da clínica e a gestão do serviço. O diagnóstico não está ligado à prioridade. O método requer que o profissional defina o motivo pelo qual a pessoa usuária procura o serviço de urgência, a queixa principal. Segue-se a escolha, entre as condições apresentadas em fluxogramas, daquele mais pertinente à queixa. Depois, procura-se um conjunto de sinais e sintomas em cada nível de prioridade clínica, os discriminadores, nos fluxogramas de apresentação, compatível com a gravidade apresentada.

A metodologia de classificação de riscos envolve passos (CORDEIRO JUNIOR E MAFRA, 2008):

- Prioridade e gestão: a definição da prioridade clínica faz-se ao reunir informações necessárias para classificar a pessoa usuária em uma das cinco categorias definidas. A gestão clínica da pessoa usuária requer que se compreendam suas reais necessidades.
- Auditoria: uma sólida auditoria é essencial para a avaliação de qualquer metodologia normatizada para que se avalie a reprodutibilidade entre profissionais e serviços.
- A tomada de decisões: uma boa avaliação clínica de uma pessoa usuária requer raciocínio, intuição, conhecimento e aptidão profissional. A tomada de decisões utiliza cinco passos.
- Identificação do problema: obtenção de dados da pessoa usuária, acompanhante ou profissional do pré-hospitalar para escolha do fluxograma de apresentação. São 50 fluxogramas para situações habituais que contemplam agravos clínicos, trauma, ferimentos, crianças e comportamento anormal.
- Obtenção e análise das informações relacionadas à solução: procura do discriminador por meio das perguntas estruturadas. Após escolher o fluxograma, o profissional deve analisar os discriminadores para definir a prioridade.

- Avaliação das alternativas e escolha de uma delas para implementação: o fluxograma de apresentação fornece uma ordenação do processo de raciocínio para a tomada de decisões. Existem discriminadores gerais (ex.: dor aguda) e específicos (ex.: dor pleurítica) e todos possuem sua definição em um dicionário.

- Implementação da alternativa selecionada: seleção de uma das cinco categorias por meio dos discriminantes gerais ou específicos compatível com o quadro da pessoa em atendimento.

- Monitoramento do processo e avaliação dos resultados: devem ser feitos entre profissionais e entre serviços para assegurar confiabilidade e reprodutibilidade, fundamentais nos dados para pesquisas e planejamentos.

A organização do fluxo de acesso nos serviços de urgência, com a definição de prioridades, é potente reformulador de seus modelos de gestão. Há necessidade de novo desenho dos fluxos de encaminhamento após a classificação de risco: atribuindo tempos de espera para atendimento médico; definindo modelos de observação de acordo com a gravidade atribuída; avaliando a necessidade da estrutura física do atendimento; modificando os fluxos e processos de trabalho; e mensurando os resultados obtidos.

Ainda que o modelo de atenção às condições agudas seja diferente do modelo de atenção às condições crônicas, tanto nas condições agudas quanto nas crônicas, deve ser aplicada a mesma estrutura operacional das redes de atenção à saúde, ou seja, a APS, os pontos de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança. A única diferença entre essas redes está no papel da APS. Nas redes de atenção às condições crônicas, ela funciona como centro de comunicação, mas nas redes de atenção às urgências e às emergências, ela é um dos pontos de atenção à saúde, sem cumprir a função de coordenação dos fluxos e contrafluxos dessas redes.

Sem dúvida, há ganhos na estruturação da atenção às urgências e às emergências na perspectiva de redes de atenção à saúde. A integração dos serviços de urgência e emergência em rede pode determinar um fluxo pactuado pelos serviços. O protocolo de classificação é potente ferramenta de comunicação, responsabilização e regulação, na rede, das condições agudas para acompanhar em tempo real os fluxos e regular o transporte entre os serviços. A atenção no lugar certo e com a qualidade certa permite

retirar dos pontos de atenção de maior densidade tecnológica a maioria das pessoas que se apresentam em situações de urgência, os azuis e os verdes, atendendo-os prioritariamente na atenção primária à saúde. Isso é condição necessária para superar os graves problemas que ocorrem nos hospitais de urgência e emergência superlotados, com pessoas em macas nos corredores, em filas enormes e que estão permanentemente na mídia nacional.

A organização das redes de atenção às urgências e às emergências faz-se segundo os critérios seguintes: utilização de protocolo único de classificação de risco; fluxos de encaminhamento, após a classificação dos riscos, desenhados e pactuados internamente em cada instituição e responsabilizados nominalmente pelos respectivos trabalhadores, com descrição e aceitação dos papéis propostos; discussão do fluxo de encaminhamento de responsabilização coletiva, assinada por todos que se corresponsabilizam pelos serviços dessa rede; pactuação dos fluxos de encaminhamento pós-classificação de risco entre todos os atores dos serviços, de todos os níveis de atenção, compartilhada por uma estrutura reguladora também responsável pelo transporte da pessoa usuária, se necessário, até o destino pactuado; compartilhamento das regras com as estruturas de logística (regulação, Samu, prontuário eletrônico) que se corresponsabilizam pelos resultados; e informatização dos processos (CORDEIRO JÚNIOR e MAFRA, 2008).

Há evidências sobre o bom funcionamento do Sistema de Triagem de Manchester na classificação de riscos em situações de urgência e emergência, tanto em avaliações mais globais (WINDLE E MACWAY JONES, 2003; LYONS *et al.*, 2007), quanto em áreas específicas como as causas externas (SUBBE *et al.*, 2006), as doenças cardiovasculares (MATIAS *et al.*, 2008) e a pediatria (ROUKEMA *et al.*, 2006).

#### Referências Bibliográficas

CORDEIRO JUNIOR, W. *A gestão de risco na urgência*. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2008.

CORDEIRO JUNIOR, W.; MAFRA, A. A. *A rede de atenção a urgência e emergência e protocolo de classificação de risco de Manchester*. Belo Horizonte: Secretaria de Saúde de Minas Gerais, 2008.

LYONS, M. *et al.* Factors that affect the flow of patients through triage. *Emergency Medicine Journal*, n. 24, p. 78-85, 2007.



MACKWAY-JONES, K. *et al.* **Emergency triage**. 2. Ed. Oxford: Manchester Triage Group, Blackwell Publishing, 2005.

MATIAS, C. *et al.* Triagem de Manchester nas síndromes coronarianas agudas. **Revista Portuguesa de Cardiologia**, n. 27, p. 206-216, 2008.

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

ROUKEMA, J. *et al.* Validity of the Manchester Triage System in pediatric emergency care. **Emergency Medicine Journal**, n. 23, p. 906-910, 2006.

SUBBE, C. P *et al.* Validation of physiological scoring systems in the accident and emergency department. **Emergency Medicine Journal**, n. 23, p. 841-845, 2006.

WINDLE, J.; MACKWAY-JONES, K. Validity of triage systems: use a correct outcome measure. **Emergency Medicine Journal**, n. 20, p. 119-120, 2003.

## Plenária

Apresentação dos trabalhos em grupos

Tempo estimado: 45 minutos.

## Aula interativa

A organização da demanda espontânea nas UBS do município

Tempo estimado: 1 hora.

### Trabalho em grupos: Leitura do texto 2

#### O Acolhimento com classificação de Risco

- Após a leitura, discutir o texto e utilizar as questões propostas.
- Tempo estimado: 1 hora.

\_\_\_\_\_ **Questões para discussão:**

1. O que o grupo entende por acolhimento?
2. Quais as diretrizes operacionais para que se tenha um bom acolhimento?
3. Quais são os objetivos de se realizar acolhimento com classificação de risco?
4. Quais os pré requisitos necessários à implantação da Central de Acolhimento e Classificação de Riscos?

## TEXTO 2 – Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: um Paradigma Ético-Estético no Fazer em Saúde

Claudia Abbes e Altair Massaro

n.23  
Atenção Primária à  
Saúde (APS)

O acolhimento é uma ação tecno-assistencial, que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde.

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, a fim de atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência e estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

“Constatar os problemas de saúde e tomá-los como desafio não é suficiente para imprimir as mudanças que possam traduzir a saúde como direito e patrimônio público da sociedade” (MERHY *et al.*,1998).

É preciso restabelecer, no cotidiano, o princípio da universalidade do acesso – todos os cidadãos devem poder ter acesso aos serviços de saúde – e a responsabilização das instâncias públicas pela saúde dos indivíduos. Isso deve ser implementado com a consequente constituição de vínculos entre os profissionais e a população, empenhando-se na construção coletiva de estratégias que promovam mudanças nas práticas dos serviços, em que defesa e afirmação de uma vida digna de ser vivida sejam adotadas como lema.

Tradicionalmente, a noção de acolhimento no campo da saúde tem sido identificada:

- ora com dimensão espacial, que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável;
- ora com ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados, que afirmam na maior parte das vezes uma prática de exclusão social, na medida em que “escolhem” quem deve ser atendido.

Ambas as noções têm sua importância, entretanto, quando tomadas isoladamente dos processos de trabalho em saúde, restringem-se a uma

ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo. Nesta definição tradicional de acolhimento, o objetivo principal é o repasse do problema tendo como foco a doença e o procedimento e não o sujeito e suas necessidades.

Desdobra-se daí a questão do acesso aos serviços que, de modo geral, é organizado burocraticamente a partir das filas por ordem de chegada, sem avaliação do potencial de risco, agravo ou grau de sofrimento.

Este funcionamento demonstra a lógica perversa na qual grande parte dos serviços de saúde vem-se apoiando para o desenvolvimento do trabalho cotidiano. Lógica esta que tem produzido falta de estímulo dos profissionais, menor qualidade da capacitação técnica pela não inserção do conjunto de profissionais ligados à assistência e não inclusão dos saberes que os usuários têm sobre sua saúde, seu corpo e seu grau de sofrimento.

Acresce-se a isto a não integração de diferentes setores e projetos e a não articulação com a rede de serviços no sistema de encaminhamento de usuários a serviços especializados, tornando o processo de trabalho solitário e fragmentado.

O que vemos é que este modo de operar o cotidiano tem produzido sofrimento e baixa na qualidade de vida não só dos usuários, mas também dos profissionais de saúde. A reversão deste processo convoca-nos ao desafio de construirmos alianças éticas com a produção da vida, na qual o compromisso singular com sujeitos, usuários e profissionais de saúde esteja no centro desse processo. Essas alianças com a produção da vida implicam um processo que estimula a corresponsabilização, um encarregar-se do outro, seja ele usuário ou profissional de saúde, como parte da minha vida. Trata-se, então, do incentivo à construção de redes de autonomia e compartilhamento, em que “eu me reinvento inventando-me com o outro”.

#### \_\_\_\_\_ **O Acolhimento como Estratégia de Interferência nos Processos de Trabalho**

O Acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos

os locais e momentos do serviço de saúde. Colocar em ação o acolhimento como diretriz operacional requer uma nova atitude de mudança no fazer em saúde e implica:

- Protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde.
- Reorganização do serviço de saúde a partir da reflexão e da problematização dos processos de trabalho, a fim de possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e da resolução dos problemas do usuário.
- Elaboração de projeto terapêutico individual e coletivo com horizontalização por linhas de cuidado.
- Mudanças estruturais na forma de gestão do serviço de saúde, ampliando os espaços democráticos de discussão/decisão, de escuta, trocas e decisões coletivas. A equipe neste processo pode também garantir acolhimento para seus profissionais e as dificuldades de seus componentes na acolhida à demanda da população.
- Postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, que incluam sua cultura, saberes e capacidade de avaliar riscos.
- Construir coletivamente propostas com a equipe local e com a rede de serviços e gerências centrais e distritais.

Uma postura acolhedora implica estar atento e poroso à diversidade cultural, racial e étnica. Vejamos, aqui, o caso de uma usuária de comunidade indígena que dá entrada em uma unidade de saúde e após o atendimento e a realização do diagnóstico indica-se uma cirurgia (laparoscopia) urgente a ser realizada pelo umbigo. Após a comunicação do procedimento indicado, a usuária recusa-se a realizá-lo dizendo não poder deixar que mexam no seu umbigo, pois este é a fonte de onde brota a vida e onde a alma circula. Após a recusa, várias negociações foram feitas a fim de realizar o procedimento cirúrgico, levando em conta os valores e os saberes deste grupo.

Acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de saúde pressupõe que todas as pessoas que procuram a unidade, por demanda espontânea, deverão ser acolhidas por profissional da equipe técnica. O profissional deve escutar a queixa, os medos e as expectativas, identificar riscos e vulnerabilidade, acolhendo tam-

bém a avaliação do próprio usuário, e responsabilizar-se para dar uma resposta pactuada ao problema, conjugando as necessidades imediatas dos usuários com o cardápio de ofertas do serviço e produzindo um encaminhamento responsável e resolutivo à demanda não resolvida. Nesse funcionamento, o acolhimento deixa de ser uma ação pontual e isolada dos processos de produção de saúde e multiplica-se em inúmeras outras ações que, partindo do complexo encontro do sujeito profissional de saúde com o sujeito demandante, possibilitam analisar: a adequação da área física; as formas de organização dos serviços de saúde; a governabilidade das equipes locais; a humanização das relações em serviço; os modelos de gestão vigentes na unidade de saúde; o ato da escuta e a produção de vínculo; o compartilhamento do conhecimento; o uso ou não de saberes para melhoria da qualidade das ações de saúde; e o quanto estes saberes estão a favor da vida.

#### **\_\_\_\_\_ O Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco como dispositivo de mudança no trabalho da atenção e produção de saúde**

O Acolhimento como dispositivo tecno-assistencial permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços.

A avaliação de risco e vulnerabilidade não pode ser considerada prerrogativa exclusiva dos profissionais de saúde, o usuário e sua rede social devem também ser considerados neste processo. Avaliar riscos e vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes o usuário que chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar mais necessitado de atendimento, por apresentar um maior grau de risco e vulnerabilidade.

Um exemplo ilustra essa situação: uma adolescente de 15 anos, trajando uniforme escolar, chega a uma unidade de saúde andando, sozinha, e dirige-se à recepção, onde o processo de acolhimento faz-se de maneira tradicional, com triagem burocrática, sem sistematização de um processo de classificação de risco com protocolo estabelecido. Visivelmente angustiada, ela queixa-se de dor na barriga. A profissional da recepção avalia que ela pode ficar na fila, e depois de 35 minutos esperando, a paciente retorna à

recepção, dizendo que a dor está aumentando, mas é orientada a aguardar a sua vez na fila. Passados 15 minutos, a adolescente desmaia e cai no chão, sendo levada para o atendimento, onde morre por ter ingerido veneno de rato para interromper uma gravidez não planejada.

O exemplo citado acima indica a necessidade de se avaliar a organização e o processo de trabalho nas unidades de saúde em relação ao acolhimento, que deve constar de:

1. melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde, mudando a forma burocrática de entrada por filas e ordem de chegada;
2. humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários, no que se refere à forma de escutá-los em seus problemas e demandas;
3. mudança de objeto da doença para o doente (sujeito);
4. abordagem integral a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania;
5. aperfeiçoamento do trabalho em equipe, com a integração e a complementaridade das atividades exercidas pelas diferentes categorias profissionais, buscando orientar o atendimento dos usuários aos serviços de saúde por riscos apresentados, complexidade do problema, grau de saber e tecnologias exigidas para a solução;
6. aumento da responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários e elevação dos graus de vínculo e confiança entre eles;
7. operacionalização de uma clínica ampliada, que implica a abordagem do usuário para além da doença e suas queixas, construção de vínculo terapêutico, visando aumentar o grau de autonomia e de protagonismo dos sujeitos no processo de produção de saúde, e a elaboração de projeto terapêutico individual e coletivo.
8. É importante acentuar que o conceito de Acolhimento concretiza-se no cotidiano das práticas de saúde por meio da escuta qualificada e da capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço, e deve traduzir-se em qualificação da produção de saúde, complementando-se com a responsabilização daquilo que não se pode responder de imediato, mas que é possível direcionar de maneira ética e resolutiva, com segurança de acesso ao usuário. Nesse sentido, *todos* os profissionais de saúde fazem acolhimento. Entretanto, as portas de entrada dos aparelhos de saúde podem demandar a necessidade de um grupo

especializado em promover o primeiro contato do usuário com o serviço, como prontos-socorros, ambulatórios de especialidades, centros de saúde etc., grupos estes afeitos às tecnologias relacionais e à produção e à manipulação de banco de dados.

A tecnologia de Avaliação com Classificação de Risco pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo preestabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada. Dessa maneira, exerce-se uma análise (avaliação) e uma ordenação (classificação) da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, uma vez que todos serão atendidos.

*Estas duas tecnologias, Acolhimento e Avaliação/Classificação de Risco, portanto, têm objetivos diferentes, mas complementares, podendo, dada a singularidade dos serviços, coexistirem ou funcionarem separadamente no contexto físico, mas jamais díspares no processo de trabalho.*

Nesse entendimento, o acolhimento com avaliação e classificação de risco configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e na realização da promoção da saúde em rede, pois se faz a partir da análise, da problematização e da proposição da própria equipe, que se constitui como sujeito do seu processo de trabalho. Em sua implementação, o acolhimento extrapola o espaço de gestão local, afirmando, no cotidiano das práticas em saúde, a coexistência das macro e das micropolíticas.

#### \_\_\_\_\_ Alguns pontos críticos desse processo

- Ampliar o acesso sem sobrecarregar as equipes, sem prejudicar a qualidade das ações e sem transformar o serviço de saúde em excelente produtor de procedimentos.
- Superar a prática tradicional, centrada na exclusividade da dimensão biológica, de modo que amplie a escuta e que recoloque a perspectiva humana na interação entre profissionais de saúde e usuários.
- Reconfigurar o trabalho médico no sentido de superar o papel central que ele vem ocupando e integrá-lo no trabalho da equipe, garantindo o compartilhamento de saberes para um ganho na potência das diferentes categorias.

- Transformar o processo de trabalho nos serviços de saúde, no sentido de aumentar a capacidade dos trabalhadores de distinguir os problemas, identificar riscos e agravos e adequar respostas à complexidade de problemas trazidos pelos usuários. Além disso, potencializar profissionais comuns e especializados, sem extrapolar as competências inerentes ao exercício profissional de cada categoria.
- Explicitar e discutir a proposta com a população, com conjunto de profissionais e atores políticos a fim de ampliar a escuta para os pontos assinalados e as críticas na construção de novos saberes em saúde.

#### \_\_\_\_\_ Algumas ferramentas teóricas disponíveis

- Fluxograma analisador: “Diagrama em que se desenha certo modo de organizar os processos de trabalho, que se vinculam entre si em torno de certa cadeia de produção.” (MERHY *et al.*, 1998). Foto das entradas no processo, etapas percorridas, saídas e resultados alcançados – análise do caso. Funciona como ferramenta para reflexão da equipe sobre como é o trabalho no dia a dia dos serviços.
- Oficinas de discussão e construção de ações com acento no trabalho grupal multiprofissional com a participação de equipe local e/ou consultorias externas.
- Elaboração de protocolos, sob a ótica da intervenção multiprofissional na qualificação da assistência, legitimando: inserção do conjunto de profissionais ligados à assistência, humanização do atendimento, identificação de risco por todos os profissionais, definição de prioridades e padronização de medicamentos.

#### \_\_\_\_\_ Acolhimento com Classificação de Risco

A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

#### \_\_\_\_\_ Justificativa

Com a crescente demanda e procura dos serviços de urgência e emergência, observou-se um enorme fluxo de “circulação desordenada” dos usuários



nas portas do pronto-socorro, tornando-se necessária a reorganização do processo de trabalho deste serviço de saúde, a fim de atender aos diferentes graus de especificidade e resolutividade na assistência realizada aos agravos agudos e para que a assistência prestada ocorra de acordo com diferentes graus de necessidades ou sofrimento e não mais impessoal e por ordem de chegada.

A disponibilização dessa tecnologia não deve abranger a todos os que procuram o serviço, em especial nos locais onde a demanda é excessiva, ou corre-se o risco de se produzir novo gargalo na entrada; o contrário disso é uma hipertrofia neste serviço, podendo prejudicar a constituição de outras equipes importantes na unidade. Dessa forma, a utilização da Avaliação/Classificação de Risco deve ser por observação (a equipe identifica a necessidade pela observação do usuário, sendo aqui necessária capacitação mínima para tanto) ou por explicitação (o usuário indica o agravo). O fato de haver indivíduos que “passam na frente” pode gerar questionamentos por aqueles que se sentem prejudicados, no entanto, isso pode ser minimizado com divulgação ampla aos usuários na sala de espera do processo utilizado. Àqueles que ainda resistem, o processo de escuta deve ser exercitado utilizando-se a própria tecnologia para tanto.

#### \_\_\_\_\_ **Objetivos da Classificação de Risco**

- avaliar o paciente logo na sua chegada ao pronto-socorro, humanizando o atendimento;
- descongestionar o pronto-socorro;
- reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo que o paciente seja visto precocemente de acordo com a sua gravidade;
- determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades, conforme protocolo. Exemplo: ortopedia, ambulatórios etc.
- informar os tempos de espera;
- promover ampla informação sobre o serviço aos usuários;
- retornar informações a familiares.

### Prerreqüitos Necessários à Implantação da Central de Acolhimento e Classificação de Risco

- estabelecimento de fluxos, protocolos de atendimento e classificação de risco;
- qualificação das Equipes de Acolhimento e Classificação de Risco (recepção, enfermagem, orientadores de fluxo, segurança);
- sistema de informações para o agendamento de consultas ambulatoriais e encaminhamentos específicos;
- quantificação dos atendimentos diários e perfil da clientela e horários de pico;
- adequação da estrutura física e logística das seguintes áreas de atendimento básico: área de emergência e área de pronto atendimento.

### Área de Emergência

A área de Emergência, nessa lógica, deve ser pensada também por nível de complexidade, otimizando, dessa forma, recursos tecnológicos e força de trabalho das equipes, atendendo ao usuário segundo sua necessidade específica. Designada pela cor vermelha, consiste em uma área devidamente equipada e destinada ao recebimento, à avaliação e à estabilização de urgências e emergências clínicas e traumáticas. Após a estabilização, esses pacientes serão encaminhados para a Área Amarela, destinada à assistência de pacientes críticos e semicríticos, já com terapêutica de estabilização iniciada ou para a Área Verde, destinada a pacientes não críticos, em observação ou internados, aguardando vagas nas unidades de internação ou remoções para outros hospitais de retaguarda.

### Pronto Atendimento

Designado por uma Área Azul que é destinada ao atendimento de consultas de baixa e média complexidade. Consiste em uma Área de Acolhimento com fluxo obrigatório na chegada, cuja área física favoreça a visão dos que esperam por atendimentos de baixa complexidade, seguindo-se os conceitos de ambiência. Necessita de um consultório de enfermagem, no qual serão realizados a classificação de risco e os procedimentos iniciais com os seguintes

materiais para o atendimento às eventuais urgências: monitor e eletrocardiógrafo; oxímetro de pulso; glucosímetro; ambu adulto e infantil; material de entubação adulto e infantil; material de punção venosa; drogas e soluções de emergência; prancha longa; e colar cervical. Devem ainda haver consultórios médicos, serviço social, sala de administração de medicamentos e inaloterapia e consultórios para avaliação de especialidades.

#### \_\_\_\_\_ **Processo de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco**

O usuário ao procurar o Pronto Atendimento deverá direcionar-se à Central de Acolhimento que terá como objetivos:

- direcionar e organizar o fluxo pela identificação das diversas demandas do usuário;
- determinar as áreas de atendimento em nível primário (ortopedia, suturas, consultas);
- acolher pacientes e familiares nas demandas de informações do processo de atendimento, tempo e motivo de espera;
- realizar uma avaliação primária, com base no protocolo de situação queixa, encaminhando os casos que necessitam para a Classificação de Risco pelo enfermeiro. Importante destacar que esta avaliação pode dar-se por explicitação dos usuários ou pela observação de quem acolhe, sendo necessária a capacitação específica para este fim. Não se entende aqui processo de triagem, pois não se produz conduta e sim direcionamento à Classificação de Risco.

A Central de Acolhimento tem sua demanda atendida imediatamente sem precisar esperar consulta médica (procura por exames, consultas ambulatoriais etc.), evitando atendimento médico de forma desnecessária.

Após o atendimento inicial, o paciente é encaminhado para o consultório de enfermagem no qual a classificação de risco é feita com base nos seguintes dados: Situação/Queixa/ Duração (QPD); breve histórico (relatado pelo próprio paciente, familiar ou testemunhas); uso de medicações; verificação de sinais vitais; exame físico sumário, buscando sinais objetivos; verificação da glicemia e eletrocardiograma, se necessário.

### \_\_\_\_\_ Níveis de Classificação de Riscos

Vermelho: prioridade zero – emergência, necessidade de atendimento imediato

Amarelo: prioridade 1 – urgência, atendimento o mais rápido possível

Verde: prioridade 2 – prioridade não urgente

Azul: prioridade 3 – consultas de baixa complexidade, atendimento de acordo com o horário de chegada

A identificação das prioridades pode ser feita mediante adesivo colorido, colado no canto superior direito do Boletim de Emergência.

### \_\_\_\_\_ Exemplo de Protocolo para Classificação de Risco

(HOSPITAL MUNICIPAL DE CAMPINAS, 2001)

· **Vermelhos:** pacientes que deverão ser encaminhados diretamente à Sala Vermelha (emergência), em razão da necessidade de atendimento imediato:

- *Situação /Queixa:* politraumatizado grave (lesão grave de um ou mais órgãos e sistemas); queimaduras com mais de 25% de área de superfície corporal queimada ou com problemas respiratórios; Trauma Crânio Encefálico grave (ECG <12); estado mental alterado ou em coma (ECG <12); história de uso de drogas; comprometimentos da coluna vertebral; desconforto respiratório grave; dor no peito associada à falta de ar e cianose (dor em aperto, facada, agulhada com irradiação para um ou ambos os membros superiores, ombro, região cervical e mandíbula, de início súbito, de forte intensidade acompanhada de sudorese, náuseas e vômitos ou queimação epigástrica, acompanhada de perda de consciência, com história anterior de infarto agudo do miocárdio, angina, embolia pulmonar, aneurisma ou diabetes; qualquer dor torácica com duração superior a 30 minutos, sem melhora com repouso); perfurações no peito, abdome e cabeça; crises convulsivas (inclusive pós-crise); intoxicações exógenas ou tentativas de suicídio com Glasgow abaixo de 12; anafilaxia ou reações alérgicas associadas à insuficiência respiratória; tentativas de suicídio; complicações de diabetes (hipo ou hiperglicemia); parada cardiorrespiratória; al-

terações de sinais vitais em paciente sintomático; pulso >140 ou <45; FR >34 ou <10; hemorragias não controláveis e infecções graves – febre, exantema petequial ou púrpura, alteração do nível de consciência.

Há muitas condições e sinais perigosos de alerta, chamados **Bandeiras Vermelhas**, que deverão ser levados em consideração, pois podem representar condições em que o paciente poderá piorar repentinamente: forças de desaceleração, tais como quedas ou em explosões; perda de consciência, mesmo que momentânea, após acidente; negação violenta das óbvias injúrias graves com pensamentos de fugas e alterações de discurso e, ocasionalmente, com respostas inapropriadas; fraturas da 1ª e da 2ª costela; fraturas da 9ª, da 10ª, da 11ª costela ou mais de três costelas; possível aspiração; possível contusão pulmonar; e órbitos no local da ocorrência.

· **Amarelos:** pacientes que necessitam de atendimento médico e de enfermagem o mais rápido possível, porém não correm riscos imediatos de vida. Deverão ser encaminhados diretamente à sala de consulta de enfermagem para classificação de risco.

- *Situação/Queixa:* politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15, sem alterações de sinais vitais; cefaleia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva, acompanhada de sinais ou sintomas neurológicos (parestesias, alterações do campo visual, dislalia, afasia); trauma crânio-encefálico leve (ECG entre 13 e 15); diminuição do nível de consciência; alteração aguda de comportamento (agitação, letargia ou confusão mental); história de convulsão/pós-ictal – convulsão nas últimas 24 horas; dor torácica intensa; antecedentes com problemas respiratórios, cardiovasculares e metabólicos (diabetes); crise asmática; diabético apresentando sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômitos, taquipneia, taquicardia; desmaios; estados de pânico, overdose; alterações de sinais vitais em paciente sintomático (FC <50 ou >140; PA sistólica <90 ou >240; PA diastólica >130 e Temp <35 ou 40); história recente de melena ou hematemesa ou enterorragia com PA sistólica, 100 ou FC >120; epistaxe com alteração de sinais vitais; dor abdominal intensa com náuseas e vômitos, sudorese, com alteração de sinais vitais (taquicardia ou bradicar-

dia, hipertensão ou hipotensão, febre); sangramento vaginal com dor abdominal e alteração de sinais vitais, gravidez confirmada ou suspeita; náuseas/vômitos e diarreia persistente com sinais de desidratação grave (letargia, mucosas ressecadas, alteração de sinais vitais); desmaios; febre alta (39/40°C); fraturas anguladas e luxações com comprometimento neurovascular ou dor intensa; intoxicação exógena sem alteração de sinais vitais, Glasgow de 15; vítimas de abuso sexual; e imunodeprimidos com febre.

· **Verdes:** pacientes em condições agudas (urgência relativa) ou não agudas atendidos com prioridade sobre consultas simples – espera de até 30 minutos.

- *Situação/Queixa:* idade superior a 60 anos; gestantes com complicações da gravidez; pacientes escoltados; pacientes doadores de sangue; deficientes físicos; retorno com período inferior a 24 horas em razão da não melhora do quadro; impossibilidade de ambulação; asma fora de crise; enxaqueca (pacientes com diagnóstico anterior de enxaqueca); dor de ouvido moderada a grave; dor abdominal sem alteração de sinais vitais; sangramento vaginal sem dor abdominal ou com dor abdominal leve; vômitos e diarreia sem sinais de desidratação; história de convulsão sem alteração de consciência; lombalgia intensa; abscessos e distúrbios neurovegetativos.

Pacientes com ferimentos deverão ser encaminhados diretamente para a sala de sutura.

· **Azuis:** demais condições não enquadradas nas situações/queixas anteriormente citadas, tais como: queixas crônicas sem alterações agudas e procedimentos de curativos, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultados de exames e solicitações de atestados médicos. Após a consulta médica e a administração da medicação, o paciente é liberado.

#### \_\_\_\_\_ Exemplo de roteiros de Avaliação para Classificação de Risco

##### Avaliação Neurológica

##### 1. Situação/Queixa: paciente queixa-se de:

- cefaleia
- tontura/fraqueza

- problemas de coordenação motora
- trauma crânio encefálico leve/moderado
- diminuição no nível de consciência/desmaios
- distúrbios visuais (diplopia, dislalia, escotomas, hianopsia)
- confusão mental
- convulsão
- paraestésias e paralisias de parte do corpo

## **2. História passada de:**

- Pressão arterial alta
- Acidente Vascular Cerebral
- Convulsões
- Trauma crânio encefálico
- Trauma raquimedular
- Meningite
- Encefalite
- Alcoolismo
- Drogas

## **3. Medicamentos em uso:**

O paciente deverá ser avaliado em relação:

- Nível de consciência
  - Consciente e orientado
  - Consciente desorientado
  - Confusão mental
  - Inquieto
- Discurso
  - Claro
  - Incoerente e desconexo
  - Deturpado
  - Dificuldade de falar
  - Responsivo ao nome, sacudir, estímulos dolorosos apropriados ou desapropriados
- Pupilas:
  - Fotorreagentes
  - Isocórica, anisocórica, miose, midríase, ptose palpebral
  - Movimento ocular para cima e para baixo/esquerda e direita

- Habilidade em movimentar membros superiores e membros inferiores
  - Força muscular
  - Paraestésias/plegias/paresias
  - Dificuldade de engolir, desvio de rima
  - Tremores
  - Convulsões

**Verificação dos Sinais Vitais:** PA, pulso respiração e temperatura

### **Avaliação cardiorrespiratória**

#### **1. Situação/Queixa: pacientes com queixas de:**

- tosse produtiva ou não
- dificuldades de respirar/cianose
- resfriado recente
- dor torácica intensa (ver mnemônico de avaliação)
- fadiga
- edema de extremidades
- taquicardia
- síncope

#### **2. História passada de:**

- Asma/Bronquite
- Alergias
- Enfisema
- Tuberculose
- Trauma de tórax
- Problemas cardíacos
- Antecedentes com problemas cardíacos
- Tabagismo

#### **3. Mnemônico para avaliação da dor torácica: PQRST**

- P – O que provocou a dor? O que piora ou melhora?
- Q – Qual a qualidade da dor? Faça que o paciente descreva a dor, isto é, em pontada, contínua, ao respirar etc.
- R – A dor tem aspectos de radiação? Onde a dor está localizada?
- S – Até que ponto a dor é severa? Faça que o paciente classifique a dor em uma escala de 1 a 10.
- T – Por quanto tempo o paciente está sentido a dor? O que foi tomado para diminuir a dor?



**4. Associar história médica passada de:**

Doença cardíaca ou pulmonar anterior, hipertensão, diabetes e medicamentos atuais

**5. Sinais Vitais:**

Verifique PA e P. Observe hipotensão, hipertensão, pulso irregular, ritmo respiratório,

cianose, perfusão periférica

**Procedimentos diagnósticos:**

Monitorização cardíaca e eletrocardiograma, oximetria

**6. Encaminhamento para Área Vermelha:**

- dor torácica ou abdome superior acompanhada de náuseas, sudorese, palidez
- dor torácica com alteração hemodinâmica
- dor torácica e PA sistólica superior ou igual a 180, PAD igual ou superior a 120
- pulso arritmico ou FC superior a 120 bpm
- taquidispneia, cianose, cornagem, estridor (ruídos respiratórios)
- FR menor que 10 ou superior a 22

**7. Avaliação da dor abdominal aguda:**

A dor abdominal aguda é uma queixa comum, caracterizando-se como sintoma de uma série de doenças e disfunções.

Obtenha a descrição da dor no que se refere a:

- Localização precisa
- Aparecimento
- Duração
- Qualidade
- Severidade
- Manobras provocativas ou paliativas
- Sintomas associados: febre, vômitos, diarreia, disúria, secreção vaginal, sangramento

**8. Em mulheres em idade fértil, considerar a história menstrual e o tipo de anticoncepção relacione a dor com:**

- Ingestão de medicamentos (particularmente, anti-inflamatórios e aspirina)
- Náuseas e vômitos

- Ingestão de alimentos (colecistite, úlcera)
- Sangramentos
- Disúria/urgência urinária/urina turva/hematúria/sensibilidade supra-púbica

**9. Observe:**

- Palidez, cianose, icterícia ou sinais de choque
- Posição do paciente (exemplo: na cólica renal o paciente se contorce)
- Distensão, movimento da parede abdominal, presença de ascites
- Apalpe levemente atentando para resistências, massas, flacidez e cicatrizes

**10. Sinais Vitais:**

- observe hiperventilação ou taquicardia, Pressão Arterial, temperatura

**11. Procedimentos diagnósticos:**

- Análise de urina
- Eletrocardiograma (pacientes com história de riscos cardíacos)

**12. Encaminhamentos para Área Vermelha:**

- Dor mais alteração hemodinâmica
- PAS menor que 90 ou maior que 180/FC maior que 120 e menor que 50/PAS  $\geq$ 180
- Dor mais dispneia intensa
- Dispneia intensa
- Vômitos incoercíveis, hematemese

**Avaliação da Saúde Mental**

Uma avaliação rápida da **Saúde Mental** consiste na avaliação dos seguintes aspectos:

1. aparência
2. comportamento
3. discurso
4. pensamento, conteúdo e fluxo
5. humor
6. percepção
7. capacidade cognitiva
8. história de dependência química

**1. Aparência:**

- arrumada ou suja
- desleixado, desarrumado
- roupas apropriadas ou não
- movimentos extraoculares

**2. Comportamento:**

- estranho
- ameaçador ou violento
- fazendo caretas ou tremores
- dificuldades para deambular
- agitação

**3. Pensamentos:**

- Conteúdo fluxo
- suicida – aleatório, ao acaso
- ilusional – lógico
- preocupação com o corpo – tangencial
- preocupação religiosa

**4. Discurso:**

- velocidade
- tom
- quantidade

**5. Humor:**

- triste
- alto
- bravo
- com medo
- sofrendo

**6. Capacidade cognitiva:**

- orientado
- memória
- função intelectual
- *insight* ou julgamento

**7. Percepção:**

- com base na realidade
- ilusões
- alucinações

8. Agitação psicomotora
9. Antecedentes psiquiátricos

---

#### Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política

Nacional de Humanização. **Textos básicos em Saúde**. Série B. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

n.23  
*Atenção Primária à  
Saúde (APS)*

---

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, Abrasco, 2003.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, abr.-jun. 1999.

HOSPITAL MUNICIPAL DE CAMPINAS. **Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco**. Pronto-Socorro do Hospital Municipal “Dr. Mário Gatti” de Campinas (SP). 2001.

MERHY, E. E.; MALTA, D. *et al.* Acolhimento, um relato de experiência de Belo Horizonte. In: CAMPOS, C. R.; MALTA, D.; REIS, A. *et al.* **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Ed. Xamã, 1998, p.121-142.

## Trabalho em grupos – exercício simulado

### Elaborar a Matriz de Desenho da Rede de Urgências e Emergências

1. Com base no texto de Acolhimento com Classificação de Risco, elaborem a Matriz da Rede de Atenção às Urgências e Emergências
2. Tempo estimado: 1 hora.

### Matriz da Rede de Atenção às Urgências e Emergências

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO À SAÚDE	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO	TERRITÓRIO SANITÁRIO
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE			MUNICÍPIO
ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE			MICRORREGIÃO DE SAÚDE
ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE			MACRORREGIÃO

### Plenária

Apresentação da Matriz de Desenho da Rede de Urgência e Emergência

Tempo estimado: 1 hora.

### Exposição

Sistematização dos conteúdos desenvolvidos no dia

Tempo estimado: 45 minutos.

**Trabalho em grupos – Leitura do texto 3 e discussão**

Sugestão:

1. Após a leitura, discutir o texto e utilizar as questões propostas.
2. Tempo estimado: 1 hora.

\_\_\_\_\_ **Questões propostas**

1. De que forma o sistema de saúde deve se organizar para atender às condições agudas ou às agudizações de condições crônicas e às condições crônicas?
2. Há diferenças na forma de se organizar a atenção às condições agudas e às condições crônicas? Cite-as.
3. Quais são os requisitos de qualidade que devem ser obedecidos na organização da atenção programada?
4. De que forma se pode reduzir a atenção não programada nos serviços de saúde?
5. Discuta e proponha formas de organizar as UBS para atender à atenção não programada e à atenção programada no seu município.

**TEXTO 3 – Atenção não Programada e Atenção Programada<sup>29</sup>**

Uma mudança fundamental para se alcançarem interações produtivas entre as equipes de saúde e as pessoas usuárias dos sistemas de atenção está na busca de um equilíbrio entre a atenção à saúde não programada e a atenção à saúde programada.

A forma de responder socialmente, por meio dos sistemas de atenção à saúde, às condições agudas e crônicas é que marca as diferenças entre atenção programada e não programada.

As condições agudas e os eventos agudos das condições crônicas devem ser respondidos por meio da atenção não programada porque, em

---

<sup>29</sup> Este texto foi transcrito, com pequenas adequações, para atender ao propósito desta oficina, do livro *As redes de atenção à saúde*, de autoria de Eugênio Vilaça Mendes, publicado em 2009. A referência completa deste livro encontra-se na lista de Referências Bibliográficas.

geral, não é possível prever quando uma condição aguda vai ocorrer, seja ela uma doença infecciosa de curso curto, como uma amigdalite, seja um trauma, seja um momento de agudização de uma condição crônica. Por isso, é inerente às condições e aos eventos agudos uma resposta não programada. É isso que justifica os pontos de atenção à saúde de uma rede de atenção às urgências e às emergências.

Ao contrário, as condições crônicas, pelo seu curso longo e, às vezes, definitivo devem ser manejadas por meio de uma atenção programada. É certo que há momentos de agudização das condições crônicas, mas isso não pode ser considerado uma condição aguda, mas um evento agudo decorrente de complicações das condições crônicas. Portanto, as agudizações das condições crônicas devem ser consideradas eventos agudos, diferentes das condições agudas, e sua ocorrência deve ser entendida, na maioria dos casos, como um evento-sentinela que sinaliza uma falha no sistema de manejo das condições crônicas que se centra na atenção programada.

Um sistema de atenção à saúde fortemente centrado na atenção não programada é um sinal da fragilidade da atenção às condições crônicas. Tome-se o caso de um sistema público maduro, como o do Reino Unido, em que 70% dos atendimentos de urgência e emergência são resultantes de agudizações de condições crônicas (SINGH, 2005a; BIRMINGHAM and BLACK COUNTY HEALTH AUTHORITY, 2006). Sabe-se, ademais, que, em média, 40% dos atendimentos não programados realizados em unidades de urgência não configuram, de fato, urgências e não deveriam, portanto, ser atendidos nesses pontos de atenção à saúde (GOITIEN, 1990).

A atenção não programada é o tipo de atenção que se deve aplicar às condições e aos eventos agudos, que se faz de forma intempestiva e sem possibilidade de uma previsão. Esse tipo de atenção é absolutamente necessário e os sistemas de atenção à saúde devem estar desenhados para dar conta disso. Contudo, sua aplicação às situações de agudização das condições crônicas deve ser minimizada, o que envolve ações de melhoria da atenção programada às condições crônicas.

A atenção não programada centra-se na queixa principal. Caracteriza-se pela falta de informações estruturadas sobre as necessidades das pessoas usuárias, pelas diferentes expectativas de profissionais de saúde

e pessoas usuárias e pela impossibilidade de a equipe de saúde planejar totalmente o atendimento (IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE, 2008). A atenção não programada termina, em geral, com uma prescrição médica.

A atenção programada é muito diferente. É o tipo de atenção que se deve aplicar às condições crônicas, ofertada sem a presença e o “barulho” do evento agudo e agendado, previamente, em intervalos regulares e previsíveis (IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE, 2008). É um atendimento que se faz com base em um plano de cuidado que foi elaborado pela equipe de saúde juntamente com a pessoa usuária, e com o objetivo principal de monitorá-lo e promover as alterações necessárias. A atenção programada deve estar prevista nas diretrizes clínicas baseadas em evidências, segundo os diferentes estratos de riscos dos portadores de uma condição crônica. Essas diretrizes clínicas devem definir o tipo do atendimento, quem faz, em que condições e com que frequência. A atenção programada termina em um plano de cuidado elaborado ou revisado e acordado entre a equipe de saúde e as pessoas usuárias.

A atenção programada deve obedecer a alguns requisitos de qualidade: prevenir as falhas pela padronização por meio de diretrizes clínicas baseadas em evidências, que são aplicadas para as condições crônicas; identificar prontamente as falhas e solucioná-las ou reduzir seus impactos negativos por meio de um bom sistema de informações clínicas, centrado em prontuário eletrônico e no registro dos portadores de condições crônicas por estratos de riscos; elaborar, colaborativamente, os planos de cuidado e a agenda de atendimentos periódicos; e redesenhar os processos para superar as falhas ocorridas (KABCENELL *et al.*, 2006).

Os sistemas de atenção à saúde fragmentados, em geral, apresentam uma relação desequilibrada entre a atenção não programada e a atenção programada, com privilegiamento da primeira. Isso é natural porque eles se estruturam, basicamente, para o controle das condições e dos eventos agudos.

Como se mencionou anteriormente, o enfrentamento das condições crônicas, predominantemente por meio de respostas discretas e não programadas, em unidades de pronto atendimento ambulatoriais ou hospitalares, leva, inexoravelmente, ao fracasso sanitário e econômico dos sistemas de atenção à saúde. Por consequência, políticas de incremento das unidades



de pronto atendimento, descoladas de esforços de melhoria da atenção às condições crônicas, especialmente na atenção primária à saúde, são estratégias ineficazes.

Uma vez que as condições agudas exigem uma atenção focada no evento agudo e que haverá, sempre, alguma quantidade de episódios de agudização das condições crônicas, um sistema de atenção à saúde deve planejar a atenção não programada para dar conta dessa demanda. Por outro lado, em uma rede de atenção à saúde, organizada segundo o modelo de atenção às condições crônicas, um objetivo central há de ser o de minimizar a ocorrência de agudizações dessas condições e, por consequência, de diminuir, ao máximo possível, a oferta de atenção não programada. Ações nesse sentido devem ser planejadas e devem estar baseadas na utilização de intervenções que apresentem evidências de sua efetividade.

É possível reduzir a atenção não programada, seja ambulatorial, seja hospitalar, implantando-se redes de atenção à saúde com os modelos de atenção às condições crônicas. Tome-se o caso das internações hospitalares não programadas. Estudos indicam que 75% das reinternações hospitalares são evitáveis (IRANI *et al.*, 2007; BENGOA, 2008). Billings *et al.* (2006) desenvolveram, com base no estudo das reinternações hospitalares do Reino Unido, um algoritmo que permite prever as probabilidades de reinternação das pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde, no horizonte de um ano.

Há, na literatura internacional, evidências sobre o impacto do modelo de atenção crônica (CCM) na redução dessas internações hospitalares (WAGNER, 1997; MCALISTER *et al.*, 2001; BODENHEIMER *et al.*, 2002; BODENHEIMER, 2003; BIRMINGHAM AND BLACK COUNTY HEALTH AUTHORITY, 2006). Revisões sistemáticas e meta-análises realizadas com portadores de insuficiência cardíaca mostraram que a introdução de intervenções-chave do MAC permitiram reduzir as internações hospitalares não programadas em 50% a 85% e as reinternações em até 30% (RICH *et al.*, 1995; PHILBIN, 1999; RICH, 1999; PHILBIN *et al.*, 2000; GONSETH *et al.*, 2004). Existem evidências de que a integração dos pontos de atenção à saúde, especialmente entre a atenção primária à saúde com a atenção especializada e a atenção hospitalar, contribuiu para diminuir as internações hospitalares não programadas (DOUGHTY *et al.*, 2002).

Essa revisão da literatura permite-nos ver que a atenção hospitalar não programada é um fenômeno que está ligado a um conjunto de causas, a maior parte delas externa ao hospital, e que a atuação mais comum de aumentar a oferta de leitos hospitalares para atendimentos não programados, em casos de agudização das condições crônicas, pode não ser a mais adequada. O mesmo raciocínio aplica-se ao incremento da oferta de unidades ambulatoriais de urgência e emergência.

Alguns sistemas de atenção à saúde mais maduros estão considerando as agudizações das condições crônicas como eventos-sentinela que revelam falhas sistêmicas que devem ser identificadas e superadas. Por exemplo, a Kaiser Permanente, uma organização que apresenta bons resultados econômicos e sanitários, considera na sua filosofia que as internações hospitalares não programadas são um sinal de falha sistêmica, uma vez que elas constituem um alerta de que as pessoas usuárias não receberam uma boa atenção nos estágios iniciais de sua condição de saúde, especialmente na atenção primária à saúde (KELLOGG, 2007; PORTER, 2007)

As considerações feitas sobre as atenções programadas e não programadas devem ser refletidas no ambiente do SUS.

O sistema público brasileiro é muito fragmentado e excessivamente voltado para o atendimento às condições e aos eventos agudos, o que desequilibra a relação entre a atenção programada e a não programada, em favor deste último tipo de atendimento à saúde. Isso é reforçado por uma visão política de resultados de curto prazo e por uma cultura geral de valorização dos equipamentos de atenção às urgências e às emergências, que são de alta visibilidade e que “aparentam” resolver, rapidamente, os problemas de saúde da população, predominantemente constituídos por condições crônicas.

É certo que, nas redes de atenção às urgências e às emergências, em circunstâncias bem definidas, haverá espaço para a implantação de Unidades de Pronto Atendimento ambulatorial (UPAs). O programa nacional de incentivo às UPAs, estabelecido pelo Ministério da Saúde (2008d), foi recebido, por políticos, como a possibilidade de superação da gestão tradicional da saúde, por meio de uma ousadia gerencial que permitiria reduzir as filas de espera e como uma das poucas soluções viáveis propostas pela saúde pública brasileira contemporânea (ARRUDA, 2008). Esse discurso político parece excessivamente otimista porque não há evidências de que os

equipamentos de pronto atendimento ambulatorial possam diminuir as filas, nem, muito menos, de que possam melhorar significativamente a situação das condições crônicas de saúde. Ao contrário, existem evidências de que a melhoria da atenção primária à saúde permite alcançar esses objetivos e atender, com efetividade, aos portadores de condições de urgências menores (azuis e verdes), a grande maioria de pessoas usuárias em situação de urgência. A retenção dessas pessoas de menores riscos nas unidades de atenção primária à saúde é uma pré-condição para a organização do atendimento de urgência e emergência de níveis secundário e terciário. Além disso, como advertiu Pestana (2008), se as UPAs precisam de financiamento e diretrizes nacionais, isso só deve ser feito se elas se constituírem, verdadeiramente, em pontos de atenção de uma rede integrada de atenção à saúde e não como uma estratégia substitutiva ou como paradigma alternativo.

Ainda que sejam necessárias unidades ambulatoriais de pronto atendimento, elas não contribuirão para a melhoria da atenção à saúde no SUS se não estiverem integradas em redes de urgência e emergência e se, paralelamente, não se organizar a atenção às condições crônicas, também, em redes, mas com alta prioridade para a melhoria da qualidade da atenção primária à saúde. Há um perigo latente, para o qual se deve estar atento, de uma sobreoferta de atenção não programada aos eventos agudos que desorganize e desfinancie a atenção primária à saúde pelo estabelecimento de uma competição predatória por recursos escassos entre os dois tipos de equipamentos.

#### Referências Bibliográficas

- ARRUDA, J. R. Lançamento das UPAs. *Correio Braziliense*, Brasília, 20 dez. 2008.
- BODENHEIMER, T. Interventions to improve chronic illness care: evaluating their effectiveness. *Dis. Manag.*, n. 6, p. 63-71, 2003.
- BODENHEIMER, T. *et al.* Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA*, n. 288, p. 1775-1779, 2002.
- BIRMINGHAM; BLACK COUNTRY STRATEGIC HEALTH AUTHORITY. **Reducing unplanned hospital admissions: what does the literature tell us?** Birmingham: Health Services Management Center, 2006.
- DOUGHTY, R. N. *et al.* Randomized, controlled trial of integrated heart failure management: the Auckland Heart Failure Management Study. *Eur. Heart J.*, n. 23, p. 139-146, 2002.

GOITEIN, M. Waiting patiently. **N Engl. J. Med.**, n. 323, p. 604-608, 1990.

GONSETH, J. *et al.* The effectiveness of disease management programmes in reducing hospital re-admission in older patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis of published reports. **Eur. Heart J.**, n. 25, p. 1570-1595, 2004.

IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE. The chronic care model. Disponível em: <<http://www.improvingchroniccare.org>>. Acesso em: set. 2008.

IRANI, M. *et al.* Care closer to home; past mistakes, future opportunities. *Journal Royal Society of Medicine*, n. 100, p. 75-77, 2007.

KABCENELL, A. I. *et al.* Innovations in planned care. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement: Inovations Series, 2006.

KELLOGG, M. A. **Kaiser permanente**: mechanisms for promoting integration and primary care. Ouro Preto: Federação das Unimeds de Minas Gerais, 2007.

McALISTER, F. A. *et al.* Randomised trials of secondary prevention programmes in coronary heart disease: systematic reviews. **British medical Journal**, n. 323, p. 957-962, 2001.

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

MINISTERIO DA SAÚDE. **Portaria GM** n. 2.922, de 2 de dezembro de 2008.

PESTANA, M. Devagar com a UPA. **O Globo**, Rio de Janeiro, 11 nov. 2008.

PHILBIN, E. F. Comprehensive multidisciplinary programs for the management of patients with congestive heart failure. **J. Gen. Int. Med.**, n. 14, p. 130-135, 1999.

PHILBIN *et al.* The results of a randomized trial of a quality improvement intervention in the care of patients with heart failure. **Am. J. Med.**, n. 109, p. 443-499, 2000.

PORTER, M. **Population care and chronic conditions**: management at Kaiser Permanente. Oakland: Kaiser Permanente, 2007.

RICH, M. W. *et al.* A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. **N. Engl. J. Med.**, n. 333, p. 1190-1195, 1995.

RICH, M. W.; NEASE, R. F. Cost-effectiveness analysis in clinical practice: the case of heart failure. **Arch. Inter. Med.**, n. 159, p. 1690-1700, 1999.

SINGH, D. **Transforming chronic care**: evidence about improving care for people with long-term conditions. Birmingham: University of Birmingham, Health Services Management Center, 2005.

WAGNER, E. H. Preventing decline in function: J evidence from randomized trials around the world. **West J. Med.**, n. 167, p. 295-298, 1997.

## Plenária

Apresentação dos trabalhos em grupo

Tempo estimado: 45 minutos.

### Trabalho em Grupo – Exercício

#### A programação da atenção a grupos de risco

Tempo estimado: 1 hora e 15 minutos.

Após a leitura, utilizar os dados do texto e os parâmetros para completar os quadros do exercício.

#### **ESTUDO DE CASO – O Planejamento Local da Unidade Básica de Saúde Vila Nova<sup>4</sup>**

A Unidade Básica de Saúde Vila Nova está dividida em três áreas (A, B, C). Cada área está sob a responsabilidade de uma Equipe de Saúde da Família.

Após discutir e adotar as linhas-guias da Secretaria Estadual de Saúde, os profissionais conscientizaram-se da importância de se trabalhar com uma base territorial definida e decidiram se apropriar do território e cadastrar as famílias de suas microáreas.

Uma das equipes de saúde (composta por: 1 médico, 1 enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem, 1 cirurgião dentista, 1 THD, 1 ACD e 5 ACS) concluiu o cadastramento de todas as famílias da área A e obteve os seguintes dados:

## Caracterização da População da Área A

TABELA 1 **Distribuição da população por faixa etária da área A, da UBS Vila Nova**

FAIXA ETÁRIA - ANOS	POPULAÇÃO
< 1 mês	41
1 a 11 meses	42
1 a 4 anos	221
5 a 9 anos	282
10 a 14 anos	310
15 a 19 anos	347
20 a 24 anos	329
25 a 29 anos	317
30 a 34 anos	292
35 a 39 anos	282
40 a 44 anos	231
45 a 49 anos	206
50 a 54 anos	174
55 a 59 anos	111
60 a 64 anos	87
65 a 69 anos	73
70 a 74 anos	46
75 a 79 anos	34
≥ 80 anos	25
TOTAL	3.450

n.23  
Atenção Primária à  
Saúde (APS)

FONTE: DADOS CADASTRAIS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE VILA NOVA, 2004

**TABELA 2 Número de famílias e indivíduos cadastrados, moradores da área de responsabilidade da ESF – 2005**

	TOTAL
Número de famílias cadastradas	863
Número de indivíduos cadastrados	3.450

FONTE: DADOS CADASTRAIS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE VILA NOVA, 2004

**TABELA 3 Número de famílias em situação de risco cadastradas, moradoras da área de responsabilidade da ESF – 2005**

NÚMERO DE FAMÍLIAS CADASTRADAS	TOTAL	%
Não risco	604	70
Risco	259	30
TOTAL	863	100

FONTE: DADOS CADASTRAIS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE VILA NOVA, 2004

**TABELA 4 Distribuição da população, por faixa etária e sexo, moradora na área de responsabilidade da ESF – 2005**

FAIXA ETÁRIA – SEXO	POPULAÇÃO	%
Feminino	1.794	52
Masculino	1.656	48
TOTAL	3.450	100

FONTE: DADOS CADASTRAIS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE VILA NOVA, 2004

## Caracterização da População-Alvo para Atenção Programada

Calcular o número de atendimentos programados para cada área:

### Diagnóstico da Saúde da Criança

n.23  
Atenção Primária à  
Saúde (APS)

POPULAÇÃO INFANTIL	PARÂMETRO	NÚMERO
< 1 mês	Considerar o cadastro	
1 a 11 meses	Considerar o cadastro	
1 a 4 anos	Considerar o cadastro	
5 a 9 anos	Considerar o cadastro	
CRIANÇA DE RISCO GRUPO II		
Baixo peso/prematuro	8,8% das crianças < 1 ano	
Desnutrição moderada/grave	5,47% das crianças < 5 anos	
Asma grave	20% das crianças menores de 5 anos têm asma; destas 10% são graves	
Outras doenças respiratórias graves	40% das crianças menores de 5 anos têm 1 episódio/ano de dificuldade respiratória; destas 10% são graves	
Outras condições: infecções congênitas; doenças de transmissão vertical; crescimento e/ou desenvolvimento inadequados; evolução desfavorável de outras doenças	Completar 15% do grupo II de risco	
CRIANÇA DE RISCO GRUPO I		
Mãe com baixa escolaridade, adolescente, deficiente mental ou soropositiva para HIV; morte materna; história de óbito de menores de 1 ano na família; condições ambientais, sociais e familiares desfavoráveis; pais ou responsáveis dependentes de drogas lícitas e ilícitas, criança nascida de parto domiciliar não assistido; RN retido na maternidade; desmame antes do 6o mês de vida; desnutrição leve; internação prévia; criança não vacinada ou com vacinação atrasada	15% das crianças < 5 anos	
MORTALIDADE INFANTIL		
Óbitos em < 1 ano/ano	NÚMERO	3



## Diagnóstico da Saúde do Adolescente

POPULAÇÃO ADOLESCENTE	PARÂMETRO	NÚMERO
Adolescente 10 a < 14 anos	Considerar o cadastro	
Adolescente 14 a < 19 anos	Considerar o cadastro	
Adolescente sexo feminino	Considerar o cadastro	
<b>ADOLESCENTE DE ALTO RISCO</b>		
Gravidez na adolescência	21,72% dos adolescentes sexo feminino	
Sobrepeso e obesidade	40% dos adolescentes (10% de sobrepeso e 30% de obesidade)	
Uso/abuso de substâncias lícitas ou ilícitas	12% dos adolescentes fazem uso; destes, 3% fazem uso prejudicial ou abusam	
<b>ADOLESCENTE DE RISCO</b>		
Faixa etária 10 a < 14 anos	Considerar o cadastro, diminuindo os adolescentes já considerados no alto risco	
Outras condições: atividade sexual precoce, sem proteção para DST/Aids e gravidez; irmãs grávidas adolescentes ou que foram mães adolescentes; falta frequente à escola, com evasão escolar e com problemas escolares; residam em áreas de riscos à saúde e onde há aumento de violência; inseridos em famílias desestruturadas; estejam sofrendo ou em risco de sofrer violência doméstica; tenham riscos nutricionais: anemia ferropriva, hipovitaminoses, obesidade e desnutrição; adolescentes com doenças crônicas e necessidades especiais		

## Diagnóstico da Saúde do Adulto

n.23  
Atenção Primária à  
Saúde (APS)

POPULAÇÃO ADULTA	PARÂMETRO	NÚMERO
População ≥ 20 anos	Considerar o cadastro	
População de 15 a 49 anos	Considerar o cadastro	
População feminina 25 a 34 anos	Considerar o cadastro	
População feminina 35 a 49 anos	Considerar o cadastro	
População feminina 50 a 59 anos	Considerar o cadastro	
População feminina 60 a 69 anos	Considerar o cadastro	
<b>ADULTO DE RISCO</b>		
<b>HIPERTENSÃO ARTERIAL</b>		
Total de hipertensos	20% da população adulta	
Baixo risco	40% dos hipertensos	
Médio risco	35% dos hipertensos	
Alto e muito alto risco	25% dos hipertensos	
<b>DIABETE</b>		
Total de diabéticos	8% da população adulta	
Sem tratamento medicamentoso	20% dos diabéticos	
Não usuário de insulina sem hipertensão	30% dos diabéticos	
Não usuário de insulina com hipertensão	35% dos diabéticos	
Usuário de insulina	15% dos diabéticos	
<b>TUBERCULOSE</b>		
Sintomático respiratório	1% da população geral	
Usuário com tuberculose	4% dos sintomáticos respiratórios	
Usuário sob retratamento	10% dos casos	
Contatos de bacilíferos	4 pessoas/usuário com TB	
<b>HANSENÍASE</b>		
Sintomático dermatológico	10% da população	
Prevalência da hanseníase	<1 caso/10.000 habitantes	
Contatos	4 contatos por usuário com hanseníase	
Exame dos contatos	≥ 75% contatos registrados	



POPULAÇÃO ADULTA	PARÂMETRO	NÚMERO
Avaliação do grau de incapacidade física dos casos novos de hanseníase no diagnóstico	90% dos casos	
Avaliação do grau de incapacidade física dos casos curados de hanseníase	90% dos casos	
Cura dos casos novos de hanseníase nas coortes	90% dos casos	
Surtos reacionais	30% dos usuários com hanseníase	
HIV/AIDS		
Soropositividade	0,6% da população 15 a 49 anos	
CÂNCER DA MULHER		
Exame papanicolau positivo	3% das mulheres 25 a 59 anos	
Exame clínico das mamas positivo	8% das mulheres 25 a 34 anos 17% das mulheres 35 a 49 anos	
SAÚDE MENTAL		
Transtornos mentais	22% da população adulta	
Uso de substâncias lícitas ou ilícitas	12% da população adulta	
Uso prejudicial ou abuso de substâncias lícitas ou ilícitas	6% dos que usam substâncias	
Patologias	10% da população adulta	
Patologias graves	3% dos usuários com patologia	

## Diagnóstico da Saúde da Gestante

POPULAÇÃO – GESTANTE	PARÂMETRO	NÚMERO
Total de gestantes	Número total de gestantes do ano anterior (DNV) + 10%	
<b>GESTANTE DE RISCO HABITUAL</b>		
Gestantes de risco habitual: idade menor de 17 e maior de 35 anos; ocupação com esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse; situação conjugal insegura; baixa escolaridade; condições ambientais desfavoráveis; altura menor que 1,45 m; peso menor que 45kg ou maior que 75kg; RN com crescimento retardado, pré-termo ou mal formado, em gestação anterior; intervalo interpartal menor que 2 anos; nuliparidade e multiparidade; síndrome hemorrágica ou hipertensiva, em gestação anterior; cirurgia uterina anterior; ganho ponderal inadequado	85% das gestantes	
<b>GESTANTE DE ALTO RISCO</b>		
Gestantes de alto risco: dependência de drogas lícitas e ilícitas; morte perinatal anterior; abortamento habitual; esterilidade/infertilidade; desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico; trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada; pré-eclâmpsia e eclâmpsia; diabetes gestacional; amniorrexe prematura; hemorragias da gestação; isoimunização; óbito fetal; hipertensão arterial; cardiopatias; pneumopatias; nefropatias; endocrinopatias; hemopatias; epilepsia; doenças infecciosas; doenças autoimunes; ginecopatias	15% das gestantes	
<b>MORTALIDADE MATERNA</b>		
Óbitos maternos/ ano		1

n.23  
Atenção Primária à  
Saúde (APS)

## Diagnóstico da Saúde do Idoso

POPULAÇÃO IDOSA	PARÂMETRO	NÚMERO
Idoso 60 a 79 anos	Considerar o cadastro	
Idoso ≥ 80 anos	Considerar o cadastro	
IDOSO DE RISCO HABITUAL		
Idoso 60 a 79 anos sem critérios de alto risco	20% dos idosos 60 a 79 anos	
IDOSO DE ALTO RISCO/IDOSO FRÁGIL		
Idoso ≥ 80 anos	100% dos idosos ≥ 80 anos	
Idoso ≥ 60 anos com: polipatologias (≥ 5 diagnósticos); polifarmácia (≥ 5 drogas/dia); imobilidade parcial ou total; incontinência urinária ou fecal; instabilidade postural (quedas de repetição); incapacidade cognitiva (declínio cognitivo, síndrome demencial, depressão, delirium); história de internações frequentes e/ou no período de pós-alta hospitalar; dependentes nas Atividades de Vida Diária básica (AVD); insuficiência familiar (moram sós ou estão institucionalizados)	10% dos idosos 60 a 79 anos	

## Diagnóstico da Saúde Bucal

INDICADOR	VALOR
Dentes livres de cárie aos 5 anos	35,7%
CPO-D aos 12 anos	3,5%

SAÚDE BUCAL	PARÂMETRO	NÚMERO
População-alvo para ações coletivas (crianças e adolescentes na faixa etária de 0 a 14 anos ou em grupos de adultos sob risco de acordo com necessidade local)	31% da população total	

## **Plenária**

Apresentação dos trabalhos em grupos

Tempo estimado: 45 minutos.

## **Exposição dialogada**

### **A Atenção Programada no Estado**

Tempo estimado: 1 hora.

*n.23  
Atenção Primária à  
Saúde (APS)*

---

### **Trabalho em Grupo – Exercício**

**A programação da atenção no ciclo de vida das pessoas (idoso, mulher, criança até cinco anos)**

Tempo estimado: 1 hora e 15 minutos.

A partir dos dados colhidos no cadastramento das famílias residentes na área A, a equipe de saúde decidiu realizar o planejamento de suas ações, para tanto utilizaram-se dos parâmetros das tabelas a seguir.

### **A Planilha de Programação**

Calcular o quantitativo para cada procedimento a partir das informações sobre a população da área A e da população-alvo para a atenção programada:

## Saúde da Criança – Saúde do Adolescente

RESULTADO	ATIVIDADE	PARÂMETRO	RESPONSÁVEL	QUANTITATIVO	META
Acompanhamento de todos os adolescentes da área de abrangência da UBS.	Realizar consulta médica anual de acompanhamento para todos os adolescentes na faixa etária de 10 a 14 anos inscritos.	100% dos adolescentes de 10 a 14 anos inscritos realizam consultas médicas de acompanhamento.	Médico		
	Promover a realização em grupos educativos voltados para os adolescentes e seus familiares.	100% dos adolescentes inscritos participam em grupos educativos, sendo estes: - realizados em outros equipamentos sociais, principalmente a escola; - conduzidos pelos profissionais destas unidades, capacitados pela equipe da UBS; - com participação no mínimo semestral dos profissionais da UBS.	Médico e enfermeiro		
	Realizar imunização de todos os adolescentes inscritos	100% dos adolescentes inscritos são imunizados com DT e, em caso de atraso, BCG, Anti-Hepatite B, Dupla Adulto, Tríplice Viral e Anti-Febre Amarela, conforme Protocolo.	Técnico de enfermagem		
Acompanhamento de todos os adolescentes de alto risco da área de abrangência da UBS.	Realizar consultas para todas as adolescentes do sexo feminino que manifestarem interesse de receber métodos anticoncepcionais.	100% dos adolescentes do sexo feminino que manifestarem interesse recebendo métodos anticoncepcionais em consulta médica anual, alternada com consulta de enfermagem para manutenção da prescrição, com intervalo de 6 meses.	Médico e enfermeiro		
	Realizar consultas de acompanhamento para todos os adolescentes com sobrepeso e obesidade.	100% dos adolescentes com sobrepeso e obesidade realizam 3 consultas anuais, sendo 1 médica e 2 de enfermagem.	Médico e enfermeiro		

## Saúde do Adulto – Hipertensão/Diabetes

RESULTADO	ATIVIDADE	PARÂMETRO	RESPONSÁVEL	QUANTITATIVO	META
Acompanhamento de todos os hipertensos da área de abrangência da UBS.	Realizar Grupos Operativos/Educativos, conduzidos por médico ou enfermeiro, para todos os hipertensos cadastrados.	100% dos hipertensos participam de Grupos Operativos/Educativos, sendo: - 2x/ano para o hipertenso de baixo e médio risco; - 4x/ano para o hipertenso de alto e muito alto risco.	Médico e enfermeiro		
	Realizar consultas complementares de enfermagem após os Grupos Operativos/Educativos para todos os hipertensos de baixo e médio risco cadastrados.	100% dos hipertensos de baixo e médio risco realizam consulta de enfermagem, sendo: - 1 cons./ano para o hipertenso de baixo risco; - 2 cons./ano para o hipertenso de médio risco.	Enfermeiro		
	Realizar consultas médicas e de enfermagem para todos os hipertensos de alto e muito alto risco cadastrados, sendo consultas domiciliares no caso de usuários acamados.	100% dos hipertensos de alto e muito alto risco realizam consulta médica, sendo: - 4 cons./ano pelo médico; - 2 cons./ano pelo enfermeiro.	Médico e enfermeiro		
	Realizar visitas domiciliares mensais, pelo ACS, para todos os hipertensos cadastrados.	100% dos hipertensos recebem visitas domiciliares.	ACS		



RESULTADO	ATIVIDADE	PARÂMETRO	RESPONSÁVEL	QUANTITATIVO	META
Acompanhamento de todos os diabéticos da área de abrangência da UBS.	Realizar Grupos Operativos/Educativos, conduzidos por médico ou enfermeiro, para todos os diabéticos cadastrados.	100% dos diabéticos participam de Grupos Operativos/Educativos, sendo: - 1x/ano para o diabético não usuário de insulina sem hipertensão e sem tratamento medicamentoso; - 4x/ano para o diabético usuário de insulina e não usuário com hipertensão.	Médico e Enfermeiro		
	Realizar consultas complementares de enfermagem após os Grupos Operativos/Educativos para todos os diabéticos sem tratamento medicamentoso; não usuário de insulina sem hipertensão; e não usuário de insulina com hipertensão cadastrados.	100% dos diabéticos sem tratamento medicamentoso; não usuário de insulina sem hipertensão; e não usuário de insulina com hipertensão realizam consulta complementar de enfermagem, sendo: - 1 cons./ano para o diabético sem tratamento medicamentoso; - 2 cons./ano para o diabético não usuário de insulina sem hipertensão; - 4 cons./ano para o diabético não usuário de insulina com hipertensão.	Enfermeiro		
	Realizar consultas médicas e de enfermagem para todos os diabéticos usuários de insulina cadastrados, sendo consultas domiciliares no caso de usuários acamados.	100% dos diabéticos de alto e muito alto risco realizam consulta médica, sendo: - 6 cons./ano pelo médico; - 6 cons./ano pelo enfermeiro.	Médico e enfermeiro		
	Realizar visitas domiciliares mensais, pelo ACS, para todos os diabéticos cadastrados.	100% dos diabéticos recebem visitas domiciliares.	ACS		

## Saúde do Adulto – Tuberculose

RESULTADO	ATIVIDADE	PARÂMETRO	RESPONSÁVEL	QUANTITATIVO	META
Identificação, acompanhamento e tratamento de todos os adultos com tuberculose da área de responsabilidade da UBS.	Realizar campanhas de conscientização da equipe de saúde e da comunidade para detecção dos sintomáticos respiratórios.	Campanhas quadrimestrais realizadas.	Enfermeiro		
	Realizar consulta médica para todos os adultos sintomáticos respiratórios.	100% dos adultos sintomáticos respiratórios realizam 1 consulta médica.	Médico		
	Realizar consultas mensais para cada paciente até o término do tratamento.	100% dos adultos com tuberculose realizam consultas mensais de acompanhamento.	Médico e enfermeiro		
Controle de contatos de adultos com tuberculose pulmonar e prevenção da tuberculose.	Realizar consulta médica de todos os contatos de adultos com tuberculose pulmonar.	100% dos contatos realizam consulta médica.	Médico		

## Saúde do Adulto – Hanseníase

RESULTADO	ATIVIDADE	PARÂMETRO	RESPONSÁVEL	QUANTITATIVO	META
Identificação de todos os usuários da área de abrangência da UBS com hanseníase.	Identificar todos os sintomáticos dermatológicos, por meio de visitas domiciliares pelo ACS ou de campanhas de avaliação.	100% dos sintomáticos dermatológicos identificados.	ACS		
	Realizar exame de enfermagem para todos os sintomáticos dermatológicos para identificação dos suspeitos de hanseníase.	100% dos sintomáticos dermatológicos realizam 1 exame de enfermagem.	Enfermeiro		
	Realizar consulta médica para diagnóstico de hanseníase de todos os usuários suspeitos de hanseníase.	100% dos usuários com suspeição de hanseníase realizam 1 consulta médica.	Médico		

RESULTADO	ATIVIDADE	PARÂMETRO	RESPONSÁVEL	QUANTITATIVO	META
Vigilância dos contatos dos casos novos.	Realizar exame dermatoneurológico, por enfermeiro, de todos os contatos dos usuários com hanseníase.	100% dos contatos são examinados.	Enfermeiro		
Tratamento e acompanhamento dos casos novos diagnosticados.	Realizar consultas médicas de todos os usuários com hanseníase.	100% dos usuários realizam consulta médica, sendo: - paucibacilares: 2 consultas; - multibacilares: 4 consultas.	Médico		
	Realizar consultas de enfermagem de todos os usuários com hanseníase, alternadas com as consultas médicas.	100% dos usuários realizam consulta de enfermagem, sendo: - paucibacilares: 2 consultas; - multibacilares: 4 consultas.	Enfermeiro		
	Realizar dose supervisionada mensal, por auxiliar de enfermagem, para todos os usuários com hanseníase.	100% dos usuários com hanseníase recebem dose supervisionada, sendo: - paucibacilares: 6 doses em 9 meses; - multibacilares: 12 doses em 18 meses.	Técnico de enfermagem		
Prevenção, redução ou manutenção do grau de incapacidade no momento da alta, com relação ao diagnóstico.	Realizar consultas médicas mensais para tratamento – medicamentoso e de estimulação do autocuidado aos usuários com surtos reacionais.	100% dos usuários com surtos reacionais realizam consultas médicas para tratamento.	Médico		

## Saúde do Adulto – HIV/Aids

RESULTADO	ATIVIDADE	PARÂMETRO	RESPONSÁVEL	QUANTITATIVO	META
Identificação e acompanhamento de todos os portadores de HIV/Aids da área de abrangência da UBS.	Realizar aconselhamento pós-teste.	100% dos portadores do HIV testados na UBS aconselhados.	Enfermeiro		
	Realizar 1o atendimento na UBS com exame médico.	100% dos portadores do HIV da área de abrangência da UBS conhecidos realizam 1a consulta médica.	Médico		
	Acompanhar atendimento especializado desses pacientes, observando a realização de exames complementares, sinais e sintomas da doença, adesão ao tratamento, eventos adversos aos medicamentos e outras intercorrências.	100% dos portadores do HIV realizam 3 consultas médicas por ano.	Médico		

## Saúde do Adulto – Câncer da Mulher

RESULTADO	ATIVIDADE	PARÂMETRO	RESPONSÁVEL	QUANTITATIVO	META
Identificação e acompanhamento de todas as mulheres da área de abrangência da UBS com câncer de colo uterino ou lesões precursoras.	Realizar coleta de exame de papanicolau em todas as mulheres da área de abrangência, na faixa etária de 25 a 59 anos, a cada 3 anos.	100% das mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos realizam exame de papanicolau a cada 3 anos.	Médico e enfermeiro		
	Realizar exame clínico das mamas, anualmente, em todas as mulheres na faixa etária de 25 a 69 anos.	100% das mulheres na faixa etária de 25 a 69 anos realizam exame clínico das mamas.	Médico e enfermeiro		
Identificação e acompanhamento de todas as mulheres da área de abrangência da UBS com câncer de mama.	Realizar mamografia de todas as mulheres com exame clínico positivo ou segundo a faixa etária (50 a 69 anos).	100% das mulheres com exame clínico positivo ou na faixa etária de 50 a 69 anos realizam mamografia.	Serviço de referência		

## Saúde do Adulto – Saúde Mental

RESULTADO	ATIVIDADE	PARÂMETRO	RESPONSÁVEL	QUANTITATIVO	META
Acompanhamento de todos os usuários com transtornos mentais de risco grave.	Realizar consultas mensais, médicas e de enfermagem alternadas, para todos os usuários portadores de transtornos mentais de risco grave estabilizados (onde for possível, estas consultas deverão ser alternadas também com o atendimento de outros profissionais da saúde mental).	100% dos usuários portadores de transtornos mentais de risco grave estabilizados recebem consulta médica e de enfermagem mensal.	Médico e enfermeiro		

## Saúde da Gestante e Puérpera

RESULTADO	ATIVIDADE	PARÂMETRO	RESPONSÁVEL	QUANTITATIVO	META
Acompanhamento de 100% das gestantes da área de abrangência da UBS.	Realizar no mínimo 6 consultas (médicas e de enfermagem) de pré-natal, para a gestante de risco habitual.	100% das gestantes realizam 6 consultas, sendo: - mínimo de 1 consulta no 1o trimestre; - mínimo de 2 consultas no 2o trimestre; - mínimo de 3 consultas no 3o trimestre.	Médico e enfermeiro		
	Realizar consultas complementares àquelas do serviço de referência para todas as gestantes de alto risco.	100% das gestantes de alto risco realizam 6 consultas médicas e de enfermagem alternadas.	Médico e enfermeiro		
	Garantir imunização antitetânica.	100% das gestantes inscritas imunizadas.	Técnico de enfermagem		
	Realizar atividades educativas para todas as gestantes.	100% das gestantes participam de 4 atividades educativas.	Médico e enfermeiro		
Acompanhamento de todas as puérperas atendidas no pré-natal da UBS.	Realizar consulta puerperal para toda puérpera, até 40 dias após o parto.	100% das puérperas realizam no mínimo 1 consulta puerperal, até 40 dias após o parto.	Médico		

RESULTADO	ATIVIDADE	PARÂMETRO	RESPONSÁVEL	QUANTITATIVO	META
Redução da mortalidade materna e infantil.	Participar da investigação, junto ao Comitê de Prevenção da Morte Materna (CPMM), dos óbitos maternos da área de abrangência da UBS.	100% dos óbitos maternos da área de abrangência da UBS investigados pelo CPMM em parceria com a equipe de saúde.	Enfermeiro		

## Saúde do Idoso

RESULTADO	ATIVIDADE	PARÂMETRO	RESPONSÁVEL	QUANTITATIVO	META
Acompanhamento de todos os idosos da área de abrangência da UBS.	Realizar consultas, médicas e de enfermagem alternadas, para todos os idosos de risco habitual.	100% dos idosos de baixo risco realizam consultas de acompanhamento, sendo: - 1 cons. médica por ano; - 1 cons. de enfermagem por ano.	Médico e enfermeiro		
	Realizar consultas médicas e de enfermagem alternadas, para todos os idosos de alto risco, sendo consulta domiciliar para os idosos acamados.	100% dos idosos de alto risco da UBS realizam: - 3 cons. médicas por ano; - 3 cons. de enfermagem por ano.	Médico e enfermeiro		
	Garantir imunização contra Influenza, Pneumococo, Tétano e Febre Amarela.	100% dos idosos da área de abrangência imunizados.	Técnico de enfermagem		
	Realizar grupos educativos, conduzidos por médico ou enfermeiro, para todos os idosos cadastrados.	100% dos idosos participam de grupos educativos, sendo: - 4 grupos educativos por ano.	Médico e enfermeiro		

## Saúde Bucal

RESULTADO	ATIVIDADE	PARÂMETRO	RESPONSÁVEL	QUANTITATIVO	META
Ação Coletiva de Higiene Bucal Supervisionada.	Realizar escovação supervisionada para crianças e adolescentes na faixa etária de 0 a 14 anos cadastrados e para os participantes dos grupos definidos.	100% das crianças e dos adolescentes cadastrados e dos participantes dos grupos definidos realizam a escovação supervisionada.			
Ação Coletiva de Bochecho Fluorado.	Realizar bochecho fluorado coletivo em crianças e adolescentes na faixa etária de 0 a 14 anos ou em grupos de adultos sob risco de acordo com necessidade local.	100% da população com necessidade recebendo este procedimento.			
Ação Coletiva de Aplicação Tópica de Flúor Gel.	Realizar aplicação tópica coletiva de flúor gel em crianças e adolescentes na faixa etária de 0 a 14 anos ou em grupos de adultos sob risco de acordo com necessidade local.	100% da população com necessidade recebendo este procedimento.			
Cobertura de Primeira Consulta (atenção programada).	Realizar Primeira Consulta Odontológica com finalidade de tratamento odontológico prioritariamente para os usuários do grupo R1.	100% dos usuários do grupo R1 recebem tratamento odontológico programado gradualmente.			
	Realizar Primeira Consulta Odontológica gradualmente em usuários de outros grupos de risco.	100% dos usuários dos outros grupos de risco recebem tratamento odontológico programado gradualmente.			
Universalização do acesso à escova e dentifrício na população adscrita.	Realizar visitas domiciliares a todos os usuários da área de abrangência da UBS para verificação do acesso à escova e dentifrício fluoretado.	100% dos usuários recebendo visita domiciliar e acesso à escova e dentifrício definido na área de abrangência.			

## Plenária

Apresentação dos trabalhos em grupo

Tempo estimado: 45 minutos.

**Trabalho de dispersão – Realizar sistematização dos conteúdos abordados e orientar sobre o trabalho de dispersão.**

n.23  
Atenção Primária à  
Saúde (APS)

---

Sugestão:

1. Elaborar uma proposta de programação de atenção à demanda espontânea e de implantação de classificação de risco para urgência e emergência no município.
2. Elaborar a programação das UBS/ESF para a atenção no ciclo de vida das pessoas e das condições crônicas mais prevalentes (diabetes e hipertensão) com estratificação de risco.
3. Estimativa de tempo para a atividade: 45 minutos.



## OFICINA VII

---



## Oficina VII

# Abordagem Familiar e o Prontuário Familiar

---



Esta oficina permite a reflexão sobre a incorporação de instrumentos de análise da situação em que pessoas vivem e trabalham, e sobre a importância de se adotarem estes instrumentos no planejamento das ações de saúde na APS.

### \_\_\_\_\_ **Objetivo**

**1.** Desenvolver competências para a adoção dos instrumentos de abordagem familiar e a implantação do prontuário familiar.

### \_\_\_\_\_ **Objetivos específicos**

**1.** Conhecer o conceito de prontuário familiar, suas funções e os aspectos éticos e legais.

**2.** Discutir o objetivo do prontuário familiar, sua funcionalidade e estrutura.

**3.** Realizar o alinhamento conceitual sobre abordagem familiar e seus instrumentos.

**4.** Compreender a complexidade da relação equipe de saúde, indivíduo e família.

**5.** Discutir a importância da organização da atenção por ciclos de vida.

**6.** Conhecer o instrumento de abordagem familiar – Genograma.

**7.** Compreender a importância da adoção de instrumentos de avaliação.

## PROGRAMAÇÃO GERAL DA OFICINA

### 1º dia

n.23  
Atenção Primária à  
Saúde (APS)

TEMPO ESTIMADO	HORÁRIO	ATIVIDADE	TEMA
30min		Abertura	Apresentação dos objetivos dessa oficina e reencontro dos participantes
1h e 30min		Apresentação do trabalho de dispersão da oficina anterior	Apresentar a proposta da elaboração da programação municipal de atenção à demanda espontânea e programada. Elaborar a programação das UBS/ESF para atenção no ciclo de vida das condições crônicas mais prevalentes (diabetes e hipertensão), com estratificação de risco.
15min		Intervalo	
45min		Trabalho em grupos Leitura de texto 1	Texto 1: Trabalho em equipe e relação com as famílias
1h		Trabalho em grupos: Leitura do texto 2	Texto 2: Prontuário Clínico
1h e 30min		Intervalo para almoço	
1h		Plenária com apresentação dos trabalhos em grupos	Sistematização dos conceitos
1h		Aula interativa	Prontuário Familiar: funções, aspectos éticos e legais
15min		Intervalo	
1h e 45min		Trabalho em grupos: Leitura e discussão do texto 3	Texto 3: Abordagem Familiar Ciclos de Vida das Famílias Instrumento para Avaliar a Família - Rede Social - F.I.R.O. - P.R.A.C.T.I.C.E.

## 2º dia

TEMPO ESTIMADO	HORÁRIO	ATIVIDADE	TEMA
15min		Dinâmica interativa	
1h		Apresentação dos trabalhos em grupos	Sistematização da discussão
1h		Aula interativa	Ciclos de Vida das Famílias Instrumento para Avaliar a Família (F.I.R.O. e PR.A.C.T.I.C.E.)
15min		Intervalo	
1h e 30min		Trabalho em grupos: Leitura e discussão do texto 4	Instrumento para Avaliar a Família - Genograma
1h e 30min		Intervalo para almoço	
1h		Trabalho em grupos: Exercício em grupos	Instrumento para Avaliar a Família - Genograma
45min		Apresentação e discussão dos trabalhos em grupos	Sistematização dos conceitos
15min		Intervalo	
45min		Aula interativa (Genograma)	Sistematização do tema
45min		Orientações para o período de dispersão	Apresentação das atividades para o período de dispersão
30min		Avaliação e encerramento da oficina	

## ROTEIRO DAS ATIVIDADES

### 1º DIA

#### Abertura

O coordenador deverá saudar os participantes, apresentar os objetivos da oficina e retomar o trabalho proposto que foi realizado no período de dispersão. Poderá iniciar com alguma dinâmica para integrar o grupo.

n.23  
Atenção Primária à  
Saúde (APS)

#### Apresentação dos trabalhos do período de dispersão

Na Oficina 6, o trabalho de dispersão recomendado foi:

- Apresentar a proposta da elaboração da programação municipal de atenção à demanda espontânea e programada, além da implantação de classificação de risco para a urgência e emergência.
- Elaborar a programação das UBS/ESF para atenção no ciclo de vida das pessoas e das condições crônicas mais prevalentes (diabetes e hipertensão), com estratificação de risco.

Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos.

O objetivo da discussão dos trabalhos realizados no período de dispersão é verificar se os conceitos discutidos na Oficina 6 foram compreendidos e apreendidos pelos participantes.

#### Leitura do texto 1: Trabalho em Equipe e Relação com as Famílias

- Após a leitura, discutir o texto e fazer a seguinte reflexão:
  - Como se processa o trabalho em equipe e as relações com as famílias segundo a vivência dos participantes da oficina.
- Tempo estimado para leitura e discussão do texto: 45 minutos.

#### TEXTO 1 – Trabalho em Equipe e Relação com as Famílias

O trabalho em saúde é realizado por profissionais de áreas de conhecimento diversas, os quais por meio dos seus saberes específicos buscam atender às necessidades de saúde do ser humano, de forma individual ou coletiva. Por essa característica, o trabalho em saúde é considerado um trabalho coletivo. Nesse meandro, no processo de produção em saúde, o trabalho em equipe configura-se como a relação recíproca entre as intervenções técnicas

em saúde a partir da interação entre os trabalhadores das diferentes áreas profissionais da saúde e torna-se imprescindível quando se aborda a atenção à saúde da família (RADDATZ; SANTOS; GARLET, s.d).

Cabe evidenciar que a família, como foco de atenção, é uma das diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde, sendo um dos pilares da Estratégia Saúde da Família (ESF), o qual foi organizado, justamente, com a proposta de promover a transposição do modelo hospitalocêntrico e curativista de atenção à saúde por um modelo integrado pautado no trabalho de equipe multiprofissional (BRASIL, 1998 citado por ALMEIDA; MISHINA, 2001).

Entre as dificuldades que ocorrem no desenvolvimento de um trabalho em equipe, destaca-se a influência da prática hegemônica centrada no modelo biomédico que leva à fragmentação do processo de trabalho em saúde, responsável pela falta de integração entre os profissionais e a diferente valorização das categorias profissionais (RADDATZ; SANTOS; GARLET, s.d)

O estabelecimento do relacionamento entre os profissionais da equipe de saúde e as famílias, posto pela ESF, auxilia na aceitação das pessoas para o acompanhamento frequente e a busca da satisfação das necessidades de saúde. Uma das demandas da ESF é o retorno da inclusão da família como partícipe do processo saúde-doença, em cujo espaço busca-se o desenvolvimento de ações preventivas, curativas e de reabilitação. A ESF propõe uma nova dinâmica para estruturação dos serviços de saúde, assim como para a relação com a comunidade e para diversos níveis de assistência (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

Para a realização do trabalho em equipe multiprofissional em saúde, importantes questões se apresentam. Peduzzi (1998) refere que a noção de equipe está etimologicamente associada à realização de tarefas, de trabalhos compartilhados entre indivíduos, que do seu conjunto de coletivo extraem o sucesso para realização pretendida. Esta noção, quando está deslocada de condições particulares e concretas, pode transformar-se em “símbolo mítico do ideal de prática em saúde ou em solução mágica e apaziguadora dos conflitos entre as diferentes áreas profissionais”. A essas condições concretas estão “a divisão do trabalho, a desigualdade no trabalho, dos diferentes graus de autonomia profissional, a diversa legitimidade técnica e social dos vários saberes implicados e a racionalidade presente nas práticas profissionais” (ALMEIDA; MISHINA, 2001).

Isto posto, apreende-se que a equipe que atua na ESF não é imune a esta formação mais ampla e historicamente construída e isto pode contribuir para que não se estabeleça uma relação efetiva entre a equipe de saúde, os usuários, as famílias e a comunidade.

Outro aspecto a ser considerado no contexto do trabalho em equipe e a relação com o usuário refere-se ao vínculo estabelecido entre a equipe e as famílias. O conceito de vínculo é polissômico e perpassa por áreas sociais e de saúde, assumindo abordagens diversas, como: de dimensão, diretriz, estratégias, tecnologia, objetivo e relação. Além disso, apresenta uma interface com outros grandes conceitos em saúde pública, como o da humanização, do acolhimento, da responsabilização, da integralidade e da cogestão (GOMES; SÁ, 2009).

O vínculo que se estabelece entre a população e a equipe requer o estabelecimento de fortes laços interpessoais, que reflitam a colaboração mútua entre pessoas da comunidade e os profissionais de saúde. O vínculo é considerado dimensão da APS e pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo.<sup>30</sup>

As ações desenvolvidas na ESF podem se abrir para além de um trabalho técnico hierarquizado, para um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior autonomia e criatividade dos agentes, e propiciar maior integração da equipe. Este é um dos grandes desafios que se colocam para as equipes de saúde que se vêm inserindo na ESF. Se essa integração não ocorrer, pode se repetir o modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado na recuperação biológica individual, com rígida divisão do trabalho e desigual valoração social dos diversos trabalhos (GOMES; SÁ, 2009).

Para a construção do projeto de saúde da família é necessário, portanto, que a equipe construa um projeto comum e para tal os trabalhos desenvolvidos por cada profissional se complementem, com agentes construindo

---

<sup>30</sup> Longitudinalidade do cuidado (vínculo ou responsabilização – atributo ou elementos característicos da APS). Relação pessoal que se estabelece ao longo do tempo, independentemente do tipo de problemas de saúde ou mesmo da presença de um problema de saúde, entre indivíduos e um profissional ou uma equipe de saúde. Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS). **Atenção primária e promoção à saúde**. Brasília: CONASS, 2007. (Coleção Progestores – para entender a gestão do SUS).



do uma ação de interação entre trabalhadores/trabalhadores e entre esses e os usuários (ALMEIDA; MISHINA, 2001).

Sem dúvida, este movimento passa a exigir um processo de formação e capacitação permanente de todos os profissionais envolvidos, pois como assinalam Campos e Belisário existe uma “carência de profissionais em termos quantitativos e qualitativos” que possam imediatamente responder ao desafio de estabelecer um plano de ação que se volte para um “olhar vigilante e uma ação cuidadora” sustentados por uma atuação multiprofissional e iluminados por uma construção interdisciplinar, com responsabilidade integral sobre a população adscrita, sendo esta compreendida como parceira da equipe de saúde (ALMEIDA; MISHINA, 2001).

Peduzzi (1998) observa que a interdisciplinaridade diz respeito à produção do conhecimento. Tem, portanto, caráter epistemológico; é a integração de várias disciplinas e áreas do conhecimento. A multiprofissionalidade diz respeito à atuação conjunta de várias categorias profissionais. O trabalho em equipe na saúde da família requer a compreensão das várias disciplinas para lidar com a complexidade que é a atenção primária, a qual toma à saúde no seu contexto pessoal, familiar e social, bem como a promoção da saúde, a prevenção e a reabilitação, trazendo a intersectorialidade como parceira na resolutividade dos problemas de saúde (ALMEIDA; MISHINA, 2001).

A unidade produtora dos serviços de saúde não se faz por um profissional de forma isolada, mas sim por meio de um trabalho em equipe, lembrando sempre que: o foco central de atenção não é o indivíduo exclusivamente, mas a família e seu entorno; que as intervenções necessárias para proporcionar o cuidado à saúde devem se sustentar no conhecimento que contemple as determinações biopsicossociais da saúde doença, o cuidado e a autonomia e a responsabilização dos profissionais com os usuários, as famílias e a comunidade; a assistência à saúde passa a ter a característica central de um trabalho coletivo e complexo, em que a interdisciplinaridade, bem como a multiprofissionalidade são essenciais.

Na área da saúde, coexiste uma série de profissionais com formação diferente, cada um com suas normas, parâmetros, visões de mundo e noções de ética. Isso pode, algumas vezes, ser considerado o início da formação de uma equipe multiprofissional, e em outras a inviabilidade do trabalho multiprofissional.

A partir dessa contextualização, faz-se importante conceituar equipe. Para Piancastelli *et al.* (2005), a concepção de um trabalho em equipe está associada à de processo de trabalho. Trabalho em equipe é, portanto, definido como uma “estratégia concebida pelo homem para melhorar a efetividade do trabalho” (PINTO, 2008).

Peduzzi (2001) apresenta uma tipologia de trabalho em equipe fazendo distinção entre duas noções que se referem à ideia de equipe: a equipe como agrupamento de agentes e a equipe como integração de trabalhos. Caracteriza ainda a primeira como fragmentada e a segunda, pela articulação consoante com a proposta da integralidade das ações de saúde (PINTO, 2008).

A busca da integralidade da assistência para Pinho (2006), citado por Pinto (2008), é o fator responsável por alterar as configurações das interações profissionais. Daí a importância do trabalho multidisciplinar, pois os profissionais começam a ter uma visão da necessidade de diferentes contribuições no cuidado do usuário de forma eficiente e eficaz.

A interação com a comunidade e a capacidade de ação intersetorial no território, sob a responsabilidade da equipe, são essenciais, considerando que o trabalho em equipe tem efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos, família e comunidade, por estabelecer vínculos de compromisso e de corresponsabilidade com a população; por estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e dos serviços de saúde; por utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a avaliação para tomada de decisões; e por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas em diferentes segmentos sociais e institucionais, a fim de intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde (PINTO, 2008).

Dessa forma, é a partir da relação de complementaridade e interdependência e autonomia relativa do próprio saber que se entende o trabalho dos distintos agentes: médico, enfermeiros, auxiliar de enfermagem, odontólogo, agente comunitário e outros profissionais que contribuem de forma efetiva para uma ESF de qualidade que atenda às necessidades da população.

Cada profissional tem seu núcleo específico de competência. O conhecimento de toda a equipe deve, entretanto, ser centrado nos princípios básicos do SUS e sobre as diretrizes que norteiam a ESF como a humaniza-

ção do atendimento, a responsabilização e o vínculo dos profissionais com os usuários e as famílias.

Outro aspecto a considerar é que o núcleo de competência de cada profissional não dá conta da complexidade do atendimento das necessidades de saúde, assim, é necessário flexibilidade nos limites das competências para proporcionar uma ação integral (ALMEIDA; MISHINA, 2001).

Articular esses distintos aspectos não é um empreendimento rápido e nem a responsabilidade e o esforço de um único profissional; requer empenho contínuo e conjunto para que em todos os espaços possíveis se possa construir a ideia de *equipe integração*. Integrar conhecimentos disponíveis nos espaços de trabalho, nos espaços de formação profissional (um grande desafio, uma vez que os cursos de formação profissional têm dificuldade de comunicação e de realizar atividades integradas) e nos espaços de produção de conhecimento, especialmente nos espaços de construção de cidadania (ALMEIDA; MISHINA, 2001).

Esse é, portanto, o grande desafio: reconstruir espaços de formação de capacitação contínua, estimulando uma nova visão sobre integração no trabalho em equipe, para que se possa pensar no cuidado à saúde como mais que “*um ato, uma atitude*” (BOFF, 1999, citado por ALMEIDA; MISHINA, 2001). As famílias agradecem.

#### Referências Bibliográficas

ALMEIDA, M. C. P.; MISHINA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à família: construindo “novas autonomias” no trabalho. Debates, **Interface Comunic, Saúde, Educ**, v. 5, n. 9, p.150-153, 2001.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DA SAÚDE (CONASS). **Atenção Primária e Promoção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. (Coleção Progestores – para entender a gestão do SUS).

GOMES, A. L. C.; SÁ, L. D. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. **Rev. Esc. Enferm**, v. 43, n. 2, p. 365-72, 2009.

OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C. Programa de Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 727-33, 2006.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. Campinas, 1998. 254p. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp.

\_\_\_\_\_. A inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família, na perspectiva da promoção da saúde. In: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. **Seminário: O enfermeiro no Programa de Saúde da Família**. São Paulo, 2000.

PIANCASTELLI, C. H.; FARIA H. P.; SILVEIRA, M. R. **O trabalho em equipe**. Disponível em: <[http://www.opas.org.br/rh/publicações/textos\\_apoio/texto\\_1.pdf](http://www.opas.org.br/rh/publicações/textos_apoio/texto_1.pdf)>. Acesso em: 15 ago. 2005.

PINHO, M. C. G. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz, **Ciências & Cognição**, v. 8, p. 68-87, 2006.

PINTO, C. C. **Trabalho em equipe e competência profissional na Estratégia Saúde da Família: a percepção do cirurgião dentista**. Ribeirão Preto, 2008. 121 p. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Departamento de Medicina Social, Universidade de São Paulo.

RADDATZ, M.; SANTOS, J. L. G.; GARLET, E. R. **Trabalho em equipe: dificuldades e desafio na atenção Estratégia Saúde da Família** (s.d).

## Leitura do texto 2

### Prontuário Clínico

- Após a leitura e a discussão, responder às questões propostas.

#### \_\_\_\_\_ Questões para discussão:

- Qual o instrumento utilizado em seu município para registrar os atendimentos realizados pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família, tais como: agravos, sinais, sintomas, diagnóstico, tratamento, orientações, problemas familiares etc.?
  - De que forma estão sendo organizadas essas informações?
  - Quais os tipos de instrumentos que você conhece?
  - Existe alguma legislação específica para esse instrumento?
  - Já foi realizada alguma avaliação sobre a qualidade do instrumento de registro existente em seu município?
  - Cite as vantagens do prontuário clínico eletrônico.
  - Tempo estimado para leitura do texto e discussão: 1 hora

## TEXTO 2 – O Prontuário Clínico<sup>31</sup>

Os prontuários clínicos são definidos pelo Conselho Federal de Medicina (2002) como:

um documento único constituído de um conjunto de informações, de sinais e de imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

O prontuário clínico não pertence ao médico, a outros profissionais de saúde ou à instituição que oferta os serviços; ele constitui um instrumento de comunicação entre os profissionais responsáveis pelo cuidado, a pessoa usuária e o serviço de saúde (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2008).

Além de sua função comunicacional, os prontuários clínicos são utilizados como ferramentas gerenciais e de educação dos profissionais e das pessoas usuárias. Os prontuários clínicos são um elemento fundamental na gestão da atenção à saúde, vez que, dele, derivam fluxos importantes para alimentar os sistemas de informação em saúde, os bancos de dados e de conhecimentos, a pesquisa científica, a telemedicina, o sistema de gestão da clínica e o sistema de gestão financeira. Na gestão da clínica, os prontuários eletrônicos são fundamentais para permitir o registro das pessoas usuárias por subpopulações estratificadas por riscos e para emitir alertas e dar *feedbacks* aos profissionais de saúde e às pessoas.

Os prontuários clínicos podem se apresentar em versões de papel e eletrônica. Ainda que o prontuário clínico em papel apresente algumas vantagens, suas desvantagens são claras, como: não é acessível a distância; só pode estar em um único lugar a cada tempo; pesquisa lenta; é sempre acumulativo, tem-se a história, mas não o resumo até o presente estado; os sistemas administrativos como faturamento e agendamento requerem esfor-

---

<sup>31</sup> Retirado do livro: MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Capítulo III: “As redes de atenção à saúde: revisão bibliográfica, fundamentos, conceito e elementos constitutivos”. A referência completa deste livro encontra-se na lista de Referências Bibliográficas.

ção manual de integração; surgimento de vários prontuários em vários pontos de atenção à saúde para a mesma pessoa usuária, implicando problemas logísticos no manuseio dos prontuários e informação nem sempre armazenada de forma consistente e uniforme (DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA EM SAÚDE, 2000).

Para Porter e Teisberg (2007), os prontuários clínicos eletrônicos são indispensáveis do ponto de vista de gerar valor à saúde, pelas seguintes razões: reduzem o custo das transações e eliminam papel; reduzem os custos de manter registros completos de todas as ações tomadas a favor da pessoa usuária e de todas as instalações utilizadas; tornam as informações sobre as pessoas usuárias instantaneamente disponíveis para os profissionais de saúde; permitem o compartilhamento de informações em tempo real entre os profissionais de saúde e as instituições para melhorar a tomada de decisões; facilitam a geração de informações das pessoas usuárias por meio dos episódios e do tempo; integram as ferramentas de apoio a decisões na prestação dos serviços de saúde; e criam uma plataforma de informações da qual podem se extrair resultados de prestadores e métricas de experiências, a um custo mais baixo do que em planilhas em papel.

#### QUADRO 1 **Diferenças entre os prontuários clínicos com e sem informatização**

<b>SEM INFORMATIZAÇÃO</b>	<b>COM INFORMATIZAÇÃO</b>
Sem gerência da informação	Com gerência da informação
Memorização da informação para a tomada das decisões	Ferramentas interativas para a tomada das decisões
Ações probabilísticas	Tomada das decisões científicas
Ações individuais	Ações com utilização das diretrizes clínicas
22% a 38% das informações dos usuários não disponíveis	Informações completas, relevantes e instantâneas
Dificuldade de compartilhamento das informações	Compartilhamento e interoperacionalidade das informações

FONTE: DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA EM SAÚDE (2000)

Vem-se consolidando uma posição de que os prontuários clínicos devem ser informatizados, uma vez que a introdução de tecnologias de in-

formação viabiliza a implantação da gestão da clínica nas organizações de saúde e reduz os custos pela eliminação de retrabalhos e de redundâncias no sistema de atenção à saúde. Nos Estados Unidos, foi proposta a eliminação dos prontuários em papel em uma década (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001). Mesmo em países em desenvolvimento, impõe-se a implantação de prontuários eletrônicos porque esta ferramenta, certamente, constitui uma tecnologia de ruptura que permite queimar etapas no desenvolvimento gerencial e clínico dos sistemas de atenção à saúde. É o que se constatou no município de Janaúba, em Minas Gerais, localizado em uma das regiões mais pobres do estado (ALBUQUERQUE, 2008).

Os prontuários clínicos são instrumentos fundamentais para a organização do processo decisório clínico, vez que padronizam a informação de saúde que é heterogênea, inerentemente produzida, complexa e pouco estruturada. Essa padronização permite reduzir a complexidade e produzir decisões mais eficientes e efetivas.

O prontuário eletrônico é um conjunto de dados de saúde, armazenados em meio eletrônico e agregados pelo identificador unívoco da pessoa usuária. Idealmente, este conjunto de dados deveria representar o registro dos eventos relacionados à saúde da pessoa, do nascimento até a morte (DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA EM SAÚDE, 2000).

Os prontuários clínicos devem incorporar diferentes dimensões informacionais: narrativas, como a história clínica; texto, abreviaturas e frases telegráficas, como pressão arterial; medidas, como sinais vitais, exames físicos e exames laboratoriais; imagens geradas por aparelhos, como radiografias e ultrassonografias; e outras, como desenhos e vocabulário local. A estrutura dos prontuários clínicos deve propiciar a tomada de decisões que envolvam: símbolos, caracteres armazenados em um meio; dados, observações registradas; informações, dados organizados e analisados; conhecimentos, interpretação das informações; e sabedoria, integração do conhecimento em uma visão funcional do mundo real (DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA EM SAÚDE, 2000).

Os prontuários eletrônicos únicos podem ser parte de um sistema mais amplo de registro eletrônico de saúde. Os registros eletrônicos de saúde são sistemas de centralização dos dados sobre as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde, organizados a partir da identificação dessas

peessoas, de forma longitudinal, envolvendo todos os pontos de atenção à saúde e todos os serviços prestados.

No Reino Unido, os prontuários clínicos eletrônicos foram definidos, de forma restrita, como informações temporárias registradas em um único ponto de atenção à saúde (NATIONAL HEALTH SERVICE, 2005), mas não há concordância sobre a diferenciação entre prontuário clínico eletrônico e registro eletrônico de saúde (CANADA HEALTH INFOWAY, 2006), ainda que os primeiros possam estar mais articulados com o monitoramento e a pesquisa da saúde de populações e, não somente, de indivíduos (NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS, 2006).

Uma proposta de registro eletrônico padronizado está sendo desenvolvida no Canadá. Na visão canadense, os registros eletrônicos únicos contribuem para reduzir as listas de espera, aumentar a participação das pessoas usuárias na atenção à saúde, dar mais eficiência ao manejo das condições crônicas e reduzir os efeitos adversos dos medicamentos. Esse registro deve ser construído a partir de padrões consistentes, deve permitir uma interoperacionalidade dentro e entre diferentes jurisdições sanitárias, deve catalisar o desenvolvimento de novas infoestruturas e deve assegurar os mesmos padrões de qualidade. Dessa forma, o registro eletrônico padronizado facilitará a troca de informações clínicas ao longo do contínuo de atenção, garantirá a privacidade e a confidencialidade das informações, permitirá a identificação das pessoas usuárias, integrará a história clínica com diagnóstico de imagens, resultados de exames, procedimentos de assistência farmacêutica, exames de análises clínicas, histórico de procedimentos preventivos, diagnósticos e evolução da condição de saúde. Esse registro eletrônico estará acessível em todos os pontos de atenção à saúde das redes de atenção à saúde de maneira que possa ser, com as restrições definidas, acessado pelos diferentes prestadores de serviços e pelas próprias pessoas usuárias. Estima-se que a introdução do registro eletrônico padronizado no Canadá representará uma economia de 1 a 1,9 bilhão de dólares anuais somente pela eliminação de testes múltiplos desnecessários e promoverá uma redução significativa das reações adversas de medicamentos (CANADA HEALTH INFOWAY, 2006).

Os elementos fundamentais de um prontuário clínico são: o seu escopo, definido pela identificação da pessoa usuária, pela anamnese, pelo



exame físico, pelos exames complementares, pelo diagnóstico ou hipótese diagnóstica, pelo plano de cuidados, pelas intervenções promocionais, preventivas e curativas realizadas, pelas receitas eletrônicas e pelo registro da evolução clínica; a integração comunicacional de todos os pontos de atenção à saúde das redes e, deles, com os recursos comunitários; o empoderamento das pessoas usuárias para as ações de autocuidado; a viabilização de uma atenção à saúde mais segura, reduzindo os erros médicos e as reações adversas de medicamentos; a maior eficiência da atenção à saúde pela redução da duplicação de procedimentos em vários pontos de atenção à saúde; o manejo mais efetivo de portadores de condições crônicas persistentes; a incorporação dos requisitos de auditabilidade e segurança; a incorporação do requisito de padronização, ou seja, que os dados possam ser codificados, classificados e analisados; a incorporação de instrumentos de apoio às decisões clínicas, como algoritmos decisórios providos de diretrizes clínicas baseadas em evidências, guias de medicamentos, lembretes e alertas para os profissionais de saúde; o módulo gerencial composto por controle de estoque, compras, faturamento e controle patrimonial; a formatação de relatórios clínicos e gerenciais a serem periodicamente emitidos; e em redes de atenção à saúde territorializadas, o geoprocessamento dos dados (SHIMAZAKI, 2008).

Uma característica fundamental dos prontuários clínicos é a privacidade, a confidencialidade e a segurança das informações. Informações equivocadas ou incorretas podem ocasionar um grande estrago, determinando transtornos para as pessoas usuárias, nos planos individual e coletivo, e desrespeitando os direitos de cidadania. Além disso, quebram-se as relações de vínculo, fundamentadas pela ética, e põe-se em risco a confiabilidade do sistema de atenção à saúde. Pode, ainda, gerar sanções éticas, penais ou civis (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007c).

Os prontuários clínicos, em geral, são individuais, mas para organizações que se baseiam na saúde da família, como é o caso do SUS, esses prontuários devem ser familiares. Na prática, isso significa que a unidade de registro é a família, com seus membros, e que a formatação do prontuário deve incorporar ferramentas de abordagem familiar, como o Genograma, a classificação de riscos familiares etc.

Uma das funções essenciais dos prontuários eletrônicos, no manejo das condições crônicas, é gerar um registro de cada condição estabelecida

por graus de riscos, envolvendo todos os usuários portadores dessas condições singulares – o registro de uma condição de saúde e uma lista de pessoas portadoras desta condição com informações clínicas a fim de permitir a melhoria da atenção e a propiciar o monitoramento da atenção (IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE, 2008). Ou seja, o registro de uma condição e uma lista de uma subpopulação portadora de determinada condição crônica, subdividida por riscos e com a anotação das principais intervenções que devem ser realizadas e monitoradas. Assim, um bom registro deve identificar as subpopulações portadoras de condições crônicas; permitir acompanhar os indivíduos e os grupos com essas condições crônicas; permitir emitir lembretes e dar *feedbacks* para as equipes de saúde e para as pessoas usuárias; e permitir uma extração eficiente de dados-chave, especialmente para o monitoramento do plano de cuidado. Esses registros devem: ser simples de usar; ser desenhados a fim de ter uma entrada fácil dos dados; permitir organizar os dados por subpopulações de riscos; produzir relatórios de forma rápida; prover sumários para serem utilizados nos atendimentos pela equipes de saúde; gerar lembretes e alertas para a equipe de saúde; ser utilizáveis para quaisquer condições crônicas; contar somente os dados necessários para o manejo das condições crônicas; não requerer habilidades de computação muito elevadas; não ser contaminados por informações não clínicas; e ter como papel principal orientar a atenção e permitir o monitoramento (IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE, 2008).

Os registros das pessoas usuárias por condições crônicas podem ser classificados em quatro categorias: Categoria D: não há registro; Categoria C: há um registro em papel ou eletrônico, mas se limita ao nome da pessoa usuária, diagnóstico, informação sobre contato e data da última visita; Categoria B: há um registro eletrônico que permite aos profissionais de saúde buscar dados e fazer perguntas sobre as pessoas usuárias; Categoria A: há um registro eletrônico que está integrado com o prontuário clínico e com as diretrizes clínicas e que permite prover lembretes e alertas (WHITE, 1999).

Um bom registro de portadores de condições crônicas permite tornar a prática clínica mais proativa, monitorar as pessoas usuárias, estabelecer boa comunicação com elas e manejar melhor suas condições de saúde. Por exemplo, um registro de portadores de diabetes que lista os nomes de todas as pessoas com esta doença, estratificados por riscos, suas medidas

clínicas-chave, permite, rapidamente, identificar: as pessoas usuárias que necessitam de um contato pessoal ou por telefone; quais pessoas usuárias devem ter um monitoramento da hemoglobina glicada (por exemplo, relacionar todas as pessoas com hemoglobina glicada superior a 7%); as pessoas usuárias com fatores de risco (por exemplo, relacionar todos os tabagistas); as pessoas usuárias com exame oftalmológico em dia; as pessoas usuárias com controle lipídico; as pessoas usuárias com pressão arterial controlada; as pessoas usuárias com exames de rotina dos pés; e o estado das metas de autocuidado. Além disso, esses registros devem permitir a produção de relatórios por cada pessoa usuária ou por grupos de pessoas usuárias, incluindo a apresentação de gráficos por períodos de tempo. Um registro para hipertensão arterial, por sua vez, deve prover informações sobre o controle da pressão arterial, o controle lipídico, os medicamentos utilizados, o controle do peso e o estado das metas de autocuidado (OLDHAM e MAUNDER, 1999).

A construção dos registros de condições de saúde é um processo que envolve: identificar a população total de responsabilidade do sistema de atenção à saúde; dividir essa população total em subpopulações por riscos; estabelecer metas para as diferentes subpopulações; com base na literatura, estabelecer as intervenções de efetividade comprovada para cada subpopulação de risco; avaliar a brecha entre as intervenções ideais e as intervenções realmente ofertadas; programar as intervenções a serem ofertadas; monitorar, por subpopulações, as intervenções e as metas definidas; definir as fontes, a periodicidade e a responsabilidade da produção das informações a serem monitoradas; compilar os dados das diferentes fontes de informação; analisar essas informações e apresentá-las de forma amigável para os seus diferentes utilizadores; criar mecanismos de *feedbacks*, alertas e lembretes para os profissionais de saúde; criar sumários clínicos para serem usados, pelos profissionais, nos diferentes tipos de cuidado; automatizar o processo; garantir a atualização constante das informações; e promover a educação dos profissionais para o uso do registro (IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE, 2008).

Ha evidências de que os registros de condições de saúde funcionam por várias razões: porque não é possível prestar uma atenção com base na população sem essa ferramenta; porque garantem uma atenção de melhor qualidade às condições crônicas; porque aumentam a satisfação das pessoas usuárias com a atenção recebida; porque, sem os registros das condições

de saúde, há uma tendência a subestimar os portadores de condições crônicas e a superestimar as medidas de desempenho clínico; porque proveem um sumário do estado clínico facilitando as intervenções profissionais; porque eles mostram o histórico da atenção, produzem alertas sobre o que deve ser feito e permitem planejar a atenção futura; porque sua implementação é simples e se faz com ganhos de escala à medida que aumenta o número de pessoas usuárias registradas (IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE, 2008).

Para que os prontuários clínicos sejam implantados, haverá de se investir na criação de uma infraestrutura adequada, o que envolverá investimentos em *hardwares* e em sistemas de conexão de redes de informática. É fundamental que sejam desenvolvidos incentivos para a adoção e o uso dos prontuários eletrônicos, o que exigirá um realinhamento dos incentivos morais e econômicos aos profissionais de saúde para que isso possa ocorrer (NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS, 2006).

Há evidências de que os prontuários clínicos eletrônicos melhoram a divisão de trabalho entre diferentes prestadores, reduzem a redundância de procedimentos, melhoram o diagnóstico e o plano de tratamento (WHO EUROPEAN OFFICE FOR INTEGRATED SERVICES, 2001). Há, também, evidências de que nas situações de saúde com forte hegemonia de condições crônicas, os prontuários clínicos eletrônicos e os registros das condições crônicas são elementos importantes para a melhoria de: adesão dos profissionais de saúde às diretrizes clínicas (HUNT *et al.*, 1998; GARG *et al.*, 2005; KAWAMOTO *et al.*, 2005; GLASGOW *et al.*, 2008); qualidade da atenção (RENDERS *et al.*, 2004; SINGH 2005a); resultados clínicos (WAGNER, 1998, RENDERS *et al.*, 2004; SINGH, 2005a; TIERNEY *et al.*, 2005; GLASGOW *et al.*, 2008); controle do diabetes (GOHDES *et al.*, 1996; NEWTON *et al.*, 1999; SADUR *et al.*, 1999; STROEBEL *et al.*, 2002; MEIGS *et al.*, 2003; BENEDETTI *et al.*, 2004); controle das doenças cardiovasculares (CHD COLLABORATIVES, 2007); controle da asma (MCCOWAN *et al.*, 2001), controle da depressão (SAUNDERS *et al.*, 1998; SIMON *et al.*, 2000); e atenção às pessoas idosas (MONANE *et al.*, 1998). Além disso, permitem diminuir os atendimentos na atenção primária à saúde (ZHOU *et al.*, 2007). Um exemplo de prontuário familiar é o desenvolvido pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

## Referências Bibliográficas

ALBUQUERQUE, H. C. **A rede Viva Vida no município de Janaúba**. Janaúba: Secretaria Municipal de Saúde, 2008.

BENEDETTI, R. *et al.* Improved clinical outcomes for free-for-service physician practices participating in a diabetes care for collaborative. **Jt. Comm. J. Qual. Saf.**, n. 30, p. 187-194, 2004.

CANADA HEALTH INFOWAY. **2015 advancing Canada's next generation of healthcare**. Toronto: Canada Health Infoway Inc., 2006.

CHD COLLSBORATIVE. Disponível em: <<http://www.modernnhs.nhs.uk>>. Acesso em: dez. 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Vigilância em saúde**. Brasília: CONASS/Ministério da Saúde, 2007. (Coleção Progestores).

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA EM SAÚDE. **Sistemas de informação em saúde**. São Paulo: Faculdade de Medicina da Unifesp, 2000.

GARG, A. X. *et al.* Effects of computerized clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcome: a systematic review, **JAMA**, n. 293, p. 1223-1238, 2005.

GLASGOW, N. *et al.* Decision support. In: NOLTE, E.; McKEE, M. (Editors). **Caring people with chronic conditions: a health systems perspectives**. European Observatory on Health Systems and Policies: Open University Press, 2008.

GOHDES, D. *et al.* Improving diabetes care in the primary health setting: The Indian Health Service Experience. **Ann. Intern. Med.**, n. 124, p. 149- 152, 1996.

HUNT, D. L. *et al.* Effects of computer – based clinical decision supports systems on physician performance and patient outcome: a systematic review, **JAMA**, n. 280, p. 1339-1346, 1998.

IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE. **The chronic care model**. Disponível em: <<http://www.improvingchroniccare.org>>. Acesso em: set. 2008.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21<sup>st</sup> century**. Washington: The National Academies Press, 2001.

KAWAMOTO, K *et al.* Improving clinical practice using clinical decision support systems: a systematic review of trials to identify critical features to success. **British Medical Journal**, n. 330, p. 765, 2005.

McCOWAN, C. *et al.* Lessons from a randomized controlled trial designed to evaluate computer decision support software to improve the management of asthma. **Med. Inform. Internet Med.**, n. 26, p. 191-202, 2001.

MEIGS, J. B. *et al.* A controlled trial of web – based diabetes disease management: The MGH diabetes primary care improvement project. **Diabetes Care**, n. 26, p. 750-757, 2003.

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

MONANE, M. *et al.* Improving prescribing patterns for the elderly through an online drug utilization review intervention: a system linking the physician, pharmacist and computer. **JAMA**, n. 280, p. 1249-1252, 1998.

NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS. **Assessing the potential for national strategies for electronic health records for population health monitoring and evaluation**. Washington: Centers for Disease Prevention and Control, 2006.

NATIONAL HEALTH SERVICE. **Supporting people with long term conditions: an NHS and social care model to support local innovation and integration**. London: The Stationery Office, 2005.

NEWTON, K. M. *et al.* The use of automated data to identify complication and comorbidities of diabetes: a validation study. **J. Clin. Epidemiol.**, n. 52, p. 199-207, 1999.

OLDHAM, J.; MAUNDER, M. Who are your patients? Patient information in practice planning and performance improvement. **Manag. Care Q.**, n. 7, p. 35-44, 1999.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos**. Porto Alegre: Bookman Companhia Editora, 2007.

RENDERS, C. M. *et al.* Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. In: **The Cochrane Library**. Issue 2, Chichester: John Wiley & Son, 2004.

SADUR, C. N. *et al.* Diabetes management in a health maintenance organization: efficacy of care management using cluster visits. **Diabetes Care**, n. 22, p. 2011-2017, 1999.

SAUNDERS, K. *et al.* Assessing the feasibility of using computerized pharmacy refill data to monitor antidepressant treatment on a population basis: a comparison of automated and self-report data. **J. Clin. Epidemiol.**, n. 51, p. 883-890, 1998.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Manual do prontuário de saúde de família**. Belo Horizonte: SES-MG, 2008.

SHIMAZAKI, M. E. **O prontuário da saúde da família**. Belo Horizonte: SAS/Saps/SES-MG, 2008.

SINGH, D. **Transforming chronic care: evidence about improving care for people with long-term conditions**. Birmingham: University of Birmingham, Health Services Management Centre, 2005.

STROEBEL, R. J. *et al.* A randomized trial of three diabetes registry implementation strategies in a community internal medicine practice. **Jt. Comm. J. Qual. Imp.**, n. 28, p. 441-450, 2002.

TIERNEY, W. M. *et al.* Can computer-generated evidence-based care suggestions enhance evidence-based management of asthma and chronic obstructive pulmonary disease? A randomized, controlled trial. **Health Serv. Res.**, n. 40, p. 311-315, 2005.

WAGNER, E. H. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? **Effective Clinical Practice**, n. 1, p. 2-4, 1998.

WHITE, B. Building a patient registry from de ground up. **Family Practice Management**, n. 6, p. 43- 45, 1999.

WHO EUROPEAN OFFICE FOR INTEGRATED HEALTH CARE SERVICES. **Workshop on integrated care**. Barcelona: WHO Integrated Care Meeting, 2001.

ZHOU, Y. *et al.* Patient access to an electronic health record with secure messaging: impact on primary care utilization. **American Journal of Managed Care**, n. 13, p. 418-424, 2007.

### \_\_\_\_\_ Sugestão para Leitura Complementar

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM n. 1.638**, de 10 de julho de 2002.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Disponível em: <[www.cofen.org.br](http://www.cofen.org.br)>. Acesso em: 29 jan. 2010.

LUDESHER, A.; CARDOSO, G.; MARTINS, K.; MOSCHEN, A. Prontuário eletrônico: uma ferramenta para Vigilância à Saúde e coordenação de cuidados na Atenção Primária. **Anais do X Congresso Brasileiro de Informática em Saúde**, 2006.

NEGREIROS, M. M.; NETO, J. T. **Proposta de prontuário para as Equipes de Saúde da Família**. Salvador, 2005. 204 p. Dissertação (Mestrado em Medicina e Saúde). Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia.

PEREIRA, A. T. S.; NORONHA, J.; CORDEIRO, H.; DAIN, S.; PEREIRA, T. R.; CUNHA, F. T. S.; JUNIOR, H. C. O uso do prontuário familiar como indicador de qualidade da atenção nas unidades básicas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, supl.1, Rio de Janeiro, 2008.

XAVIER, E. C.; SHIMAZAKI, M. E. A experiência de Curitiba com o prontuário eletrônico – a ousadia em inovar. **Anais do IX Congresso Brasileiro de Informática em Saúde**, 2004.

## Plenária

Apresentação da síntese e da discussão – Tempo estimado de 1 hora.

## Aula interativa

### Prontuário Familiar: funções, aspectos éticos e legais

Tempo estimado de 1 hora.

### Leitura do Texto 3

#### Abordagem Familiar, Ciclos de Vida das Famílias, Instrumento para Avaliar a Família

- Rede Social
- F.I.R.O.
- P.R.A.C.T.I.C.E.

Tempo estimado de 1 hora e 45 minutos.

O texto está dividido em dois momentos: no primeiro, discussão sobre abordagem familiar e ciclo de vida; no segundo momento, conceitos de Rede Social, F.I.R.O. e P.R.A.C.T.I.C.E.

- Após a leitura, discutir o texto, utilizando as questões propostas.

#### \_\_\_\_\_ Questões para discussão:

- Como o ciclo de vida pode orientar a abordagem familiar?
- Que instrumentos a equipe de saúde utiliza na prática da abordagem familiar?
- Que apoio, proximal e distal, as famílias disponibilizam como Rede Social?

### TEXTO 3

#### Parte I – Ciclo de Vida das Famílias

#### \_\_\_\_\_ O que é a família?

A família é um sistema complexo de relações, em que seus membros compartilham um mesmo contexto social de pertencimento. A família é o lugar do reconhecimento da diferença, do aprendizado de unir-se e separar-se, é a sede das primeiras trocas afetivo-emocionais, da construção da identidade. É a matriz: na família nascemos e na família morremos.

É um sistema em constante transformação, por fatores internos à sua história e ciclo de vida em interação com as mudanças sociais. Sua história percorre a dialética continuidade/mudança, entre vínculos de pertencimento e necessidade de individuação. É no cenário familiar que aprendemos a nos definir como diferentes e a enfrentar os conflitos de crescimento.

A família é composta de indivíduos que estabelecem relações entre si, compartilhando a mesma cultura, as mesmas crenças, na qual cada um



exerce uma função distinta e complementar. Família é dentro de nós: somos ao mesmo tempo avós, pais, filhos, irmãos, tios, primos etc.

A família fundamenta-se na ideia de coesão e continuidade, como uma célula reprodutiva, e vive o paradoxo mudança/estabilidade em todo seu ciclo vital. A crise característica de processos de mudanças muitas vezes surge como uma ameaça de ruptura. A singularidade de como cada família cuida de seu equilíbrio e sobrevivência interage com os relacionamentos interpessoais e intergeracionais de seus membros.

A família é um sistema que se modifica no tempo, um sistema vivo. Seu processo evolutivo consiste em um avanço progressivo até novos estágios de desenvolvimento e crescimento. Isso se dá na recuperação do tempo, na integração do novo com o velho, do horizonte futuro com o presente e a experiência passada.

**Ciclo de vida** é o conjunto de transformações pelo qual podem passar os indivíduos de uma espécie para assegurar a sua continuidade.

O ciclo de vida da família passa por períodos previsíveis, de estabilidade e transição, de equilíbrio e adaptação; e por momentos de desequilíbrio que alavanca o estágio novo e mais complexo, em que se desenvolvem novas funções e capacidades. Esta passagem de uma fase à outra dá-se em uma reestruturação contínua de seu tecido relacional, na busca de uma nova ordem familiar.

O ciclo de vida da família tem como orientação de conceito que as famílias passam por várias fases ao longo da sua vida, desde a sua constituição inicial, o nascimento dos filhos, o crescimento e a formação dos filhos, a evolução profissional, a fase madura, a saída dos filhos de casa e, finalmente, a fase da aposentadoria e do afastamento do mercado de trabalho. Cada fase pode ser caracterizada por um conjunto de demandas e necessidades bem definidas, por exemplo:

- na fase inicial, o casal necessita construir um local de residência, necessita equipá-lo e necessita cuidar de crianças pequenas. Tem pouco tempo e relativamente poucos recursos por estar em fase inicial da carreira. Uma das tarefas do profissional de saúde nesta fase é discutir com a família os papéis dos cônjuges na inclusão de novos membros, estabelecer independência pessoal, iniciar a separação emocional de seus pais (Fase Começando).

- alguns anos depois, as crianças estão na escola, a vida profissional está em ascensão e o casal necessita de uma casa maior e mais bens e está investindo na carreira, no compromisso com o parceiro, estabelecendo uma relação íntima com o outro (Fase Crescimento).

- na etapa seguinte, o casal está profissionalmente definido, os filhos já estão saindo de casa (ninho vazio) e é uma fase de alta produtividade no trabalho e de maior renda na vida profissional, dividindo os vários papéis do casal de modo equilibrado e uma relação mais independente com família e amigos se ajustando ao fim do papel de pais (Fase Madura).

- na última etapa, o casal está aposentado e deixou o mercado de trabalho. Estão agora convivendo com os netos, já com redução na renda e aumento das necessidades de saúde e lazer. É necessário rediscutir as relações com os cônjuges, filhos e netos e atividades após término do trabalho regular. Estão aprendendo a lidar com perda de habilidades e maior dependência dos outros; lidando com a perda de amigos, familiares e, eventualmente, do cônjuge (Fase Senioridade).

A representação acima é uma linha-guia, existindo toda sorte de variações, com famílias com apenas um dos pais, famílias oriundas de segundos casamentos, filhos na mesma família de pais diferentes e assim por diante. Contudo, tais diferenças não reduzem as necessidades e as demandas de cada fase.

Paralelamente, a família vive o impacto de eventos inesperados como divórcios, mortes imprevistas, doenças, desempregos etc. que atuam nas modificações da estrutura relacional e dificultam as tarefas de superação e coesão próprias de sua natureza. Em situações críticas, cada família encontra modos singulares de enfrentar situações semelhantes, e mesmo atuando com as mesmas modalidades, obtém resultados diferentes.

O conhecimento do desenvolvimento familiar é de extrema importância e utilidade para os profissionais de saúde que trabalham com a família, incluindo a enfermagem, pois facilita a previsão, antecipa sobre desafios que poderão ser enfrentados no desenvolvimento de uma família, auxiliando no reconhecimento das mudanças, permitindo melhorar o entendimento do contexto de sintomas e doenças, tornando-se uma ferramenta essencial para coleta de dados no Programa Saúde da Família. Para isso, faz-se necessário: entender e respeitar as regras da família, perceber o funcionamento da

família, auxiliar a família na busca de suas próprias soluções e facilitar a comunicação dentro da família.

Momentos para associar-se à família:

- Quando uma família cadastra-se em seu serviço; no diagnóstico de alguma doença séria aguda; no manejo de alguma doença crônica; no manejo de problemas genéticos; durante momentos-chave de mudança de ciclo de vida; na avaliação e no manejo de problemas: comportamentais, emocionais ou de relacionamento.

Atitudes para associar-se à família:

- Contato com cada membro da família; respeito e hierarquia da organização familiar; evitar lateralizar com um membro da família; adaptar a comunicação ao estilo da família.

## Parte II

### \_\_\_\_\_ Rede Social<sup>32</sup>

Rede Social pode ser entendida como um sistema composto por vários objetos sociais, ou seja, pessoas, funções e situações que oferecem apoio instrumental e emocional à pessoa, em suas diferentes necessidades.

O apoio instrumental é entendido como ajuda financeira, divisão de responsabilidades em geral e fornecimento de informação ao indivíduo. O apoio emocional, por sua vez, refere-se à afeição, à aprovação, à simpatia e à preocupação com o outro e, também, a ações que levam a um sentimento de pertença a determinado grupo. Os suportes sociais recebidos e percebidos pelas pessoas são fundamentais para a manutenção da saúde mental, para o enfrentamento de situações estressantes – como cuidar de alguém doente por muito tempo – e também para o alívio do estresse físico e mental e para a promoção da saúde e do bem-estar.

A Rede Social é importante na vida dos indivíduos, especialmente para aqueles que vivenciam um momento difícil em suas vidas, ou seja, a família que possui um membro familiar doente e internado. É necessário,

---

<sup>32</sup> O conceito utilizado para Rede Social foi retirado do artigo de HAYAKAWA, L. Y. et al. Rede social de apoio à família de crianças internadas em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 63, n. 3, maio/jun. 2010.

portanto, que a equipe de saúde identifique todos os apoios de que a família dispõe, próximos ou distantes, bem como estabelecer contato com essa Rede, no intuito de fortalecer essa teia de relações.

#### \_\_\_\_\_ F.I.R.O.

O F.I.R.O. (*Fundamental; Interpersonal; Relations; Orientation*) é uma ferramenta psicológica criada para explicar como as necessidades pessoais afetam os relacionamentos interpessoais. O sucesso desta ferramenta favorece o controle do comportamento.

O F.I.R.O. é utilizado na compreensão do comportamento interpessoal; no desenvolvimento, no gerenciamento e na liderança; no aconselhamento de relações; na organização e no desenvolvimento de equipes; e na avaliação da necessidade individual expressa e desejada de controle, abertura e inclusão.

No contexto do Programa Saúde da Família, o F.I.R.O. é usado como um instrumento que analisa a família a partir das dimensões de *inclusão, controle e intimidade*.

Inclusão é o ponto inicial. É a necessidade de ter relações satisfatórias com outros. É o grau de associação de que a pessoa necessita. A inclusão possui três subcategorias:

- Estrutura, que se refere aos padrões repetitivos de interação que se tornam rotinas. Ex.: Bom fim de semana... Como foi seu dia?
- Conectividade, que se refere aos laços de interação entre os membros da família. Ex.: Mãe, amo você! ... Filho, comporte-se!
- Modos de Compartilhar, que são os rituais e os valores familiares. Ex.: Ceias natalinas e casamentos religiosos.

Uma vez incluído, o indivíduo desenvolve algum tipo de *controle* dentro do grupo e, daí, criam-se condições para desenvolver a *intimidade*.

O controle pode ser dominante, quando tem a tentativa de influência unilateral; reativo, quando tem a tentativa de contrariar uma influência; e colaborativo, quando tem a tentativa de dividir as influências.

A intimidade refere-se às interações familiares e às trocas interpessoais, o que não deve ser confundido com “relacionamento sexual”.

## \_\_\_\_\_ P.R.A.C.T.I.C.E.

*Problem* (problema apresentado); *Roles and Structure* (papéis e estrutura); *Affect* (afeto); *Communication* (comunicação); *Time in Life Cycle* (tempo no ciclo de vida); *Illness in Family (Past and Present)* (doença na família); *Coping With Stress* (enfrentando o estresse); *Ecology* (ecologia).

P.R.A.C.T.I.C.E. é um acróstico mnemônico desenvolvido pela escola McGill para estudo das famílias, sendo utilizado em entrevista familiar, auxilia na compreensão de casos complexos, direcionando-as e organizando-as. Fornece estrutura básica para organizar dados colhidos com a família, porém não fornece diagnóstico. O que se deve observar ao aplicar esse instrumento de abordagem:

### **Problema apresentado:**

1. Qual é o problema?
2. Uma doença física? Problema afetivo? Problema instrumental?
3. O problema afetou toda a família ou apenas um membro? É recente?

Existe relação com outras questões? A família já tentou solução?

### **Papéis e Estrutura:**

1. Quem detém o poder? Qual o papel de cada membro da família mediante o problema? Houve alguma mudança após o problema? Os pais são autoritários, permissivos ou negociadores? A família é unida ou desligada?

### **Afeto:**

1. Expressão de sentimentos (percepção, negativos, positivos). O afeto é real ou socialmente aceitável? Existe expressão de afeto durante a abordagem? Se sim, o prognóstico é melhor. Este momento facilita observar as emoções reprimidas.

### **Comunicação:**

1. É fundamental para entender a família. A expressão e a comunicação estão interligadas (verbal x não verbal). Nesse momento, a forma mais saudável de comunicação é a clara e direta, devendo-se encorajar a comunicação direta. Deve-se desencorajar um falar pelo outro.

### **Tempo no ciclo de vida:**

1. Concluiu de forma satisfatória as tarefas? Observar as fases e as pessoas mais vulneráveis a este. Nesse momento, podemos encontrar responsáveis pela doença ou respostas para estas doenças. O adoecer torna-se falha no estágio do ciclo de vida.

### **Doença na família (Passado e Presente):**

#### **1. História familiar de doença**

· Qual o papel da família? Qual o significado da família? Existem outros casos? Quais as expectativas e as ideias sobre a doença? Há um padrão genético? Houve interpretação dos sintomas?

#### **2. Crises recorrentes**

#### **3. Determinação cultural da doença**

### **Enfrentando o estresse:**

**1.** Observar a adaptabilidade da família, ou seja, qual a capacidade de lidar com o estresse? Como enfrentou crises passadas de doença, morte e/ou desemprego? Se com tranquilidade, é um bom prognóstico. Como mobiliza recursos internos e externos para lidar com o problema?

### **Ecologia:**

#### **1. Suporte**

· Com o que a família pode contar? Que recursos a família tem para enfrentar o problema? (Suporte religioso, familiares etc.)

**2.** Relacionamentos fora da família podem compensar relações internas?

## **2º DIA**

### **Dinâmica Interativa**

15 minutos.

### **Plenária**

Apresentação da síntese e da discussão dos trabalhos em grupos

Tempo estimado: 1 hora.

### **Aula interativa**

#### **Ciclos de vida das famílias, instrumento para avaliar a família**

Sistematização dos temas abordados

Tempo estimado: 1 hora.

## Leitura e discussão do texto 4

### A utilização do Genograma como instrumento de coleta de dados

· Após a leitura, discutir o texto e realizar o exercício proposto no fim do texto.

- Tempo estimado de 1 hora e 30 minutos.

---

#### Questões para discussão:

1. O que se entende por Genograma familiar?
2. Qual a importância da utilização do Genograma para a Equipe de Saúde da Família?
3. O que é possível visualizar no Genograma?
4. Qual a diferença entre estrutura e dinâmica familiar?

#### TEXTO 4 – Genograma<sup>33</sup>

O conceito de trabalhar com famílias deve ser bem compreendido e diferenciado de terapia familiar. Enquanto o primeiro dá-se por múltiplas intervenções curtas ao longo do tempo e valendo-se das estruturas da família, o segundo propõe uma intervenção intensa por tempo limitado e busca modificar o padrão de relacionamento da família (CHRISTIE-SEELY e TALBOT, 1984; WAGNER *et al.*, 2001).

Trabalhar com famílias exige a incorporação de uma tecnologia “relacional” (FRANCO e MEHRY, 1999), fundada na abordagem humanista e desenvolvida por meio da compreensão do funcionamento sistêmico da família e da aplicação do método clínico centrado no paciente. Existem momentos-chave que podem e devem ser explorados, como a ocasião de cadastro das famílias, as mudanças no ciclo de vida delas, a observação da resiliência familiar para situações adversas e o surgimento de doenças crônicas ou agudas de maior impacto entre seus membros. Essas situações permitem que o profissional de cuidados primários crie um vínculo com o paciente e sua

---

<sup>33</sup> Este texto foi transcrito, com pequenas adequações, para atender ao propósito desta oficina, do livro **As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas Equipes de Saúde da Família de Curitiba**, PR, de autoria de Ditterich, Gabardo e Moysés, publicado em 2009. A referência completa deste livro encontra-se na lista de Referências Bibliográficas.

família, desdobrado em responsabilização no tempo, pois, ao dar atenção, facilita ser aceito para investigar e intervir (WAGNER *et al.*, 2001).

Segundo Gomes (1994), o ponto de partida para o trabalho com família é a compreensão, por parte do profissional, do próprio modelo de organização familiar, com crenças, valores e procedimentos que efetivamente são adotados na sua vida em família.

O trabalhar com famílias pode ser dividido didaticamente em diferentes etapas para melhor explicação e compreensão, as quais são de acordo com Wagner e colaboradores (2001):

1. a associação é um requisito fundamental para a construção do processo terapêutico. É iniciada no momento em que o paciente traz ao profissional uma situação em que a família interfere direta ou indiretamente no processo;
2. a avaliação consiste em analisar a família de um modo mais objetivo, perceber o funcionamento do grupo em estudo, reconhecer a crença da família no processo de adoecer e propor um plano de ação que respeite o seu modo de vida. A avaliação adequada do papel que a pessoa portadora de qualquer agravo possui em sua estrutura familiar permite que o profissional tenha um poder de intervenção que aumenta significativamente a resolubilidade da proposta;
3. educação em saúde é o terceiro passo para se trabalhar com famílias, uma boa comunicação é essencial para um processo de educação em saúde que capacite os membros da família a desenvolver o autocuidado e hábitos de vida mais saudáveis. O momento ideal para introduzir conceitos de saúde é quando a família busca a equipe de saúde para receber uma explicação sobre um processo de adoecer que deu origem à demanda, pois o cliente está receptivo a esta informação;
4. facilitação tem base no modelo F.I.R.O., em que o profissional conhece a estrutura familiar, suas relações de poder e trocas de sentimentos e age como facilitador da interação entre os membros da família, esclarece dúvidas sobre a patologia em questão e sua progressão e informa sobre opções de tratamento disponíveis;
5. referência é o momento em que o profissional da atenção primária encaminha o seu paciente para níveis de maior complexidade de atendimento. Isso gera confiança da família no tratamento e possibilita ao profissional acompanhar o caso.



O trabalho com famílias em situação de risco tem um percurso dinâmico em contínua transformação, feito de tentativas, erros e aprendizagens, no qual os objetivos mudam durante o percurso porque são modificados pelos sujeitos acompanhados (VELSCHAN *et al.*, 2002).

#### \_\_\_\_\_ **As ferramentas de trabalho com famílias**

As ferramentas de trabalho com famílias, também conhecidas como ferramentas saúde da família, são tecnologias relacionais, oriundas da Sociologia e da Psicologia, que visam estreitar as relações entre profissionais e famílias, promovendo a compreensão em profundidade do funcionamento do indivíduo e de suas relações com a família e a comunidade (SILVEIRA FILHO, 2007).

Entre as ferramentas de avaliação usadas na atenção primária pelas equipes em Curitiba, estão: o Genograma, o ciclo de vida das famílias, o F.I.R.O. e o P.R.A.C.T.I.C.E.

#### \_\_\_\_\_ **Genograma ou heredograma familiar**

O Genograma foi desenvolvido na América do Norte, com base no modelo do heredograma, e mostra graficamente a estrutura e o padrão de repetição das relações familiares. Suas características básicas são: identificar a estrutura familiar e seu padrão de relação, mostrando as doenças que costumam ocorrer, a repetição dos padrões de relacionamento e os conflitos que desembocam no processo de adoecer (RAKEL, 1997; MOYSÉS *et al.*, 1999; MOYSÉS e SILVEIRA FILHO, 2002); também pode ser usado como fator educativo, permitindo ao paciente e à sua família ter a noção das repetições dos processos que vêm ocorrendo e como estes se repetem. O Genograma é traçado a partir de símbolos gráficos. Ao lado dos símbolos deve-se registrar data de nascimento, eventos importantes, patologias e nomes dos pacientes. Pode ser colocado no início do prontuário como sumário de problemas prévios, ações preventivas e medicamentos em uso (MOYSÉS *et al.*, 1999).

O Genograma ou “árvore da família” é um método de coleta, armazenamento e processamento de informações sobre uma família. É uma ferramenta que parte de um conceito sistêmico de família e tem sido utilizada em contextos mais convencionais de constituição do núcleo familiar, embora

possa ser aplicada também em interpretações ampliadas do conceito de família (MOYSÉS; SILVEIRA FILHO, 2002).

Na representação iconográfica, as figuras geométricas são as pessoas e as linhas conectoras, suas relações. As representações são convencionadas, possibilitando que todos tenham entendimento comum acerca daquele gráfico. É importante deixar sempre claro a pessoa que ocupa papel central no Genograma, normalmente aquela que originou a necessidade de utilização dessa ferramenta. Essa pessoa passa a ser, então, estruturante do problema e, também, da representação familiar em questão (MOYSÉS; SILVEIRA FILHO, 2002).

Todos os problemas de saúde, de situações sociais ou existenciais, de comportamento afetivo, de hábitos ou estilos de vida daquela família que, no entendimento do profissional de saúde da família, forem pertinentes devem ser anotados. Informações relativas ao estilo de vida, que sejam pertinentes na adequação dos cuidados com a saúde daquela família, também podem ser levantadas, como uso de medicamentos, alcoolismo, drogadição e outros; dados socioculturais e econômicos que possam influenciar o funcionamento familiar, questões de credo religioso, de trabalho, de vida social e de lazer e outros. Por fim, devem aparecer as relações interpessoais, de conflito, de resolução de conflito e problemas de comunicação (WILSON e BECKER, 1996; RAKEL, 1997; MATLACK, 2001; MOYSÉS e SILVEIRA FILHO, 2002).

Essa ferramenta é de especial importância por alcançar o objetivo de analisar a complexidade das relações humanas, uma vez que o ambiente afetivo tem impacto relevante no processo saúde-doença. As circunstâncias às quais os sujeitos são submetidos no decorrer de suas vidas podem favorecer o seu desenvolvimento biológico, social e psicológico; tanto favorável quanto desfavoravelmente (MACIEL, 2005).

Os Genogramas não precisam ser realizados rotineiramente com todos os pacientes; são mais eficazes quando aplicados de forma seletiva (RAKEL, 1997).

Os componentes do Genograma devem incluir, de acordo com Rakel (1997):

1. três gerações;
2. os nomes de todos os membros da família;

3. idade ou ano de nascimento de todos os membros da família;
4. todas as mortes, incluindo a idade em que ocorreu ou a data da morte e a causa;
5. doenças de problemas significativos dos membros da família;
6. indicação dos membros que vivem juntos na mesma casa;
7. datas de casamentos e divórcios;
8. uma lista dos primeiros nascimentos de cada família à esquerda, com irmãos sequencialmente à direita;
9. um código explicando todos os símbolos utilizados;
10. símbolos selecionados por sua simplicidade e visibilidade máxima.

Rakel (1997) afirma que a familiaridade com os símbolos-padrão permite a obtenção mais rápida de informações. Esses símbolos-padrão devem ser utilizados sempre que possível, mas variações podem ser facilmente desenvolvidas para fornecer informações mais exatas ou úteis.

#### \_\_\_\_\_ O modelo F.I.R.O. de avaliação da família

Segundo Moysés e Silveira Filho (2002), o modelo é baseado em Orientações Fundamentais nas Relações Interpessoais, do original em inglês *Fundamental Interpersonal Relations Orientations* (F.I.R.O.). As proposições do modelo F.I.R.O., quanto ao estudo das famílias, são aplicáveis em quatro situações:

1. quando as interações na família podem ser categorizadas nas dimensões inclusão, controle e intimidade, ou seja, a família pode ser estudada quanto às suas relações de poder, comunicação e afeto;
2. quando a família sofre mudanças importantes, ou ritos de passagem, tais como descritos no ciclo de vida, e faz-se necessário criar novos padrões de inclusão, controle e intimidade;
3. quando a inclusão, o controle e a intimidade constituem uma sequência inerente ao desenvolvimento para o manejo de mudanças da família;
4. quando as três dimensões anteriores constituem uma sequência lógica de prioridades para o tratamento: inclusão, controle e intimidade.

A inclusão diz respeito à interação dentro da família para sua vinculação e organização, ou seja, desvenda os que “estão dentro” ou os que “estão de fora” do contexto familiar apresentado. Aprofunda os conhecimentos da organização familiar e dos papéis dos indivíduos nessa família e entre as

gerações. Percebe a conectividade, ou seja, a interação entre os familiares, buscando clarear as questões de comprometimento, de educação e do sentimento de pertencer à família. Conhece os modos de compartilhar, a interação entre os familiares, a identidade da família como um grupo, incluindo as questões de valores e dos rituais familiares (WILSON *et al.*, 1996b; MOYSÉS e SILVEIRA FILHO, 2002).

O controle refere-se às interações do exercício de poder dentro da família. Podem ser identificadas situações de (WILSON *et al.*, 1996b; MOYSÉS e SILVEIRA FILHO, 2002):

1. controle dominante, quando um exerce influência sobre todos os demais, caracterizando o controle unilateral;
2. controle reativo, quando se estabelecem reações contrárias, ou seja, de reação a uma influência que quer tornar-se dominante;
3. controle colaborativo, quando se estabelece a divisão de influências entre os familiares.

A intimidade refere-se às interações familiares correlatas às trocas interpessoais, ao modo de compartilhar sentimentos, tais como esperanças e frustrações, ao desenvolvimento de atitudes de aproximação ou de distanciamento entre os familiares, às vulnerabilidades e às fortalezas (WILSON *et al.*, 1996b; MOYSÉS e SILVEIRA FILHO, 2002).

Os comportamentos ligados à saúde e aos transtornos, por exemplo, o hábito de fumar e a obesidade, podem servir como um modo de os membros da família serem incluídos ou excluídos das vidas uns dos outros, criar terreno para uma batalha pelo controle e para abrir e fechar oportunidades para a intimidade (McDANIEL *et al.*, 1994).

Quando o paciente e sua família experimentam uma doença séria, a esfera da inclusão é aquela na qual as mais fundamentais e precoces mudanças podem ocorrer. Por exemplo, o membro doente pode perder papéis, perder o emprego, a função de cuidar de casa ou de alguém. À medida que os papéis vão mudando, o paciente gravemente enfermo vai sentindo a perda do controle. Ele pode se sentir irresponsável ou incompetente. Então, mudanças na intimidade podem ser experimentadas, manifestadas por um decréscimo nas trocas afetivas entre o paciente e a família (WILSON *et al.*, 1996b).

Essa ferramenta é muito útil quando nos deparamos com situações de doenças agudas, de hospitalizações ou acompanhamento das doenças

crônicas, pois a família deverá negociar, entre seus membros, possíveis alterações de papéis decorrentes das crises familiares advindas dessas situações (MOYSÉS e SILVEIRA FILHO, 2002). Ela também pode ser usada para entender como uma família está lidando com alterações no ciclo de vida, ou na avaliação de disfunções conjugais ou familiares (WILSON *et al.*, 1996b).

#### \_\_\_\_\_ Modelo P.R.A.C.T.I.C.E. de avaliação da família

Segundo Moysés e Silveira Filho (2002), o esquema P.R.A.C.T.I.C.E. opera por momentos de entrevista familiar e representa o acróstico das seguintes palavras do original em inglês: *problem, roles, affect, communication, time in life, illness, coping with stress, environment/ecology*.

Esse modelo facilita o desenvolvimento da “avaliação familiar”, fornecendo as informações sobre que intervenções podem ser utilizadas para manejar aquele caso específico. Ele pode ser usado para itens da ordem médica, comportamental e de relacionamentos (WALTERS, 1996).

O esquema P.R.A.C.T.I.C.E. foi desenvolvido para o manejo das situações mais difíceis. É focado na resolução de problemas, o que permite uma aproximação com várias interfaces que criam problemas para as famílias analisadas. Deve ser aplicado sob a forma de uma conferência familiar e a abordagem pode se dar em diversas aproximações (MOYSÉS e SILVEIRA FILHO, 2002):

##### P – Problema apresentado (*Problem*)

Este momento auxilia a ESF a compreender o significado daquele problema, muitas vezes o motivo da queixa, da autopercepção e da busca de atendimento por parte da família. Permite compreender como aquela família vê e enfrenta o problema (MOYSÉS e SILVEIRA FILHO, 2002).

Nem todas as informações podem ser obtidas nos primeiros minutos, mas enunciar os problemas em algum ponto e observar como a família reage é parte importante da entrevista de ajuda. O clínico tem de evitar proteger e expor uma “vítima” da família e tem de ter tato, ser neutro e enfático com os membros da família (WILSON *et al.*, 1996a).

##### R – Papéis e estrutura (*Roles and structure*)

O momento aprofunda aspectos do desempenho dos papéis de cada um dos membros e como eles evoluem a partir dos seus posicionamentos (MOYSÉS e SILVEIRA FILHO, 2002).

#### A – Afeto (*Affect*)

O momento reconhece como se estabelecem as demonstrações de afeto entre os familiares e como essa troca afetiva pode interferir, positivamente ou negativamente, no problema apresentado (MOYSÉS e SILVEIRA FILHO, 2002).

#### C – Comunicação (*Communication*)

O momento ajuda a observar como se dá a comunicação verbal e não verbal dentro da família (MOYSÉS e SILVEIRA FILHO, 2002).

#### T – Tempo no ciclo de vida (*Time in life*)

O momento correlaciona o problema com as tarefas esperadas dentro do ciclo de vida a serem desempenhadas pelos membros daquela família, tentando verificar onde pode estar situada a dificuldade (MOYSÉS e SILVEIRA FILHO, 2002).

#### I – Doenças na família, passadas e presentes (*Illness in family*)

O momento resgata a morbidade familiar, valoriza as atitudes e os cuidados diante das situações vividas e trabalha com a perspectiva de longitudinalidade do cuidado, contando com o suporte familiar (MOYSÉS e SILVEIRA FILHO, 2002).

#### C – Lidando com o estresse (*Coping with stress*)

O momento parte das experiências descritas, buscando identificar fontes de recursos internos à própria família, que possam ser mobilizados para o enfrentamento do problema atual (MOYSÉS e SILVEIRA FILHO, 2002).

Como a família lidou com as crises no passado? Como lida com a crise presente? Quão compreensivos e coesos eles foram e são agora? Quais são as forças e os recursos da família? O papel do profissional é identificar as forças, explorar alternativas de enfrentamento, se requeridas, e intervir se a crise estiver fora do controle (WILSON *et al.*, 1996a).

#### E – Meio ambiente ou Ecologia (*Environment or Ecology*)

O momento identifica o tipo de sustentação familiar e como podem ser mobilizados todos os recursos disponíveis para manejar o problema em questão. Isso inclui as redes sociais e de vizinhança, bem como questões mais estruturais, como coesão social e determinantes sociais no trabalho, na renda, no saneamento, na escolaridade, entre outros (MOYSÉS e SILVEIRA FILHO, 2002).

O profissional de saúde pode ser de ajuda para a família explorando os recursos familiares estendidos, suporte religioso, questões legais, recursos de saúde da família e fatores culturais (WILSON *et al.*, 1996a).

Muitas das informações necessárias para essa ferramenta podem ser extrapoladas de uma discussão geral com a família sobre a percepção do problema presente. Sugere-se que entre uma e três linhas sejam necessárias para cada um dos oito setores do modelo. Deve ser notado que nem todas as áreas cobertas pelo P.R.A.C.T.I.C.E. serão necessariamente vistas em uma intervenção específica (WALTERS, 1996).

#### \_\_\_\_\_ Estrutura e Dinâmica Familiar<sup>34</sup>

De acordo com Kreppner e Von Eye (1989), a formação dos subsistemas, a definição das fronteiras entre eles e as relações entre os elementos de um sistema são abstrações que auxiliam a análise do complexo fenômeno do desenvolvimento familiar e das mudanças nos comportamentos dos membros familiares ao longo do ciclo vital.

Essas abstrações referem-se à estrutura e à dinâmica das famílias que, por sua vez, caracterizam as configurações familiares.

Cervený e Berthoud (1997, 2002) consideram como componentes da estrutura familiar as características objetivas que permitem dar configuração ao grupo familiar, tais como: número de componentes, sexo, idade, religião, moradia, nível econômico, profissão, escolaridade, tipo de casamento, tempo de casamento, quem trabalha, cor, raça, *background* étnico e cultural.

As características subjetivas referentes à maneira como os membros familiares se relacionam conferem indícios da dinâmica da família. Considera-se como dinâmica familiar a forma como os membros da família relacionam-se, como estabelecem e mantêm vínculos, como lidam com problemas e conflitos, os rituais que cultivam, a qualidade das regras familiares,

---

<sup>34</sup> Este texto foi transcrito, com pequenas adequações e complementações, para atender ao propósito desta oficina, do artigo **Reflexão e Crítica**, de Naiane Carvalho Wendt e Maria Aparecida Crepaldi, publicado em 2008. A referência completa deste livro encontra-se na lista de Referências Bibliográficas.

a definição de sua hierarquia e o delineamento dos papéis assumidos pelos membros da família (CERVENY e BERTHOUD, 2002).

Para Minuchin (1982), um dos principais meios de acesso à estrutura e à dinâmica da família é a análise dos subsistemas familiares. Um indivíduo pode participar de diferentes subsistemas nos quais terá diferentes níveis de poder, aprenderá diferentes habilidades e manterá diferentes relações complementares. Cada subsistema familiar realiza e formula funções e demandas específicas de cada um de seus membros, sendo que o desenvolvimento das competências pessoais adquiridas em cada um desses subsistemas depende do grau de autonomia atingido por eles. De acordo com Andolfi *et al.* (1984), a capacidade de mudar, participar, deslocar-se, separar-se e pertencer a diversos subsistemas permite aos indivíduos exercerem, junto à família, funções únicas, trocar e adquirir funções e, desse modo, expressar aspectos mais diferenciados de si mesmos.

#### \_\_\_\_\_ Referências Bibliográficas

ANDOLFI, M.; ANGELO, C.; MENGHI, P.; NICOLO-CORIGLIANO, A. M. **Por trás da máscara familiar: um novo enfoque em terapia da família**. 3. ed. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1984.

CERVENY, C. M. O.; BERTHOUD, C. M. **Família e ciclo vital: nossa realidade em pesquisa**. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 1997.

\_\_\_\_\_. **Visitando a família ao longo do ciclo vital**. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 2002.

CHRISTIE-SEELY, J.; TALBOT, Y. **Working with families in primary care: a systems approach to health and illness**. New York: Praeger, 1984.

DITTERICH; GABARDO; MOYSÉS. **As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas Equipes de Saúde da Família de Curitiba, PR**, 2009.

FRANCO, T. B.; MEHRY, E. **PSF: contradições e novos desafios**. 1999. Disponível em: <www.datasus.gov.br/csn>. Acesso em: 10 nov. 2001.

GOMES, H. S. Educação para família: uma proposta de trabalho preventivo. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 34-9, jan./jun. 1994.

HAYAKAWA, L. Y. *et al.* Rede social de apoio à família de crianças internadas em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 3, maio/jun. 2010.

KREPPNER, K.; VON EYE, A. Family systems and family development: the selection of analytical units. In: KREPPNER, K.; LERNER, R. M. (eds.). **Family systems and life-span development**. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 1989. p. 247-269.



MACIEL, R. A. **Sobre as circunstâncias em que transcorreu a infância de jovens que moraram nas ruas do município de São Paulo e os possíveis efeitos sobre suas personalidades.** São Paulo, 2005. 353 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

MATLACK, J. Breaking free of the family tree. **Health**, San Francisco, v. 15, n. 1, p. 80-6, Sept. 2001.

McDANIEL, S. H. *et al.* **Terapia familiar médica: um enfoque biopsicossocial às famílias com problemas de saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

McGOLDRICK, M.; GERSON, R. **Genogramas en la evaluacion familiar.** 5.ed. Barcelona, España: Gedisa, 2005.

MINUCHIN, S. **Famílias: funcionamento e tratamento.** Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1982.

MOYSÉS, S. J.; SILVEIRA FILHO, A. D. **Os dizeres da boca em Curitiba: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis.** Rio de Janeiro: Cebes, 2002. p. 155-60.

MOYSÉS, S. T. *et al.* Ferramenta de descrição da família e dos seus padrões de relacionamento: genograma: uso em saúde da família. **Revista Médica do Paraná**, Curitiba, v. 57, n. 1/2, p. 28-33, jan./dez. 1999.

RAKEL, R. E. **Tratado de medicina de família.** 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

SILVEIRA FILHO, A. D. O uso das ferramentas de saúde da família na construção do cuidado em saúde. In: ARCHANJO, D. R. *et al.* **Saúde da Família na atenção primária.** Curitiba: IBPEX, 2007. p. 101-23.

VELSCHAN, B. C. G. *et al.* Perfil do profissional de saúde da família. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 5, p. 314-6, set./out. 2002.

WAGNER, H. L. *et al.* Trabalhando com famílias em saúde da família. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 3, n. 8, p.10-4, jun./nov. 2001.

WALTERS, I. P.R.A.C.T.I.C.E.: Ferramenta de acesso à família. In: WILSON, L. **Trabalhando com famílias: livro de trabalho para residentes.** Curitiba: SMS, 1996. p. 46-7.

WENDT, Naiane Carvalho; CREPALDI, Maria Aparecida. **Reflexão e Crítica**, v. 21, n. 2, p. 302-310, Universidade Federal de Santa Catarina, 2008.

WILSON, L.; BECKER, I. O Genograma. In: WILSON, L. **Trabalhando com famílias: livro de trabalho para residentes.** Curitiba: SMS, 1996. p. 40-2.

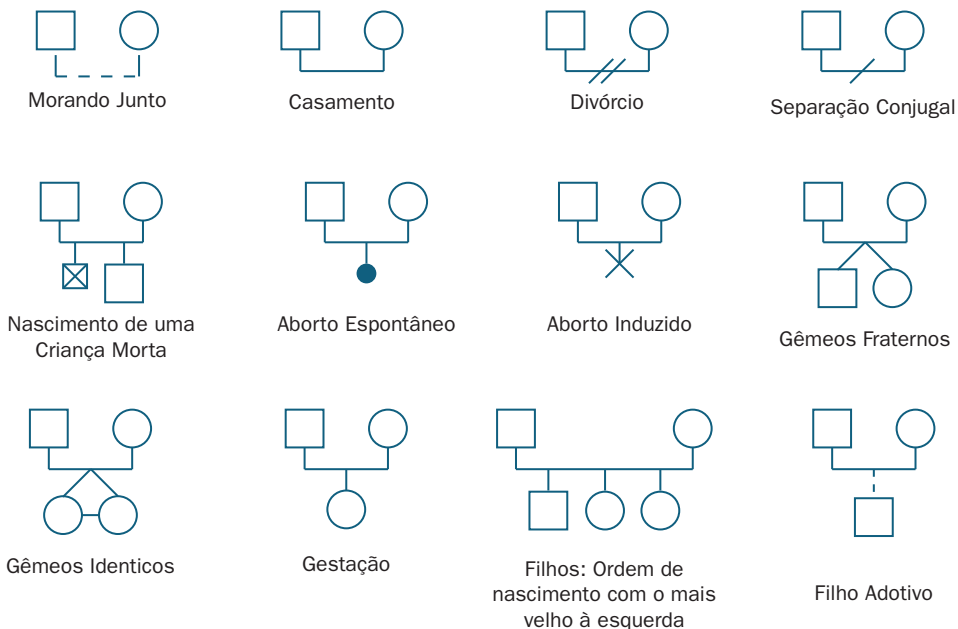
WILSON, L. *et al.* A morte e paciente terminal. In: WILSON, L. **Trabalhando com famílias: livro de trabalho para residentes.** Curitiba: SMS, 1996a. p. 31-5.

\_\_\_\_\_. O modelo F.I.R.O. de estudo de família. In: WILSON, L. **Trabalhando com famílias: livro de trabalho para residentes.** Curitiba: SMS, 1996b. p. 43-5.

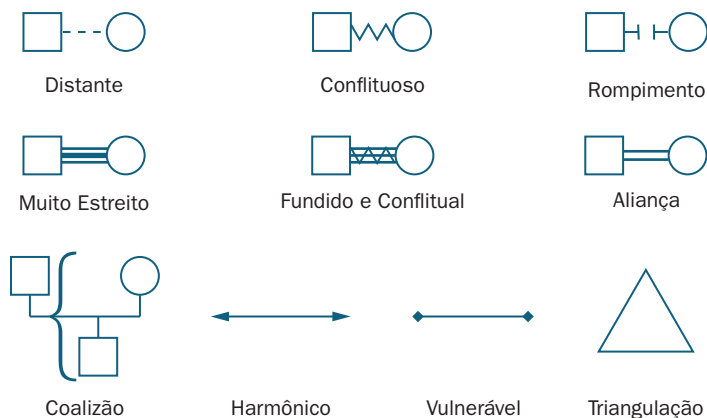
## Símbolos Genograma (com base em McGoldrick & Gerson, 1995; Minuchin, 1982)



n.23  
Atenção Primária à  
Saúde (APS)



Relacionamentos:



## Exercício em grupo

Tempo estimado: 1 hora.

Faça o Genograma do exemplo abaixo:

Dados fictícios de uma família, relativos à data de 27/1/2010.

Paciente índice: SMS, 22 anos, diabética, renda mensal de dois salários mínimos. É a segunda filha de uma família de quatro filhos, com as seguintes idades: 23, 19 e 12. Seus pais (JOS, 45 anos e MJS, 43 anos) são casados há 25 anos. SMS tem filhas gêmeas idênticas (ALS e AMS, 3 anos) e um aborto espontâneo em 2/3/2008, de cujo pai (FMS, 25 anos) está separada. Atualmente, SMS está morando com PRJ (26 anos) e tem um filho (ACJ, 5 meses). As filhas gêmeas de SMS possuem uma relação estreita com a tia de 19 anos. SMS mantém um relacionamento conflituoso com seu pai. O pai de SMS é portador de hipertensão arterial, recebe três salários mínimos por mês. A mãe é diabética e o irmão de 12 anos apresenta deficiência mental.

OBS.: O Genograma deve ficar anexado ao prontuário de SMS, acessível a todos os profissionais da equipe, devendo ser constantemente avaliado e atualizado.

O Genograma é um instrumento de fácil construção e interpretação. Reúne os principais problemas sociais, biológicos e de relação interpessoais. Tem o efeito visual de um gráfico, o que facilita a visualização rápida do contexto familiar, por isso consideramos importante sua utilização pela ESF.

## Plenária

Apresentação da síntese e da discussão dos trabalhos dos grupos

Sugestão: A fim de garantir o debate, é interessante que cada grupo tenha de 5 a 8 minutos para apresentação.

Tempo estimado: 45 minutos.

## Aula Interativa

### Genograma

Sistematização do tema

Tempo estimado: 45 minutos.

### **Atividade de dispersão**

Tempo estimado: 45 minutos.

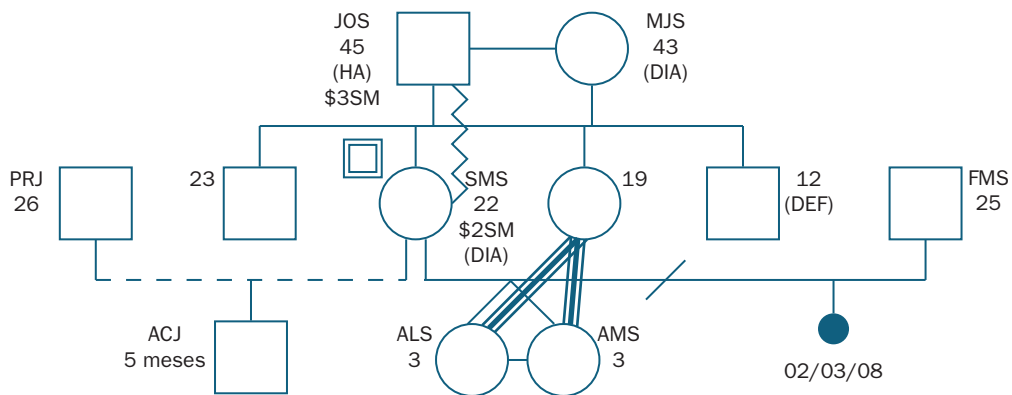
Cada grupo deverá escolher, no município, uma UBS de forma aleatória, escolher 10 prontuários e fazer uma análise sobre a qualidade dos registros e os cuidados oferecidos pelos profissionais.

- Após essa atividade, elaborar uma proposta de implantação do prontuário familiar na UBS do município e apresentar o Genograma de uma família daquela UBS.

### **Avaliação e encerramento da oficina**

Tempo estimado: 30 minutos.

## Genograma do Exercício





## OFICINA VIII

---





## Oficina VIII

# A Organização da Assistência Farmacêutica

---

9

A oficina propõe uma reflexão sobre a organização da assistência farmacêutica no âmbito da APS, o planejamento das ações relacionadas ao ciclo da assistência farmacêutica e sua importância para a melhoria dos resultados da atenção à saúde.

### \_\_\_\_\_ **Objetivo**

Compreender a importância da estruturação da assistência farmacêutica na organização da APS.

### \_\_\_\_\_ **Objetivos específicos**

1. Realizar o alinhamento conceitual sobre a terminologia utilizada na assistência farmacêutica.
2. Conhecer as ferramentas de planejamento das ações relacionadas ao ciclo da assistência farmacêutica (seleção, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação).
3. Compreender a importância do profissional farmacêutico nas equipes da APS.
4. Compreender as responsabilidades das instâncias gestoras em relação à assistência farmacêutica.
5. Compreender a importância do acompanhamento fármaco-terapêutico e a promoção do uso racional de medicamentos na APS.
6. Apresentar um plano para a assistência farmacêutica no estado/municípios.

## PROGRAMAÇÃO DA OFICINA

### 1º dia

n.23  
Atenção Primária à  
Saúde (APS)

TEMPO ESTIMADO	HORÁRIO	ATIVIDADE	TEMA
30min		Reencontro dos participantes	Apresentação dos objetivos da Oficina 8
1h e 30min		Apresentação dos trabalhos de dispersão da Oficina 7	Abordagem Familiar e Prontuário Familiar
15min		Intervalo	
1h		Trabalho em grupos: leitura de texto 1 – Estudo dirigido	O Sistema de Assistência Farmacêutica na organização das Redes de Atenção à Saúde
45min		Plenária	Apresentação dos trabalhos em grupos
1h e 30min		Intervalo para almoço	
1h e 30min		Trabalho em grupos: leitura de texto 2 – Estudo dirigido	A farmácia clínica para a melhoria da qualidade da APS
30min		Plenária	Apresentação dos trabalhos em grupos
15min		Intervalo	
1h e 30min		Painel	Apresentação de experiências bem-sucedidas na assistência farmacêutica no estado e nos municípios
15min		Encerramento	Avaliação das atividades do dia

## 2º dia

TEMPO ESTIMADO	HORÁRIO	ATIVIDADE	TEMA
1h e 30min		Aula interativa	As diretrizes estaduais para a área de assistência farmacêutica e o papel dos municípios
30min		Debate	
15min		Intervalo	
1h e 30min		Trabalho em grupos: Exercício	Elaboração de proposta de estruturação e planejamento da assistência farmacêutica para apoiar ações de saúde, organizadas em redes de atenção (modelagem do Sistema de Apoio/Atenção da Assistência Farmacêutica)
1h e 30min		Almoço	
45min		Continuação do trabalho em grupos	
30min		Plenária	Apresentação dos trabalhos em grupos
15min		Intervalo	
1h		Trabalho em grupos: Estudo de caso	Exercício com estudo de caso, elaborado pela SES, envolvendo a prescrição e o uso de medicamentos
30min		Plenária	Apresentação dos trabalhos em grupos
30min		Plenária	Apresentação da atividade para o trabalho de dispersão
30min		Plenária	Avaliação da Oficina 8 e encerramento

## ROTEIRO DAS ATIVIDADES

### 1º DIA

#### Abertura

Tempo previsto: 30 minutos.

Como sugestão, recomenda-se que o responsável, após saudar os participantes, inicie uma dinâmica de “bom retorno”, fazendo uma retrospectiva das atividades e das questões trabalhadas nas oficinas anteriores e um *link* com o tema e os objetivos desta oficina.

Apresentar a sistemática a ser adotada, ressaltando a importância da troca de experiências entre os participantes e a possibilidade de incorporação e adequação à realidade vivenciada pelos profissionais no nível local. Nas apresentações dos grupos, procurar que a experiência e a realidade vivenciada pelos participantes sejam contempladas.

#### **Apresentação dos trabalhos realizados no período de dispersão.**

Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos.

#### **Trabalho em grupos: leitura do texto 1**

##### **A assistência farmacêutica como sistema de apoio das redes de atenção à saúde.**

Tempo previsto: 1 hora.

Sugestão:

· Após a leitura, discutir o texto, utilizando como apoio as questões sobre o tema propostas a seguir.

1. Avaliar como está a organização da assistência farmacêutica em seus municípios, incluindo aspectos relacionados a: ciclo da assistência farmacêutica, acesso, acompanhamento farmacoterapêutico, estratégias de promoção do uso racional de medicamentos e acompanhamento farmacoterapêutico dos usuários.

2. Discutir os aspectos a serem contemplados na realização do planejamento da assistência farmacêutica.

3. O que o grupo entende por farmácia clínica e qual sua importância?

#### **TEXTO 1 – O Sistema da Assistência Farmacêutica na**

##### **Organização das Redes de Atenção à Saúde<sup>35</sup>**

O sistema de assistência farmacêutica envolve organização complexa estruturada a partir de um grupo de atividades relacionadas com os medicamentos, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Engloba intervenções logísticas relativas à seleção, à programação,

---

<sup>35</sup> Este texto foi transcrito, com pequenas adequações, para atender ao propósito desta oficina, do livro *As redes de atenção à saúde*, de autoria de Eugênio Vilaça Mendes, publicado em 2009. A referência completa deste livro encontra-se na lista de Referências Bibliográficas.

à aquisição, ao armazenamento e à distribuição dos medicamentos, bem como ações assistenciais desenvolvidas pela farmácia clínica, entre elas: o formulário terapêutico, a dispensação, a adesão ao tratamento, a conciliação de medicamentos e a farmacovigilância. Os ciclos logísticos, bem como a farmácia clínica, devem estar apoiados pela farmacoeconomia e pela farmacoepidemiologia (BRASIL, 2002; MARIN *et al.*, 2003; GOMES *et al.*, 2007).

A questão da assistência farmacêutica pode ser abordada a partir de múltiplas facetas. Nesse texto, é abordada sob a perspectiva de sua micro-gestão, em especial sob aspectos relacionados à sua logística e às intervenções assistenciais nos níveis primário, secundário e terciário das redes de atenção à saúde, sem considerar os aspectos das macropolíticas de medicamentos que são, também, muito relevantes.

A importância dos medicamentos na atenção à saúde é crescente, seja do ponto de vista econômico, seja do ponto de vista sanitário.

Na Europa, entre 4% a 34% das pessoas maiores de 65 anos de idade utilizam cinco ou mais medicamentos (JUNIUS-WALKER *et al.*, 2007), sem, contudo, se saber muito sobre os efeitos do uso combinado de vários medicamentos (NOLTE e MCKEE, 2008). Boyd *et al.* (2005) mostraram que, seguindo-se as diretrizes clínicas existentes, uma mulher com 75 anos de idade, portadora de doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes tipo 2, hipertensão, osteoartrite e osteoporose tomaria 12 medicamentos, uma mistura que representa alto risco para a saúde dessa senhora.

Sob a perspectiva econômica, os gastos com medicamentos constituem o segundo maior item de despesa dos sistemas de atenção à saúde, somente superados pelos gastos na atenção hospitalar. Além disso, os gastos com medicamentos são crescentes, o que decorre da conjunção de três fatores: o aumento do número de pessoas que consomem medicamentos; o aumento do número de medicamentos prescritos por pessoa; e o custo das prescrições que envolvem medicamentos que são inovações tecnológicas. Em geral, o crescimento dos gastos com a assistência farmacêutica supera o incremento do produto interno bruto dos países, gerando problemas de financiamento. No Canadá, o gasto com medicamentos em relação aos gastos totais de saúde subiu de 9,5%, em 1985, para 17%, em 2006. Os gastos *per capita* com medicamentos aumentaram de 735 dólares canadenses, em 2005, para 773 dólares, em 2006, um incremento de 5,1%, muito superior

à inflação. Desde 1997, entre as principais categorias de gastos em saúde, o gasto com medicamentos foi o segundo de maior volume, superado apenas pelos gastos hospitalares. Dos gastos hospitalares, os medicamentos respondem por 57% do valor total e superou em muito os gastos com os médicos (CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION, 2006).

Os gastos com medicamentos, se projetados em uma perspectiva futura, tenderão a aumentar em razão da transição demográfica. Estudos realizados na Itália mostraram que há uma concentração dos gastos com medicamentos na população com mais de 65 anos de idade. Por exemplo, o grupo de 70 a 75 anos, que constitui 5% da população, é responsável por 13% dos gastos totais com medicamentos naquele país (MEANA, 2007).

Outro problema da assistência farmacêutica reside na desigualdade de acesso. No Brasil, segundo dados de 2002 da Febrapharma, 15% da população com renda superior a 10 salários mínimos consomem 48% dos medicamentos, enquanto 51% da população com renda menor que quatro salários mínimos consomem, apenas, 16% (VALENTE, 2004).

Do ponto de vista sanitário, o uso inadequado dos medicamentos pode produzir resultados desastrosos. Nos Estados Unidos, metade das mortes causadas por intervenções do sistema de atenção à saúde é resultante de reações adversas pelo uso de medicamentos, o que poderia representar até 50 mil mortes por ano (INSTITUTE OF MEDICINE, 1999). Naquele país, o uso inadequado dos medicamentos é responsável por 9 milhões de internações hospitalares por ano e por um gasto anual de 75 bilhões de dólares, valor semelhante ao que gasta com o controle do diabetes. Na América Latina, verificou-se, por meio de 644 estudos, que menos de 40% das pessoas usuárias dos sistemas de saúde foram tratadas com medicamentos que seguiam os padrões definidos em diretrizes clínicas (ROJAS, 2006). Em São Paulo, no período de janeiro de 2005 a março de 2006, o Núcleo de Farmacovigilância da Secretaria de Estado da Saúde recebeu, aproximadamente, 9 mil notificações de suspeitas de reações adversas a medicamentos (BARATA e MENDES, 2007).

Por essas razões econômicas e sanitárias, impõe-se, nas redes de atenção à saúde, organizar a assistência farmacêutica, como um de seus sistemas transversais de apoio.

Uma boa organização da assistência farmacêutica apresenta resultados muito favoráveis, tanto na experiência internacional quanto nacional.

Experiências desenvolvidas por operadoras de planos de saúde nos Estados Unidos mostraram que cada dólar investido na organização do sistema de assistência farmacêutica gerou uma economia de seis dólares em internações hospitalares e cirurgias (VALENTE, 2004). No Brasil, uma experiência feita por uma operadora de saúde suplementar, com fornecimento de auxílio-medicamento para aquisição daqueles de uso contínuo, utilizados por pacientes portadores de doenças crônicas, como diabetes, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca e doença pulmonar crônica, mostrou resultados econômicos muito positivos (BARROCA, 2004).

O sistema de assistência farmacêutica engloba dois grandes componentes: a logística dos medicamentos e a farmácia clínica. Por isso, na construção das redes de atenção à saúde, a organização desta área deverá considerar essas duas dimensões. Em geral, no Brasil, prevalece o esforço relativo à organização do ciclo logístico e despende-se pouco esforço na organização do componente assistencial, em especial no desenvolvimento de atividades relacionadas à farmácia clínica. Há de se considerar que todas as atividades desenvolvidas pela assistência farmacêutica devem ocorrer de forma ordenada, pois uma atividade executada de forma imprópria ou fragmentada prejudicará todas as demais atividades a ela relacionadas (CONASS, 2007).

---

#### **Ciclo Logístico da Assistência Farmacêutica: Seleção, Programação, Aquisição, Armazenamento e Distribuição**

A **seleção** dos medicamentos constitui o eixo central do ciclo logístico da assistência farmacêutica e materializa-se em uma relação de medicamentos padronizados. Tem como objetivos proporcionar ganhos terapêuticos e econômicos, melhorar a resolutividade da atenção, promover o uso racional e minimizar custos (MARIN *et al.*, 2003). A realização de uma seleção adequada pressupõe a instituição de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica, com caráter multidisciplinar, composta por médicos, farmacêuticos, enfermeiros, farmacologistas clínicos, farmacoepidemiologistas e outros. Contudo, na perspectiva da organização da atenção à saúde na forma de redes de atenção, a gestão da clínica é um dos seus elementos constitutivos e tem por base o estabelecimento de diretrizes clínicas, ferramenta importante para selecionar os medicamentos a serem disponibilizados e utilizados na atenção à saúde.

A **programação** dos medicamentos é a atividade que tem como objetivo a garantia da disponibilidade dos medicamentos previamente selecionados, nas quantidades adequadas e no tempo oportuno, para atender às necessidades de uma população determinada, considerando-se certo período de tempo (MARIN *et al.*, 2003). Existem vários métodos para realizar a programação das necessidades dos medicamentos, sendo os principais a programação com base no perfil epidemiológico, pela oferta de serviços, pelo consumo histórico e pelo consumo ajustado (MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH, 1997). Na perspectiva das redes de atenção à saúde e da gestão da clínica, a programação de medicamentos faz-se de forma ascendente, tendo por base o perfil epidemiológico da população. A programação dos medicamentos é parte da tecnologia de gestão da condição de saúde e feita a partir da planilha de programação contida nas linhas-guia e nos protocolos clínicos, com base na estratificação dos riscos das condições de saúde de cada pessoa usuária do sistema de saúde e cadastrada nas unidades de saúde.

A **aquisição** dos medicamentos constitui um conjunto de procedimentos pelos quais se efetua o processo de compra dos medicamentos definidos na programação, com o objetivo de disponibilizá-los em quantidade, qualidade e custo/efetividade, visando manter a regularidade e o funcionamento do sistema de assistência farmacêutica. A aquisição dos medicamentos envolve múltiplas dimensões: a jurídica, com o cumprimento das formalidades legais; a técnica, assegurando o atendimento às especificações técnicas estabelecidas; a administrativa, com seleção dos fornecedores e cumprimento dos prazos de entrega; e a financeira, relacionada à disponibilidade orçamentária e financeira, aos ganhos de escala e à avaliação de mercado (CONASS, 2007).

O **armazenamento** dos medicamentos envolve uma série de procedimentos técnicos e administrativos, entre eles as atividades de recebimento, estocagem, segurança, conservação e controle dos estoques. O armazenamento adequado reduz as perdas de medicamentos, garante a preservação da qualidade dos fármacos e envolve várias atividades, entre elas o cumprimento das boas práticas de armazenagem, a qualificação do recebimento dos medicamentos e o controle dos estoques (CONASS, 2007).

A **distribuição** dos medicamentos faz-se a partir da programação feita por diferentes solicitantes e tem por objetivo suprir as necessidades de medicamentos por um período determinado de tempo. Uma distribuição ade-



quada dos medicamentos deve garantir a rapidez na entrega, a segurança, o transporte adequado e um sistema de informação e controle eficiente (MARIN *et al.*, 2003).

Um segundo componente do sistema de assistência farmacêutica é a **farmácia clínica**.

Além dos aspectos logísticos, a farmácia clínica é componente fundamental na assistência farmacêutica. Trata-se de componente fundamental para o desenvolvimento de suas ações e atividades. Para corroborar com essa afirmação, basta verificar o crescimento da oferta de medicamentos e dos efeitos adversos advindos com seu uso inadequado. Em 2007, havia mais de 13 mil drogas diferentes à venda nos Estados Unidos, 16 vezes mais que a quantidade disponível 50 anos atrás. Com a quase infinita possibilidade de combinações dessas drogas, em razão de diferentes condições de saúde, torna-se muito difícil prever e monitorar as interações adversas (CHRISTENSEN *et al.*, 2009).

No entanto, o componente da farmácia clínica tem sido negligenciado ou ignorado na assistência farmacêutica, o que tem como consequência a obtenção de resultados econômicos e sanitários inadequados em relação aos resultados esperados com o uso dos medicamentos. Uma explicação para essa subvalorização da farmácia clínica pode estar no tecnicismo da prática e na formação deficiente dos farmacêuticos para desenvolverem atividades relacionadas a essa atividade. Nesse sentido, Marin *et al.* (2003) afirmam que a sobrevalorização das atividades relacionadas à aquisição, ao armazenamento e à distribuição e o afastamento dos farmacêuticos das outras ações que integram a assistência farmacêutica geraram, no Brasil, uma visão fragmentada da assistência farmacêutica. Contudo, a razão fundamental para a sobrevalorização do ciclo logístico nesta área pode estar na visão equivocada que prioriza o medicamento, como principal, quando não o único, objetivo da assistência farmacêutica. Uma nova proposta para a área da assistência farmacêutica desloca o centro da sua atenção, colocando como seu sujeito as pessoas usuárias do sistema de atenção à saúde. A introdução de atividades relacionadas à farmácia clínica possibilita que o farmacêutico passe a exercer novo papel. De um profissional cujas atividades estão centradas nos medicamentos, amplia suas atividades, passando a integrar a equipe multiprofissional de saúde, interagindo com os demais profissionais

e relacionando-se com as pessoas, suas famílias e a comunidade. Acompanha os resultados da farmacoterapia, monitora efeitos adversos, interações, orienta sobre o uso correto dos medicamentos, sobre os riscos da automedicação, promovendo a adesão ao tratamento e o uso racional de medicamentos. Esta atitude propicia que este profissional estabeleça relação de confiança e vínculos com a população e com os usuários de medicamentos, contribuindo para a humanização do atendimento aos usuários e para a resoluibilidade das práticas clínicas adotadas pela equipe de saúde.

Revisão da literatura internacional mostra que há evidências sobre os resultados positivos da introdução da farmácia clínica nos sistemas de atenção à saúde. Estudo randomizado feito para medir os resultados da introdução do farmacêutico clínico na atenção primária à saúde mostrou uma redução de prescrições inadequadas e dos efeitos adversos em 208 idosos que tomavam cinco ou mais medicamentos (HANLON *et al.*, 1996). Outro estudo randomizado sobre o trabalho conjunto de médicos e farmacêuticos, feito com 95 adultos portadores de hipertensão arterial, concluiu que as pessoas atendidas conjuntamente por esses profissionais apresentavam 55% de chance de alcançar as metas de controle de pressão, enquanto dos pacientes que receberam atenção convencional, sem trabalho conjunto desses profissionais, apenas 20% apresentavam a chance de atingir essas metas (BODGEN *et al.*, 1998). Estudo randomizado que avaliou pacientes com hipertensão arterial manejados conjuntamente por médicos da atenção primária e farmacêuticos demonstrou que o trabalho integrado desses profissionais melhorou o controle da pressão arterial e reduziu os custos médios por consulta (BORENSTEIN, 1998). Ensaio randomizado com 181 portadores de insuficiência cardíaca mostrou que a inserção do farmacêutico na equipe multidisciplinar de saúde ocasionou uma redução da mortalidade; a ação do farmacêutico envolveu avaliação da medicação utilizada, recomendações aos médicos, educação das pessoas usuárias e seguimento do tratamento medicamentoso por meio de chamadas telefônicas (GATTIS *et al.*, 1999). Documento do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, que analisou o trabalho de farmacêuticos que atuavam com os médicos generalistas, concluiu que esse trabalho conjunto aumentou as revisões do tratamento com medicamentos e assegurou que as pessoas usuárias recebessem os cuidados de que necessitavam (DEPARTMENT OF HEALTH, 2002). Ensaio randomizado

feito no Canadá mostrou que a introdução do farmacêutico clínico em uma equipe multidisciplinar de saúde melhorou a qualidade da prescrição e da atenção prestada a 80 pacientes portadores de insuficiência cardíaca (BUCCI *et al.*, 2003). Estudo randomizado constatou que a integração do farmacêutico na atenção ajudou a reduzir a prescrição inapropriada de medicamentos, melhorou o manejo da doença e aumentou a adesão ao tratamento (TAYLOR *et al.*, 2003). Revisão realizada pela Cochrane, envolvendo aproximadamente 40 farmacêuticos e 16 mil pacientes, mostrou que o envolvimento desse profissional nas atividades clínicas melhorou a educação das pessoas e dos médicos sobre o tratamento (BENEY *et al.*, 2004).

As evidências comprovam a necessidade da valorização das atividades relacionadas à farmácia clínica. Nesse sentido, pode-se mencionar a advertência apresentada por Wiedenmayer *et al.* (2006):

Os farmacêuticos deveriam sair de trás do balcão e começar a servir ao público, provendo cuidado ao invés de apenas pílulas. Não há futuro no simples ato de dispensar. Essa atividade pode e será feita pela internet, por máquinas e/ou técnicos bem treinados. O fato do farmacêutico ter uma formação acadêmica e atuar como um profissional de saúde o coloca na obrigação de servir à comunidade de uma forma melhor do que faz atualmente.

### Referências bibliográficas

BARATA, L. R. B.; MENDES, J. D. V. A garantia pública de medicamentos é realidade recente no Brasil. In: **Seminário Internacional sobre Inovações na Gestão de Saúde Pública**, São Paulo, 2007.

BARROCA, J. L. Programa de benefícios farmacêuticos como estratégia de gestão de saúde. In: **I Seminário Internacional de Tecnologias Gerenciais em Saúde**, Curitiba, 2004.

BENEY, J. *et al.* Expanding the roles of outpatient pharmacists: effects on health services utilization, costs, and patients outcomes (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**, Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, 2004.

BODGEN, P. E. *et al.* Comparing standard care with a physician and pharmacist team approach for uncontrolled hypertension. **J. Gen. Int. Med.**, n. 13, p. 740-745, 1998.

BORENSTEIN, J. E. *et al.* Physician – pharmacist co management of hypertension: a randomized, comparative trial. **Pharmacotherapy**, n. 23, p. 209-216, 2003.

BOYD, M. L. *et al.* Community based case management for chronically ill older adults. **Nursing Management**, n. 27, p. 31-32, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. 6. ed., Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2002.

BUCCI *et al.* Pharmacist's contribution in a heart function clinic: patient perception and medication appropriateness. **Can. J. Cardiol**, n. 19, p. 391-396, 2003.

CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION. **Drug Expenditures in Canada, 1985 to 2006**. Ottawa: CIHI, 2007.

CHRISTENSEN, C. M. *et al.* **Inovação na gestão de saúde**: a receita para reduzir custos e aumentar qualidade. Porto Alegre: Bookman, 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Assistência Farmacêutica no SUS**. Brasília: CONASS, 2007. (Coleção Progestores).

DEPARTMENT OF HEALTH. **Chronic disease management and self-care**. London: Stationery Office, 2002.

GATTIS, A. *et al.* Reduction in heart failure management team: results of pharmacist in heart failure assessment recommendation and monitoring (PHARM) study. **Arch. Intern. Med.**, n. 159, p. 1939-1945, 1999.

GOMES, C. A. P. *et al.* **A assistência farmacêutica na atenção à saúde**. Belo Horizonte: Fundação Ezequiel Dias, 2007.

HANLON, J. T. *et al.* A randomized, controlled trial of a clinical pharmacist intervention to improve inappropriate prescribing in elderly outpatients with polypharmacy. **Am. J. Med.**, n. 100, p. 428-437, 1996.

JUNIUS-WALKER, U. *et al.* Prevalence and predictors of polypharmacy among older primary care patients in Germany. **Farm. Pract.**, n. 24, p. 14-19, 2007.

MARIN, N. *et al.* **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: Opas/OMS, 2003.

MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH. **Managing drug supply**. Connecticut, 1997.

MEANA, F. R. Inovação na gestão da saúde pública na Itália. In: **Seminário Internacional sobre Inovações na Gestão da Saúde**, São Paulo, 2007.

NOLTE, E.; MCKEE, M. Caring people with chronic conditions: a health systems perspectives – an introduction. In: NOLTE, E.; MCKEE, M. (Editors). **Caring people with chronic conditions: a health systems perspectives**. European Observatory on Health Systems and Policies: Open University Press, 2008.

ROJAS, G. C. Farmacia y Sociedad. Cartagena de las Índias. In: **Seminário internacional sobre reformas sanitárias**. Ministério de La Salud/Organizacion Panamericana de La Salud, 2006.

TAYLOR, C. T. *et al.* Improving care in rural Alabama with pharmacy initiative. **Am. J. Health Syst. Pharm.**, n. 60, p. 1123-1129, 2003.

VALENTE, V. O programa de benefícios farmacêuticos como estratégia de gestão de saúde. In: **I Simpósio Internacional de Tecnologias Gerenciais em Saúde**, Curitiba, 2004.

WIEDENMAYER, K. *et al.* **Developing pharmacy practice: a focus on patient care**. Geneva: World Health Organization, 2006.

## Plenária

Apresentação da discussão e da síntese do texto 1 feita pelos grupos.

Tempo estabelecido para essa atividade: 45 minutos.

## Trabalho em grupos – leitura do texto 2

### A farmácia clínica para a melhoria da qualidade da APS

Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos.

· Após a leitura, discutir o texto, utilizando as questões sobre o tema propostas a seguir.

1. Cite os componentes relacionados à farmácia clínica, descrevendo cada um deles.

2. Que aspectos devem ser considerados na dispensação de medicamentos?

3. Qual a importância da farmacovigilância e como incentivar os profissionais a utilizá-la?

4. O que se entende por conciliação de medicamentos, como e por quem pode ser feita?

5. Como inserir as atividades da assistência farmacêutica nas atividades e nas equipes da APS e como melhorar a interlocução do farmacêutico com os demais profissionais da equipe de saúde?

## TEXTO 2 – A Farmácia Clínica para a Melhoria da Qualidade da APS<sup>36</sup>

O componente da farmácia clínica envolve o formulário terapêutico, a dispensação, a adesão ao tratamento, a conciliação de medicamentos e a farmacovigilância.

O **formulário terapêutico** é o documento que reúne informações farmacológicas sobre os medicamentos disponíveis, destinadas a promover a prescrição e a indicação correta e o uso seguro desses produtos. Deve conter todos os medicamentos que constam da relação de medicamentos padronizados, agrupados por sistema ou classe farmacológica ou terapêutica, contemplando informações farmacêuticas, farmacológicas e terapêuticas dos medicamentos; podem apresentar, ainda, as normas e os procedimentos que disciplinam sua prescrição, dispensação e uso; entre outras informações adicionais julgadas importantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; MARIN *et al.*, 2003).

A **dispensação** objetiva garantir a entrega do medicamento correto à pessoa usuária, na dosagem e na quantidade prescritas, com fornecimento de informações e instruções necessárias para assegurar seu uso correto e acondicionamento e guarda adequados para assegurar a manutenção da qualidade do produto. Na dispensação, as informações prestadas devem ser suficientes e adequadas para o entendimento correto da forma de utilização do medicamento. Tem como função primordial informar, orientar e esclarecer dúvidas do usuário ou do responsável sobre os medicamentos prescritos e estabelecer a necessidade ou a conveniência de definir um plano de acompanhamento farmacoterapêutico com a pessoa usuária (MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH, 1997; CONASS, 2007). É possível selecionar grupos de pessoas usuárias, de medicamentos ou de doenças para as quais a dispensação seja sempre feita pelo profissional farmacêutico. Por exemplo, estabelecendo prioridades definidas (pessoas que iniciam tratamento com medicamentos para hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase e asma; prescrições com quatro ou mais medicamentos; pacientes que, de

---

<sup>36</sup> Este texto foi transcrito, com pequenas adequações, para atender ao propósito desta oficina, do livro *As redes de atenção à saúde*, de autoria de Eugênio Vilaça Mendes, publicado em 2009. A referência completa deste livro encontra-se na lista de Referências Bibliográficas.

acordo com orientação dos médicos, necessitam de orientação especial, entre outros). É importante elaborar um procedimento para ser adotado na dispensação, com as etapas e as condutas a serem seguidas. Devem incluir a verificação do conhecimento da pessoa usuária sobre sua doença, o entendimento sobre a forma de uso dos medicamentos prescritos, os esclarecimentos sobre interações com outros medicamentos, entre outras (GOMES *et al.*, 2007; SOLER, 2008).

A **adesão** ao tratamento é uma questão crítica no tratamento e deve ser trabalhada na assistência farmacêutica. Documento publicado pela Organização Mundial da Saúde enfatiza múltiplos aspectos acerca de problemas relacionados à adesão ao tratamento medicamentoso: o crescimento do uso de número elevado de medicamentos, o que dificulta a adesão ao tratamento medicamentoso (em países desenvolvidos, a adesão média é de 50% e, nos países em desenvolvimento, este percentual é menor); a obtenção de resultados insatisfatórios no tratamento. A falta de adesão acarreta resultados sanitários insatisfatórios e aumenta os custos da atenção à saúde. Assim, a melhora na adesão aos tratamentos medicamentosos tem reflexos positivos nos resultados obtidos na atenção à saúde; na condição de saúde da população; e no custo do sistema por evitar a introdução de novos tratamentos, muitas vezes de custo mais elevado.

As pessoas usuárias de medicamentos devem ser ajudadas e não responsabilizadas diretamente pela não adesão ao tratamento medicamentoso. O trabalho multidisciplinar e a participação da família e da comunidade são importantes para a adesão aos tratamentos estabelecidos (SABATÉ, 2003).

Estudos realizados nos Estados Unidos da América mostraram que a não adesão aos tratamentos medicamentosos é responsável pelo incremento das internações hospitalares, das consultas ambulatoriais e dos atendimentos de emergência, com impacto financeiro anual estimado em mais de 50 bilhões de dólares (JOHNSON; BOOTMAN, 1995). Outros estudos realizados na China, em Gâmbia e em Seychelles mostraram que, das pessoas usuárias, apenas 43%, 27% e 26%, respectivamente, seguem os tratamentos com medicamentos anti-hipertensivos prescritos; na Austrália, apenas 43% dos portadores de asma utilizam a medicação pelos tempo e período estabelecidos; em pessoas que vivem com Aids, a adesão aos medicamentos antirretrovirais varia entre 37% e 83%, na dependência das drogas utilizadas

(SABATÉ, 2003). A não adesão aos tratamentos medicamentosos está associada a vários fatores, entre eles: sociais e econômicos; relacionados à equipe e à atenção à saúde; relacionados à doença, ao tratamento; entre outros (GOMES *et al.*, 2007).

Em razão desses problemas, o desenvolvimento de atividades relacionadas à adesão aos tratamentos impõe-se na assistência farmacêutica.

A adesão, em termos mais gerais, é definida como a medida em que o comportamento de uma pessoa em relação a tomar um medicamento, seguir uma dieta e/ou adotar um novo estilo de vida está em acordo com as recomendações dos profissionais de saúde. A adesão deve ser vista como um acordo estabelecido entre a pessoa usuária e a equipe de saúde, resultante de uma relação cooperativa estabelecida entre elas (GOMES *et al.*, 2007). As intervenções devem ser discutidas e consensuadas entre a equipe e integrar o plano de cuidado de cada pessoa. Entre as intervenções efetivas para aumentar a adesão aos tratamentos medicamentosos está a adoção de equipes multiprofissionais, da promoção do autocuidado apoiado, dos cuidados farmacêuticos, do estabelecimento de diretrizes clínicas e terapêuticas, da disponibilidade de formulários terapêuticos, de novas formas de atuação como a gestão de casos para as situações indicadas, do acompanhamento e dos *feedbacks*, dos incentivos morais e econômicos (GOMES *et al.*, 2007).

A identificação das pessoas usuárias com dificuldades de adesão ao tratamento; a identificação dos fatores que levam à não adesão; a análise desses fatores; e a seleção dos pontos passíveis de intervenções efetivas são alguns dos fatores que, ao serem identificados, podem levar ao estabelecimento de um plano de intervenção e de acompanhamento, realizado em conjunto pela equipe de saúde e a pessoa usuária. O estabelecimento de metas factíveis deve integrar o plano de cuidado, promovendo ajustes, quando necessário (GOMES *et al.*, 2007). O nível de conhecimento e discernimento, muitas vezes relacionado ao nível de escolaridade e de educação sanitária, tem relação direta com a adesão aos medicamentos. Entre as habilidades cognitivas de uma pessoa, está a sua capacidade de compreender uma receita médica e de tomar os medicamentos corretamente (INSTITUTE OF MEDICINE, 2004).

Estudos revelaram que 50% dos medicamentos prescritos não são tomados corretamente pelas pessoas (DUNBAR-JACOB; SCHLENK, 2001).



Para superar essa dimensão de não adesão aos tratamentos medicamentosos, tem sido proposta, com resultados favoráveis, a utilização de grupos focais de usuários da assistência farmacêutica (JACOBSON *et al.*, 2007).

Outro cuidado e responsabilidade a serem assumidos pela assistência farmacêutica estão relacionados ao encaminhamento e ao atendimento das pessoas em outros níveis de assistência. A **conciliação de medicamentos** deve ser realizada pela assistência farmacêutica, sendo esta uma prática destinada a racionalizar a utilização dos medicamentos e a diminuir a ocorrência de erros de medicação. Ao passar por outros níveis de complexidade de atenção no sistema de atenção à saúde, como, por exemplo, uma situação que exija internação hospitalar, torna-se necessária a revisão da medicação que está sendo utilizada pelo paciente.

A introdução da conciliação de medicamentos na assistência farmacêutica é uma necessidade, considerando que o desconhecimento dos medicamentos utilizados e prescritos em distintos níveis de atenção, ou em serviços de especialidades distintas, pode levar à ocorrência de erros de medicação por falta ou omissão de informações, informações repassadas de forma incorreta, desconhecimento das doses e da posologia. Assim, cabe à assistência farmacêutica na APS a avaliação da farmacoterapia prescrita ao usuário, detectando os problemas eventualmente existentes. Isto porque, como ordenadora do cuidado, a APS sempre será a referência para a qual o usuário retorna.

Há necessidade de fazer essa conciliação, em especial quando a pessoa for atendida em outros níveis na rede de atenção à saúde, pois se estimou que 46% a 56% dos erros de medicação em hospitais ocorreram ao haver transição entre pontos de atenção. A introdução da conciliação de medicamentos nos hospitais evita e reduz eventuais discrepâncias e eventos adversos que podem advir de medicamentos prescritos em hospitais e os medicamentos utilizados rotineiramente pelo paciente.

Os passos para a implantação da conciliação de medicamentos são: constituição de uma equipe multidisciplinar mínima, composta por médico, enfermeiro e farmacêutico, para desenvolver e realizar a conciliação de medicamentos; padronização dos instrumentos utilizados, como os questionários para a obtenção das informações sobre os medicamentos utilizados pelas pessoas usuárias nos pontos de transição; definição dos responsáveis pela

conciliação de medicamentos nos pontos de transição; verificação detalhada do histórico da utilização das medicações, conferindo os medicamentos, entrevistando as pessoas usuárias e os familiares, revendo os prontuários e conferindo as informações com médicos, enfermeiros e farmacêuticos; elaboração de lista com os medicamentos utilizados pelas pessoas usuárias domiciliarmente; implantação da conciliação de medicamentos em todos os pontos de transição da rede de atenção à saúde; e educação permanente da equipe multiprofissional para exercitar a conciliação de medicamentos (GOMES *et al.*, 2007).

A **farmacovigilância** refere-se à identificação e à avaliação dos efeitos, agudos ou crônicos, dos riscos advindos do uso dos tratamentos farmacológicos no conjunto da população ou em grupos de pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde expostos a tratamentos medicamentosos específicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). A farmacovigilância, nas redes de atenção à saúde, com utilização de tecnologias de gestão da clínica, como se observa no capítulo 5<sup>37</sup>, é parte da tecnologia de gestão das condições de saúde, no seu componente de gestão dos riscos da atenção à saúde. Um bom exemplo de farmacovigilância é dado pela Comunidade Autônoma de Cantabria, na Espanha, em que se instituiu um centro de farmacovigilância que promove: recepção, avaliação, classificação e registro das reações adversas de medicamentos que se produzem no âmbito dos serviços de saúde daquela comunidade; coordenação com todas as instituições de saúde da comunidade autônoma com o fim de otimizar a notificação de reações adversas de medicamentos; operação de um módulo de informações sobre notificações de reações adversas de medicamentos; articulação com a Agência Espanhola de Medicamentos e Produtos Sanitários; e elaboração de documentos, informes e boletins sobre o controle das reações adversas dos medicamentos (SERVICIO CÁNTRABO DE SALUD, 2008).

---

<sup>37</sup> Referência ao capítulo 5 do livro *As redes de atenção à saúde*, de autoria de Eugênio Vilaça Mendes, publicado em 2009.

## Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. 6.ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2002.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS) **Assistência Farmacêutica no SUS**. Brasília: CONASS, 2007. (Coleção Progestores).

DUNBAR-JACOB, J.; SCHLENK, E. Patient adherence to treatment regimens. **Pharmaceutical Journal**, n. 267, p. 102-119, 2001.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Health literacy: a prescription to end confusion**. Washington: The National Academies Press, 2004.

JACOBSON, K. L. *et al.* **Is our pharmacy meeting patients needs? A pharmacy health literacy assessment tool user's guide**. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2007.

JOHNSON, J. A.; BOOTMAN, J. L. Drug-related morbidity and mortality: a cost of illness model. **Archives of Internal Medicine**, n. 155, p. 1949-1956, 1995.

GOMES, C. A. P. *et al.* **A assistência farmacêutica na atenção à saúde**. Belo Horizonte: Fundação Ezequiel Dias, 2007.

MARIN, N. *et al.* **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: Opas/OMS, 2003.

MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH. **Managing drug supply**. Connecticut, 1997.

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

SABATÉ, E. **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Geneva: World Health Organization, 2003.

SERVICIO CÁNTRABO DE SALUD. Disponível em: <<http://boc.gob.cantabria.es/boc/datos>>. Acesso em: jul. 2008.

SOLER, O. **O farmacêutico clínico na equipe do programa Saúde da Família em Janaúba, Minas Gerais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

## Plenária

Apresentação, pelos grupos, da síntese e da discussão do texto 2

Tempo estimado: 30 minutos.

## Painel

Apresentação de experiências bem-sucedidas na assistência farmacêutica no estado e nos municípios

Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos.

Sugestão: Convidar um representante do estado (SES) e dois ou três representantes de municípios (SMS), que podem ser selecionados por porte dos municípios, para apresentar experiências exitosas na assistência farmacêutica que contribuam para melhorar a APS.

## Encerramento

Síntese e avaliação das atividades do dia

Tempo estimado: 15 minutos.

## 2º DIA

O 2º dia será iniciado com uma exposição dialogada, articulando os conceitos abordados no dia anterior com a proposta de sua inserção nas redes de atenção à saúde do estado em questão. Um representante da SES do estado é a responsável por fazer essa exposição, apresentando a sua visão e as propostas gerais que tenha sobre o tema. É importante que o Cosems seja convidado a participar.

## Aula interativa

As diretrizes estaduais para a área da assistência farmacêutica e o papel dos municípios

Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos.

## Esclarecimentos e debates

30 minutos.

## Trabalho em grupos

Exercício: Elaboração de proposta de estruturação e planejamento da assistência farmacêutica para apoiar ações de saúde, organizadas em redes de atenção (modelagem do Sistema de Apoio/Atenção da Assistência Farmacêutica).

Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos no período da manhã e 45 minutos no período da tarde.

- Discutir e elaborar uma proposta de estruturação e planejamento das ações a serem desenvolvidas por um Sistema de Assistência Farmacêutica como atividade transversal à organização da atenção à saúde em redes de atenção.

- Após a elaboração da proposta, apresentar e discutir o tema na plenária.

## Continuação do trabalho em grupos

Apresentação de modelagem do Sistema de Apoio/Atenção da Assistência Farmacêutica

Tempo estimado: 45 minutos.

## Plenária

Apresentação da síntese e da discussão do exercício proposto: Modelagem do Sistema de Apoio/Atenção da Assistência Farmacêutica

Tempo estimado: 30 minutos.

## Trabalho em grupos

Exercício com estudo de caso, elaborado pela SES, envolvendo a prescrição e o uso de medicamentos. Nesse tópico, a SES local elaborará um caso envolvendo uma situação hipotética ou com base em caso real, que envolva a prescrição e o uso de medicamentos por paciente portador de doença crônica. O caso será apresentado para discussão em reunião da equipe multidisciplinar para discutir as intervenções e o acompanhamento a ser feito com o usuário. Poderão ser propostos casos de usuários de polifarmácia, prescritos e/ou utilizados por automedicação, considerando que os resultados obtidos não são os esperados para controle da doença ou com outras intercorrências.

Simular a apresentação e a discussão do caso com a equipe multiprofissional e apresentar as propostas de abordagem para o caso e os encaminhamentos para sua implementação, para esse e outros pacientes em situação semelhante.

Sugestão:

- Ler o exercício e simular a apresentação do caso para estudo, feita pelo farmacêutico à equipe multidisciplinar.

- Propor encaminhamentos para a solução deste e de outros casos semelhantes e ações a serem desenvolvidas para evitar que situações semelhantes voltem a ocorrer.

Tempo estimado: 1 hora.

### **Plenária**

Apresentação da síntese e da discussão

Tempo estimado: 30 minutos.

### **Orientação para o trabalho de dispersão**

Elaborar um diagnóstico local da assistência farmacêutica e um plano de intervenção para sua organização e estruturação, com o objetivo de fortalecer a APS.

### **Sistematização, Avaliação e Encerramento**

Tempo estimado: 30 minutos.

## OFICINA IX

---





# Oficinas IX

## Sistemas de Informação e Análise de Situação de Saúde

---

10

Esta oficina apresenta os sistemas de informação em saúde e permite a reflexão sobre a importância da alimentação e da utilização das informações e também da análise de situação de saúde para planejamento, programação e tomada de decisão, monitoramento e avaliação.

### Objetivos

1. Apresentar os principais sistemas de informação utilizados no SUS.
2. Compreender a importância da análise de situação de saúde e dos sistemas de informação para o planejamento, a programação, o monitoramento e a avaliação das ações na APS.

### Objetivos específicos

1. Discutir os conceitos e a importância da incorporação na gestão e na prática cotidiana dos serviços, da Saúde Coletiva Baseada em Evidências, dos Sistemas de Informação em Saúde e da Análise de Situação de Saúde.
2. Discutir a importância da utilização das informações no planejamento e na programação das atividades das UBS para a tomada de decisão.
3. Apresentar os sistemas de informação (SIM, Sinan, Sinasc, SIA, SIH, Siab, SI-PNI, Sisvan, Siscolo, Sismama, SIShiperdia e Sis prenatal).
4. Conhecer e analisar as informações geradas pelo Siab.
5. Discutir a importância de coleta de dados e da alimentação dos diversos sistemas de informação.
6. Realizar análise de algumas informações geradas pelos principais sistemas de informação.

## PROGRAMAÇÃO DA OFICINA

### 1º dia

n.23  
Atenção Primária à  
Saúde (APS)

TEMPO ESTIMADO	HORÁRIO	ATIVIDADE	TEMA
30min	9h às 9h30	Reencontro dos participantes	Apresentação dos objetivos da Oficina 9
1h e 30min	9h30 às 11h	Apresentação dos trabalhos do período de dispersão da Oficina 8	Apresentação da proposta de plano anual para a assistência farmacêutica na APS no município
15min	11h às 11h15	Intervalo	
1h e 45min	11h15 às 13h	Trabalho em grupos Leitura de texto e discussão	A saúde coletiva baseada em evidências e a análise de situação de saúde
1h e 30min	13h às 14h30	Almoço	
45min	14h30 às 15h15	Plenária	Apresentação dos grupos
45min	15h15 às 16 h	Aula interativa	A saúde coletiva baseada em evidências e a análise de situação de saúde
15min	16h às 16h15	Intervalo	
1h e 30min	16h às 17h45	Trabalho em grupos Leitura de texto e discussão	Os Sistemas de Informação em Saúde
45min	17h45 às 18h30	Plenária	Apresentação dos grupos

## 2º dia

TEMPO ESTIMADO	HORÁRIO	ATIVIDADE	TEMA
1h	8h30 às 9h30	Trabalho em grupos Leitura de texto e discussão	Indicadores de Saúde
1h e 45min	9h30 às 11h15	Trabalho em grupos	Estudo de caso Situação da saúde dos municípios de Nova Caridade e Boa Sorte, regional de saúde de Boa Fé, estado de Esperança
15min	11h15 às 11h30	Intervalo	
1h	11h30 às 12:30	Plenária	Apresentação dos grupos e discussão
1h e 30min	12h30 às 14h	Intervalo para almoço	
1h	14h às 15h	Trabalho em grupos Leitura de texto e discussão	Sistema de Informações da Atenção Básica (Siab)
1h	15h às 16 h	Trabalho em grupos	Estudo de caso para que o grupo trabalhe os dados do Siab
15min	16h às 16h15	Intervalo	
30min	16h15 às 16h45	Plenária	Apresentação dos grupos e discussão
30min	16h45 às 17h15	Aula interativa	Sistema de Informações da Atenção Básica (Siab)
30min	17h15 às 17h45	Orientações para o período de dispersão	Apresentação das atividades para o período de dispersão
15min	17h45 às 18 h	Encerramento e avaliação	Avaliação da oficina

## ROTEIRO DAS ATIVIDADES

### 1º DIA

#### Abertura

O coordenador deverá saudar os participantes e retomar as principais questões abordadas na Oficina 8. Poder-se-á iniciar com alguma dinâmica de “bom retorno”.

Tempo estimado: 30 minutos.

n.23  
Atenção Primária à  
Saúde (APS)

#### Apresentação dos trabalhos do período de dispersão

Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos.

#### Trabalho em grupos – leitura do texto 1

##### A Saúde Coletiva Baseada em Evidências e a Análise de Situação de Saúde

Tempo estimado: 1 hora e 45 minutos.

· Após a leitura, discutir o texto, utilizando as questões propostas:

1. O que o grupo entende como Saúde Coletiva Baseada em Evidências?
2. Como o grupo conceitua Análise de Situação de Saúde?
3. Como o grupo entende que devem ser tomadas as decisões na área da saúde coletiva?
4. Quais as principais fontes de dados em saúde coletiva?
5. Como o grupo diferencia dados primários e dados secundários?
6. Qual a importância do uso da epidemiologia como ferramenta para as análises de situação de saúde?
7. Quais as diferenças entre o diagnóstico clínico e o diagnóstico comunitário?

## TEXTO 1 – A Saúde Coletiva Baseada em Evidências e a Análise de Situação de Saúde

### \_\_\_\_\_ A Análise de Situação de Saúde

A observação criteriosa e sistemática da distribuição dos eventos de saúde constitui-se elemento fundamental para a compreensão acerca de fatores, situações, condições ou intervenções modificadoras dos riscos de adoecimento de populações humanas. A análise da situação de saúde é fundamental para informar a tomada de decisão dos gestores, nas diversas esferas de governo, na medida em que traz evidências relevantes para a elucidação de pontos essenciais à ação.

(...) Entretanto, distâncias ainda persistem entre a decisão em saúde e as evidências geradas pelas análises epidemiológicas. Talvez esse distanciamento sustente-se no fato de que a prática da saúde coletiva com base nas evidências requer mais do que consenso quanto à melhor evidência disponível. Ela exige considerações que transcendem o campo epidemiológico e invadem as dimensões social, cultural e político-econômica, demandando abordagens quantitativas e qualitativas. Tal prática fundamenta-se no uso consciente, explícito e crítico da melhor evidência corrente disponível para a tomada de decisões sobre a atenção às populações no campo da prevenção de doenças, proteção e promoção da saúde; e que deve ser desenvolvida de maneira integrada às experiências, práticas e conhecimentos originados da saúde coletiva, respeitando os valores e preferências da comunidade.<sup>38</sup>

Para qualquer decisão que tomamos em relação a determinado problema de saúde, precisamos conhecê-lo para basear ou melhorar qualquer intervenção.

Não nos podemos contentar com a realização de grandes diagnósticos de saúde com função meramente descritiva, contemplativa, como, por exemplo, os belos diagnósticos que muitas vezes iniciam muitos textos de planos de saúde. Necessitamos de análises de situação de saúde como instrumento de gestão, com função de implementar uma saúde coletiva baseada em evidências.

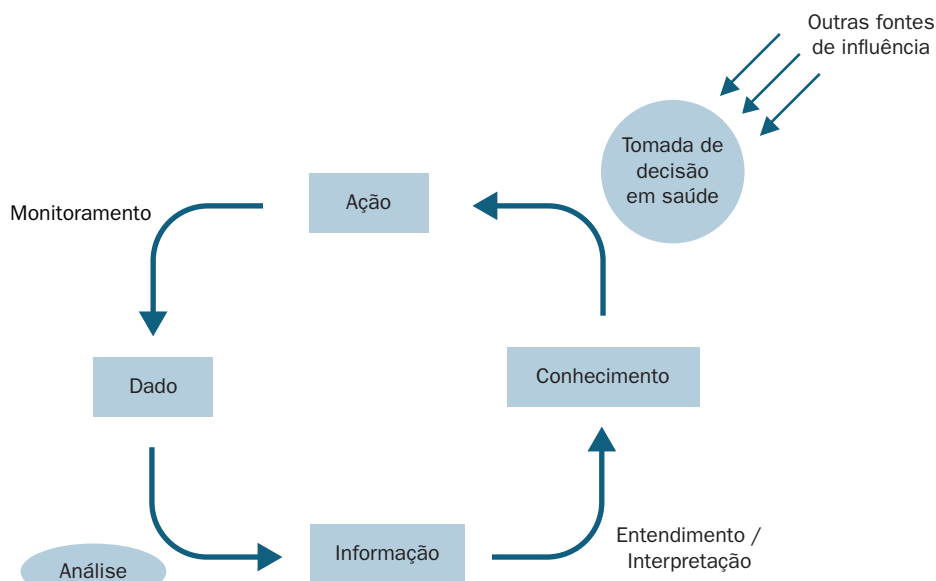
A saúde coletiva baseada em evidências (figura 1) fundamenta-se no uso consciente, explícito e crítico da melhor evidência corrente disponível

---

<sup>38</sup> DUARTE, E. C., 2003.

para a tomada de decisão sobre a atenção à comunidade e populações no campo da proteção da saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde (BROWNSON *et al.*, 1999).

FIGURA 1 **Saúde Coletiva Baseada em Evidências**<sup>39</sup>



As análises de situação de saúde são processos analíticos contínuos e sintéticos que permitem medir, caracterizar e explicar o perfil de saúde-doença-atenção de uma população, incluindo a identificação de seus determinantes, as necessidades e a compreensão das respostas sociais em saúde, bem como avaliar o efeito e impacto das intervenções implementadas.

Para subsidiar a tomada de decisão em saúde, as análises devem ser feitas de forma oportuna, sistemática e 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.

<sup>39</sup> DUARTE E. C., 2010.

Segundo Soares e colaboradores (2001), tanto para estudos da situação de saúde, como para o estabelecimento de ações de vigilância epidemiológica é importante considerar a necessidade de dados (que vão gerar as informações) fidedignos e completos. Esses dados podem ser registrados de forma contínua (como no caso de óbitos, nascimentos, internações, doenças de notificação obrigatória), de forma periódica (recenseamento da população e levantamentos como o do índice CPO – dentes cariados, perdidos e obturados – da área de Odontologia ou podem, ainda, ser levantados de forma ocasional (pesquisas realizadas com fins específicos, como, por exemplo, para conhecer a prevalência da hipertensão arterial ou diabetes em uma comunidade, em determinado momento).

### O que são dados primários e secundários?

- Os **dados primários** são todos aqueles que são coletados diretamente em uma pesquisa de campo. Por exemplo, um questionário.
- Os **dados secundários** são todos aqueles que não foram diretamente compilados pelo analista, mas obtidos após o uso de operações estatísticas nos dados primários, como, por exemplo, os dados provenientes de um livro ou provenientes de um sistema de informação.

Os dados de importância para a análise de situação de saúde são inúmeros e de fontes diversas. Poderíamos destacar, por exemplo, os dados sobre a população (número de habitantes, idade, sexo, raça etc.), os dados socioeconômicos (renda, ocupação, classe social, tipo de trabalho, condições de moradia e alimentação), os dados ambientais (poluição, abastecimento de água, tratamento de esgoto, coleta e disposição do lixo), os dados sobre serviços de saúde (hospitais, ambulatórios, unidades de saúde, acesso aos serviços), os dados de morbidade (doenças que ocorrem na comunidade) e os eventos vitais (óbitos, nascimentos vivos e mortos, principalmente).

Adicionalmente, a divulgação das informações obtidas por meio da análise dos dados gerados pelos diversos sistemas de informação 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.

A prática constante de análise de dados secundários é fator fundamental para o contínuo processo de aperfeiçoamento, gerência e controle da qualidade dos dados, aprimoramento das fontes de informações e a construção de propostas de análise de situação de saúde, estimulando uma prática de gestão da saúde pública baseada em evidências.

### \_\_\_\_\_ A Epidemiologia e o Diagnóstico Comunitário em Saúde

A ciência que mais subsidia a realização das análises de situação de saúde e consequentemente a saúde coletiva baseada em evidências é a epidemiologia.

A palavra “epidemiologia” deriva do grego (*epi* = sobre; *demos* = população, povo; *logos* = estudo). Portanto, em sua etimologia, significa “estudo do que ocorre em uma população”. Segundo Last (1995) pode ser definida como “o estudo da distribuição e dos determinantes de estados ou eventos relacionados à saúde, em populações específicas, e a aplicação desse estudo para o controle de problemas de saúde”.

Almeida Filho e Rouquayrol (1992) ampliam esta definição, conceituando a epidemiologia como “A ciência que estuda o processo saúde-doença na sociedade, analisando a distribuição populacional e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças e fornecendo indicadores que sirvam de suporte a planejamento, administração e avaliação das ações de saúde”.

Assim, segundo Soares e colaboradores (2001) “diferentemente da clínica, que estuda o processo saúde/doença em indivíduos, com o objetivo de tratar e curar casos isolados, a epidemiologia preocupa-se com o processo de ocorrência de doenças, mortes, quaisquer outros agravos ou situações de risco à saúde na comunidade, ou em grupos dessa comunidade, com o objetivo de propor estratégias que melhorem o nível de saúde das pessoas que compõem essa comunidade”.

Segundo os mesmos autores, um dos meios para se conhecer como se dá o processo saúde/doença na comunidade é elaborando um diagnóstico comunitário de saúde. O diagnóstico comunitário, evidentemente, difere do diagnóstico clínico em termos de objetivos, informação necessária, plano de ação e estratégia de avaliação (Figura 2).



FIGURA 2 **Diferenças entre o diagnóstico clínico e diagnóstico da comunidade**

	DIAGNÓSTICO CLÍNICO	DIAGNÓSTICO COMUNITÁRIO
<b>Objetivo</b>	Curar a doença da pessoa	Melhorar o nível de saúde da comunidade
<b>Informação Necessária</b>	Histórica clínica Exame físico Exames complementares	Dados sobre a população Doenças existentes Causas de morte Serviços de saúde etc.
<b>Tipo de Diagnóstico</b>	Diagnóstico Individual	Diagnóstico Comunitário
<b>Plano de Ação</b>	Tratamento Reabilitação	Programas de saúde prioritários
<b> Avaliação</b>	Acompanhamento clínico (melhora/cura)	Mudança no estado de saúde da população

FONTE: SOARES D. A.; ANDRADE, S. M.; CAMPOS, J. B., 2001.

**Referências Bibliográficas**

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M.Z. *Introdução à epidemiologia moderna*. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed; Salvador: APCE Produtos do Conhecimento; Rio de Janeiro: Abrasco, 1992.

BROWNSON RC, et. al. **Evidence-based decision making in public health**. *Journal of Public Health Management and Practice*, 1999.

DUARTE, E. C. A informação, a análise e a ação em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 12, n. 2, p. 61-62, jun. 2003. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1679-49742003000200001&lng=pt&nrm=iso>>. Acesso em: 20 fev. 2010.

\_\_\_\_\_. **Análise de situação de saúde**. Disponível em: <<http://www.nesp.unb.br/eps/elisabeth.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2010.

LAST, J.M. *A dictionary of epidemiology*. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press, 1995.

SOARES, D. A.; ANDRADE, S. M.; CAMPOS, J. B. Epidemiologia e indicadores de saúde. ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2001. p. 183-210. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/nesco/regesus/arquivos/Capitulo%2010.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2010.

**Plenária**

Apresentação da síntese e discussão

Tempo estimado: 45 minutos.

## Aula Interativa

### Saúde Coletiva Baseada em Evidências e Análise de Situação de Saúde.

Tempo estimado: 45 minutos.

#### Trabalho em grupos – leitura do texto 2 e discussão

##### Os Sistemas de Informação em Saúde

Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos.

- Após a leitura, discutir o texto, utilizando as questões propostas:

##### \_\_\_\_\_ Questões para discussão:

1. Como o grupo conceitua Sistemas de Informação?
2. O que o grupo entende como Sistemas de Informação em Saúde?
3. Quais são os principais sistemas de informação em saúde e suas principais características?

#### TEXTO 2 – Os Sistemas de Informação em Saúde

Define-se informação como o significado que o homem atribui a determinado dado, e é expresso por meio de convenções e representações. Um clássico exemplo é o do semáforo para regular o trânsito, que utiliza as cores verde, amarelo e vermelho. O significado de cada um desses dados foi convencionalmente atribuído: verde – seguir, amarelo – atenção, vermelho – parar. Toda informação, portanto, deve gerar uma decisão, que, por sua vez, desencadeará uma ação.

Vale ressaltar que a informação constitui-se em suporte básico para toda atividade humana e que todo o cotidiano é um processo permanente de informação. E, no caso de instituições, empresas e organizações, conhecer seus problemas, buscar alternativas para solucioná-los, atingir metas e cumprir objetivos requerem conhecimento e, portanto, informação. Assim, pode-se afirmar que há consenso de que não é possível exercer gerência em nenhum setor se não houver um sistema de apoio à decisão que se sustente na informação.

Um Sistema de Informação (SI) pode ser definido como um conjunto de procedimentos organizados que, quando executados, provêem informação

de suporte à organização. Um SI em geral processa dados, de maneira informatizada ou não, e os apresenta para os usuários, individuais ou grupos, que são os responsáveis pela sua interpretação. A forma como se processa essa interpretação, uma atividade inerentemente humana, é extremamente importante para a compreensão da reação da organização às saídas do sistema.

São diversos os resultados possíveis para uma organização quando ela recebe as saídas de um SI. Muitos sistemas são usados rotineiramente para controle e requerem pouca tomada de decisão. Um sistema de agendamento de consultas, por exemplo, requer pouca atenção dos níveis diretivos da organização.

Em geral, essas aplicações são altamente estruturadas e previsíveis, sendo necessária somente atenção às exceções. Em contrapartida, outros sistemas são mais voltados ao planejamento estratégico da organização, como os sistemas de priorização e alocação de investimentos. Nesses casos, os sistemas dão suporte à decisão dos gerentes. Embora os SI sejam anteriores ao fenômeno da computação eletrônica, e em alguns casos não dependam em absoluto de um computador, a explosão da informação e as necessidades de processar grandes volumes de dados requerem novas ferramentas, que são componentes da Tecnologia da Informação.

---

### Os Sistemas de Informação em Saúde

A OMS define Sistema de Informação em Saúde (SIS) como um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde.

A informação em saúde deve ser entendida como instrumento de apoio decisório para o conhecimento da realidade socioeconômica, demográfica e epidemiológica, para o planejamento, gestão, organização e avaliação nos vários níveis que constituem o SUS.

Na gerência de serviços de saúde, é básica a necessidade de cadastros de usuários, população, estabelecimentos, produção das atividades de saúde, conhecimento do perfil de doenças, da mortalidade, número de profissionais de saúde, número de consultórios, leitos, medicamentos utilizados, gastos efetuados e tantas outras informações. Além disso, essas informações necessitam ser cruzadas para se conhecer o *modus operandi*

dos serviços, o alcance de suas metas, os objetivos e impactos. No processo de tomada de decisões, torna-se essencial conhecer a origem das informações para garantir sua fidedignidade, bem como sua relevância, isto é, a importância delas no processo decisório. E, sobretudo, devem estar oportunamente disponíveis, ou seja, facilmente acessíveis ou recuperáveis, para possibilitar resposta adequada, em tempo ideal, que permita subsidiar uma tomada de decisão.

Um de seus objetivos básicos, na concepção do SUS, é possibilitar a análise da situação de saúde em nível local, considerando, necessariamente, as condições de vida da população na determinação do processo saúde-doença. A esfera local tem, então, responsabilidade não apenas com a alimentação dos sistemas de informação em saúde, mas também com sua organização e gestão. Desse modo, outro aspecto de particular importância é a concepção dos sistemas de informação, que devem ser hierarquizados e ter fluxo ascendente dos dados, que ocorra de modo inversamente proporcional à agregação geográfica, ou seja, em nível local faz-se necessário dispor, para as análises epidemiológicas, de maior número de variáveis.

Os atuais recursos de processamento eletrônico podem ser amplamente utilizados pelos sistemas de informação em saúde, aumentando sua eficiência na medida em que possibilitam a obtenção e o processamento de um volume de dados cada vez maior, além de permitirem a articulação entre diferentes sistemas.

Os principais sistemas de informação de base nacional, atualmente utilizados, no SUS são: o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc); o Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação (Sinan); o Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) e o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). Há diversos outros sistemas que trabalham dados específicos e(ou) não têm abrangência nacional, entre os quais se destacam: o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) e o Sistema de Informações de Avaliação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI). As principais características dos sistemas citados estão sintetizadas nos quadros 1, 2 e 3. O Siab será discutido com maior detalhe no texto 4, desta oficina.

Outros sistemas que trabalham dados específicos relevantes para a atenção primária são o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (Siscolo), Sistema de Informação do Câncer de Mama (Sismama), Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus* da Atenção Básica (Sishiperdia) e Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (Sisprenatal). A finalidade destes sistemas está sintetizada no quadro 4.

Está em desenvolvimento pelo Datasus um Sistema de Informações para a Atenção Primária (ainda sem nome definitivo), com a finalidade de sistematizar os atendimentos de saúde nos estabelecimentos, contribuindo para a melhoria da gestão em saúde. Uma primeira versão deste sistema (Sistema GIL – Gerenciador de Informações Locais) já foi implantada para teste-piloto em alguns municípios. Seu objetivo principal é a simplificação do processo de trabalho e a integração dos diversos sistemas e informações utilizados nas unidades de APS. O sistema em desenvolvimento objetiva a integração de vários sistemas dos programas de saúde, enriquecendo as informações para a gestão local, com vistas a concretizar a integralidade. Pretende-se que a tecnologia empregada seja suficiente para a informatização de qualquer estabelecimento: quer seja *off line*, *on line* ou WEB.

Este mesmo projeto desenvolve também aplicativo, provisoriamente, denominado como INTEGRADOR cujo objetivo é agregar as informações de saúde no âmbito municipal/estadual/federal, permitindo facilitar o acompanhamento e o cruzamento dos eventos de saúde realizados nos estabelecimentos. Pretende fornecer todas as informações dos programas de saúde às diversas instâncias do SUS.

QUADRO 1. **Características dos Principais Sistemas de Informação em Saúde (SIM, Sinasc, Sinan)**

SISTEMA DE INFORMAÇÕES	SIM	SINASC	SINAN
Descrição	Contém informações sobre óbitos e óbitos fetais.	Contém informações sobre as características dos nascidos vivos, das mães, da gestação e do parto.	Visa o controle de algumas doenças e agravos de notificação compulsória com base em informações sobre os casos segundo semanas epidemiológicas.
Origem/ fonte	Declaração de Óbito (DO)	Declaração de Nascido Vivo (DN)	Ficha Individual de Notificação (FIN) Ficha Individual de Investigação (FII) (distinto para cada agravo)
Fluxo	Hospitais/cartórios > SMS > Regional > SES > MS	Hospitais/cartórios > SMS > Regional > SES > Fundação Nacional de Saúde	Serviços de Saúde > SMS > Regional > SES > FNS
Abrangência geográfica	País, estados, regionais e municípios (possibilidades de processar os dados por bairros e áreas)	País, estados, regionais e municípios (possibilidade de processar os dados por bairros e áreas)	País, estados, regionais e municípios (possibilidade de processar os dados por bairros e áreas)
Principais indicadores	<b>Mortalidade Proporcional (%):</b> - por causas ou grupos de causas - por faixas etárias - por causas mal definidas <b>Coefficientes:</b> - mortalidade geral - mortalidade infantil (neonatal e infantil tardia): - mortalidade materna - mortalidade por causas ou grupos de causas específicos	<b>Proporção (%) de nascidos vivos:</b> - de baixo peso (<2.500 g.) - prematuridade (menos de 37 semanas de gestação) <b>Partos hospitalares:</b> - tipo de parto - número de consultas pré-natais realizadas - faixa etária da mãe - taxa bruta de natalidade - taxa de fecundidade geral	Casos por semana, sexo, idade dados complementares do caso Coeficiente de incidência (casos novos) Coeficiente de prevalência (casos novos + antigos)
Principais limitações	Sub-registro de óbitos Qualidade do preenchimento da declaração de óbito	Falhas na cobertura do evento Qualidade do preenchimento da declaração de nascido vivo	Subnotificação dos casos Qualidade do preenchimento das FIN e FII
Acesso às informações	Meios magnéticos, publicações e relatórios Internet: <a href="http://www.datasus.gov.br">www.datasus.gov.br</a>	Meios magnéticos, publicações e relatórios Internet: <a href="http://www.datasus.gov.br">www.datasus.gov.br</a>	Meios magnéticos, publicações e relatórios Internet: <a href="http://www.datasus.gov.br">www.datasus.gov.br</a>

QUADRO 2 **Características dos Principais Sistemas de Informação em Saúde (SI-PNI, Sisvan, SIH)**

SISTEMA DE INFORMAÇÕES	SI-PNI	SISVAN	SIH
Descrição	Contém informações referentes às doses de vacinas aplicadas. Visa ao controle das coberturas vacinais alcançadas.	Possibilita informações sobre o estado nutricional da população. Atualmente se limita a grupos específicos (crianças de zero a sete anos e gestantes). Pré-requisito para manutenção do repasse de recursos do Piso da Atenção Básica. Plano de combate às carências nutricionais (PCCN)	Contém informações sobre as internações hospitalares.
Origem/fonte	Mapa diário do registro de doses aplicadas e boletim mensal de doses aplicadas	Ficha de acompanhamento do Sisvan	Autorização de internação hospitalar (AIH)
Fluxo	Serviços de saúde > SMS > regional > SES > MS	Serviços de saúde >> SMS >> MS	Órgão emissor > hospitais > SMS > regional > SES > MS
Abrangência geográfica	País, estados, regionais e municípios	Municípios que já implantaram o sistema	País, estados, regionais e municípios (possui dados de cada AIH, sendo possível a pesquisa em qualquer nível de agregação).
Principais indicadores	Coberturas vacinais por tipo de vacina (proporção (%) da população alvo vacinada versus cobertura mínima desejada)	Incidência e prevalência da desnutrição, sobrepeso e obesidade	Tempo médio de permanência geral ou por causa específica Valor médio de internação geral ou por causa específica Proporção (%) de internações por causa ou procedimento Taxa de mortalidade hospitalar geral ou por causa específica
Principais limitações	Qualidade do preenchimento do boletim mensal de vacinação Problemas de estimativas populacionais	Complexidade do sistema levando a subnotificação	Cobre somente as internações da rede pública ou conveniada Qualidade dos dados (incorrekções, fraudes, manipulação)
Acesso às informações	Meios magnéticos, publicações e relatórios	Relatórios mensais e boletins	Meios magnéticos, publicações e relatórios Internet: <a href="http://www.datasus.gov.br">www.datasus.gov.br</a>

QUADRO 3 **Características dos Principais Sistemas de Informação em Saúde (SIA, Siab)**

SISTEMA DE INFORMAÇÕES	SIA	SIAB
Descrição	Contém informações que agilizam os procedimentos de pagamento dos serviços produzidos e permitem analisar o perfil da oferta de serviços ambulatoriais.	Sistema para o gerenciamento das informações obtidas no âmbito domiciliar e em unidades de saúde, produzindo relatórios que auxiliam as ESF, as USF e os gestores municipais a acompanhar o trabalho que realizam e a avaliar a sua qualidade.
Origem/fonte da informação	Ficha de cadastro ambulatorial (FCA) Ficha de programação físico-orçamentária (FPO) Boletim de produção ambulatorial (BPA) Boletim de diferença de pagamento (BDP)	Cadastramento das famílias (Ficha A) Acompanhamento de: Gestantes (Ficha B-GES), hipertensos (Ficha B-HA), diabéticos (Ficha B-DIA), pacientes com tuberculose (Ficha B-TB), hanseníase (Ficha B-HAN) Acompanhamento de crianças (Ficha C (espelho)) Reg. de atividades, procedimentos e notificações (Ficha D)
Fluxo	Unidades prestadoras de serviço > órgão gestor > MS	Equipes > UBS > SMS > SES > MS
Abrangência geográfica	País, estados, regionais e municípios	Aplica-se a áreas do PACS/PSF ou outro modelo de APS
Principais indicadores	Identificação e caracterização da unidade Procedimentos realizados, consultas médicas ou outro tipo de procedimento: - por habitante ao ano - por consultório (ou equip./estabelecimento) Exames/terapias realizados pelo quantitativo de consultas médicas (geral ou por especialidade)	Os relatórios permitem: conhecer a realidade socio sanitária da população; avaliar a adequação dos serviços de saúde oferecidos e readequá-los sempre que necessário; melhorar a qualidade do serviço.
Principais limitações	Abrangência restrita aos usuários do sistema público de saúde Ausência de registro de procedimentos que extrapolam o teto financeiro Distorções por alterações fraudulentas Ausência de registro individual (não consegue qualificar as prioridades, por meio de caracterização de grupos populacionais ou agravos)	Qualidade e confiabilidade dos dados coletados Registro dos dados – necessidade de revisão pela equipe Erros na transferência dos dados para o Siab Insuficiente análise dos relatórios Deficiência na devolução dos dados para as equipes Deficiência na atualização dos dados
Acesso às informações	Meios magnéticos, publicações e relatórios Internet: <a href="http://www.datasus.gov.br">www.datasus.gov.br</a>	Meios magnéticos, publicações e relatórios



QUADRO 4 **Características de Alguns Sistemas de Informações Relevantes para a APS**

SIGLA	SISTEMA	CARACTERÍSTICAS
Siscolo	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero	<p>Finalidade de identificar e acompanhar mulheres com lesão precursora e câncer do colo do útero.</p> <p>São digitados no sistema os dados de identificação da mulher e os laudos dos exames citopatológicos e histopatológicos, com o objetivo de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Obter informações referentes aos exames realizados, assim como a frequência das lesões pré-cancerosas e do câncer invasivo, além da qualidade das coletas, das leituras das lâminas.</li> <li>- Conferir os valores de exames pagos em relação aos dados dos exames apresentados.</li> <li>- Fornecer dados para o monitoramento externo da qualidade dos exames citopatológicos.</li> </ul> <p>Limitações: abrange ou captura apenas informações das unidades de saúde do SUS e conveniadas e(ou) contratadas.</p>
Sisprenatal	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN)	<p>Fidelidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no PHPN.</p> <p>Define um elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada. Permite o acompanhamento das gestantes, desde o início da gravidez até a consulta do puerpério.</p> <p>Limitações: abrange ou captura apenas informações das unidades de saúde do SUS e conveniadas e(ou) contratadas.</p>
Sismama	Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama	<p>Finalidade: Sistema eletrônico de rastreamento que permite a avaliação rápida e regular de dados sobre o câncer de mama. Tem como principais objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Permitir o gerenciamento das ações de rastreamento de câncer.</li> <li>- Padronizar e aprimorar a qualidade dos laudos mamográficos.</li> <li>- Permitir o seguimento das mulheres com exames alterados – gestão de casos positivos.</li> <li>- Permitir a análise da distribuição na população das lesões encontradas nas mamografias, podendo indicar necessidades de auditorias e capacitações locais.</li> </ul> <p>Contribuir para o planejamento da oferta de serviços, otimizando recursos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Permitir avaliar a indicação dos procedimentos de diagnóstico inicial e rastreamento.</li> </ul> <p>Limitações: abrange ou captura apenas informações das unidades de saúde do SUS e conveniadas e(ou) contratadas.</p>
Sishiperdia	Sistema de cadastro e acompanhamento dos portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus	<p>Ferramenta que possibilita o cadastro e acompanhamento dos casos confirmados de hipertensão arterial e de diabetes. O sistema possibilita o conhecimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de parâmetros reais que garantam o fornecimento contínuo dos medicamentos aos pacientes hipertensos e diabéticos de acordo com a padronização do Ministério da Saúde;</li> <li>- do perfil demográfico, clínico e epidemiológico da população atingida, possibilitando a implementação de estratégias de saúde pública que alterem o quadro sanitário atual.</li> </ul> <p>Limitações: abrange ou captura apenas informações das unidades de saúde do SUS e conveniadas e(ou) contratadas. Não está vinculado ao repasse de recursos financeiros.</p>

## Plenária

Sistematização dos grupos

Tempo estimado: 45 minutos.

## 2º DIA

### Trabalho em grupos – leitura do texto 3 e discussão

#### Indicadores de Saúde

Tempo estimado: 1 hora.

· Após a leitura, discutir o texto, que será a base para a realização da próxima atividade (Estudo de Caso).

#### TEXTO 3 – Indicadores de Saúde<sup>40</sup>

Após os cuidados a serem observados, quanto à qualidade e cobertura dos dados de saúde, é preciso transformar esses dados em indicadores, que possam servir para comparações com o ocorrido em locais diversos e tempos distintos.

A construção de indicadores de saúde é necessária para (VAUGHAN; MORROW, 1992): analisar a situação atual de saúde; fazer comparações e avaliar mudanças ao longo do tempo.

Os indicadores de saúde, tradicionalmente, têm sido construídos por meio de números. Em geral, números absolutos de casos de doenças ou mortes não são utilizados para avaliar o nível de saúde, pois não levam em conta o tamanho da população. Dessa forma, os indicadores de saúde são construídos por meio de razões (frequências relativas), em forma de proporções ou coeficientes.

As proporções representam a “fatia da *pizza*” do total de casos ou mortes, indicando a importância desses casos ou mortes no conjunto total. Os coeficientes (ou taxas) representam o “risco” de determinado evento ocorrer na população (que pode ser a população do país, estado, município, população de nascidos vivos, de mulheres etc.).

---

<sup>40</sup> Este texto foi elaborado pela equipe do CONASS, para atender ao propósito desta oficina, com base no 10º capítulo do livro **Bases da Saúde Coletiva**, de autoria de Darli Antônio Soares, Selma Maffei de Andrade e João Batista de Campos, publicado em 2001. A referência completa deste livro encontra-se na lista de Referências Bibliográficas.

Dessa forma, geralmente, o denominador do coeficiente representa a população exposta ao risco de sofrer o evento que está no numerador. Exceções são o coeficiente de mortalidade infantil (CMI) e coeficiente de mortalidade materna (CMM), para os quais o denominador utilizado (nascidos vivos) é uma estimativa tanto do número de menores de 1 ano, como de gestantes, parturientes e puérperas expostos ao risco do evento óbito.

No caso do CMI, alguns nascidos vivos do ano anterior não fazem parte do denominador, apesar de ainda terem menos de um ano de vida no ano em estudo dos óbitos. Por exemplo, se uma criança nasceu em 31/12/1998 e morreu em 02/01/1999 (com dois dias) entrará no numerador do CMI de 1999, mas não no denominador. Pressupõe-se que haja uma “compensação” de nascidos vivos e óbitos de um para outro ano, de forma que o CMI é boa estimativa do risco de óbito infantil.

É preciso destacar, ainda, a diferença entre coeficientes (ou taxas) e índices. Índices não expressam uma probabilidade (ou risco) como os coeficientes, pois o que está contido no denominador não está sujeito ao risco de sofrer o evento descrito no numerador (LAURENTI *et al.*, 1987). Assim, a relação telefones/habitantes é um índice, da mesma forma que médicos/habitantes, leitos/habitantes etc. (os numeradores “telefones”, “médicos” e “leitos” não fazem parte do denominador população). A rigor, portanto, tanto o CMI como o CMM não são coeficientes, mas índices. No entanto, o termo “coeficiente” já está consolidado para ambos os indicadores.

#### \_\_\_\_\_ Indicadores mais utilizados na área de saúde

##### · **Coeficientes**

Os coeficientes mais utilizados na área da saúde baseiam-se em dados sobre doenças (morbidade) e sobre eventos vitais (nascimentos e mortes).

##### · **Coeficientes de MORBIDADE (doenças):**

a. *Coeficiente de incidência* da doença: representa o risco de ocorrência (casos novos) de uma doença na população. Pode ser calculado por regra de três ou pela seguinte fórmula:

$$\frac{\text{casos NOVOS da doença em determinada comunidade e tempo} \times 10n}{\text{população da área no mesmo tempo}}$$

Para compararmos o risco de ocorrência de doenças entre populações, usamos, dessa forma, o coeficiente de incidência, pois este estima o risco de novos casos da doença em uma população.

**b.** *Coeficiente de prevalência* da doença: representa o número de casos presentes (novos + antigos) em determinada comunidade em um período de tempo especificado. É representado por:

$$\frac{\text{casos presentes da doença em determinada comunidade e tempo} \times 10^n}{\text{população da área no mesmo tempo}}$$

O coeficiente de prevalência é igual ao resultado do coeficiente de incidência multiplicado pela duração média da doença (LILIENFELD; LILIENFELD, 1980). Portanto:

$$\frac{\text{mortes devido à doença "X" em determinada comunidade e tempo} \times 100}{\text{casos da doença "X" na mesma área e tempo}}$$

Da fórmula acima fica evidente que a prevalência, além dos casos novos que acontecem (incidência), é afetada também pela duração da doença, a qual pode diferir entre comunidades, devido a causas ligadas à qualidade da assistência à saúde, acesso aos serviços de saúde, condições nutricionais da população etc. Assim, quanto maior a duração média da doença, maior será a diferença entre a prevalência e a incidência.

A prevalência é ainda afetada por casos que imigram (entram) na comunidade e por casos que saem (emigram), por curas e por óbitos. Dessa maneira, temos como “entrada” na prevalência os casos novos (incidentes) e os imigrados e como “saída” os casos que são curados, que morrem e os que emigram. Assim, a prevalência não é uma medida de risco de ocorrência da doença na população, mas pode ser útil para os administradores da área de saúde para o planejamento de recursos necessários (leitos hospitalares, medicamentos etc.) para o adequado tratamento da doença.

**c.** *Coeficiente de letalidade*: representa a proporção de óbitos entre os casos da doença, sendo indicativo da gravidade da doença ou agravamento na população. Isso pode ser uma característica da própria doença (por exemplo, a raiva humana é uma doença que apresenta cerca de 100% de letalidade, pois

geralmente todos os casos morrem) ou de fatores que aumentam ou diminuem a letalidade da doença na população (condições socioeconômicas, estado nutricional, acesso a medicamentos, por exemplo). É dado pela relação:

$$\frac{\text{mortes devido à doença "X" em determinada comunidade e tempo} \times 100}{\text{casos da doença "X" na mesma área e tempo}}$$

Seu resultado é dado, portanto, sempre em percentual (%). Não deve ser confundido com coeficiente de mortalidade geral, que é dado por 1.000 habitantes, e representa o risco de óbito na população. A letalidade, ao contrário, representa o risco que as pessoas com a doença têm de morrer por essa mesma doença.

• **Coeficientes de MORTALIDADE:**

a. *Coeficiente geral de mortalidade (CGM):* representa o risco de óbito na comunidade. É expresso por uma razão e pode ser calculado, como todos os demais coeficientes, também com uma regra de três simples (se em uma população de 70.000 habitantes tenho 420 óbitos, em 1.000 habitantes terei "x", sendo 1.000 o parâmetro que permitirá comparar com outros locais ou outros tempos):

$$\frac{\text{número de óbitos em determinada comunidade e ano} \times 1.000}{\text{população estimada para 1º de julho do mesmo ano}}$$

Este coeficiente, no entanto, não é muito utilizado para comparar o nível de saúde de diferentes populações, pois não leva em consideração a estrutura etária dessas populações (se a população é predominantemente jovem ou idosa). Um coeficiente geral de mortalidade alto para uma população mais idosa significa apenas que as pessoas já viveram o que tinham para viver e, por isso, estão morrendo. Já para uma população mais jovem estaria significando mortalidade prematura. Para comparação de duas ou mais populações com diferentes estruturas etárias, ou de sexo, há necessidade de padronizar os coeficientes, tendo como referência uma população padrão (geralmente a mundial, quando se comparam diferentes países, ou nacional, quando se comparam diferentes locais do mesmo país).

b. *Coefficiente de Mortalidade Infantil (CMI)*: é uma estimativa do risco que as crianças nascidas vivas têm de morrer antes de completar um ano de idade. É considerado um indicador sensível das condições de vida e saúde de uma comunidade. Pode ser calculado por regra de três ou pela seguinte razão:

$$\frac{\text{óbitos de menores de 1 ano em determinada comunidade e ano} \times 1.000}{\text{nascidos vivos na mesma comunidade e ano}}$$

Cuidado especial deve ser tomado quando se vai calcular o coeficiente de mortalidade infantil de uma localidade, pois tanto o seu numerador (óbitos de menores de 1 ano), como seu denominador (nascidos vivos) podem apresentar problemas de classificação. Para evitar esses problemas, o primeiro passo é verificar se as definições, citadas pela OMS (1994), estão sendo corretamente seguidas por quem preencheu a declaração de óbito da criança. Estas definições são as seguintes:

Nascido vivo: é a expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta.

Óbito fetal: é a morte do produto de concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez. Indica o óbito se o feto, depois da separação, não respirar nem apresentar nenhum outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária.

Óbito infantil: é a criança que, nascida viva, morreu em qualquer momento antes de completar um ano de idade.

Com base nessas definições, fica claro que uma criança que nasceu viva (independentemente do peso), nem que tenha apresentado apenas batimentos do cordão umbilical, e morrido em seguida, deve ser considerada como óbito de menor de 1 ano (óbito infantil) e entrar no cálculo do coeficiente de mortalidade infantil (CMI). Nesse caso, deve ser emitida uma Declaração de Nascido Vivo (DN) e uma Declaração de óbito (DO), indicando

que se trata de óbito não fetal, e providenciados os respectivos registros de nascimento e óbito em cartório de registro civil.

Caso essa criança tivesse, erroneamente, sido classificada como óbito fetal (natimorto), além de possíveis problemas com relação à transmissão de bens e propriedades (direito civil), ainda teríamos um viés no cálculo do coeficiente de mortalidade infantil e neonatal: o numerador perderia um caso de óbito infantil e o denominador perderia 1 nascido vivo. Isso faria com que o CMI calculado fosse menor do que realmente é (redução artificial, ou enganosa).

O coeficiente de mortalidade infantil pode ainda ser dividido em:

- coeficiente de mortalidade neonatal (óbitos de 0 a 27 dias inclusive) em relação ao total de nascidos vivos (por 1.000);
- coeficiente de mortalidade pós-neonatal ou infantil tardia (óbitos de 28 dias a 364 dias inclusive) em relação ao total de nascidos vivos (por 1.000).

O coeficiente de mortalidade neonatal pode ainda ser subdividido em coeficiente de mortalidade neonatal precoce (0 a 6 dias inclusive) e coeficiente de mortalidade neonatal tardia (7 a 27 dias).

Essa divisão, relacionada à idade da criança quando morreu, deve-se à observação de que no período neonatal predominam as causas ligadas a problemas da gestação e do parto (causas perinatais e anomalias congênicas), e de que, no período pós-neonatal, prevalecem as causas de morte relacionadas ao meio ambiente e às condições de vida e de acesso aos serviços de saúde (doenças infecciosas, pneumonias, diarreia, por exemplo) (LAURENTI *et al.*, 1987). Dessa forma, nos países desenvolvidos, onde a mortalidade infantil é baixa e problemas relacionados ao meio ambiente já se encontram quase totalmente resolvidos, o componente neonatal predomina, enquanto em muitos países pobres ainda prevalece o componente pós-neonatal.

Para o acompanhamento deste indicador é importante que os serviços de saúde, por meio dos serviços de Vigilância e Atenção Primária, procedam a investigação de todos os óbitos infantis, visando identificar eventuais falhas no preenchimento da DO, especialmente quanto à causa básica, bem como verificar as circunstâncias em que tais óbitos ocorreram. Os Comitês de Mortalidade Infantil tem a função de avaliar e apoiar estas investigações, bem como propor estratégias para redução dessa mortalidade.

c. *Coefficiente de mortalidade perinatal*: segundo a Classificação Internacional de Doenças em vigor (a CID-10), o período perinatal vai da 22.<sup>a</sup> semana de gestação até a primeira semana de vida da criança, diferenciando da definição anterior (da CID-9) que considerava a partir da 28.<sup>a</sup> semana de gestação. Dessa maneira, o coeficiente atualmente é dado pela seguinte razão:

$$\frac{\text{Óbitos fetais a partir da 22ª semana de gestação} + \text{óbitos de menos de 7 dias de vida} \times 1.000}{\text{nascidos vivos} + \text{óbitos fetais na mesma comunidade e ano}}$$

d. *Coefficiente de mortalidade materna*: representa o risco de óbitos por causas ligadas à gestação, ao parto ou ao puerpério, sendo indicador da qualidade de assistência à gestação e ao parto em uma comunidade. É dado pela equação:

$$\frac{\text{óbitos devidos a causas ligadas a gestação, parto e puerpério} \times 100.000}{\text{nascidos vivos na mesma comunidade e ano}}$$

Para fins de comparação internacional, somente as mortes que ocorrem até 42 dias após o parto entram no cálculo do coeficiente.

Conhecer as definições da OMS (1994) é fundamental para o cálculo correto deste indicador:

Para o cálculo deste indicador é importante que os serviços de saúde, por meio dos serviços de Vigilância e APS, procedam à investigação de todos os óbitos de mulheres de 10 a 49 anos, visando identificar todos os óbitos maternos (pois nem todos são informados na declaração de óbito), bem como verificar as circunstâncias em que tais óbitos ocorreram. Os Comitês de Mortalidade Materna têm a função de avaliar e apoiar essas investigações, bem como propor estratégias para redução dessa mortalidade.

- Morte obstétrica direta é aquela resultante de complicações obstétricas devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto etc. (aborto, infecção puerperal etc.).

- Morte obstétrica indireta resulta de doenças existentes antes da gravidez, ou desenvolvidas durante a gravidez, não devidas a causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez (diabetes mellitus, insuficiência cardíaca etc.).



No cálculo do CMM entram, portanto, todos os casos de óbitos maternos, tanto por causas obstétricas diretas, como indiretas, que ocorreram em até 42 dias após o término da gestação. Apesar de não entrarem no cálculo para fins de comparação, é importante o serviço de saúde registrar, ainda, as mortes por causas obstétricas (diretas ou indiretas) que ocorreram após 42 dias do término da gestação, bem como as mortes relacionadas com a gravidez, sendo assim definidas (OMS, 1994):

- Morte materna tardia é a morte de uma mulher por causas obstétricas diretas ou indiretas com mais de 42 dias, mas menos de um ano após o término da gravidez.

- Morte relacionada com a gravidez é a morte de uma mulher enquanto grávida ou até 42 dias após o término da gravidez, qualquer que tenha sido a causa de morte.

Para o cálculo desse indicador, é importante que os serviços de saúde, por meio dos serviços de Vigilância e APS, procedam à investigação dos óbitos de mulheres de 10 a 49 anos, visando identificar todos os óbitos maternos (pois nem todos são informados na declaração de óbito), bem como verificar as circunstâncias em que tais óbitos ocorreram. Os Comitês de Mortalidade Materna têm a função de avaliar e apoiar essas investigações, bem como propor estratégias para redução dessa mortalidade.

e. *Coefficiente de mortalidade por doenças transmissíveis*: é uma estimativa do risco de a população morrer por doenças infecciosas e parasitárias (tuberculose, tétano, diarreia infecciosa, Aids etc.), classificadas atualmente no Capítulo I da CID-10. Quanto mais elevado o resultado desse coeficiente, piores as condições de vida. É dado pela equação:

$$\frac{\text{óbitos devidos a doenças infecciosas e parasitárias (DIP)} \times 100.000}{\text{população estimada para o meio do ano na mesma área}}$$

Observamos que o denominador agora passa a ser a população estimada para o meio do ano (1º de julho), que é considerada a melhor estimativa do número de habitantes expostos em todo o ano.

f. *Cálculos de coeficientes por outras causas específicas* ou por capítulos da CID (por exemplo, causas externas, infarto do miocárdio, doenças cerebrovasculares, acidentes de trânsito etc.) também são possíveis, usando o

mesmo raciocínio e padrão de equação utilizado para o cálculo do coeficiente de mortalidade por doenças transmissíveis.

• **Coeficientes de NATALIDADE:**

Os principais coeficientes que medem a natalidade (nascimentos) de uma população são o coeficiente de natalidade e o de fecundidade. Enquanto o coeficiente de natalidade está relacionado com o tamanho da população, o de fecundidade está relacionado com o número de mulheres em idade fértil. Por isso, é comum a fecundidade ser expressa também em média de filhos por mulher (por exemplo: 2,5 filhos por mulher)

a. O coeficiente de natalidade, portanto, pode ser calculado pela seguinte equação (ou também por regra de três):

$$\frac{\text{nascidos vivos em determinada área e período} \times 1.000}{\text{população da mesma área, no meio período}}$$

b. O coeficiente de fecundidade, como está relacionado à população feminina em idade fértil, é dado pela fórmula (ou calculado por regra de três):

$$\frac{\text{nascidos vivos em determinada área e período} \times 1.000}{\text{mulheres de 15 a 49 anos da mesma área, no meio do período}}$$

• **PROPORÇÕES mais utilizadas na área de saúde:**

Como já referido, as proporções não estimam o risco do evento em uma dada população, porém são mais fáceis de serem calculadas, pois não necessitam de denominadores, como o número de habitantes, para o seu cálculo. Além disso são mais fáceis de se compreender, pois seus resultados são sempre em percentuais (a cada cem pessoas, tantas morrem por doenças do aparelho circulatório, por exemplo).

a. *Mortalidade proporcional por idade:* é um indicador muito útil e fácil de se calcular. Com base no total de óbitos, fazemos uma regra de três, calculando qual a proporção de óbitos na faixa etária de 20 a 29 anos ou de menores de 1 ano, por exemplo.

Duas proporções, em relação à mortalidade por idade, são mais frequentemente utilizadas:

• *Mortalidade infantil proporcional:* proporção de óbitos de menores de 1 ano em relação ao total de óbitos;

- Mortalidade proporcional de 50 anos ou mais, também conhecida como *Indicador de Swaroop e Uemura ou Razão de Mortalidade Proporcional*: proporção de óbitos de pessoas que morreram com 50 anos ou mais de idade em relação ao total de óbitos. Quanto piores as condições de vida e de saúde, maior a mortalidade infantil proporcional e menor o valor do Indicador de Swaroop e Uemura, pois grande parte das pessoas poderá morrer antes de chegar aos 50 anos de vida. Nos países ricos, ao contrário, a maioria da população morre com mais de 50 anos; assim, o Indicador de Swaroop e Uemura será mais alto (em torno de 85%).

- A mortalidade proporcional por idade também pode ser representada em gráfico, sendo conhecida como *Curva de Mortalidade Proporcional* (ou Curva de Nelson de Moraes, que foi quem a propôs). Para isso, primeiro, devemos calcular todos os percentuais correspondentes às seguintes faixas etárias: menor de 1 ano, de 1 a 4 anos, de 5 a 19 anos, de 20 a 49 anos e de 50 anos e mais (a soma de todos os percentuais dessas faixas etárias deve dar 100%). Atualmente, com o aumento da expectativa de vida em muitos países, alguns autores têm usado o limite de 60 anos e mais de idade para o cálculo da proporção de idosos entre os óbitos, como apresentado pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa) em seu “Indicadores e dados básicos para a saúde (IDB).

**b.** *Mortalidade proporcional por causas de morte*: é a proporção que determinada causa (ou agrupamento de causas) tem no conjunto de todos os óbitos. Por exemplo, a mortalidade proporcional por doenças do aparelho circulatório é a proporção de óbitos por doenças do aparelho circulatório em relação ao total de óbitos no mesmo período e local.

**c.** *Proporções calculadas com base no Sinasc* (Sistema de informações sobre nascidos vivos): atualmente, com a implantação do Sinasc no Brasil, algumas proporções de importância epidemiológica também podem ser calculadas, como, por exemplo:

- Taxa de nascidos vivos com baixo peso ao nascer: % de nascidos vivos com peso ao nascer <2.500 gramas em relação ao total de nascidos vivos em determinado período de tempo e local;

- Taxa de nascidos vivos com mães adolescentes: % de nascidos vivos com mães de idade <20 anos (até 19 anos inclusive) em relação ao total de nascidos vivos em determinado período de tempo e local;

- Taxa de nascidos vivos por cesárea: % de nascidos vivos por cesárea em relação ao total de nascidos vivos em determinado período de tempo e local;
- Taxa de nascidos vivos prematuros: % de nascidos vivos com menos de 37 semanas (até 36 inclusive) de gestação.

É importante considerar que os resultados de indicadores que se baseiam em números pequenos (por exemplo, com base em dados de apenas um ano de uma área de abrangência de uma UBS ou de uma cidade muito pequena) podem apresentar o que se chama de “variação aleatória”. Por exemplo, se determinada área de abrangência tem 150 nascidos vivos no ano e nenhum morrer, o coeficiente será zero; se ocorrer 1 óbito infantil, o coeficiente de mortalidade infantil será de 6,7 por mil nascidos vivos. Se ocorrerem 2 óbitos nessa mesma comunidade, o coeficiente passará para 13,3 por mil nascidos vivos, ou seja, uma variação (aleatória) bastante grande.

Para evitar essa flutuação aleatória de valores, devida a números pequenos, a OMS recomenda que os dados sejam agregados por um período mais longo de tempo – por exemplo, em 3 anos consecutivos, utilizando como valor de coeficiente o que se chama de “média móvel” (OMS, 1994).

Para finalizar, deve-se considerar que os indicadores de medidas do nível de saúde baseiam-se em números. Números, entretanto, que representam pessoas que vivem em determinada comunidade, que nasceram, adoeceram ou morreram. Além de servirem para avaliar o nível de saúde de uma comunidade, esses indicadores medem, indiretamente, seu nível de vida (condições de moradia, nutrição etc.).

#### Referências Bibliográficas

LAURENTI, R. et al. *Estatísticas de saúde*. São Paulo: E.PU/Edusp, 1987.

LILIENTFELD, A.M.; LILIENTFELD, D.E. *Foundations of epidemiology*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 1980.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*, décima revisão. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português, 1994. v.2. PARANÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná.

SOARES, D. A.; ANDRADE, S. M.; CAMPOS, J. B. *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2001. Disponível em: <[www.ccs.uel.br/nescos/regesus/arquivos/capitulo%2010.pdf](http://www.ccs.uel.br/nescos/regesus/arquivos/capitulo%2010.pdf)>.

VAUGHAN, J.P.; MORROW, R.H. *Epidemiologia para os municípios: manual para gerenciamento dos distritos sanitários*. São Paulo: Hucitec, 1992. EPIDEMIOLOGIA E INDICADORES DE SAÚDE

### Trabalho em grupos – estudo de caso

Tempo estimado: 1 hora e 45 minutos.

#### **ESTUDO DE CASO – Situação de Saúde nos Municípios de Nova Caridade e Boa Sorte, Regional de Saúde de Boa Fé, Estado de Esperança**

A Secretaria Estadual de Saúde de Esperança está organizando em suas regionais de saúde equipes para apoio matricial às SMS de cada área de abrangência, sendo formados grupos com técnicos das diversas áreas da APS e Vigilância em Saúde de cada regional para apoio a um conjunto de municípios.

A Regional de Saúde de Boa Fé é composta por 12 municípios, sendo formados 3 grupos, cada um responsável por 4 municípios.

O grupo responsável pelos municípios de Boa Fé, Santa Felicidade, Nova Caridade e Boa Sorte, seguindo as orientações da SES, iniciou suas atividades com um diagnóstico da situação de saúde de seus municípios, começando por Boa Sorte e Nova Caridade.

Para isso buscou dados do SIM, Sinasc, além de dados demográficos, utilizando para isso as informações disponíveis em seus próprios bancos de dados e também o *site* do Datasus/Ministério da Saúde ([www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)), obtendo assim inicialmente as seguintes tabelas:

TABELA 1

POPULAÇÃO RESIDENTE - ESPERANÇA			
POPULAÇÃO RESIDENTE POR FAIXA ETÁRIA E SEXO			
MUNICÍPIO: BOA SORTE			
PERÍODO: 2008			
FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
Menor 1 ano	1.400	1.339	2.739
1 a 4 anos	6.050	5.784	11.834
5 a 9 anos	8.413	8.165	16.578
10 a 14 anos	8.434	8.038	16.472
15 a 19 anos	8.229	7.905	16.134
20 a 29 anos	15.015	15.161	30.176
30 a 39 anos	12.468	13.255	25.723
40 a 49 anos	10.607	11.853	22.460
50 a 59 anos	6.968	7.713	14.681
60 a 69 anos	3.949	4.485	8.434
70 a 79 anos	1.969	2.420	4.389
80 anos e mais	659	951	1.610
Total	84.161	87.069	171.230

n.23  
Atenção Primária à  
Saúde (APS)

TABELA 2

POPULAÇÃO RESIDENTE - ESPERANÇA			
POPULAÇÃO RESIDENTE POR FAIXA ETÁRIA E SEXO			
MUNICÍPIO: NOVA CARIDADE			
PERÍODO: 2008			
FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
Menor 1 ano	641	614	1.255
1 a 4 anos	2.827	2.710	5.537
5 a 9 anos	4.042	3.875	7.917
10 a 14 anos	4.022	3.900	7.922
15 a 19 anos	4.171	4.098	8.269
20 a 29 anos	8.504	8.509	17.013
30 a 39 anos	7.648	7.730	15.378
40 a 49 anos	6.414	6.979	13.393
50 a 59 anos	4.446	5.092	9.538
60 a 69 anos	2.798	3.045	5.843
70 a 79 anos	1.388	1.791	3.179
80 anos e mais	568	743	1.311
Total	47.469	49.086	96.555

TABELA 3

NASCIDOS VIVOS - DADOS PRELIMINARES - ESPERANÇA								
NASCIM P/RESID.MÃE POR MUNICÍPIO E DURAÇÃO GESTAÇÃO								
MUNICÍPIO: NOVA CARIDADE, BOA SORTE								
PERÍODO:2008								
Município	Menos de 22 semanas	De 22 a 27 semanas	De 28 a 31 semanas	De 32 a 36 semanas	De 37 a 41 semanas	42 semanas ou mais	Ignorado	Total
NOVA CARIDADE	2	0	6	74	1.045	12	2	1.141
BOA SORTE	0	11	24	139	2.523	11	0	2.708
Total	2	11	30	213	3.568	23	2	3.849

TABELA 4

NASCIDOS VIVOS - DADOS PRELIMINARES - ESPERANÇA			
NASCIM P/RESID.MÃE POR MUNICÍPIO E TIPO DE PARTO			
MUNICÍPIO: NOVA CARIDADE, BOA SORTE			
PERÍODO: 2008			
MUNICÍPIO	VAGINAL	CESÁRIO	TOTAL
NOVA CARIDADE	477	664	1.141
BOA SORTE	1.499	1.209	2.708
Total	1.976	1.873	3.849

n.23  
Atenção Primária à  
Saúde (APS)



TABELA 5

MORTALIDADE - DADOS PRELIMINARES - ESPERANÇA			
ÓBITOS P/RESIDÊNCIA POR MUNICÍPIO E CAPÍTULO CID-10			
MUNICÍPIO: NOVA CARIDADE, BOA SORTE			
PERÍODO: 2008			
CAPÍTULO CID - 10	NOVA CARIDADE	BOA SORTE	TOTAL
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	11	23	34
II. Neoplasias (tumores)	83	211	294
III. Doenças sangue órgãos hemat. e transt. imunitár.	3	6	9
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	37	46	83
V. Transtornos mentais e comportamentais	8	15	23
VI. Doenças do sistema nervoso	18	24	42
IX. Doenças do aparelho circulatório	155	323	478
X. Doenças do aparelho respiratório	63	114	177
XI. Doenças do aparelho digestivo	33	61	94
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	4	1	5
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0	3	3
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	6	14	20
XV. Gravidez parto e puerpério	0	1	1
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	6	39	45
XVII. Malformações congênitas deformidades e anomalias cromossômicas	6	13	19
XVIII. Sint. sinais e achad. anorm. ex. clín. e laborat.	2	26	28
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	90	96	186
TOTAL	525	1016	1541

TABELA 6

MORTALIDADE – DADOS PRELIMINARES – ESPERANÇA			
ÓBITOS P/RESIDÊNCIA POR MUNICÍPIO E FAIXA ETÁRIA			
MUNICÍPIO: NOVA CARIDADE, BOA SORTE			
PERÍODO: 2008			
MUNICÍPIO			
FAIXA ETÁRIA	NOVA CARIDADE	BOA SORTE	TOTAL
Menor 1 ano	15	54	69
1 a 4 anos	2	7	9
5 a 9 anos	3	6	9
10 a 14 anos	6	5	11
15 a 19 anos	17	13	30
20 a 29 anos	26	33	59
30 a 39 anos	24	62	86
40 a 49 anos	52	80	132
50 a 59 anos	59	138	197
60 a 69 anos	96	214	310
70 a 79 anos	101	220	321
80 anos e mais	124	183	307
Idade ignorada	0	1	1
Total	525	1.016	1.541

n.23  
Atenção Primária à  
Saúde (APS)

TABELA 7

ÓBITOS INFANTIS - DADOS PRELIMINARES - ESPERANÇA							
ÓBITOS P/RESIDÊNCIA POR MUNICÍPIO E CAPÍTULO CID-10							
MUNICÍPIO: NOVA CARIDADE, BOA SORTE							
PERÍODO: 2008							
MUNICÍPIO	CAP 6	CAP 10	CAP 16	CAP 17	CAP 18	CAP 20	TOTAL
NOVA CARIDADE	0	0	4	5	1	5	15
BOA SORTE	2	1	39	11	1	0	54
Total	2	1	43	16	2	5	69

TABELA 8

ÓBITOS INFANTIS - DADOS PRELIMINARES - ESPERANÇA				
ÓBITOS P/RESIDÊNCIA POR MUNICÍPIO E FAIXA ETÁRIA				
MUNICÍPIO: NOVA CARIDADE, BOA SORTE				
PERÍODO: 2008				
MUNICÍPIO	0 A 6 DIAS	7 A 27 DIAS	28 A 364 DIAS	TOTAL
NOVA CARIDADE	7	1	7	15
BOA SORTE	35	11	8	54
Total	42	12	15	69

TABELA 9

SÍFILIS CONGÊNITA - CASOS CONFIRMADOS NOTIFICADOS NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN)	
CASOS CONFIRMADOS POR MUNIC. RESIDÊNCIA	
UF RESIDÊNCIA: ESPERANÇA	
MUNIC. NOTIFICAÇÃO: NOVA CARIDADE, BOA SORTE	
PERÍODO: 2009	
MUNIC. RESIDÊNCIA	CASOS CONFIRMADOS
NOVA CARIDADE	0
BOA SORTE	1
Total	1

n.23  
Atenção Primária à  
Saúde (APS)

TABELA 10

HEPATITES VIRAIS - CASOS CONFIRMADOS NOTIFICADOS NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN)						
CASOS CONFIRMADOS POR MUNIC. RESIDÊNCIA E CLASS. ETIOLÓGICA						
UF RESIDÊNCIA: ESPERANÇA						
MUNIC. NOTIFICAÇÃO: NOVA CARIDADE, BOA SORTE						
PERÍODO: 2009						
MUNIC. RESIDÊNCIA	IGN/BRANCO	VÍRUS A	VÍRUS B	VÍRUS C	NÃO SE APLICA	TOTAL
NOVA CARIDADE	2	0	13	12	1	28
BOA SORTE	0	43	14	7	0	64
Total	2	43	27	19	1	92

TABELA 11

TUBERCULOSE – CASOS CONFIRMADOS NOTIFICADOS NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN)	
CASOS CONFIRMADOS POR MUNIC. RESIDÊNCIA	
MUNIC. RESIDÊNCIA: NOVA CARIDADE, BOA SORTE	
PERÍODO: 2009	
MUNIC. RESIDÊNCIA	CASOS CONFIRMADOS
NOVA CARIDADE	25
BOA SORTE	27
Total	52

TABELA 12

HANSENÍASE – CASOS CONFIRMADOS NOTIFICADOS NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN)						
CASOS CONFIRMADOS POR MUNIC. RESIDÊNCIA E FORM. CLIN. NOTIF.						
UF RESIDÊNCIA: ESPERANÇA						
MUNIC. RESIDÊNCIA: NOVA CARIDADE, BOA SORTE						
PERÍODO: 2009						
MUNIC. RESIDÊNCIA	IGN/ BRANCO	INDETER- MINADA	TUBERCU- LOIDE	DIMORFA	VIRCHOWIANA	TOTAL
NOVA CARIDADE	1	1	2	1	1	6
BOA SORTE	0	4	0	16	10	30
Total	1	5	2	17	11	36

TABELA 13

POPULAÇÃO RESIDENTE - ESPERANÇA	
POPULAÇÃO RESIDENTE POR MUNICÍPIO	
MUNICÍPIO: NOVA CARIDADE, BOA SORTE	
PERÍODO: 2009	
MUNICÍPIO	POPULAÇÃO RESIDENTE
NOVA CARIDADE	97.329
BOA SORTE	172.725
Total	270.054

n.23  
Atenção Primária à  
Saúde (APS)

Com base nos dados apresentados nas tabelas 1 a 13 e nas orientações e conceitos discutidos no **Texto 3** os grupos deverão cumprir as seguintes tarefas:

1. Preencher o quadro 5, com alguns indicadores de saúde dos municípios de Boa Sorte e Nova Caridade.

QUADRO 5 **Indicadores de saúde selecionados, municípios de Boa Sorte e Nova Caridade**

INDICADOR	ANO	BOA SORTE	NOVA CARIDADE
Coefficiente de incidência (casos novos confirmados) de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos	2009		
Coefficiente de incidência (casos novos confirmados) de hepatites virais por 100.000 habitantes	2009		
Coefficiente de incidência (casos novos confirmados) de hepatite viral A (HVA) por 100.000 habitantes	2009		
Coefficiente de incidência (casos novos confirmados) de hepatite B por 100.000 habitantes	2009		
Coefficiente de incidência (casos novos confirmados) de Tuberculose por 100.000 habitantes	2009		
Coefficiente de incidência (casos novos confirmados) de Hanseníase por 10.000 habitantes	2009		
Coefficiente de prevalência de tuberculose (considerar duração média de meio ano, nenhum óbito, emigração de 0 casos em Boa Sorte, emigração e imigração de 3 casos, todos no 3o mês de tratamento em Nova Caridade)	2009		

INDICADOR	ANO	BOA SORTE	NOVA CARIDADE
Coeficiente de letalidade por hepatite viral A (considerar que ocorreu 1 óbito por HVA fulminante em Boa Sorte)	2009		
Coeficiente geral de mortalidade	2008		
Coeficiente de mortalidade infantil	2008		
Coeficiente de mortalidade infantil tardia (pós-neonatal)	2008		
Coeficiente de mortalidade neonatal precoce	2008		
Coeficiente de mortalidade neonatal	2008		
Coeficiente de mortalidade materna (considerar que ambos municípios investigam 100% dos óbitos de mulheres em idade fértil e que todos os óbitos do capítulo XV ocorreram até 42 dias após o parto)	2008		
Coeficiente de mortalidade por doenças transmissíveis	2008		
Coeficiente de mortalidade por causas externas	2008		
Coeficiente de natalidade	2008		
Coeficiente de fecundidade	2008		
Mortalidade infantil proporcional	2008		
Mortalidade proporcional de 50 anos ou mais	2008		
Mortalidade proporcional de 60 anos ou mais	2008		
Mortalidade proporcional de 1 a 4 anos	2008		
Mortalidade proporcional de 5 a 19 anos	2008		
Mortalidade proporcional de 20 a 49 anos	2008		
Mortalidade proporcional de 20 a 59 anos	2008		
Mortalidade proporcional por doenças transmissíveis	2008		
Mortalidade proporcional por doenças cardiovasculares	2008		
Mortalidade proporcional por causas externas	2008		
Taxa de nascidos vivos prematuros	2008		
Taxa de nascidos vivos por cesárea	2008		

2. Calcular o Índice de Swaroop Uemura e a Razão de Mortalidade Proporcional para os dois municípios.

3. Construir a curva de mortalidade proporcional dos dois municípios, considerar recomendações da Ripsa para o cálculo da proporção de óbitos em idosos. Como o grupo considera a situação de saúde dos dois municípios, em uma avaliação geral?

4. Como o grupo considera a situação de saúde dos dois municípios em uma avaliação geral?

5. Qual município o grupo considera, em uma avaliação geral, como em melhor situação de saúde?

6. Destacar as maiores fragilidades e pontos positivos em relação à situação de saúde de cada município.

7. Com base nesses indicadores, quais seriam as áreas prioritárias em que a equipe matricial da regional de saúde de Boa Fé deveria trabalhar em cada município (considerar a organização da APS, Vigilância em Saúde e a organização da referência de média e alta complexidade)?

#### **Trabalho em grupo – leitura do texto 4**

##### **O Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab)**

Tempo estimado: 1 hora.

· Após a leitura, discutir o texto, que será a base para a realização da próxima atividade (Estudo de Caso).

#### **TEXTO 4 – O Sistema de Informações da Atenção Básica (Siab)**

Parte integrante do processo de trabalho das equipes de saúde da família (SF) é o cadastro da população adstrita e a manutenção de um sistema de informações sobre as ações realizadas que permite e qualifica a prática de vigilância em saúde, além de possibilitar que a própria equipe avalie e acompanhe o desenvolvimento de suas ações. Esse sistema, chamado Sistema de Informações da Atenção Básica (Siab), possibilita conhecer a realidade da população adstrita, seus principais problemas de saúde, seu modo de vida e o andamento das atividades das equipes. “Sistematiza os dados coletados, possibilita a sua informatização e gera relatórios de acompanhamento e avaliação” (BRASIL, 2001). Permite ainda que sejam feitas avaliações do impacto do trabalho das equipes na organização do sistema e na saúde da população.



Os dados alimentados no Siab permitem a obtenção de informações que servirão para que o gestor e a equipe, juntamente com a população, possam planejar as atividades a serem desenvolvidas, para cumprir o objetivo de otimizar as condições de saúde.

O Siab é um sistema que agrega e processa as informações sobre a população visitada. Essas informações são recolhidas em fichas de cadastramento e de acompanhamento e analisadas a partir dos relatórios de consolidação dos dados.

**Os instrumentos de coleta de dados são:**

- Ficha A: cadastramento das famílias.
- Ficha B-GES: acompanhamento de gestantes.
- Ficha B-HA: acompanhamento de hipertensos.
- Ficha B-DIA: acompanhamento de diabéticos.
- Ficha B-TB: acompanhamento de pacientes com tuberculose.
- Ficha B-HAN: acompanhamento de pacientes com hanseníase.
- Ficha C: acompanhamento de crianças (Cartão da Criança).
- Ficha D: registro de atividades, procedimentos e notificações.

· **Ficha A:** A Ficha A é preenchida nas primeiras visitas que o ACS faz às famílias de sua comunidade. Deve ser preenchida uma ficha por família. As informações recolhidas – identificação da família, cadastro de todos os seus membros, situação de moradia e outras informações adicionais – permitem à equipe de saúde conhecer a população por faixa etária e as condições de vida da população adscrita, conhecer com mais detalhes o território-área e melhor planejar suas intervenções. Deve ser atualizada mensalmente de acordo com as mudanças ocorridas na composição e no perfil socioepidemiológico das famílias, pois é um instrumento dinâmico. Exemplificando: quando uma pessoa do domicílio se muda ou quando outra pessoa vem morar ali, deve haver uma atualização; ou quando o ACS identifica que uma pessoa mudou sua situação quanto ao diabetes, deve ser realizada atualização desta Ficha. Da mesma forma, atualizar quando há mudanças no perfil socioeconômico, por exemplo: reforma na habitação de taipa para alvenaria, ampliação do número de cômodos, acesso a água tratada, rede de esgoto etc. É comum a equipe preencher a Ficha A somente no momento do cadastramento da comunidade e nunca mais atualizá-la, passado algum tempo as informações perderão a

fidedignidade. A Ficha A também pode ser utilizada como “Folha de Rosto do Prontuário da Família” na UBS.

- **Fichas B:** São 5 as fichas B. A Ficha B-GES é o instrumento de cadastro e acompanhamento mensal do estado de saúde das gestantes. Enquanto as Fichas B-HA, B-DIA, B-TB e B-HAN servem para o cadastramento e acompanhamento mensal dos indivíduos com hipertensão arterial (HAS), diabetes (DM), tuberculose (TB) e hanseníase, respectivamente. Os indivíduos só serão cadastrados em cada uma dessas fichas quando tiverem diagnóstico médico estabelecido. Os casos suspeitos deverão ser sempre encaminhados à UBS para realização de consulta. Só após esse procedimento, com o diagnóstico estabelecido, é que o ACS cadastra o paciente e então inicia o acompanhamento mensal dos indivíduos por meio da ficha relacionada ao agravo diagnosticado. A cada visita domiciliar do ACS, os dados devem ser atualizados. As fichas ficam de posse dos ACS e devem ser revisadas mensalmente pelo enfermeiro. Sempre que cadastrar um caso novo de um desses cinco agravos o agente comunitário deverá discutir com o enfermeiro a forma como se dará seu acompanhamento.

- **Ficha C:** O instrumento utilizado para o acompanhamento da criança (Ficha C) é uma cópia ou espelho do Cartão da Criança padronizado pelo Ministério da Saúde, utilizado pelos diversos serviços de saúde nos municípios. Esse Cartão é produzido em dois modelos distintos: um para a criança de sexo masculino e outro para a criança do sexo feminino. Toda família que tenha uma criança menor de cinco anos, acompanhada por uma unidade de saúde, deve possuir esse cartão. É ele que servirá como fonte básica dos dados que serão coletados pelos ACS. Para as crianças menores de 2 anos, o ACS deve utilizar, como base para a coleta dos dados, o Cartão da Criança que está de posse da família, transcrevendo para o seu cartão-sombra os dados registrados no Cartão da Criança. Caso a família não tenha o Cartão, o ACS deverá preencher o cartão-sombra com base nas informações referidas e orientar a família a procurar a UBS para providenciar a segunda via do Cartão da Criança.

- **Ficha D:** A Ficha D é utilizada por todos os profissionais da equipe de saúde para o registro diário das atividades e dos procedimentos realizados, além da notificação de algumas doenças ou condições que são objeto de acompanhamento sistemático. Uma dessas informa a produtividade da equipe e a frequência com que alguns procedimentos e/ou identificação

de agravos (notificações) são realizados (como, por exemplo, casos de pneumonia em crianças menores de 5 anos). O preenchimento desse instrumento deve ser efetuado diariamente por cada um dos profissionais. Alguns campos são específicos para determinadas categorias e apenas os profissionais da respectiva categoria devem preenchê-los.

O preenchimento das fichas citadas permite a agregação dos dados e o processamento de dados consolidados em nível de microáreas (1 por ACS), da área de uma equipe de SF, de segmento territorial e do total do município coberto por equipes do SF e/ou do Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS). O preenchimento das fichas é responsabilidade dos ACS sob supervisão do enfermeiro ou de outro profissional de nível superior. É esse supervisor o responsável pela sistematização das fichas nos relatórios citados a seguir. Além disso, a disponibilidade de um auxiliar administrativo na UBS facilita e otimiza a alimentação do Siab. Esse processo de alimentação será feito por meio das fichas e relatórios em papel ou alimentados já em microcomputadores nas equipes dependendo do nível de informatização das UBS em cada município. Caso não haja microcomputadores disponíveis nas UBSs, a informatização dos dados dar-se-á em níveis mais centrais das SMS (gerências distritais e/ou coordenações municipais do PSF). Os dados deverão ser transmitidos simultaneamente ao Ministério da Saúde e às SES, mensalmente, *on line*, no último dia útil de cada mês, conforme portaria GM/MS nº 3.462 de 11 de novembro de 2010.

**Os Instrumentos de Consolidação dos dados são:**

- Relatório consolidado anual de famílias cadastradas – **Relatórios A1, A2, A3 e A4;**
- Relatório de situação de saúde e acompanhamento das famílias – **Relatórios SSA2 e SSA4;**
- Relatório de produção e marcadores para avaliação – **Relatório PMA2 e PMA4.**
- **Relatórios A1** de todos os ACS de uma UBS e permite que a equipe identifique o perfil da população e os pontos vulneráveis da sua área de atuação para orientar sua forma de atuação.
- **Relatório A3: Consolidado do cadastramento familiar por segmento:** Objetiva analisar agregados homogêneos e consolida os dados das famílias acompanhadas pelas equipes de um mesmo segmento territorial. Sua utili-

zação na análise dos dados é opcional. Pode ser usado para a diferenciação entre áreas urbanas e rurais de determinado município ou, em municípios maiores, para agregação de dados em nível de distritos sanitários ou outra forma de agregação, como, por exemplo, as áreas do orçamento participativo no caso do município de Porto Alegre.

· **Relatório A4: Consolidado do cadastramento familiar por município:** São consolidados os dados das famílias cadastradas por todas as equipes do município. São preenchidos um relatório para as áreas/equipes da zona rural, um para a zona urbana e um para o total do município. Uma cópia dos relatórios deve ficar no município e outra deve ser encaminhada à Coordenação Regional que, por sua vez, enviará uma cópia à Coordenação Estadual do Programa. Para preencher o Relatório A4, o instrutor deve ter em mãos os Relatórios A2 ou A3 de todas as áreas/equipes do mesmo município. Os dados de todas as áreas/equipes devem ser somados, item por item, e incluídos no Relatório A4. Todos os dados desse relatório se referem à situação das áreas do município cobertas pelas equipes e não do município como um todo. Assim, a expressão “Total” refere-se a situação das famílias cadastradas pelas equipes do município ou pelos ACS, no caso de municípios onde apenas o PACS esteja implantado. Nesse relatório, são utilizadas duas novas variáveis: famílias estimadas e população. Para calcular o número de famílias estimadas no município, divide-se a população geral do município estimada pelo IBGE para o ano em referência, pelo número médio de pessoas por domicílio no Estado.

· **Relatório SSA2: Relatório da Situação de saúde e acompanhamento das famílias na área:** Consolida informações sobre a situação de saúde das famílias acompanhadas em cada território-área de uma equipe de SF. Os dados para o seu preenchimento são provenientes das Fichas A, B, C e D e referem-se às microáreas de uma mesma área (em especial a Ficha A). A consolidação dos dados das diversas microáreas, coletados dos dias 21 do mês anterior ao dia 20 do mês atual, será feita no fim do mês atual ou início do mês subsequente, durante a reunião mensal da equipe, sendo responsabilidade de um dos profissionais de nível superior a condução das atividades e o preenchimento desses relatórios. Esse Relatório mostra tanto o perfil da população, como a cobertura e a qualidade do acompanhamento de gestantes, crianças e pessoas portadoras de DM, HAS, TB e hanseníase, além de dados da produtividade da equipe (exemplo: número de consultas, número

de solicitações de exames de patologia clínica, número de encaminhamentos) e notificações de agravos sentinelas (como internações e óbitos).

· **Relatório SSA4: Situação de saúde e acompanhamento das famílias no município:** Consolida os dados referentes às áreas de um mesmo município, por modelo de atenção (PACS ou PSF) e de zona (urbana ou rural). As informações contidas neste relatório referem-se às áreas cobertas pelo PACS e PSF no município. Este instrumento deve ser utilizado apenas onde o sistema de informação não estiver informatizado. O preenchimento do Relatório SSA4 deve ser efetuado no início de cada mês, a partir dos dados dos Relatórios SSA2 de todas as equipes de saúde atuantes (PACS e PSF). O trabalho de consolidação dos dados deve ser realizado por profissionais de saúde da coordenação municipal/SMS durante reunião mensal com as equipes.

· **Relatório PMA2: Relatório de Produção e marcadores para avaliação:** Consolida mensalmente a produção de serviços e a ocorrência de doenças e/ou de situações consideradas como marcadores por território-área de cada equipe de SF (em especial a Ficha D). Marcadores são eventos mórbidos ou situações indesejáveis que devem ser notificadas com o objetivo de, em médio prazo, avaliar as mudanças no quadro de saúde da população adscrita.

· **Relatório PMA4: Produção e marcadores para avaliação por município:** Destina-se à consolidação mensal dos dados dos Relatórios PMA2, apenas em municípios onde o sistema não esteja informatizado, totalizando as informações referentes à produção de serviços e à ocorrência de doenças e/ou situações consideradas como marcadoras, por município. O trabalho de consolidação de dados deve ser realizado por profissionais de saúde da coordenação municipal/SMS durante reunião com as equipes de saúde.

O correto preenchimento e atualização do Siab também tem papel fundamental na manutenção da transferência de recursos. Conforme a Política Nacional de Atenção Básica, a “efetivação da transferência dos recursos financeiros que compõem os incentivos relacionados ao PAB variável da SF, dos ACS e da Saúde Bucal tem por base os dados de alimentação obrigatória do Siab, cuja responsabilidade de manutenção e atualização é dos gestores do Distrito Federal e dos municípios”. Os dados de nível municipal são transmitidos simultaneamente às SES e do Distrito Federal e daí para Departamento de Informática do SUS (Datusus), por via *on line* magnética, até o dia 20 de cada mês.

Após a descrição das fichas e dos possíveis relatórios, fica evidente a importância do papel dos ACS na manutenção e qualificação desse sistema de informações. A capacidade dos ACS em manter a cobertura de visitas às famílias de suas microáreas é fator determinante da atualização e fidedignidade dos dados do Siab. Nesse sentido, os ACS devem ser capacitados e conscientizados para a importância desta atividade. Isso inclui cobrir as áreas de ACS de férias ou de licença, principalmente ao acompanhamento dos grupos de maiores riscos, como as crianças menores de 2 anos, portadores de hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase. A devolução dos dados de forma sistemática às equipes é uma estratégia de valorização da atividade e de estímulo para a qualificação da tarefa de coleta e sistematização. É claro que, além da valorização desta atividade, a devolução sistemática dos dados permite a identificação de situações de risco e avalia o desempenho da equipe, proporcionando uma ferramenta para o planejamento, monitoramento e avaliação das ações. Não existe determinação nacional sobre a forma ou periodicidade da devolução dos dados às equipes, devendo esta ser definida em nível municipal.

O Siab apresenta algumas limitações que não inviabilizam sua utilização, mas impedem a realização de algumas atividades. Como o menor agregado é em nível de microárea, não permite a identificação de famílias e/ou indivíduos em situação de risco ou que apresentem algum agravo (exemplo: tuberculose), impedindo a sua utilização como ferramenta de avaliação do acompanhamento de casos individuais ou da necessidade de realizar busca ativa de faltosos de programas (exemplo: diabéticos que não se consultam). Nesse sentido, a equipe deve organizar-se a fim de promover o acompanhamento personalizado e a busca ativa de pessoas inscritas em programas (exemplo: diabéticos que faltam à consulta de revisão) ou em situação de risco especial (exemplo: criança que retorna ao domicílio após internação hospitalar).

## Trabalho em grupos – estudo de caso sobre o Siab, aplicando alguns dos conceitos discutidos no texto

Avaliar as informações do Siab de uma equipe de SF, comparando com outros sistemas de informação (Sinam, SIM, Sinasc, Sishiperdia, Sisprenatal, SI-PNI, etc.) e realizar um relatório para discussão em grupo.

### Trabalho de dispersão

· Realizar análise dos indicadores do seu município comparando as informações disponíveis entre os vários sistemas de informação (pode ser utilizado o banco de dados existente no estado/município ou procurar as informações existentes no site do Datasus, construir tabelas semelhantes às constantes no estudo de caso do trabalho em grupos e fazer o que se pede nos seguintes itens:

1. Preencher o quadro 6, com alguns indicadores de saúde do seu município.
2. Calcular o Índice de Swaroop Uemura (razão de mortalidade proporcional).
3. Construir a curva de mortalidade proporcional do município, considerar recomendações da Ripsa para o cálculo da proporção de óbitos em idosos.
4. Como você considera a situação de saúde do seu município, em uma avaliação geral?
5. Destacar as maiores fragilidades e os pontos positivos em relação à situação de saúde de seu município.
6. Com base nestes indicadores, indicar as áreas que deveriam ser priorizadas em seu município (considerar a organização da APS, Vigilância em Saúde e a organização da referência de média e alta complexidade).
7. Verificar a possibilidade de dividir o município em regiões e calcular os indicadores que achar mais relevantes para seu município. É possível avaliar qual região deveria ter maior atenção na organização da atenção primária?

QUADRO 6 **Indicadores de saúde selecionados do município:**

n.23  
Atenção Primária à  
Saúde (APS)

DESCRIÇÃO DO INDICADOR	ANO	RESULTADO
Coeficiente de incidência (casos novos confirmados) de sífilis congênita por 100.000 habitantes	2009	
Coeficiente de incidência (casos novos confirmados) de hepatites virais por 100.000 habitantes	2009	
Coeficiente de incidência (casos novos confirmados) de hepatite viral A (HVA) por 100.000 habitantes	2009	
Coeficiente de incidência (casos novos confirmados) de hepatite B por 100.000 habitantes	2009	
Coeficiente de incidência (casos novos confirmados) de tuberculose por 100.000 habitantes	2009	
Coeficiente de incidência (casos novos confirmados) de hanseníase por 10.000 habitantes	2009	
Coeficiente de prevalência de tuberculose	2009	
Coeficiente de letalidade por hepatites virais	2009	
Coeficiente geral de mortalidade	2008	
Coeficiente de mortalidade infantil	2008	
Coeficiente de mortalidade infantil tardia (pós-neonatal)	2008	
Coeficiente de mortalidade neonatal precoce	2008	
Coeficiente de mortalidade neonatal	2008	
Coeficiente de mortalidade materna	2008	
Coeficiente de mortalidade por doenças transmissíveis	2008	
Coeficiente de mortalidade por causas externas	2008	
Coeficiente de natalidade	2008	
Coeficiente de fecundidade	2008	
Mortalidade infantil proporcional	2008	
Mortalidade proporcional de 50 anos ou mais	2008	
Mortalidade proporcional de 60 anos ou mais	2008	
Mortalidade proporcional de 1 a 4 anos	2008	
Mortalidade proporcional de 5 a 19 anos	2008	
Mortalidade proporcional de 20 a 49 anos	2008	
Mortalidade proporcional de 20 a 59 anos	2008	
Mortalidade proporcional por doenças transmissíveis	2008	





DESCRIÇÃO DO INDICADOR	ANO	RESULTADO
Mortalidade proporcional por doenças cardiovasculares	2008	
Mortalidade proporcional por causas externas	2008	
Taxa de nascidos vivos prematuros	2008	
Taxa de nascidos vivos por cesárea	2008	

### Referências Bibliográficas

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Sistemas de informações da vigilância em saúde e análise de situação de saúde**. Brasília: CONASS, 2007. p. 232-256, v. 6, t. I (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS).

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do programa Saúde da Família. Brasil, 2001.

\_\_\_\_\_. **Sistema de informação da atenção básica**. Brasília: CONASS, 2007. p 87-93, v. 8. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS).

WARTCHOW, E. S. **Sistema de Informação em Atenção Primária – GIL/DAB – Brasil, 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, Departamento da Atenção Básica. Apresentação realizada na Reunião da Câmara Técnica de Informação e Informática do CONASS em 8/4/2010.



OFICINA X

---



# Oficina X

## Os Sistemas de Apoio Diagnóstico, Sistemas Logísticos e Monitoramento

---

11

Esta oficina trabalha os conceitos e os elementos referentes aos sistemas de apoio diagnóstico e logísticos e a compreensão da estruturação desses apoios para a APS. Aborda também as metodologias de monitoramento e avaliação da APS.

### Objetivos

1. Conceituar e compreender a importância da estruturação dos sistemas de apoio diagnóstico e sistemas logísticos na organização da APS.
2. Conhecer os sistemas de monitoramento e avaliação utilizados na APS.

### Objetivos específicos

1. Conceituar e discutir os elementos integrantes do sistema de apoio diagnóstico.
2. Discutir a estruturação do sistema de apoio diagnóstico em sua realidade local, tais como carteira de exames, coleta local, envio dos resultados e o uso racional da patologia clínica.
3. Conceituar e discutir os elementos integrantes do sistema logístico.
4. Compreender a importância da utilização do conceito de economia de escala no planejamento dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.
5. Conhecer o sistema do Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS).
6. Conhecer sistemas informatizados de Prontuário Familiar.
7. Compreender a importância da informatização das UBSs para a melhoria da integração dos diversos pontos de atenção e do cuidado integral ao usuário.

8. Compreender a importância da organização do sistema de apoio diagnóstico para melhoria da resolutividade da APS.

9. Compreender a importância da estruturação do sistema logístico para garantir a integração dos pontos de atenção.

10. Conhecer as metodologias de monitoramento e avaliação.

## PROGRAMAÇÃO DA OFICINA

n.23  
Atenção Primária à  
Saúde (APS)

### 1º dia

TEMPO ESTIMADO	HORÁRIO	ATIVIDADE	TEMA
30min		Reencontro dos participantes	Apresentação dos objetivos da Oficina 10
1h e 30min		Apresentação dos trabalhos do período de dispersão da Oficina 9	Apresentação da análise dos indicadores dos municípios a partir das diversas fontes de dados
15min		Intervalo	
1h e 30min		Aula interativa	A importância dos sistemas de apoio à implantação das redes de atenção à saúde e as diretrizes estaduais
1h e 30min		Almoço	
2h e 30min		Trabalho em grupos Leitura de texto	Os Sistemas Logísticos nas Redes de Atenção à Saúde
15min		Intervalo	
1h		Plenária: apresentação da síntese e discussão	
15min		Encerramento	Avaliação do dia

## 2º dia

TEMPO ESTIMADO	HORÁRIO	ATIVIDADE	TEMA
1h		Leitura de texto	Monitoramento em Saúde: uma proposta conceitual e metodológica
1h e 30min		Aula interativa interativa	A proposta estadual para o monitoramento e a avaliação da APS, o papel dos municípios e seus desafios para a qualificação da APS
15min		Intervalo	
1h		Trabalho em grupos	Identificação dos pontos críticos para implementação de monitoramento e avaliação no contexto municipal/regional
1h e 30min		Almoço	
1h		Continuação do trabalho em grupos	
1h		Apresentação da síntese e discussão em plenária	
15min		Intervalo	
1h e 30min		Apresentação e discussão do trabalho de dispersão	Elaboração de projeto municipal/regional para os sistemas de apoio e logísticos bem como o monitoramento e avaliação da APS
15min		Encerramento	

## ROTEIRO DAS ATIVIDADES

### 1º DIA

#### Abertura

O coordenador deverá saudar os participantes e retomar as principais questões abordadas na Oficina 9. Poderá iniciar com alguma dinâmica de “bom retorno”.

Tempo estimado: 30 minutos.

## Apresentação dos trabalhos do período de dispersão

Tempo da atividade: 1 hora e 30 minutos.

### Aula interativa – A Importância dos Sistemas de Apoio à Implantação das Redes de Atenção à Saúde e as Diretrizes Estaduais

Sugestão: A SES deverá apresentar a sua proposta conceituando e englobando os setores de apoio diagnóstico e logístico e sua operacionalização na região em discussão.

Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos.

### Trabalho em grupos – leitura do texto 1

#### Os Sistemas Logísticos nas Redes de Atenção à Saúde

- Após a leitura, discutir o texto utilizando as questões propostas.
- Tempo estimado: 2 horas e 30 minutos.

#### TEXTO 1 – Os Sistemas Logísticos nas Redes de Atenção à Saúde

Eugênio Vilaça Mendes<sup>41</sup>

As redes de atenção à saúde, compostas por elementos essenciais – uma população, aquela adscrita à rede de atenção à saúde; uma estrutura operacional; um modelo lógico de atenção à saúde e um sistema de governança da rede –, devem ser sistematicamente estruturadas para que as informações circulantes fluam e contrafluam dinamicamente. A estrutura operacional das redes de atenção à saúde, organizada de maneira transversal e não temática, deve ser, portanto, composta por sistemas logísticos e por sistemas de apoio capazes de abarcar serviços tais como acesso regulado à atenção; prontuário clínico; cartão de identificação do usuário; serviços de apoio diagnóstico; de assistência farmacêutica; de informação em saúde e de transporte em saúde.

---

<sup>41</sup> Este texto foi transcrito, com pequenas adequações, para atender ao propósito desta oficina, de Mendes, 2009. A referência completa deste livro encontra-se na lista de Referências Bibliográficas.



Os sistemas logísticos são soluções em saúde, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, que garantem um arranjo racional dos fluxos e dos contrafluxos de informações, de produtos e de pessoas. Permitem, além de um sistema eficaz de referência e contrarreferência das pessoas, trocas eficientes de produtos e de informações, ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio nas redes de atenção à saúde. São compostos, genericamente, por quatro sistemas independentes, cuja tendência atual é de unificação: cartão de identificação das pessoas usuárias; prontuário clínico; sistema de acesso regulado à atenção; sistemas de transportes em saúde.

O cartão de identificação da pessoa usuária aloca um número de identificação único para cada pessoa usuária, dando origem a uma base nacional que garante a portabilidade interregional dos direitos sanitários. Para tanto, é desejável que o número de identificação contemple o território sanitário de residência assim como dados familiares da pessoa usuária, ancore-se na atenção primária e expresse-se em todo o sistema logístico. Supõe para sua implantação, *softwares*, rede de comunicação e mecanismos de segurança.

O prontuário eletrônico, por sua vez, abarca um documento único constituído de um conjunto de informações, de sinais e de imagens registradas, geradas a partir de fatos, de acontecimentos e de situações sobre a saúde do paciente e sobre a assistência a ele prestada. De caráter legal, sigiloso e científico, possibilita a comunicação entre a equipe multiprofissional e a responsável pela continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Sua adoção apresenta como principais vantagens aos serviços de saúde:

- redução do custo das transações e eliminação do uso de papel;
- redução dos custos de manutenção dos registros completos de todas as ações tomadas a favor da pessoa usuária e de todas as instalações utilizadas;
- disponibilização instantânea de todas as informações sobre as pessoas usuárias para os profissionais de saúde;
- compartilhamento de informações em tempo real entre os profissionais de saúde e instituições, promovendo melhoria dos processos de tomada de decisões;

- geração de informações sobre as pessoas usuárias por episódios e/ou tempo;
- integração das ferramentas de apoio a decisões na prestação dos serviços de saúde;
- criação de uma plataforma de informações da qual se podem extrair resultados de prestadores e métricas de experiências, a um custo mais baixo do que em planilhas em papel.

As instituições devem modelar seus próprios prontuários a partir dos seus modelos de atenção à saúde. No entanto, essa modelagem precisa compor-se de elementos essenciais: garantia de privacidade, segurança e confidencialidade das informações; identificação da população total de responsabilidade do sistema de atenção à saúde; cadastramento das famílias e classificação por risco; registro dos determinantes sociais da saúde intermediários e proximais; registro da população por subpopulações por condições específicas e por riscos; incorporação das ferramentas de abordagem familiar; inclusão de plano de cuidado e de autocuidado; registro das intervenções realizadas nas pessoas por condições específicas; monitoramento das intervenções realizadas em relação às metas definidas; apresentação de resultados de forma amigável para os seus diferentes utilizadores; criação de mecanismos de *feedbacks*, alertas e lembretes para os profissionais de saúde; criação de sumários clínicos para serem usados pelos profissionais de saúde nos diferentes tipos de cuidado.

Evidências científicas salientam como benefícios da implantação dos prontuários eletrônicos: Renders *et al.*, 2004; Singh, 2005; Wagner, 1998; Tirney *et al.*, 2005; Glasgow *et al.*, 2008; Godhdes *et al.*, 1996; Newton *et al.*, 1999; Sadur *et al.*, 1999; Stroebel *et al.*, 2002; Meigs *et al.*, 2003; Benedetti *et al.*, 2004; CHD Collaboratives, 2007; McCowan *et al.*, 2001; Saunders *et al.*, 1998; Simon *et al.*, 2000; Monane *et al.*, 1998; Zhou *et al.*, 2007; Porter e Teisberg, 2007:

- redução do custo das transações;
- redução da redundância de procedimentos e exames;
- melhoria do diagnóstico e do plano de tratamento;
- promoção da adesão dos profissionais de saúde às diretrizes clínicas; da qualidade da atenção; dos resultados clínicos; do acompanhamento das pessoas idosas;

- compartilhamento de informações em tempo real entre os profissionais de saúde e instituições com melhoraria dos processos de tomada de decisões;
- integração das ferramentas de apoio a decisões na prestação dos serviços de saúde;
- criação de uma plataforma de informações da qual se podem extrair resultados de prestadores e métricas de experiências, a um custo mais baixo do que em planilhas em papel.

Os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde constituem-se de estruturas operacionais que mediam uma oferta e uma demanda por serviços de saúde, de forma a racionalizar o acesso por riscos e com transparência, de acordo com normas definidas em protocolos de atenção à saúde, em fluxos assistenciais. O objetivo é organizar o acesso de forma equitativa, transparente, com segurança e com foco na pessoa usuária e desenvolver e manter atualizados protocolos de atenção à saúde responsáveis pela organização do processo de regulação do acesso; instrumentalizar os fluxos e os processos relativos aos procedimentos operacionais de regulação do acesso; implementar uma rede informatizada de suporte ao processo de regulação do acesso; manter um corpo de profissionais capacitados para a regulação do acesso e gerar sistemas de monitoramento e de avaliação das atividades pela emissão de relatórios padronizados.

Compostos por *software* e pela Infovia, os sistemas de acesso regulado devem comportar duas dimensões, a assistencial e a territorial. A dimensão assistencial compreende o módulo de regulação das internações eletivas, de regulação das urgências e das emergências, de regulação de consultas e de exames especializados e de cadastro dos estabelecimentos de saúde. A dimensão territorial abarca o território municipal, o território microrregional, o território macrorregional e os territórios interestaduais. A implantação dos sistemas de acesso regulado supõe o mapeamento dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio, a construção de base de dados, a integração dos sistemas, a capacitação operacional dos atores envolvidos e o monitoramento operacional. Seu acesso realiza-se, nos sistemas fragmentados, por unidades gerenciais; nas redes de atenção à saúde, nos procedimentos eletivos, por meio da APS e nos procedimentos de urgência, por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu).

Destacam-se como funcionalidades do sistema de acesso regulado à atenção à saúde:

- permitir o controle de acesso das pessoas usuárias ao sistema informatizado, especialmente das equipes de APS;
- configurar o perfil do estabelecimento de saúde no que se refere à sua natureza de executante ou solicitante, à sua oferta e à sua complexidade;
- configurar a Programação Pactuada e Integrada (PPI) para a população própria e referenciada, sua validade e controle financeiro;
- configurar a oferta por estabelecimento, por validade e controle financeiro;
- permitir a hierarquização entre as centrais de regulação;
- interagir com outros bancos de dados do SUS;
- gerar arquivos para base de dados nacionais;
- gerar relatórios operacionais e gerenciais.

Os sistemas de transporte em saúde são soluções logísticas para garantir fluxos e contrafluxos de pessoas e de produtos nas redes de atenção à saúde. Apresentam como componentes quatro subsistemas, transporte de pessoas; transporte de material biológico; transporte de resíduos de serviços de saúde e transporte de equipes de saúde.

O transporte de pessoas destina-se às pessoas usuárias com incapacidade física e/ou econômica, impedidas de deslocarem-se por meios ordinários de transporte. Sua implantação faz-se necessária ante a natureza singular das condições dos pacientes ou a presença de eventos agudos. Pode realizar-se como transporte primário e secundário ou como transporte de urgência ou eletivo.

O transporte de urgência de pessoas lida com eventos clínicos não conhecidos *a priori*. Apresentando como variáveis-chave os riscos, classificados por meio de sinais de alerta e tempo de deslocamento até a unidade de atenção própria ao atendimento dos riscos, pode ser assistido e não assistido; terrestre, marítimo ou aéreo; realizado em consonância às normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e Samu.

O transporte eletivo de pessoas, por sua vez, lida com eventos conhecidos e programáveis. Possui como variável-chave o acesso oportuno, seguro e confortável aos serviços previamente agendados. Pode ser rotineiro ou eventual; terrestre ou marítimo e deve obedecer às características técnicas e às normas de tripulação e de pessoas com necessidades especiais.

O transporte de material biológico aplica-se ao material biológico para patologia clínica, devendo ser realizado em consonância às normas relativas ao transporte de material biológico.

O transporte de resíduos de serviços de saúde consiste na remoção dos resíduos de serviços de saúde do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de destinação final. Parte do plano de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde integra o processo de licenciamento ambiental. Deve obedecer às normas que garantem a preservação das condições de acondicionamento, de transporte e de integridade dos trabalhadores, da população e do meio ambiente, sendo os seus veículos estruturados e operados de acordo com as normas da ABNT e inspecionados pelo Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (Inmetro).

Além das informações supracitadas, a construção do sistema de transporte nas redes de atenção à saúde precisa possuir como eixos norteadores a distribuição em territórios regionais; o conhecimento de logística de transporte; a definição de rotas; a escolha adequada de veículos e da tripulação; o rastreamento por satélite; a existência de uma central de controle articulada com a assistência; o emprego de um *software* de monitoramento que controle o posicionamento do veículo, o percurso efetuado, o número de passageiros ocupantes, o controle do horário de saída e de chegada na unidade prestadora dos serviços, a quilometragem rodada e o agendamento de manutenções preventivas e corretivas.

---

#### Referência Bibliográfica

MENDES, E. V. **Sistemas logísticos e redes regionalizadas de atenção à saúde**. Relatório Descritivo. Laboratório de Inovação. Organização Pan-Americana da Saúde (Opas): Brasília, 2009.

#### Plenária

Apresentação da síntese e discussão

Tempo estimado: 1 hora.

**Leitura do texto 2**

**Monitoramento em Saúde: uma Proposta Conceitual e Metodológica**

Tempo previsto: 1 hora.

n.23  
Atenção Primária à  
Saúde (APS)

**TEXTO 2 – Monitoramento em Saúde:  
Uma Proposta Conceitual e Metodológica**

Gladis Tyllmann  
José Inácio Lermen  
Rebel Zambrano Machado  
Sílvia Takeda

É indiscutível a necessidade de alcançar melhores resultados em saúde no Brasil. Para orientar essa busca, é essencial implementar e sedimentar uma cultura avaliativa. Preconizada pelo Ministério da Saúde em sua proposta de institucionalização da avaliação, busca-se a incorporação da avaliação à rotina das organizações de saúde, acompanhando todo o processo de planejamento e gestão das políticas e programas.

O monitoramento e a avaliação das ações e dos serviços de saúde é uma responsabilidade das equipes das SES e SMS. Busca-se, por um lado, *(a) avaliar a capacidade dos serviços em responder às necessidades em saúde; (b) acompanhar os efeitos das ações em saúde; (c) identificar e superar dificuldades; enfim, (d) retroalimentar equipes de saúde, gestores, políticos e comunidades*. Por outro, entende-se que *‘avaliar é uma forma de participação’* da construção e do aperfeiçoamento do SUS. É uma oportunidade de os diferentes atores participarem da configuração que se quer dar ao SUS, sendo ao mesmo tempo um processo de aprendizagem e de controle social.

Nessa perspectiva, a avaliação deveria estar orientada para a ação, criando a oportunidade de aprendizado diversificado, participativo, não hierárquico, portador de sentido, interdisciplinar, válido, prospectivo e democrático. Enquanto isso não ocorre, é muito provável que a institucionalização da avaliação continue sendo um procedimento limitado no alcance do seu objetivo final: a melhoria do desempenho do sistema de saúde.

Não avaliar pode ser comparado a pilotar um avião sem instrumentos de navegação aérea, sem indicadores das condições de voo e do motor. É voar sem bússola, altímetro, velocímetro, indicadores de nível de combustível, óleo e temperatura da água.

O monitoramento é entendido como etapa fundamental para a avaliação de ações de saúde e consiste no acompanhamento e na análise de indicadores em saúde.

Nesse contexto, a SES do Rio Grande do Sul desencadeou um processo envolvendo as equipes coordenadoras das diversas áreas técnicas tanto do nível central como regional e foram (a) selecionados indicadores para monitoramento das ações em saúde e (b) desenvolvidas 'orientações técnicas' que descrevem uma metodologia e fornecem instrumentos para monitorar os indicadores selecionados. Pretende-se que as orientações aqui apresentadas contribuam para o desenvolvimento de uma cultura de sistematicamente olhar os resultados dos indicadores, analisar e traduzir o que expressam e desenvolver ações sempre que necessárias.

A seguir, apresentamos alguns conceitos correlatos ao tema e à sugestão de uma metodologia para o monitoramento de indicadores em saúde.

#### **Alguns conceitos, no contexto do monitoramento em questão**

**Indicador:** Indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. Se forem gerados de forma regular e manejados em um sistema dinâmico, os indicadores de saúde constituem ferramenta fundamental para a gestão e avaliação da situação de saúde, em todos os níveis. Um conjunto de indicadores de saúde tem como propósito produzir evidência sobre a situação sanitária e suas tendências, até mesmo documentando as desigualdades em saúde. Além de prover matéria-prima essencial para a análise de saúde, a disponibilidade de um conjunto básico de indicadores tende a facilitar o monitoramento de objetivos e metas em saúde, estimular o fortalecimento da capacidade analítica das equipes de saúde e promover o desenvolvimento de sistemas de informação de saúde intercomunicados.

**Monitoramento:** O monitoramento é um processo sistemático e contínuo que por meio da observação e análise de informações substanciais e

em tempo adequado permite a rápida avaliação situacional e a intervenção oportuna que confirma ou corrige as ações em saúde.

**Avaliação:** A avaliação é uma função da gestão destinada a auxiliar o processo de decisão, visando torná-lo mais racional e efetivo. Na atual conjuntura, o alto custo da atenção à saúde, seja por sua cobertura ou complexidade, tem exigido dos gestores decisões que beneficiem maior número de usuários e que consigam resultados mais equitativos com os mesmos recursos disponíveis.

Assim, na avaliação de sistemas, serviços ou programas/projetos de saúde é possível iniciar o processo de avaliação com a abordagem sistêmica da administração, que permite analisar o processo de trabalho e as relações com os resultados e seguir com o estudo de impacto epidemiológico visando entender as repercussões das ações operacionalizadas para atender a população usuária ou de referência.

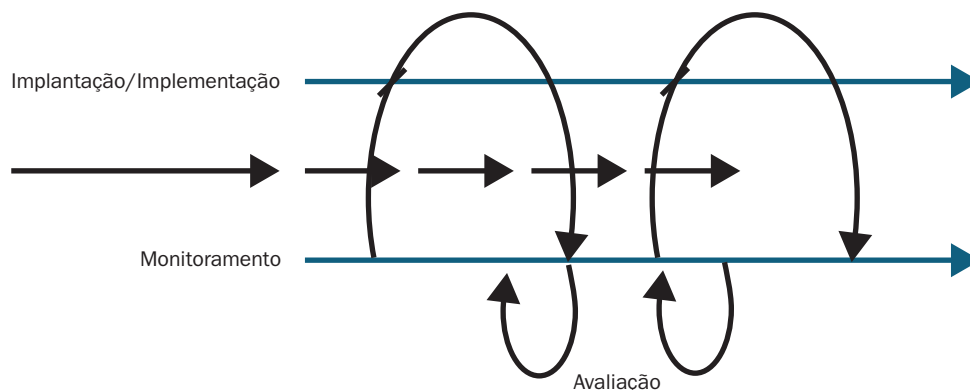
O esforço mais bem-sucedido de classificação das abordagens possíveis para a avaliação em saúde foi desenvolvido por Donabedian, que concebeu a tríade “estrutura-processo-resultados”.

Como componente indispensável do processo de planejamento, a avaliação, entre nós, é muito lembrada, pouco praticada e, quando realizada, não é muito divulgada, sendo dificilmente utilizada para a tomada de decisões. Tem-se observado, contudo, algumas modificações nesse quadro nas últimas décadas. Além dos estudos de avaliação de serviços ou programas e estudos de utilização de serviços, têm surgido trabalhos preocupados com a discussão da qualidade e sua operacionalização. Com a avaliação de processos de descentralização das ações de saúde e da implementação de políticas públicas com o impacto de ações de atenção primária com a avaliação da equidade e da tecnologia com a utilização do processo de avaliação como estratégia para a garantia da qualidade dos serviços, além de revisões sobre o tema.

Com o objetivo didático, apresenta-se a Figura 1, a qual representa a relação entre os processos de monitoramento e de avaliação.



FIGURA 1 **Representação da retroalimentação entre os processos de planejamento, monitoramento (contínuo) e de avaliação (pontual e repetida).** Adaptado de Green; Potvin, L. 2002.



**Meta:** As metas, nesse contexto, são resultados numéricos aonde se quer chegar. Cada indicador deve ser acompanhado de uma meta, o valor que se pretende alcançar com as ações/programas de saúde. As metas propostas para cada um dos indicadores dessa publicação foram estabelecidas no Pacto da Atenção Básica e Programação Pactuada da Vigilância em Saúde. Os códigos de procedimentos dos Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS), Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), necessários para a realização do monitoramento, são definidos na Portaria do Pacto e/ou Resoluções da CIB/RS.

**Parâmetro:** Os parâmetros são valores numéricos encontrados na literatura e que traduzem a situação ideal, o resultado ideal. Os parâmetros são definidos de acordo com estudos científicos trabalho em grupos.

#### Uma metodologia para monitorar indicadores

O primeiro aspecto a levar em conta ao monitorar um indicador é o conhecimento de que dispomos sobre ele e alguns questionamentos devem ser suscitados: qual é o seu significado? Que informação nos fornece? Qual sua relação com resultados esperados na situação de saúde? Quais são suas limitações? Será de pouco valor acompanhar resultados para um indicador que desconhecemos.

São os seguintes os passos propostos:

a. Observar os resultados do indicador para o território proposto (o estado, uma regional, um município, um bairro etc.).

Este resultado está adequado? Era o esperado? Está abaixo ou acima do esperado?

Para responder essas perguntas é necessário comparar com metas e/ou parâmetros. As metas são os resultados esperados estabelecidos segundo determinado propósito e contexto. No nosso caso, as metas apresentadas foram estabelecidas no Pacto da Atenção Básica e programação pactuada e integrada da Vigilância em Saúde. Os parâmetros são resultados descritos na literatura e refletem a situação ideal, o resultado que se gostaria de alcançar.

b. Observar a evolução dos resultados ao longo de um período de tempo (série histórica).

Qual é a tendência? Os resultados tendem a melhorar, piorar ou se mantêm estáveis? Esperava-se alguma modificação nesta tendência? Como se explicaria o resultado? A busca dessas respostas sempre nos leva a examinar a estrutura e os processos.

Para o caso da Vigilância entenda-se metas programadas, conforme definição do Ministério da Saúde.

c. Comparar os resultados com os outros estados, outras regionais, outros municípios e com o Brasil.

Estado: os resultados em seu estado estão diferentes ou parecidos com os resultados de outros estados? Existe similitude de resultados por região do Brasil? E como está a média brasileira? Como se poderiam explicar as similitudes ou diferenças?

Regionais: podem comparar-se com outras regionais;

Municípios: podem comparar-se com outros municípios de mesmo porte ou de semelhantes características.

De acordo com as discussões ocorridas entre as diversas políticas e a equipe de Monitoramento e Avaliação da SES, combinou-se que para o próximo ano a responsabilidade da comparação entre as regionais fica a cargo do nível central, e entre os municípios pelas respectivas regionais, que deverão fazê-la e discuti-la com as regionais/os municípios.

d. Desagregar os resultados, por territórios menores.

Estado: como se comportam os resultados nas diferentes regionais do estado?

Existem variações? O resultado estadual (uma média) mascara as variações regionais?

Regionais: como se comportam os resultados nos diferentes municípios da regional? Existem variações? O resultado da regional (uma média) encobrirá as variações entre os municípios? É possível compararem-se municípios de diferentes tamanhos e características?

Municípios: como se comportam os resultados nas diversas regiões/bairros do município? Existem variações? O resultado do município (uma média) mascara as variações entre as regiões do município?

Ao final dessas etapas, temos um julgamento de valor (está indo bem ou não, está indo conforme esperado ou não) e algumas pistas das razões desse resultado. A próxima etapa consiste em conhecer mais sobre as razões desse resultado e, se esse processo foi participativo, envolvendo os diversos atores, obteremos um diagnóstico mais preciso.

e. A ampla divulgação dos resultados observados no monitoramento.

Nessa etapa, busca-se comunicar os resultados obtidos e envolver o conjunto de atores na identificação das razões do alcance ou não de metas. Essa etapa frequentemente tem um efeito mais positivo que negativo entre o grupo de profissionais e gestores envolvidos com as ações de saúde.

f. Construção de um plano de intervenção para o alcance das metas propostas.

A seguir, tendo-se identificado razões para o(s) resultado(s) alcançados, faz-se o planejamento de intervenções (quando necessárias), podendo ser utilizado a matriz lógica do Quadro 2.

QUADRO 2 **Matriz lógica do plano de intervenção (por indicador) a ser construída de forma participada.**

DATA	RESULTADO DO INDICADOR	PROBLEMA(S) IDENTIFICADO PARA O ALCANCE DE METAS	ATIVIDADES PROPOSTAS PARA MELHORAR/RESOLVER O(S) PROBLEMA(S)	RECURSOS NECESSÁRIOS	RESPONSÁVEIS

Pretende-se que o monitoramento não seja realizado apenas para cada indicador, separadamente, e sim que o olhar considere a área ou programa como um todo.

Igualmente, a análise do conjunto de indicadores deve considerar o território e ser feita por equipes considerando um olhar transdisciplinar.

### \_\_\_\_\_ Conclusão

Espera-se que este texto auxilie na implantação e institucionalização de processos de monitoramento e avaliação que integrem as diversas políticas, seus programas e os diferentes níveis de gestão (central, regional, municipal, equipes de saúde), culminando na qualificação dos processos de trabalho e nos resultados em saúde.

### \_\_\_\_\_ Referência bibliográfica

TAKEDA, S. *et al.* Monitoramento de Indicadores de Saúde – Uma proposta Conceitual Metodológica – Manual de Orientações Técnicas. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, 2007. (mimeo.)

### **Aula interativa**

#### **A Proposta Estadual para o Monitoramento e Avaliação da APS, o papel dos municípios e seus Desafios para a Qualificação da APS**

Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos.

Sugestão: A SES deverá apresentar a sua proposta para o monitoramento e avaliação da APS e seu processo de operacionalização.

### **Trabalho em grupos**

#### **Identificação dos pontos críticos para implementação de monitoramento e avaliação no contexto municipal/regional**

Sugestão:

- A SES deverá preparar uma matriz de identificação dos pontos críticos por para ser discutida e avaliada pelo grupo.
- Tempo previsto: 1 hora de manhã e 1 hora após o intervalo do almoço.

### **Continuação do Trabalho de Grupo**

Tempo estimado 1 hora.

### **Plenária**

Apresentação da síntese e discussão

Tempo estimado: 1 hora.

### **Apresentação do trabalho de dispersão**

**Elaboração de projeto municipal para os sistemas de apoio e logísticos bem como o monitoramento e avaliação da APS**

Tempo estimado: 1 hora.



## OFICINA XI

---





Esta oficina introduz o instrumento de contrato de gestão e a utilização de incentivos para as equipes como instrumento de melhoria da qualidade da atenção prestada, dos resultados da atenção e de estímulo às equipes.

\_\_\_\_\_ **Objetivos**

1. Compreender a importância da utilização de sistemas de incentivos e de avaliação para as equipes para a melhoria dos resultados da atenção.
2. Realizar a avaliação das oficinas e do processo de implantação dos trabalhos de dispersão.

\_\_\_\_\_ **Objetivos específicos**

1. Realizar o alinhamento conceitual sobre contratualização e contrato de gestão.
2. Compreender a importância da avaliação de resultados para a melhoria das ações e dos serviços da APS.
3. Discutir as formas de contratualização das equipes.
4. Conhecer experiências de implantação de contrato de gestão das equipes da APS.
5. Avaliar o desenvolvimento da planificação da APS no estado.
6. Realizar uma síntese das atividades desenvolvidas durante as oficinas.
7. Elaborar o plano de intervenção da APS no âmbito da região de saúde.

## PROGRAMAÇÃO DA OFICINA

### 1º dia

n.23  
Atenção Primária à  
Saúde (APS)

TEMPO ESTIMADO	HORÁRIO	ATIVIDADE	TEMA
30min		Reencontro dos participantes	Apresentação dos objetivos da Oficina 11
1h e 30 min		Apresentação dos trabalhos de dispersão da Oficina 10	Apresentação dos projetos municipais, de apoio logístico, diagnóstico e o plano de implantação da Avaliação de Melhoria da Qualidade (AMQ) nas unidades básicas do município
15min		Intervalo	
1h e 15min		Trabalho em grupos Leitura de texto	Contratualização e contrato de gestão
30min		Plenária	
1h e 30min		Intervalo para almoço	
1h e 30min		Trabalho em grupos Estudo de caso	Avaliação de resultados e impacto na atenção a saúde
30min		Plenária	
15min		Intervalo	
1h		Trabalho em grupos Leitura de texto	As formas de contratualização das equipes da APS
45min		Síntese do dia	

## 2º dia

TEMPO ESTIMADO	HORÁRIO	ATIVIDADE	TEMA
1h e 30min		Painel	Experiências municipais e/ou estaduais sobre contrato de gestão
15min		Intervalo	
1h e 30min		Trabalho em grupos	Pressupostos e diretrizes para a implantação da contratualização das equipes de APS
45min		Plenária	
1h e 30min		Intervalo para almoço	
2h		Painel	Apresentação da síntese dos trabalhos apresentados no processo de planificação da APS – SES e municípios
15min		Intervalo	
1h		Trabalho em grupos	Avaliação das oficinas
30min		Plenária	
30min		Encerramento	

## ROTEIRO DAS ATIVIDADES

### 1º DIA

#### Abertura

Sugestão: O responsável deverá saudar os participantes e retomar as principais questões abordadas na Oficina 10. Poderá iniciar com alguma dinâmica de “bom retorno”.

Tempo estimado: 30 minutos.

## Apresentação dos trabalhos do período de dispersão

### Trabalho em grupos – leitura do texto 1 Contratualização e contrato de gestão”

Tempo da atividade: 1 hora e 15 minutos.

#### TEXTO 1 – Contratualização na Saúde: Proposta de um Contrato Único para os Programas no Estado de Minas Gerais<sup>42</sup>

n.23  
Atenção Primária à  
Saúde (APS)

---

Jacqueline Dagmar Barros Lobo Leite  
Hellen Fernanda Souza  
Eliana Cassiano Verdade Nascimento

#### \_\_\_\_\_ Introdução

Ao longo dos últimos 20 anos, a relação entre o setor público e o privado vem-se firmando como importante parceria para a consolidação do SUS. Para formalizar tal parceria, os gestores de saúde têm à sua disposição diversos instrumentos contratuais que exigem grande esforço da sua gestão para garantir um modelo adequado que desenvolva uma cultura orientada para resultados, não focada apenas no processo, conforme preconiza a reforma do Estado do brasileiro. Entre as características da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), destaca-se o grande volume de contratações sob sua responsabilidade, seja pela quantidade de serviços de saúde que se encontram sob sua gestão, seja pelo montante de recursos financeiros do Tesouro Estadual, disponibilizado por meio dos programas estaduais. Tais fatos tornam excessivo o volume de instrumentos jurídicos formalizados sem padronização – que geram trabalho fragmentado – distribuídos entre os departamentos, com excessiva exigência de documentação das instituições contratadas, o que inviabiliza a existência de um processo de acompanhamento e avaliação adequado, além de dificultar a verificação dos resultados

---

<sup>42</sup> Este texto foi transcrito, com pequenas adequações, para atender ao propósito desta oficina, de artigo da *Revista de Administração em Saúde*, de autoria de J. Leite, H. Souza e E. Nascimento, publicado em 2010. A referência completa encontra-se na lista de Referências Bibliográficas.

e, conseqüentemente, a tomada de decisão por parte do gestor estadual. Além disso, a formalização dos contratos de forma isolada nos sistemas de saúde pode aumentar a fragmentação dos serviços, uma vez que pressupõe a inexistência de uma integração entre os prestadores. Com isso, os resultados obtidos podem não estar em consonância com os objetivos pactuados pelo Estado para com a sociedade. No Estado de Minas Gerais, essa pactuação está descrita no Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI), que tem como visão estratégica que Minas Gerais seja o melhor estado para se viver em 2023. No campo da saúde, o PMDI propõe enfrentar os problemas da população implantando, nas regiões sanitárias do estado, as redes de atenção à saúde, por meio de programas estaduais. Nesse aspecto, é fundamental o uso da contratualização como instrumento de gestão para o cumprimento dos objetivos estratégicos e dos resultados pretendidos. O modelo de contrato utilizado rotineiramente pela SES/MG dificulta a consolidação de uma parceria efetiva entre esta e as instituições prestadoras de serviços, sejam elas públicas ou privadas, já que inexiste uma negociação prévia com o prestador, ou seja, o processo de formalização dos contratos é definido pela SES/MG, prevalecendo uma relação hierárquica unilateral. Nesse contexto, viu-se a necessidade de reformular os contratos de assistência à saúde e dos programas estaduais, substituindo os diversos modelos existentes por um contrato único, que centralize a formalização desses instrumentos, estabelecendo um processo de acompanhamento e avaliação que seja comum a todas as instituições e programas. Essa mudança da lógica contratual deve tornar o processo mais objetivo, organizado e transparente, propiciando gestão mais eficiente que garanta uma relação de parceria voltada para resultados. O objetivo deste artigo foi apresentar o Contrato Único como nova proposta contratual da SES/MG com as instituições prestadoras de serviços ao SUS/MG, tendo como perspectiva a inovação e a qualidade da gestão pública.

A metodologia adotada foi o estudo de caso descritivo. Para isso, foi realizada pesquisa documental, tendo como base as normas e diretrizes do SUS e da legislação aplicável aos contratos. Em seguida, buscou-se na literatura o embasamento teórico para elaboração da proposta de melhoria. Segundo Yin (2005), a técnica da observação participante pode ser usada em ambientes mais ligados ao dia a dia, como uma organização, e o pes-

quisador pode participar ativamente do evento estudado. O pesquisador observador participa e coleta dados e informações. Foi nessa condição que as autoras deste estudo se encontravam, sendo designadas para a elaboração da proposta devido à experiência técnica gerencial na área de contratos e no processo de acompanhamento e avaliação destes.

### \_\_\_\_\_ **Contratualização e o Instrumento Contrato**

Para entender a proposta do artigo e sua aplicação no setor da saúde, é fundamental discutir o que é contratualização, mecanismo impulsionado pela reforma do Estado, e a importância do instrumento contrato nesse processo. Grande marco da reforma do Estado brasileiro foi a elaboração, em 1995, do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado. Esse documento afirma que a reforma estatal deve ser entendida dentro do contexto da redefinição do papel do Estado, que deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social, por meio da produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento (BRASIL, 1995).

Nessa lógica, o Estado deve descentralizar para o setor público não estatal a execução de serviços que não envolvam o seu exercício de poder, como: saúde, educação, cultura e pesquisa científica. É nessa perspectiva que nasce o processo de contratualização na gestão pública, em que o Estado, por meio de instrumentos contratuais, repassa a entidades não estatais a execução de determinados serviços. Em contrapartida, o Estado permanece como responsável pelas políticas públicas, exercendo, ainda, o papel de financiador, indutor e regulador, para que os serviços sejam prestados com qualidade e eficiência.

De acordo com Abrúcio (2006), a origem do conceito de contratualização é relativamente recente, embora registros de experiências de parcerias entre os campos público e privado mostrem que elas sejam bem antigas na provisão de bens públicos. O autor também ressalta que é um mito a ideia de que a contratualização é mais fácil de controlar; ela é diferente, uma vez que busca o controle de metas e indicadores bem definidos, com um pessoal adequado. A contratualização dos serviços de saúde deve ter como objetivo uma melhor resposta às necessidades e expectativas de saúde da população, por

meio de uma prestação de serviços eficiente e de qualidade, com um processo bem definido. Esse processo de contratualização dos serviços de saúde busca estabelecer uma relação clara e objetiva, definindo, a partir de um processo de negociação, as metas e os resultados a serem atingidos, sempre com foco nas necessidades de saúde da população. Dessa forma, o relacionamento de parceria entre as partes contratantes passa a ser mais importante que o formalismo do contrato. Um dos pontos críticos desse processo é o seu custo de transação, ou seja, os custos incorridos na efetivação do processo de negociação. Esse processo pode ser considerado mais dispendioso do que a gestão centralizada, pois os custos associados à formação de pessoal, reengenharia organizacional e alteração cultural surgem antes dos resultados (ESCOVAL *et al.*, 2007). Isso se deve ao elevado nível de capacidade técnica e de gestão de que o Estado deve dispor na sua função regulatória, com sistema de informações confiáveis e integradas. Os contratos são, talvez, a parte mais prática e com maior visibilidade do processo de contratualização. Constituem instrumento-chave, por meio do qual os compradores podem influenciar os prestadores. São utilizados para explicitar quais serviços e em que termos devem ser prestados, assim como para definir as condições de alocação do risco que estão subjacentes (ESCOVAL *et al.*, 2007).

Em face de nova gestão pública, proposta com a reforma do Estado, o contrato deve ser utilizado como um instrumento de gestão para definir as responsabilidades do contratante e do contratado e para conseguir alcançar os resultados acordados, devendo ser entendido como instrumento meio e não como instrumento fim. Ao explicitar os compromissos assumidos entre as partes, ele também pode servir como referência para uma contratualização interna das instituições prestadoras de serviços. Essa contratualização deve acontecer nos diferentes níveis da instituição, com a participação de todos os colaboradores, valorizando a contribuição de cada um para os resultados globais. Apesar do processo de contratualização ser imprescindível na consolidação da reforma do Estado, a SES/MG tem dificuldades na sua operacionalização, devido à burocratização e hierarquização do processo atual. Entender como esse processo acontece na instituição, bem como seus pontos fracos e suas ameaças, é essencial para que se possa avançar para uma proposta inovadora, que aprimore a contratualização das instituições prestadoras de serviços, com efetiva relação de parceria com foco em resultados.

O modelo proposto contribuirá para o aprimoramento da gestão dos contratos assistenciais no Estado de Minas Gerais, além de viabilizar a existência de um processo de acompanhamento e avaliação, até então inexistente.

#### \_\_\_\_\_ O Processo de Contratação da SES/MG

Com a instituição do SUS pela Constituição Federal de 1988 e com o avanço da descentralização política e administrativa do sistema de saúde público brasileiro, as secretarias de saúde, em cada nível de gestão, passaram a ser responsáveis por contratação, cadastro, controle e avaliação dos prestadores privados.

Observa-se, historicamente, que a capacidade instalada dos serviços públicos de saúde fica aquém das demandas da população, tornando imprescindível a utilização da rede privada dos serviços de saúde de forma complementar. Essa participação do setor privado (BRASIL, 2005) na organização dos serviços de saúde, cumprindo o previsto no artigo 199 da Constituição, obedece aos princípios constitucionais e legais que regem as atividades administrativas.

Em dezembro de 2002, com a habilitação em Gestão Plena do Sistema Estadual, o estado de Minas Gerais assumiu as responsabilidades de gerenciar, controlar e fiscalizar os serviços assistenciais dos municípios em gestão plena de atenção básica, sendo contratados e pagos diretamente aos prestadores pela SES/MG. Em Minas Gerais, apenas 59 municípios estão habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), com autonomia para a contratação, regulação, controle, avaliação e auditoria dos serviços de saúde públicos ou privados no seu território, conforme preconizado pela Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/2001 (Noas) (BRASIL, 2001).

Por outro lado, 794 municípios ainda não assumiram essa gestão, sendo responsáveis apenas pela atenção básica, ficando sob a responsabilidade da SES/MG a contratação dos serviços de média e alta complexidade da rede complementar desses municípios. Isso reforça o papel da SES/MG como grande compradora de serviços. Diante de toda essa responsabilidade, foi necessário definir um processo de contratação que atendesse as prioridades de planejamento do Estado, a conformação das redes assistenciais



regionalizadas e os parâmetros de programação do SUS/MG. Esse processo foi definido no Manual de Contratação dos Serviços Assistenciais sob Gestão Estadual, publicado em 2007. O manual em questão foi considerado um avanço ao estabelecer o processo de credenciamento em três etapas distintas e subsequentes, quais sejam: o estudo de viabilidade do serviço a ser ofertado; a publicação do aviso de credenciamento; a habilitação; a seleção dos prestadores; e a contratação do serviço. Na primeira etapa, chamada de estudo de viabilidade, verifica-se a necessidade da contratação para o SUS do ponto de vista das redes assistenciais e dos recursos financeiros disponíveis para a cobertura contratual. Na segunda etapa, denominada de habilitação e seleção, ocorre a publicação do Aviso de Credenciamento e a participação das instituições interessadas, com o conseqüente processo de comprovação da documentação necessária, observando-se os critérios de seleção, em conformidade com a Lei federal nº 8.666/93 e normas vigentes do SUS.

Devido a dificuldades na operacionalização do processo, o manual foi atualizado em março de 2009.

A formalização dos contratos de forma isolada pode aumentar a fragmentação dos serviços de saúde, uma vez que pressupõe a inexistência de uma integração entre os prestadores.

Apesar do avanço, o manual não contemplou na época um processo efetivo de acompanhamento e avaliação desses contratos. Esse processo era definido conforme o objeto do contrato, com o acompanhamento basicamente da produção dos serviços executados. Além disso, constatou-se que a forma tradicional de contratar procedimentos de saúde ao SUS não era adequada para atender com qualidade as necessidades da população. Por outro lado, havia necessidade de padronizar e normalizar a formalização dos Termos de Compromisso. Esses termos são utilizados pela SES/MG para viabilizar o repasse de recursos financeiros do Tesouro Estadual para as instituições beneficiadas com programas estaduais, tais como: Viva Vida, Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (Pro-Hosp), Mais Vida, Rede de Resposta Hospitalar às Urgências e Emergências, entre outros.

Esses instrumentos são formalizados nas diversas coordenações técnicas da SES/MG, responsáveis pelos programas, sem padronização e

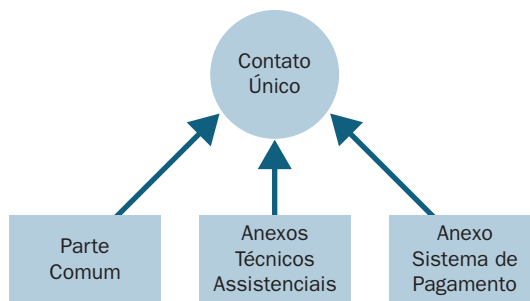
integração entre eles, com excessivo número de metas pactuadas e sem o devido controle. Essa forma de trabalho e a ausência de um sistema de informação que O Programa Viva Vida objetiva reduzir a mortalidade infantil e materna e a morbimortalidade por câncer de mama e de colo de útero no estado de Minas Gerais.

O Pro-Hosp tem por objetivo consolidar a oferta da atenção hospitalar nos polos macro e microrregionais de Minas Gerais.

O Programa Mais Vida tem como propósito ofertar padrão de excelência em atenção à saúde do idoso. O Programa visa agregar anos à vida, com independência e autonomia, fundamentando-se na constituição de uma rede integrada de atenção à saúde do idoso. A Rede de Resposta Hospitalar às Urgências e Emergências no âmbito da Macrorregião Norte tem como propósito a implantação de incentivos às instituições que compõem essa rede.

#### \_\_\_\_\_ Contrato Único

FIGURA 1 Ilustração das partes que compõem o Contrato Único



O Contrato Único tem como perspectiva a inovação e a qualidade na gestão pública, buscando desenvolver no SUS/MG uma cultura de resultados.

Esse instrumento contratual alinha o modelo de contratualização proposto ao modelo de atenção à saúde de Minas Gerais, além de integrar os serviços de saúde. No novo modelo, os parceiros que são contemplados com recursos de mais de um programa estadual não necessitam formalizar diversos instrumentos contratuais, com obrigações, responsabilidades e processo de acompanhamento e avaliação distintos. A proposta é que seja formalizado apenas um contrato – unificando as diversas versões existentes – composto por três partes, conforme ilustrado na figura 1.

Na parte comum, estão definidas as regras gerais e legais, com cláusulas contratuais idênticas a todos os programas e serviços. Os objetivos e resultados específicos de cada programa foram contemplados nos Anexos Técnicos Assistenciais, que definem as metas quantitativas e/ou qualitativas, vinculadas às necessidades de saúde da população, e os indicadores de qualidade a serem cumpridos, que impactarão financeiramente a instituição.

Os Anexos Técnicos Assistenciais são: Anexo de Metas Hospitalares (contempla o Pro-Hosp e o atendimento ambulatorial e hospitalar nos casos das instituições sob responsabilidades do Estado, ou somente o Pro-Hosp, nos casos de municípios habilitados em GPSM); Anexo Técnico – Programa Viva Vida; Anexo Técnico – Programa Mais Vida; Anexo Técnico – Urgência e Emergência.

Devido à complexidade da forma de pagamento, foi criado um anexo específico, Anexo Técnico – Sistema de Pagamento, que tem por finalidade estabelecer os critérios e o cronograma de pagamento dos recursos a serem repassados (com periodicidade fixa), além de definir os parâmetros para a verificação do cumprimento das metas pactuadas.

Apesar de todo o esforço na busca de um único instrumento, foi necessária a elaboração de três versões de contratos, devido à forma de organização da gestão do SUS. Para os municípios habilitados em GPSM, deverá ser firmado um Termo de Compromisso com o município, que contemplará todas as unidades beneficiadas com programas estaduais, independentemente de sua natureza jurídica, pública ou privada. No caso dos municípios em que a média e alta complexidade estão sob gestão estadual, deverá ser observada a natureza jurídica da instituição: para as entidades públicas, deverá ser firmado um Termo de Compromisso e para as entidades privadas, um Contrato de Metas. Definido o instrumento contratual, é imprescindível estabelecer na SES/MG um processo de contratualização, necessário para atingir os pressupostos que fundamentam o Contrato Único.

O processo de contratualização deve ser realizado em quatro etapas, quais sejam: definição das metas e serviços a serem contratados, elaboração do Plano de Gerenciamento; formalização do Contrato Único; e formalização do processo de acompanhamento e avaliação. Esse processo é cíclico, conforme exposto na figura 2.

A definição dos serviços e ações de saúde a serem contratados deve ser pautada nas necessidades de saúde da população que será beneficiada. São elementos essenciais nessa etapa: dados demográficos, perfil de morbidade e mortalidade da região, indicadores de mortalidade, índice de desenvolvimento humano, disponibilidade de recursos tecnológicos e financeiros, entre outros.

O Plano de Gerenciamento do programa deve subsidiar a elaboração do Contrato Único, a partir de uma negociação entre as partes, com base no estudo realizado na etapa anterior. Esse plano deve ser elaborado pelas coordenações técnicas, responsáveis pelos programas estaduais, em conjunto com as instituições contratadas, a fim de embasar as partes na elaboração dos anexos técnicos assistenciais. Os objetivos do Plano de Gerenciamento são: auxiliar as instituições contratadas e as coordenações técnicas na formalização e execução do contrato; detalhar as metas quantitativas que se fizerem necessárias para o alcance do que foi pactuado; definir o método de cálculo e a validação dos indicadores de qualidade; definir indicadores gerenciais que auxiliem o aprimoramento das diretrizes do programa; estabelecer modelos de relatórios a serem enviados pelas instituições, com as informações necessárias para o acompanhamento e o monitoramento do contrato e do programa.

A terceira etapa consiste na elaboração dos anexos assistenciais e de pagamento para a formalização dos Serviços e ações de saúde a serem contratados.

### **Acompanhamento e avaliação**

#### **Plano de gerenciamento**

#### **Contrato Único**

FIGURA 2 **Processo de contratualização do Contrato Único**



Contrato Único, sempre observando a legislação aplicável. Os contratos, por representarem mudança cultural radical, devem ter período de vigência maior, que permita construir uma relação solidária (MENDES, s.d.). Assim, o contrato terá vigência de 60 meses, sendo que seus anexos terão vigência de 12 meses, o que possibilita maior adequação às mudanças epidemiológicas e à manutenção do equilíbrio econômico e financeiro.

A quarta etapa é o processo de acompanhamento e avaliação, que é a fase mais longa e mais determinante, já que acompanhar e avaliar o desempenho da instituição deve ser o foco do processo de contratualização. Para que isso ocorra, é necessário uniformizar o processo, com a padronização dos modelos de relatórios e das informações solicitadas, com o estabelecimento de um cronograma fixo e com a implantação de um sistema de informação.

São aspectos importantes desse processo:

- é encarado positivamente, em uma perspectiva construtiva, em que se analisam as práticas e não os indivíduos;
- possibilita a detecção de desvios entre os resultados alcançados e os objetivos previamente pactuados, identificando as causas que lhes deram origem e proporcionando a introdução de correções;
- é dinâmico e construtivo, podendo contribuir de forma significativa para a mudança de atitudes e comportamentos individuais para a melhoria dos resultados das organizações.

O acompanhamento da execução do Contrato Único deverá acontecer no âmbito regional, devido à proximidade com os municípios e prestadores, conhecimento dos problemas locais e necessidade da SES/MG de descentralizar essas ações diante do volume de instrumentos a serem formalizados, o que exigirá monitoramento mais ágil. Para isso, será constituída uma comissão de acompanhamento, que contará com representantes da SES/MG no âmbito regional, com o gestor municipal, com a instituição contratada e com o Conselho Municipal de Saúde. Essa comissão se reunirá quadrimestralmente para analisar o cumprimento das metas e dos indicadores, o que permitirá eventuais ajustes no contrato.

Para que ocorra uma proximidade entre os prestadores e a instituição formuladora das políticas públicas de saúde, será instituída uma Comissão de Avaliação, que será composta por representantes das áreas estratégicas da SES/MG, no nível central, envolvidas com o processo de contratualização, e pelos membros da Comissão de Acompanhamento.

Essa comissão se reunirá anualmente para verificar e avaliar os desvios ocorridos em relação às quantidades assistenciais estabelecidas e os indicadores de qualidade pactuados, para a revisão e a repactuação anual dos anexos.

O modelo proposto prevê que, em casos de desvios importantes, ocorridos entre o realizado e o pactuado, poderá ser convocada uma reunião extraordinária com os membros da Comissão de Avaliação para a revisão dos Anexos.

Seja qual for o tipo de organização, as informações são cruciais para fundamentar as decisões, principalmente no processo de contratualização. A ausência de informações úteis e confiáveis impossibilita medir a qualidade dos serviços oferecidos e, conseqüentemente, sua eficiência e custos. Para assegurar a confiança dos usuários na informação produzida, é preciso monitorar a qualidade dos indicadores, revisar periodicamente a consistência da série histórica de dados e disseminar a informação com oportunidade e regularidade (LOPES; BARBOSA, 2008).

Nesse sentido, recomenda-se a implantação de um grupo de trabalho, que deve compreender profissionais de várias áreas, cuja formação individual permita ao conjunto:

- a. conhecimento das bases legais inerentes à relação de parceria;

- b. *expertise* em contabilidade geral, finanças e custos;
- c. fundamentação consistente em gestão;
- d. habilitação em análise de sistema sanitário e potencial de intervenção;
- e. capacidade de trabalho em equipe, garantindo conjunto integrado e sintonizado.

As informações que deverão integrar o processo de acompanhamento e avaliação do Contrato Único são: dados de produção, dados para o cálculo dos indicadores de qualidade e gerenciais estabelecidos para a unidade; censo de origem dos pacientes atendidos; pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes; dados contábeis, financeiros e de custos e outros que se fizerem necessários. Visando dar transparência aos procedimentos a serem adotados na implantação, foi elaborada uma resolução da SES/MG – com as normas gerais de adesão, execução, acompanhamento e avaliação – que estabelece e uniformiza todo o fluxo proposto. Elaborou-se também uma cartilha contendo todas as orientações do novo processo de contratação, a fim de alinhar as informações entre os gestores municipais, conselheiros, técnicos da SES/MG e as instituições a serem contratadas.

Considerando-se o universo de 202 unidades contempladas com os programas estaduais, o Contrato Único deverá ser implantado por etapas, iniciando-se com os hospitais que recebem recursos do Pro-Hosp e, em um segundo momento, os Programas Viva Vida e Mais Vida, o que representará a formalização pela SES/MG de 160 instrumentos contratuais.

### \_\_\_\_\_ Conclusão

Na formalização de parcerias para prestação de serviços na área da saúde, a opção por convênio, contrato, termo de compromisso ou outro instrumento análogo repousa no arcabouço jurídico adotado para sua deliberação. Perante a modernização da administração pública brasileira, o importante é reconhecer que o instrumento formal de parceria deve corresponder tanto aos aspectos jurídicos quanto aos da gestão. O conteúdo a ser contemplado no instrumento adotado para acompanhamento da gestão independe, pois o rol de ferramentas de gestão selecionadas pode integrar o corpo de convênio, contrato ou similar, uma vez que as disposições afetas ao seu acompanha-

mento derivam do vigor técnico e da vontade política do contratante de serviços de saúde. É necessário dotar as organizações de novas competências, criar instrumentos de avaliação de desempenho e de garantia de qualidade, incentivar e recompensar o bom desempenho, adotar políticas de remuneração mais flexíveis e motivadoras – baseadas no mérito – responsabilizando gestores e executores pelo não cumprimento das metas estabelecidas (ESCOVAL *et al.*, 2007).

Sem informação, é impossível gerir o que quer que seja: em um sistema tão complexo e com tantas especificidades como o da saúde, essa questão torna-se particularmente crítica na ausência de informação relevante, confiável e no tempo correto (sobre o desempenho dos diferentes níveis do sistema) que apoie a tomada de decisão.

A importância da qualidade dos registros efetuados e a consequente qualidade das informações fornecidas demonstram ser um dos pontos fundamentais para o sucesso da relação de parceria público-privada (GOMES, 2005).

A adoção do Contrato Único busca estabelecer, nos termos do contrato, uma parceria efetiva entre a administração pública estadual e as instituições públicas ou privadas, com maior responsabilização tanto dos gestores e quanto dos prestadores, além de possibilitar garantia dos direitos dos usuários. O modelo proposto contribuirá para o aprimoramento da gestão dos contratos assistenciais no estado de Minas Gerais, além de viabilizar a existência de um processo de acompanhamento e avaliação, até então não efetivo nos processos de contratação da SES/MG, promovendo a eficiência, e ainda tornar disponíveis informações que facilitem a tomada de decisão.

Seguindo esta lógica contratual, será possível disponibilizar serviços que irão implicar a redução da taxa de mortalidade infantil, a redução de incidências de doenças cardiovasculares e diabetes e a longevidade de vida da população idosa, além de melhorar o atendimento de urgência e emergência no estado de Minas Gerais, de forma integrada.

A prática desenvolvida em experiências pontuais tem demonstrado não haver supremacia de uma ou outra ferramenta de controle – é o efeito sinérgico que garante o tônus dos processos interativos de avaliação.

Enfim, o novo modelo será capaz de permitir aos gestores uma visão global dos programas estaduais firmados com o parceiro municipal, além de



contribuir para o desenvolvimento do SUS/MG, pois é um trabalho que tem como premissa básica o fortalecimento das parcerias com todos os envolvidos: gestores de saúde, prestadores de serviços, técnicos da SES/MG e conselheiros de saúde, utilizando o contrato como principal ferramenta para o aprimoramento da gestão.

#### \_\_\_\_\_ Referências bibliográficas

ABRÚCIO, F. Contratualização e organizações sociais: reflexões teóricas e lições da experiência internacional. **Debates GV Saúde**, v. 1, p. 24-7, 2006.

BRASIL. Presidência da República. Câmara da Reforma do Estado. **Plano diretor da reforma do aparelho do Estado**. Brasília: Secretaria de Comunicação Social, 1995.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso**. Norma Operacional da Assistência à Saúde – Noas-SUS 01/2001 (Portaria MS/GM n. 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar). Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 35.ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

ESCOVAL, A.; JESUÍNO, J. C.; MOREIRA, P.; TOMÁS, A.; FERREIRA, C.C.; OLIVEIRA, I. *et al.* **Inovação de políticas em saúde: o caso da contratualização em Portugal (Relatório de Projecto/2007)**. Lisboa: Administração Central de Serviços de Saúde, 2007.

GOMES, M. C. Organizações sociais: a experiência da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. In: LEVY, E.; DRAGO, P. A. (org.). **Gestão pública no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Fundap, 2005. p. 164-84.

LEITE, J. D. B. L.; SOUZA, H. F.; NASCIMENTO, E. C. V. Contratualização na Saúde: proposta de um contrato único para os programas no Estado de Minas Gerais. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, jan.-fev. 2010.

LOPES, C. M. B.; BARBOSA, P. R. (org.). **Gestão da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2008.

MENDES, E. V. **Serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre este sistema complexo**. (no prelo.)

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

## Plenária

Apresentação da síntese e discussão dos grupos

Tempo estimado: 30 minutos.

### Trabalho em grupos e estudo de caso – avaliação de resultados e impacto na atenção à saúde

Sugestão:

- A SES deverá elaborar um estudo de caso, de realidade locorregional, em que utilize os dados reais e avalie o antes e o depois da implantação de instrumentos de avaliação.

## Plenária

Apresentação da síntese e discussão dos grupos

- Após a leitura, discutir o texto.

### Trabalho em grupos – leitura de texto 2 As formas de Contratualização das Equipes da APS

Sugestão:

- A SES deverá elaborar texto (texto 2) com o seu entendimento de contratualização de equipe, planejamento local, construção da agenda compartilhada e a sua contribuição ao processo.

Tempo estimado: 1 hora.

## Plenária

Síntese do dia e encerramento

Tempo estimado: 45 minutos.

## 2º DIA

### Painel – Experiências Municipais e/ou Estaduais sobre Contrato de Gestão

Sugestão: A SES deverá apresentar uma síntese das experiências (se houver no estado) dos municípios e de outros estados. Podem-se convidar representantes de outros locais. É importante convidar o Cosems.

Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos.

## **Trabalho em grupos**

### **Pressupostos e Diretrizes para a Implantação da Contratualização das Equipes de APS**

Neste trabalho, a SES deverá apresentar uma matriz para apontamento das diretrizes a serem observadas para o processo de implantação da contratualização das equipes.

Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos.

## **Plenária**

Tempo estimado: 45 minutos.

### **Painel – Apresentação da síntese dos trabalhos apresentados no processo de planificação – SES e municípios**

Sugestão: a partir da discussão da manhã e das ocorridas durante o processo das oficinas, a SES deverá apresentar uma síntese avaliativa do momento atual e seus desafios.

Tempo estimado: 2 horas.

### **Trabalho de grupo – avaliação das oficinas**

Tempo estimado: 1 hora.

Sugestão: deverá ser apresentado instrumento de avaliação para ser debatido e preenchido pelos grupos.

## **Plenária**

Tempo estimado: 30 minutos.

Trabalho de dispersão – preparar um seminário de apresentação do Plano de Intervenção da APS na região

## **Avaliação e Encerramento**

Tempo estimado: 30 minutos.





Cadernos de Informação Técnica e Memória do CONASS  
que integram o Programa de Informação e Apoio Técnico às  
Equipes Gestoras Estaduais do SUS – Progestores

---

2011 – CONASS DOCUMENTA 23

Planificação da Atenção Primária à Saúde – APS

2011 – CONASS DOCUMENTA 22

Aperfeiçoamento em Gestão da Atenção Primária à Saúde – Agap

2010 – CONASS DOCUMENTA 21

As Oficinas para a Organização das Redes de Atenção à Saúde

2010 – CONASS DOCUMENTA 20

O Desafio do Acesso a Medicamentos nos Sistemas Públicos de Saúde

2009 – CONASS DOCUMENTA 19

O Sistema Único de Saúde e a Qualificação do Acesso

2009 – CONASS DOCUMENTA 18

As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e Perspectivas

2009 – CONASS DOCUMENTA 17

Violência: Uma Epidemia Silenciosa – Seminário Nacional:  
Propostas, Estratégias e Parcerias por Áreas de Atuação

2008 – CONASS DOCUMENTA 16

Violência: Uma Epidemia Silenciosa – Seminários Regionais

2007 – CONASS DOCUMENTA 15

Violência: Uma Epidemia Silenciosa

2007 – CONASS DOCUMENTA 14

Gestão e Financiamento do Sistema Único de Saúde

2007 – CONASS DOCUMENTA 13

Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS 2006/2007

2006 – CONASS DOCUMENTA 12

Fórum Saúde e Democracia: Uma Visão de Futuro para Brasil

2006 – CONASS DOCUMENTA 11

Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS 2005/2006

2005 – CONASS DOCUMENTA 10

I Encontro do CONASS para Troca de Experiências

2005 – CONASS DOCUMENTA 9  
I Encontro de Gestores Estaduais, Provinciais e  
Departamentais de Sistemas Sul-Americanos de Saúde

2005 – CONASS DOCUMENTA 8  
Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS 2003/2005

2004 – CONASS DOCUMENTA 7  
Acompanhamento e Avaliação da Atenção Primária

2004 – CONASS DOCUMENTA 6  
Convergências e Divergências sobre a Gestão e Regionalização do SUS

2004 – CONASS DOCUMENTA 5  
Assistência Farmacêutica: Medicamentos de  
Dispensação em Caráter Excepcional

2004 – CONASS DOCUMENTA 4  
Recursos Humanos: Um Desafio do Tamanho do SUS

2004 – CONASS DOCUMENTA 3  
Para Entender a Gestão do Programa de Medicamentos de  
Dispensação em Caráter Excepcional

2004 – CONASS DOCUMENTA 2  
Atenção Primária – Seminário do CONASS para Construção de Consensos

2004 – CONASS DOCUMENTA 1  
Estruturação da Área de Recursos Humanos nas  
Secretarias Estaduais de Saúde dos Estados e do Distrito Federal

---

A ideia ao se reformular o projeto gráfico do *CONASS Documenta* está diretamente associada à assinatura da publicação – Cadernos de informação técnica e memória do CONASS – que além de não possuir uma periodicidade definida, aborda uma diversidade de conteúdos. A representação da etiqueta e da pasta plástica adotada na capa busca reafirmar o propósito de organizar, armazenar e distribuir o vasto conteúdo que o Programa Progestores se propõe a levar às Equipes Gestoras Estaduais do SUS e a pesquisadores de Saúde Pública através do *CONASS Documenta*.

Ao abrir a capa e adentrar a publicação, a marca *CONASS Documenta* dá espaço ao conteúdo, delegando às linhas e à cor a missão de manter a relação entre capa e miolo. As linhas utilizadas no miolo remetem às pautas de fichas e formulários, normalmente armazenados em pastas etiquetadas, mas o faz de forma sutil, buscando não interferir no fluxo de leitura.

O projeto gráfico do miolo é composto com as famílias tipográficas ITC Franklin Gothic Std e Charter BT, possui margens externas generosas afim de oferecer conforto no manuseio do livro durante a leitura. O título corrente nas páginas pares possibilita a rápida identificação do exemplar quando fotocópias de parte do livro são utilizadas. Nas páginas ímpares o logotipo *CONASS Documenta* complementa esta identificação. A numeração da página corrente em corpo destacado facilita a busca e aplicada a cor predominante do volume, com contraste um pouco menor, diferencia-se nitidamente do corpo de texto corrido. O papel é o Alta Alvura, que possibilita um melhor contraste e fidelidade de cor.

---

---