

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM LINHAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM



MÓDULO II: POLÍTICA DE REDES NA ATENÇÃO À SAÚDE



GOVERNO FEDERAL

Presidente da República Dilma Vana Rousseff

Ministro da Saúde Alexandre Padilha

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitora Roselane Neckel

Vice-Reitora Lúcia Helena Pacheco

Pró-Reitora de Pós-Graduação Joana Maria Pedro

Pró-Reitor de Extensão Edison da Rosa

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretora Kenya Schmidt Reibnitz

Vice-Diretor Arício Treitinger

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Chefe do Departamento Lúcia Nazareth Amante

Subchefe do Departamento Jane Cristina Anders

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Coordenadora Flávia Regina Souza Ramos

Subcoordenadora Vânia Marli Schubert Backes

COMITÊ GESTOR

Coordenadora Geral do Projeto e do Curso de Especialização Vânia Marli Schubert Backes

Coordenadora Didático-Pedagógica Kenya Schmidt Reibnitz

Coordenadora de Tutoria Lúcia Nazareth Amante

Coordenadora de EaD Grace Terezinha Marcon Dal Sasso

Coordenadora de TCC Flávia Regina Souza Ramos

Coordenadoras Pólos Silvana Martins Mishima, Lucieli Dias Pedreschi Chaves, Lucilene Cardoso

EQUIPE DE APOIO

Secretaria: Claudia Crespi Garcia e Viviane Aaron Xavier

Tecnologia da Informação: Fábio Schmidt Reibnitz

AUTORAS

Jussara Gue Martini

Marta Verdi

REVISÃO TÉCNICA

Elza Salema Berger Coelho

© 2013 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Universitário, 88040-900 Trindade – Florianópolis – SC

M2 - Política de Redes na atenção a saúde

M368c MARTINI, Jussara Gue

Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Política de redes na atenção a saúde / Jussara Gue Martini; Marta Verdi – Florianópolis (SC); Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

58 p.

ISBN: 978-85-88612-71-6

1.Enfermagem - Educação 2. Políticas de saúde. 3. Atenção à saúde.

CDU – 616-083(07)

Catalogado na fonte por Anna Khris Furtado D. Pereira – CRB14/1009

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenação Geral da Equipe Eleonora Milano Falcão Vieira, Marialice de Moraes

Coordenação de Design Instrucional Andreia Mara Fiala

Design Instrucional Master Paula Balbis Garcia

Design Instrucional Eliane Rodrigues Mota Orelo

Revisão Textual Ariele Louise Barichello Cunha

Coordenação de Design Gráfico Giovana Schuelter

Design Gráfico Cristal Muniz, Fabrício Sawczen

Design de Capa Rafaella Volkmann Paschoal

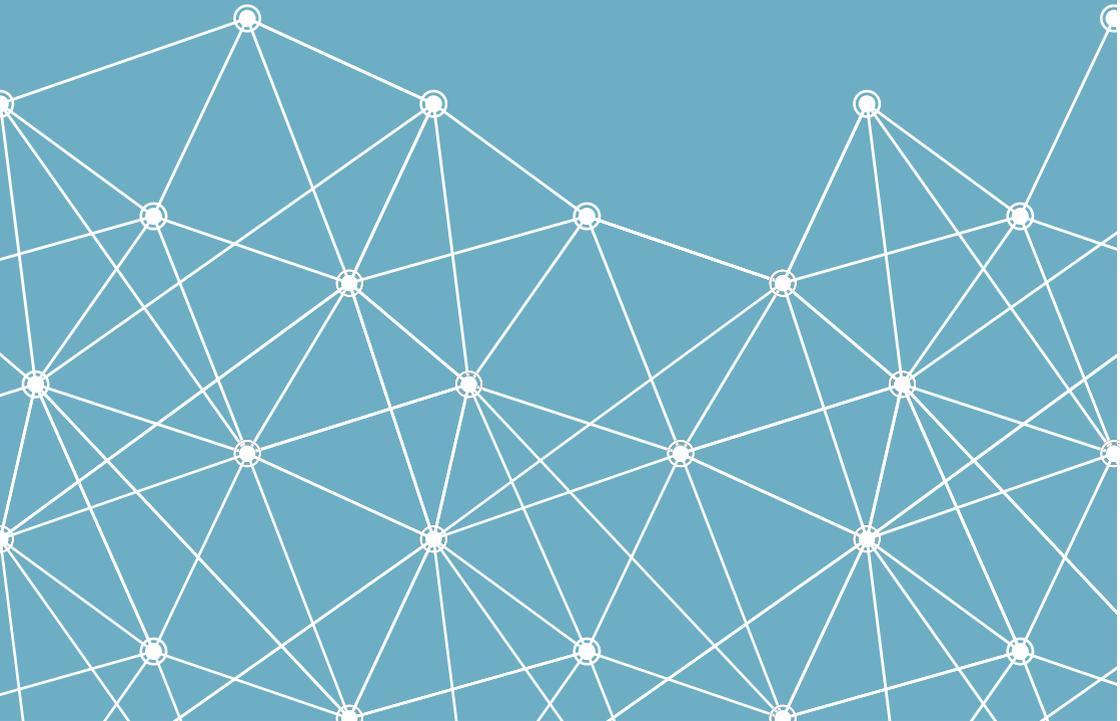
Projeto Editorial Cristal Muniz, Fabrício Sawczen

UFSC/ENFERMAGEM/PEN

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM LINHAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM

MÓDULO II

POLÍTICA DE REDES NA ATENÇÃO À SAÚDE



FLORIANÓPOLIS
2013

Neste módulo, você conhecerá as políticas públicas de saúde que tratam das Redes de Atenção à Saúde (RAS), da Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e da Humanização da Atenção em Saúde (PNH). As políticas públicas de saúde que abordaremos tratam das estratégias de organização e gestão articulada e compartilhada do Sistema Único de Saúde (SUS). Tais políticas são direcionadas para o trabalho articulado entre a Atenção Primária em Saúde (APS) e os demais atores e níveis de atenção envolvidos com a produção de saúde em um contexto ampliado.

Iniciaremos o módulo apresentando os conceitos, os fundamentos e princípios da política, em seguida descreveremos as ferramentas de microgestão das RAS. Na sequência abordaremos os principais elementos da Educação Permanente em Saúde e da Política Nacional de Humanização, discutindo-os em suas inter-relações com o trabalho em redes.

Acreditamos que o estudo sobre Política de Redes de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização e Política de Educação Permanente em Saúde permitirá a qualificação do trabalho dos profissionais e equipes envolvidos com a atenção em saúde. Dessa forma, nos aproximaremos cada vez mais do modelo de atenção à saúde sonhado por todos os protagonistas do Movimento pela Reforma Sanitária brasileira.

Bem-vindos ao curso!

Jussara Gue Martini, Dra.
Marta Inez Machado Verdi, Dra.

“A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais a alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar.”
(Eduardo Galeano)

OBJETIVO GERAL

Ao final deste módulo, você compreenderá a Política de Redes na Atenção à Saúde (articulada com os princípios da Política Nacional de Humanização e com a Política Nacional de Educação Permanente) para aplicá-las em sua prática profissional.

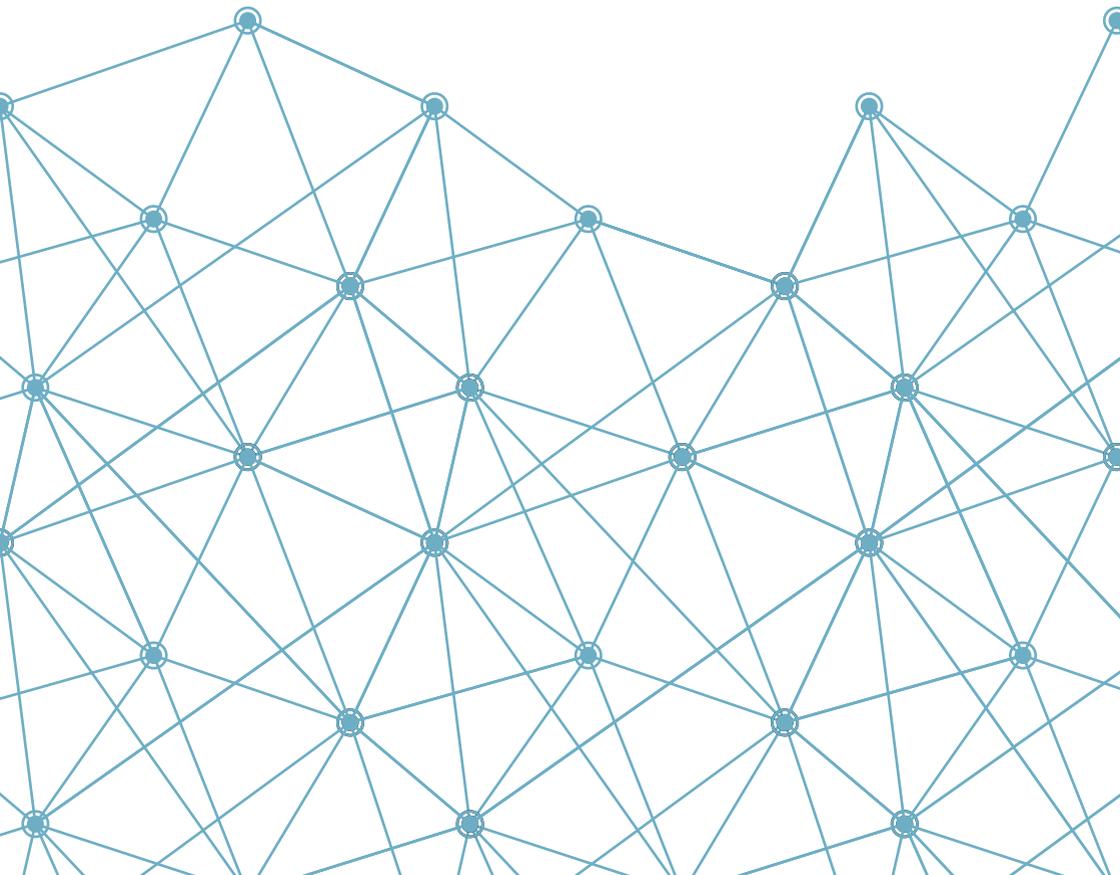
CARGA HORÁRIA

15 horas.

SUMÁRIO

UNIDADE 1	
REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	9
1.1 Introdução	9
1.2 Redes de Atenção à Saúde - RAS	11
1.3 Conceitos	12
1.4 Princípios de atuação nas RAS	16
1.5 Ferramentas de microgestão	17
1.6 Elementos constitutivos da RAS	18
1.6.1 População e Região de Saúde.....	18
1.6.2 Estrutura Operacional	19
1.6.3 Pontos de Atenção Secundários e Terciários	22
1.6.4 Modelo de Atenção à Saúde.....	25
1.7 Resumo	26
1.8 Fechamento	26
1.9 Recomendações de leitura complementar.....	27
UNIDADE 2 — EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	29
2.1 Introdução.....	29
2.2 A Educação Permanente em Saúde e o Trabalho em Equipe.....	30
2.3 Educação Permanente e Atuação Multiprofissional	33
2.4 Resumo	37
2.5 Fechamento	38
2.6 Recomendação de leitura complementar	38
UNIDADE 3 — POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE.....	41
3.1 Introdução.....	41
3.2 Humanização do SUS — uma aposta ética-estética-política.....	43
3.3 Os princípios e o método da PNH.....	44
3.4 Diretrizes e dispositivos da PNH	47
3.5 A função Apoio na capilarização da PNH	50
3.6 Potencialidades e desafios da PNH	51
3.7 Resumo	54
3.8 Fechamento	54
3.9 Recomendação de leitura complementar	54
ENCERRAMENTO DO MÓDULO	55
REFERÊNCIAS	56
MINICURRÍCULO DAS AUTORAS	60

UNIDADE 1



Unidade 1 – Redes de Atenção à Saúde

Seu objetivo de aprendizagem nesta unidade é refletir sobre os princípios, os atributos e as estratégias de implantação e microgestão das Redes de Atenção à Saúde.

1.1 Introdução

Nesta unidade vamos buscar a compreensão da Política de Redes na Atenção à Saúde (RAS) como uma estratégia de organização dos serviços de saúde no âmbito dos municípios, das regiões e dos estados.

As reflexões sobre a atenção em redes não são uma novidade, segundo Mendes (2007), suas origens remontam à década de 20, no Reino Unido, quando destacou-se a concepção dawsoniana de sistemas públicos de saúde.

No Brasil, onde vivemos os inegáveis avanços representados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), evidenciamos, também, dificuldades para superar a fragmentação das ações e serviços de saúde, que permanecem, em muitas situações, estruturados em um modelo de atenção à saúde, fundamentado em intervenções curativas, centradas na atenção médica e dimensionados com base na oferta, sem uma perspectiva de enfrentamentos futuros.

O cenário brasileiro se caracteriza pela diversidade de contextos regionais, marcados por enormes diferenças socioeconômicas e por uma variada gama de necessidades de saúde. Sendo assim, coloca-se como desafio o desenvolvimento de estratégias de atenção que contemplem a complexa inter-relação entre as necessidades de saúde da população, o acesso, o escopo, a qualidade e os custos dos serviços de saúde.

As características apontadas produzem reflexos na organização da atenção e da gestão do SUS demonstradas por:

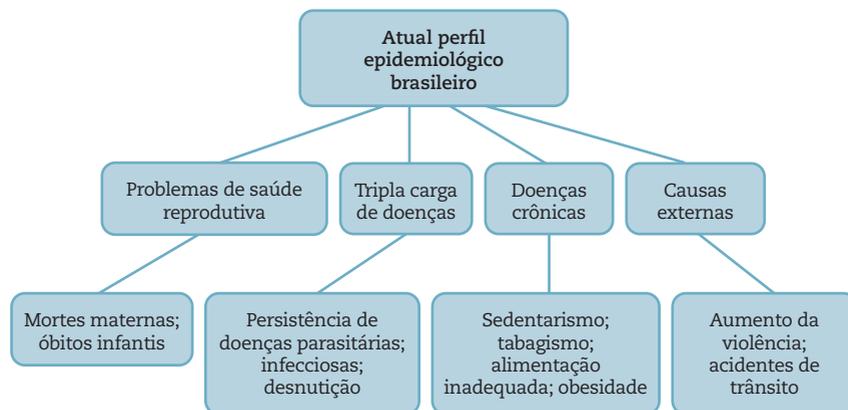
- Lacunas assistenciais importantes.
- Financiamento público insuficiente.
- Baixa eficiência dos recursos humanos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade na atenção à saúde da população.
- Modelo de atenção marcado pela incoerência entre a oferta de serviços e as necessidades de atenção da população.

- Dificuldades de acompanhamento, tanto da tendência de diminuição dos agravos agudos, quanto do crescimento das condições crônicas de adoecimento.
- Fragilidades nas gestões dos processos de trabalho, com precarização e carência de profissionais, em número, e alinhados com as políticas públicas em vigor.
- Baixa atuação da vigilância e da promoção da saúde nos serviços, especialmente na atenção básica (BRASIL, 2010).

Outro elemento importante para nossa análise inicial sobre os fatores que nos motivam a pensar em um sistema de redes de atenção à saúde no país é o atual perfil epidemiológico brasileiro, que indica a necessidade de ampliação do foco da atenção para o manejo das condições crônicas, mas atendendo, concomitantemente, às condições agudas (BRASIL, 2010).

A complexidade do perfil epidemiológico brasileiro pode ser conferida na figura 1.

Figura 1: Perfil Epidemiológico Brasileiro



Fonte: Cristo (2011)

Superar tais desafios e avançar na qualificação da atenção e da gestão em saúde envolve o protagonismo de gestores e profissionais do SUS. Esses atores têm papel importante na instituição do processo e organização do sistema de saúde, o que implica no cumprimento de um pacto político para garantir os investimentos e recursos necessários à mudança. A proposta consiste em inovar o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando suas ações e serviços ao desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

As experiências de outros países têm demonstrado que a organização das RAS tendo a Atenção Primária em Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica. As RAS são apontadas como mais eficazes, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário.

Nos itens a seguir vamos buscar uma melhor compreensão dessa política e suas implicações para as práticas profissionais. É importante que você busque conhecer os modos de organização da Rede de Atenção à Saúde em seu Município/Estado, desse modo, poderá refletir sobre as propostas da política em relação aos movimentos já articulados em sua região de atuação. O detalhamento da Política de Redes de Atenção à Saúde é apresentado na Portaria GM nº 4.279, publicada no D. O. U em 30.12.2010. Confira os detalhes acessando: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>>

1.2 Redes de Atenção à Saúde - RAS

Caros especializandos, antes de discutirmos os diferentes modos de compreensão sobre as RAS, é necessário destacarmos a importância de entendermos que o debate sobre novos modos de produzir atenção à saúde, no Brasil, tem se desenvolvido, com maior ênfase, nos últimos 20 anos, e que, portanto, é indicado que ao discutirmos as políticas mais recentes não deixemos de considerar o processo histórico da construção do SUS.



Saiba mais

O aprofundamento sobre os desdobramentos desse processo não é o foco deste módulo, para melhor compreensão, recomendamos o filme *História das políticas de saúde no Brasil*, e o filme *Pacto da Saúde*, que podem ajudá-lo a compreender os movimentos que têm sido realizados em direção ao modelo de atenção desejado por todos os protagonistas do campo da saúde.

Filme *História das políticas de saúde no Brasil*. Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=cSwIL_JW8X8>. Acesso em: 28 jun. 2012.

Filme *Pacto da Saúde*. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=lF-YoYVJCyw>>. Acesso em: 28 jun. 2012.

Os debates em torno da necessidade de ações de saúde integradas adquiriu maior ênfase a partir do Pacto pela Saúde, ele contempla as possibilidades de intervenções acordadas entre os gestores do SUS e coloca em relevância o aprofundamento dos processos de regionalização e de organização do sistema de saúde sob a forma de redes como estratégias essenciais para consolidar os princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade em três dimensões:

- Pacto Pela Vida: compromisso com as prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira.
- Pacto em Defesa do SUS: compromisso com a consolidação dos fundamentos políticos e princípios constitucionais do SUS.
- Pacto de Gestão: compromisso com os princípios e diretrizes para a descentralização, a regionalização, o financiamento, o planejamento, a programação pactuada e integrada, a regulação, a participação social, a gestão do trabalho e a educação em saúde.

Em consonância com o Pacto pela Saúde, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), ambas voltadas para a construção de um modelo de atenção que possa responder às necessidades de atenção à saúde nas condições crônicas e nas condições agudas, promovendo ações de vigilância e promoção da saúde, efetivando a APS como eixo estruturante das RAS no SUS.

Para ver detalhes da **Política Nacional de Atenção Básica** você deve acessar:
<http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>

Para ver detalhes da **Política Nacional de Promoção à Saúde** você deve acessar:
<http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>

1.3 Conceitos

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) podem ser definidas como:

- Arranjos organizativos de ações.
- Serviços de saúde.

As RAS apresentam diferentes densidades tecnológicas que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão buscam garantir a integralidade do cuidado.

O objetivo das RAS é promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção de qualidade, de forma contínua, integral, responsável e humanizada; bem como incrementar o desempenho do sistema em termos de acesso e equidade, promovendo eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica (BRASIL, 2010).

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

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

Fundamenta-se na compreensão da Atenção Primária à Saúde, como primeiro nível de atenção, a ênfase na função resolutiva dos cuidados primários dos problemas mais comuns de saúde, a partir dos quais se realiza e coordena o cuidado em todos os [Pontos de Atenção](#).

Os [Pontos de Atenção](#) à Saúde são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular, coordenados pela APS, como primeiro nível de atenção.



Palavra do profissional

Observe que a principal diferença, entre a proposta de atenção em rede e os modelos até então praticados pelos profissionais da saúde, é que na concepção das RAS o profissional da APS é responsável por toda a atenção necessária para atender às necessidades de saúde de sua população adscrita. Tal responsabilidade elimina a conduta, ainda comum em algumas realidades, de encaminhar um usuário para outros serviços de atenção e não se envolver mais com o caso, ou seja, passar “o caso adiante”.

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

- Os domicílios.
- As unidades básicas de saúde.
- As unidades ambulatoriais especializadas.
- Os serviços de hemoterapia e hematologia.
- Os centros de apoio psicossocial.
- As residências terapêuticas.
- Os hospitais, entre outros.

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

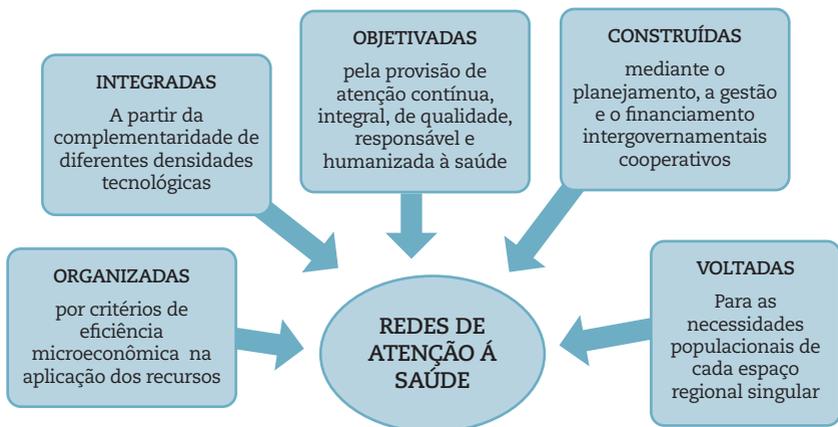
A base para o funcionamento das RAS são os contratos de gestão, ou a contratualização definida como o modo de pactuação da demanda quantitativa e qualitativa na definição clara de responsabilidades, de objetivos de desempenho, incluindo tanto os sanitários, quanto os econômicos, resultando dessa negociação um compromisso explícito entre ambas as partes.

É importante, ainda, fixar critérios e definir instrumentos de acompanhamento e avaliação de resultados, metas e indicadores definidos. Dentre os objetivos da contratualização, segundo o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) destacam-se:

- Melhorar o nível de saúde da população.
- Responder com efetividade às necessidades em saúde.
- Obter um efetivo e rigoroso controle sobre o crescimento das despesas de origem pública com a saúde.
- Alcançar maior eficiência gestora no uso de recursos escassos, maximizando o nível de bem-estar.
- Coordenar as atividades das partes envolvidas.
- Assegurar a produção de um excedente cooperativo.
- Distribuir os frutos da cooperação.
- Assegurar que os compromissos sejam cumpridos.
- Disponibilizar, em tempo útil, a informação de produção, financiamento, desempenho, qualidade e acesso, de forma a garantir adequados níveis de informação ao cidadão.

Para atingir esses objetivos as partes adotam três áreas de aplicação, que são: cuidados primários, atenção especializada (ambulatorial e hospitalar) e cuidados de urgência e emergência. O esquema abaixo sintetiza os principais elementos da concepção da atenção em redes.

Figura 2: Redes de atenção à Saúde



1.4 Princípios de atuação nas RAS

As estratégias de articulação, como: a análise da situação de saúde, a interoperabilidade entre os vários sistemas de informação, a existência de complexos reguladores, as ações de educação permanente e de educação popular em saúde, e o planejamento participativo são importantes ferramentas para implementar um modelo de atenção de saúde pautado na defesa da vida, no entanto, nenhuma estratégia será efetiva sem investimentos na capacitação das pessoas. Os profissionais de saúde e seu compromisso com a construção de práticas de saúde inovadoras são primordiais para a implantação das RAS.

Na concepção da produção de saúde em rede, o trabalho deve ser visto como uma categoria central, o que implica em políticas de valorização dos trabalhadores de saúde. Visualizar o trabalho como um espaço de construção de sujeitos e de subjetividades, um ambiente que tem pessoas, coletivos de sujeitos que inventam mundos e se inventam, e sobretudo, produzem saúde, é indispensável para atingirmos o modelo de atenção à saúde proposto.

É necessário reinventarmos os saberes e os fazeres dos trabalhadores da saúde, promovendo o espaço de trabalho como um lugar de criação, invenção, e ao mesmo tempo um território vivo com múltiplas disputas no modo de produzir saúde, por isso, a necessidade de implementação de uma prática (ação-reflexão-ação) nos locais de trabalho para a troca e o cruzamento entre os saberes das diversas profissões e da população.

É importante ressaltar que na disputa dos interesses, o que deve prevalecer é a necessidade do cidadão, enfatizando que a busca de soluções para os problemas de saúde da população no território circunscrito deve ser o foco do debate das equipes multiprofissionais.

Assim, a perspectiva de intervenções pressupõe que todos os profissionais de saúde precisam desenvolver a clínica ampliada, pois escutar, avaliar e se comprometer na busca do cuidado integral em saúde é responsabilidade de toda profissão da área de saúde. Além disso, é preciso considerar e valorizar o poder terapêutico da escuta e da palavra, o poder da educação em saúde e do apoio matricial, a fim de construir modos de cuidado com responsabilidades compartilhadas entre os profissionais e os usuários. Isso porque as relações construídas no ato de cuidar são a principal caracterís-

tica do trabalho vivo, é nesse momento que se estabelece o projeto terapêutico singular, com base na escuta e na responsabilidade com o cuidado.



Saiba mais

Para obter mais informações sobre Clínica Ampliada, Apoio Matricial e Projeto Terapêutico, acesse o Portal da Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2012.

Refleta sobre o seu processo de trabalho, analise o quanto os princípios pautados pela Política de Redes de Atenção à Saúde estão presentes em suas práticas profissionais cotidianas, discuta com seus colegas de trabalho que atitudes poderiam potencializar o desenvolvimento de tais princípios em seu processo de trabalho.

Além dos aspectos já destacados, o documento anexo à Portaria nº 4.279/2010, que estabelece as diretrizes para a implantação das RAS, apresenta uma gama de **princípios e fundamentos** que asseguram a resolubilidade nas Redes de Atenção.

*Veja no material complementar no AVEA, do respectivo módulo, os detalhes desses **princípios e fundamentos**.*

1.5 Ferramentas de microgestão

Como já mencionamos anteriormente, para construirmos um sistema de atenção à saúde em rede, é preciso ampliar o objeto de trabalho da clínica para além das doenças visando compreender os problemas de saúde, ou seja, entender as situações que ampliam o risco ou a vulnerabilidade das pessoas.

Os problemas de saúde ou condições estão encarnados em sujeitos, em pessoas, por isso, a clínica do sujeito é a principal ampliação da clínica, que possibilita o aumento do grau de autonomia dos usuários, cabendo uma decisão compartilhada do projeto terapêutico.



Palavra do profissional

Caro aluno/a é muito importante verificar esses aspectos na gestão da clínica, porque implicam na aplicação de tecnologias de microgestão dos serviços de saúde com a finalidade de:

- Assegurar padrões clínicos ótimos.
- Aumentar a eficiência.
- Diminuir os riscos para os usuários e para os profissionais.
- Prestar serviços efetivos e melhorar a qualidade da atenção à saúde.

Como subsídio à gestão da clínica utiliza-se a análise da situação de saúde em que o objetivo é a identificação e estratificação de riscos em grupos individuais expostos a determinados fatores e condições que os colocam em situação de prioridade para a dispensação de cuidados de saúde, sejam eles preventivos, promocionais ou assistenciais.

A gestão clínica dispõe de **ferramentas de microgestão** que permitem integrar verticalmente os pontos de atenção e conformar as RAS. Tais ferramentas partem das tecnologias-mãe, as diretrizes clínicas, para, a partir delas, desenhar as RAS e ofertar outras ferramentas, como a gestão da condição de saúde, a gestão de casos, a auditoria clínica e as listas de espera.

Veja detalhes dessas **ferramentas** no material complementar disponível no AVEA do respectivo módulo.

1.6 Elementos constitutivos da RAS

A Portaria nº 4.279/2010 (BRASIL, 2010) define que a operacionalização das RAS se dá pela interação dos seus três elementos constitutivos: população/região de saúde definidas, estrutura operacional e por um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde. Vejamos detalhes de cada um desses elementos:

1.6.1 População e Região de Saúde

As regiões de saúde precisam ser entendidas como espaços territoriais complexos, organizados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, com redes de comunicação e infraestrutura de transportes compar-

tilhados do território. A população sob responsabilidade de uma rede é a que ocupa a região de saúde definida pelo Plano Diretor de Regionalização e Investimentos (PDRI) garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável.



Palavra do profissional

Identifique as Regiões de saúde de seu Estado. Busque informações sobre as características do território onde se situa o serviço de saúde em que você atua.

1.6.2 Estrutura Operacional

A estrutura operacional das RAS é formada pelos diferentes pontos de atenção à saúde, ou seja, lugares institucionais onde se ofertam serviços de saúde e pelas ligações que os comunicam.

Os componentes que estruturam as RAS incluem: a APS - Centro de comunicação; os pontos de atenção secundária e terciária; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança. Vejamos os detalhes de cada um desses componentes:

APS - Centro de Comunicação

A Atenção Primária à Saúde é o centro de comunicação das RAS e tem um papel chave na sua estruturação como ordenadora das RAS e coordenadora do cuidado. Para cumprir esse papel, a APS deve ser o nível fundamental de um sistema de atenção à saúde, o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema, e parte de um sistema global de desenvolvimento econômico e social. Esse primeiro contato das pessoas com o sistema de atenção à saúde significa o primeiro momento de um processo contínuo de atenção, que possibilita trazer os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas, e deve promover um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo que abranja a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

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

Cabe a APS integrar verticalmente os serviços que, normalmente, são ofertados de forma fragmentada pelo sistema de saúde convencional. Uma atenção primária de qualidade, como parte integrante das Redes de Atenção à Saúde, estrutura-se segundo determinados atributos e funções. Os atributos recomendados são: primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; coordenação; centralidade na família; abordagem familiar; e orientação comunitária. A seguir, detalharemos cada um desses atributos e funções:

I. O Primeiro Contato

Evidências demonstram que o primeiro contato, realizado pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde, leva a um atendimento mais apropriado, a melhores resultados de saúde, e a custos totais mais baixos.

II. A Longitudinalidade

A longitudinalidade deriva da palavra longitudinal e é definida como “lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos ou grupos no decorrer de um período de anos” (STARFIELD, 2004, p. 62). É uma relação pessoal de longa duração entre profissionais de saúde e usuários em suas unidades, independentemente do problema, ou até mesmo da existência de algum problema. A longitudinalidade está associada a diversos benefícios: menor utilização dos serviços; melhor atenção preventiva; atenção mais oportuna e adequada; menos doenças preveníveis; melhor reconhecimento dos problemas dos usuários; menos hospitalizações; e custos totais mais baixos.

Os maiores benefícios estão relacionados ao vínculo com o profissional ou equipe de saúde, e ao manejo clínico adequado dos problemas de saúde, através da adoção dos instrumentos de gestão da clínica – diretriz clínica e gestão de patologias.

III. A Integralidade da Atenção

A integralidade exige que a APS reconheça as necessidades de saúde da população e os recursos para abordá-las. A APS deve prestar, diretamente, todos os serviços para as necessidades comuns, e agir como um agente para a prestação de serviços para as necessidades que devem ser atendidas em outros pontos de atenção. A integralidade da atenção é um mecanismo importante porque assegura que os serviços sejam ajustados às necessidades de saúde da população.

IV. A Coordenação

Coordenação é um "estado de estar em harmonia numa ação ou esforço comum" (STARFIELD, 2004, p. 65). É um desafio para os profissionais e equipes de saúde da APS, que nem sempre têm acesso às informações dos atendimentos de usuários realizados em outros pontos de atenção e, portanto, convivem com a dificuldade de viabilizar a continuidade do cuidado. A essência da coordenação é a disponibilidade de informação a respeito dos problemas de saúde e dos serviços prestados. Os prontuários clínicos eletrônicos e os sistemas informatizados podem contribuir para a coordenação da atenção. Eles possibilitam o compartilhamento de informações referentes ao atendimento aos usuários nos diversos pontos de atenção, entre os profissionais da APS e especialistas.

V. A Centralidade na Família

Remete ao conhecimento pela equipe de saúde dos membros da família e dos seus problemas de saúde. No Brasil, atualmente, tem se adotado um conceito ampliado e a família é reconhecida como um grupo de pessoas que convivam sob o mesmo teto, que possuam entre elas uma relação de parentesco consanguíneo, ou não, assim como as demais pessoas significativas que convivam na mesma residência, independente do grau de parentesco. A centralização na família requer mudança na prática das equipes de saúde, através da abordagem familiar. A equipe de saúde realiza várias intervenções personalizadas ao longo do tempo, a partir da compreensão da estrutura familiar.

VI. Abordagem Familiar

A abordagem familiar deve ser empregada em vários momentos, como por exemplo, na realização do cadastro das famílias, quando das mudanças de fase do ciclo de vida das famílias, do surgimento de doenças crônicas ou agudas de maior impacto. Essas situações permitem que a equipe estabeleça um vínculo com o usuário e sua família de forma natural, facilitando a aceitação quanto à investigação e à intervenção, quando necessárias.

VII. A Orientação Comunitária

A APS com orientação comunitária utiliza habilidades clínicas e epidemiológicas, ciências sociais e pesquisas avaliativas de forma complementar, para ajustar os programas para que atendam as necessidades específicas de saúde de uma população definida. Para tanto, faz-se necessário:

- Definir e caracterizar a comunidade.
- Identificar os problemas de saúde da comunidade.
- Modificar programas para abordar esses problemas.
- Monitorar a efetividade das modificações do programa.



Palavra do profissional

Bem, apresentamos os tributos que devem ser considerados para promover uma atenção primária de qualidade, mas lembre-se que existem três funções essenciais que devem ser cumpridas pela Atenção Primária à Saúde, segundo Mendes (2011). Veja com atenção os detalhes das funções:

- **Resolução:** visa resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população.
- **Organização:** visa organizar os fluxos e contrafluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à saúde, no sistema de serviços de saúde.
- **Responsabilização:** visa responsabilizar-se pela saúde dos usuários em qualquer ponto de atenção à saúde em que estejam.

1.6.3 Pontos de Atenção Secundários e Terciários

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

I. Sistemas de Apoio

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

II. Sistemas Logísticos

Os sistemas logísticos são soluções em saúde, fortemente ancorados nas tecnologias de informação, e ligados ao conceito de integração vertical. Consistem na efetivação de um sistema eficaz de referência e contrarreferência de pessoas, e de trocas eficientes de produtos e de informações ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio nas Redes de Atenção à Saúde. Eles estão voltados para promover a integração dos pontos de atenção à saúde. Os principais sistemas logísticos das Redes de Atenção à Saúde são: os sistemas de identificação e acompanhamento dos usuários; as centrais de regulação; o registro eletrônico em saúde; e os sistemas de transportes sanitários.

II. Sistema de Governança

A governança é definida pela Organização das Nações Unidas (ONU) como o exercício da autoridade política, econômica e administrativa para gerir os negócios do Estado. Constitui-se de complexos mecanismos, processos, relações e instituições através das quais os cidadãos e os grupos sociais articulam seus interesses, exercem seus direitos e obrigações, e mediam suas diferenças (OMS; OPS, 2008).

A governança das RAS é entendida como a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da referida rede.

Nesse contexto, o Colegiado de Gestão Regional (CGR) desempenha papel importante como um espaço permanente de pactuação e cogestão solidária e cooperativa, onde são exercidas a governança, a negociação e a construção de consensos que viabilizam aos gestores a interpretação da realidade regional e a busca da conduta apropriada para a resolução dos problemas comuns.

Exercer uma governança solidária nas regiões de atendimento à saúde, implica no compartilhamento de estruturas administrativas, de recursos, do sistema logístico e de apoio, e implica em um processo contínuo de monitoramento e avaliação das Redes de Atenção à Saúde. Assim, a governança das RAS é diferente da gerência dos Pontos de Atenção à Saúde, dos sistemas de apoio e dos logísticos.

O exercício da governança implica, ainda, no enfrentamento de questões políticas e estruturais do processo de regionalização, como as relações federativas; envolve as relações público privadas, as capacidades internas de gestão, a sustentabilidade financeira, a regulação da atenção e o estabelecimento de padrões de qualidade para a provisão de serviços (públicos e privados); bem como, os padrões de gestão e desempenho das unidades de saúde, entre outros.

No processo de governança são utilizados instrumentos e mecanismos de natureza operacional, tais como: roteiros de diagnóstico; planejamento e programações regionais; sistemas de informação e identificação dos usuários; normas e regras de utilização de serviços; processos conjuntos de aquisição de insumos; complexos reguladores; contratos de serviços; sistemas de certificação/acreditação; sistema de monitoramento e avaliação; comissões/câmaras técnicas temáticas; etc. Alguns desses mecanismos podem ser viabilizados por intermédio de consórcio público de saúde, que se afigura como uma alternativa de apoio e fortalecimento da cooperação interfederativa para o desenvolvimento de ações conjuntas e de objetivos de interesse comum. Dessa forma, busca-se a melhoria da eficiência da prestação de serviços públicos e operacionalização das Redes de Atenção à Saúde.



Palavra do profissional

No que tange ao Controle Social, as estruturas locais e estaduais devem desenvolver mecanismos e instrumentos inovadores de articulação, tais como fóruns regionais, pesquisas de satisfação do usuário, entre outros, cujas informações podem ser transformadas em subsídios de monitoramento e avaliação das políticas de saúde no espaço regional.

O processo de Planejamento Regional, discutido e desenvolvido no CGR, estabelecerá as prioridades de intervenção com base nas necessidades de saúde da região e com foco na garantia da integralidade da atenção, buscando a maximização dos recursos disponíveis.

Este planejamento deverá ainda seguir a mesma sistemática do processo de elaboração do planejamento municipal/estadual, considerando os pressupostos e características do Sistema de Planejamento do SUS, no tocante à construção de seus instrumentos básicos. Os planos municipais de saúde do conjunto de municípios da região, e o plano estadual de saúde são subsídios essenciais ao processo de planejamento regional respectivo, e são influenciados pelo resultado deste.

1.6.4 Modelo de Atenção à Saúde

Até aqui discutimos alguns conceitos, mas observe que o modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos. Assim, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, precisam ser definidos em função da visão de saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. Para a implantação das RAS, é necessária uma mudança no atual modelo de atenção hegemônico no SUS, ou seja, a mudança exige uma intervenção concomitante sobre as condições agudas e crônicas.

A diferença entre as RAS baseadas na APS e as Rede de Urgência e Emergência 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 emergências ela é um dos pontos de atenção, sem cumprir o papel de coordenação dos fluxos e contrafluxos dessas redes.



Saiba mais

Ao ler o texto indicado a seguir, você verá que o autor problematiza as formas de organização do trabalho em saúde e enfatiza que a vida produtiva se organiza pelas relações ou conexões entre as pessoas envolvidas na produção dos serviços de saúde - o que se configura como uma micropolítica.

FRANCO, Túlio Batista. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R.A. **Gestão em redes**. Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS; UERJ-ABRASCO, 2006.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS; OPS, 2008), um sistema de Atenção Primária incapaz de gerenciar com eficácia o HIV/AIDS, o diabetes e a depressão irá tornar-se obsoleto em pouco tempo. Hoje, as condições crônicas são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. Em 2020, serão responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento, e nesses países, a aderência aos tratamentos chega a ser apenas de 20% (OMS; OPS, 2008). Por esse motivo, no sistema integrado, a Atenção Primária deve estar orientada para a atenção às condições crônicas, com o objetivo de controlar as doenças/agravos de maior relevância. Isso é possível por meio da adoção de tecnologias de gestão da clínica, tais como as diretrizes clínicas e a gestão de patologias. Assim,

a proposta de Redes de Atenção à Saúde, busca tornar-se um modelo de cuidado que potencialize os serviços de saúde de cada região do país, permitindo ações efetivas no atendimento das necessidades de saúde da população, tanto das situações crônicas, como das agudas.

1.7 Resumo

O foco desenvolvido na unidade foi a Política de Redes de Atenção à Saúde da população brasileira. A proposta das RAS pretende obter o envolvimento dos profissionais, dos gestores e da população no debate sobre a organização dos serviços de uma região, de um município ou de um estado.

No esforço de responder às mudanças no estilo de vida das populações - e suas implicações para os indicadores epidemiológicos (o envelhecimento populacional; o aumento das situações crônicas; a permanência ou o agravamento de algumas situações agudas; etc.) - as RAS reforçam os princípios de integração, de pressupostos econômicos e de gestão que visam à integração vertical e horizontal dos níveis de atenção à saúde de uma região.

1.8 Fechamento

Ao finalizarmos esta unidade, prezado/a especializando/a, esperamos tê-lo instigado a refletir sobre a influência da Política de Redes de Atenção à Saúde em suas práticas profissionais cotidianas. Os elementos apresentados e as leituras sugeridas pretendem provocá-lo no sentido de desenvolver, com seus colegas de equipe, discussões sobre como está organizada a rede de atenção em sua Região/Município/Estado, e quais os reflexos dessa organização em seu processo de trabalho.

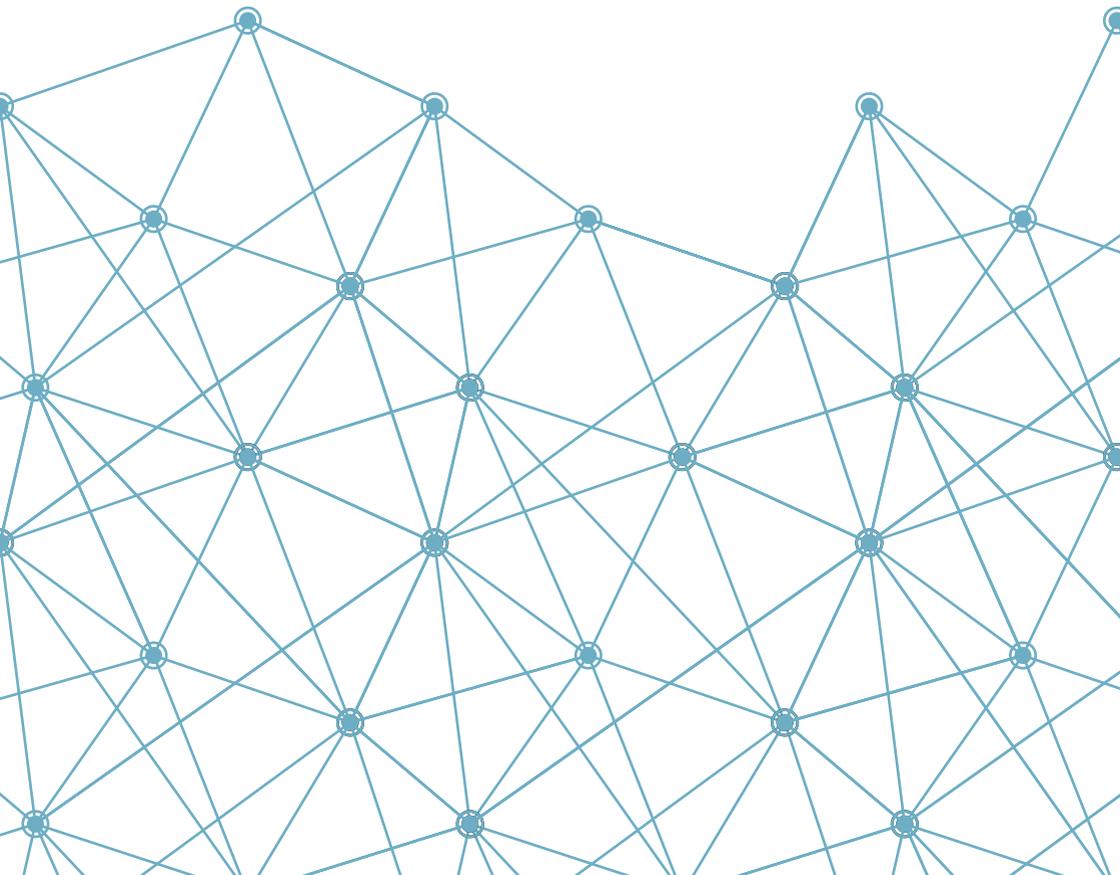
1.9 Recomendações de leitura complementar

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Gerais e Operacionais da Rede Cegonha**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082>.

SILVA, S. F. (Org.). **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Campinas: IDISA; CO-NASEMS, 2008.

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

UNIDADE 2



Unidade 2 – Educação Permanente em Saúde

Na Unidade 2, você irá aprender sobre a Educação Permanente em Saúde, a importância do aprendizado contínuo dos profissionais da saúde e, como o desenvolvimento do trabalho em equipe multiprofissional proporciona novas estratégias para o enfrentamento dos problemas das unidades de saúde. Ao final deste estudo, você deverá ser capaz de refletir sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, analisando seu potencial estratégico na qualificação da Atenção à Saúde em todo o território.

2.1 Introdução

Nesta unidade veremos que a importância do trabalho em equipe repousa, principalmente, na teoria de que a ação para a integralidade nos cuidados de saúde necessita do olhar multiprofissional, para possibilitar apreensão ampliada das necessidades de saúde da população adscrita. Para tanto, tem como elementos centrais: (1) o trabalho e o crescimento de clientela; (2) o acolhimento; (3) a visita domiciliar; (4) a integralidade das práticas; (5) a equipe multiprofissional. Todos esses elementos objetivam impactos sobre os determinantes do processo saúde-doença, através da ação multiprofissional e interdisciplinar no cotidiano das unidades de saúde (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Sendo assim, a Educação Permanente em Saúde (EPS), enquanto espaço formativo das equipes multiprofissionais, não pode ser aquela que Freire nomeia como “bancária”. Ela precisa partir do pressuposto da aprendizagem com significados, promovendo e produzindo sentidos para todos os seus protagonistas. Nessa perspectiva, a EPS capaz de transformar as práticas profissionais deve ser produzida com base na reflexão crítica sobre as práticas reais dos profissionais dos serviços de saúde, ou seja, a EPS consiste em aprendizagens no trabalho, incorporando o saber e o ensinar ao cotidiano das equipes.

Neste item vamos conhecer a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, Portaria GM/MS nº 1.996 (BRASIL, 2007a), examinando suas interfaces com o trabalho em equipe e conhecendo sua organização por meio das Comissões Permanentes de Integração Ensino/Serviço (CIES), visando qualificar o processo de trabalho em saúde.



Saiba mais

Conheça mais sobre a Política Nacional de Educação Permanente no Portal da Saúde, acessando o site: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20_de_agosto-de-2007.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2012.

A EPS, na atual perspectiva, pressupõe que as demandas de capacitação sejam identificadas de acordo com as necessidades de cada serviço, garantindo a aplicabilidade e relevância dos conhecimentos apreendidos nos espaços de intervenção de cada equipe. Essa lógica propõe que a EPS se desenvolva em um marco processual descentralizado, ascendente e transdisciplinar, que propicie a democratização institucional e o desenvolvimento das capacidades de aprendizagem de cada profissional envolvido, potencializando, assim, o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento crítico e criativo das situações de saúde do território, com a melhora da qualidade do cuidado à saúde através do trabalho em equipes multiprofissionais.

Desse modo, pode-se afirmar que o objetivo da EPS é construir práticas profissionais técnicas críticas, éticas e humanísticas capazes de transformar o trabalho em saúde, envolvendo mudanças nas relações interpessoais (entre os profissionais das equipes, entre os profissionais e os usuários dos serviços, entre os profissionais e os gestores...), nos processos de trabalho desenvolvidos no cotidiano, nos modos de produção dos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas envolvidas nos processos educativos.

2.2 A Educação Permanente em Saúde e o Trabalho em Equipe

Nesta seção, você vai estudar sobre a Educação Permanente e o desenvolvimento do Trabalho em Equipe dos Profissionais da saúde. Este não é idealizado como a simples superposição de profissionais em um mesmo espaço ou serviço de saúde, longe disso, caracteriza-se pela

relação interativa entre os trabalhadores, com troca de conhecimentos, e articulações para a produção de saúde da comunidade, relacionando e interagindo dimensões complementares de trabalho. Essa perspectiva prima pela interdisciplinaridade e pela construção de projetos coletivos (AMANCIO FILHO; VIEIRA; GARCIA, 2006; KILSZTAJN, 2001).

O trabalho em equipe multiprofissional insere-se no contexto da organização do trabalho proposta por Dejours (1987): o sucesso desse trabalho dependerá, dentre muitos outros aspectos, do sistema hierárquico, das modalidades de comando e controle, das relações de poder e das questões de responsabilidade.

Para que seja alcançado o objetivo idealizado pelas RAS é necessário que haja a construção de um projeto comum, e para tal, os trabalhos especializados de cada profissional se complementam, construindo uma ação de interação entre trabalhadores/trabalhadores, e entre estes e os usuários.

No entanto, para que isso ocorra, é necessário um processo de formação e educação permanente de todos os profissionais envolvidos. A carência de profissionais, em termos qualitativos e quantitativos, para responder ao desafio de estabelecer um plano de ação multiprofissional interdisciplinar, compromete a possibilidade do trabalho na perspectiva de equipe-integração levando a constituição da equipe-aglomerado (PEDUZZI, 2001).

O diferencial desta perspectiva educativa reside na possibilidade de que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações atendidas, sem restringirem-se ao cuidado profissional, mas incorporando às discussões e aprendizagens à gestão setorial dos serviços e ao controle social em saúde, tendo como objetivo a transformação das práticas profissionais e da organização dos processos de trabalho, com base na problematização do trabalho vivo e não apenas na atualização técnico-científica (BRASIL, 2007a).

Assim, a formação dos profissionais de saúde estará comprometida com as mudanças nas estratégias de organização e exercício do trabalho em saúde, construídas em suas práticas concretas. Nesse caso, as necessidades de capacitação não são definidas a partir das necessidades individuais dos profissionais, nem das orientações dos gestores dos diferentes níveis, mas brotam dos problemas vividos pelas equipes em seu cotidiano de trabalho. Para tanto, é imprescindível que os profissionais aprendam a prestar

atenção em seus cenários de atuação, nas necessidades da população e nas competências e habilidades necessárias para dar conta das mesmas.

É importante destacar a multiplicidade de interesses e pontos de vista envolvidos nas práticas profissionais cotidianas em saúde e educação nos diversos territórios regionais. Reforçando assim, a necessidade permanente de negociação e pactuação política constante na definição de ações para a Educação Permanente em Saúde.

O foco central das ações para a EPS, assim como do próprio trabalho em saúde, é constituído pela população adstrita, cujas necessidades devem ser contempladas estimulando a ampliação de sua autonomia diante das intervenções desenvolvidas pelos serviços.

A efetividade dos processos de Educação Permanente em Saúde está vinculada à qualidade da formulação de políticas de saúde e de educação nas áreas estratégicas e prioritárias. Por sua vez, a qualidade da formulação das políticas está relacionada à capacidade que cada equipe de saúde possua para avaliar as condições relevantes no processo de territorialização política, econômica e social, considerando nessa avaliação as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, compatibilizadas com as características epidemiológicas e demográficas de cada território. Portanto, a qualidade da formação em EPS depende em última instância da qualidade das intervenções de cada equipe em seu território.

Os espaços para que ocorram as ações de pactuação são as Comissões Permanentes de Integração Ensino/Serviço (CIES), que precisam atuar como articuladoras dos processos de Educação Permanente em Saúde, definindo os espaços de formação como espaços de diálogo e negociação entre os protagonistas das ações e serviços do SUS, envolvendo as instituições formadoras. São, ainda, os lugares onde se dará a identificação das necessidades educativas, das estratégias e políticas de formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde, funcionando como dispositivos para as mudanças nas práticas de saúde e de Educação Permanente em Saúde.



Saiba mais

FERRAZ, Fabiane. **Contexto e processo de desenvolvimento das Comissões Permanentes de Integração Ensino/Serviço: perspectiva dos sujeitos sociais pautada na concepção dialógica de Freire.** Tese (Doutorado em Enfermagem)-Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2011. Disponível em: <<http://www.tede.ufsc.br/teses/PNFR0716-T.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2012.



Palavra do profissional

Discuta com sua equipe como tem sido sua participação como interlocutor permanente nos diálogos necessários para a construção das propostas de formação em sua área de atuação no último ano. Inclua no debate, estratégias de potencialização de suas contribuições para a EPS.

2.3 Educação Permanente e Atuação Multiprofissional

A EPS visa instrumentalizar os profissionais das equipes para evitar práticas de atenção à saúde como as apontadas por Silva e Trad (2005), que chamam a atenção para o risco de agrupar profissionais com diferentes qualificações num mesmo espaço laboral, que trabalhem com ênfase na especialidade e autonomia técnica, independente de um projeto assistencial comum, utilizando-se da comunicação instrumental para interagirem.

Segundo Dejourns (1987), na organização do trabalho, o sistema hierárquico e a divisão de tarefas podem se tornar fontes importantes de sofrimento ao impedir a livre execução de tarefas, bloqueando as descargas psíquicas e o alívio de tensões, sendo essas vivências de prazer identificadas a partir de manifestações de realização, satisfação ou gratificação das pulsões, remetendo ao conceito de pulsões da psicanálise (KUPFER, 2000).

Por sua vez, a confiança entre os pares depende não somente dos requisitos afetivos e éticos, mas principalmente da visibilidade dos ajustamentos singulares utilizados frente às insuficiências e às contradições da organização prescrita (MENDES, 1995).

No entanto, para uma tentativa de alcançar patamares adequados para a realização de um trabalho em equipe multiprofissional é necessário o que Dejours chama de **espaço público de discussão**.

O sistema de saúde vigente preconiza a interdisciplinaridade, e para a sua existência, há a necessidade de dois ou mais profissionais que interajam e se comuniquem através de seus diferentes saberes. Porém, a literatura aponta que a equipe tem dificuldades de relacionamento por causa de certa fragmentação do trabalho que se dá devido aos níveis hierárquicos, ocasionando contradições com origens no desenvolvimento e na aplicação das técnicas particulares de cada profissional. Com os profissionais desempenhando suas funções sem terem clareza das prioridades e dos objetivos da Instituição ou do Município, as ações e o bom entrosamento da equipe são prejudicados.

No **espaço público de discussão**, o trabalhador pode discutir sobre a organização do trabalho, bem como sobre a cooperação, porém, exige articulação, coordenação e evolução das regras de trabalho, a fim de substituir ou complementar a organização do trabalho prescrita (MENDES, 1995).

Esses problemas implicam na discussão da categoria “cuidado”, ressignificada na literatura atual em direção às dimensões sociais e políticas, assim como no aspecto da mediação entre ajuda e poder de ajudar, envolvendo a questão da autonomia dos usuários. Apresentam, ainda, as dificuldades dos profissionais em ouvir as demandas dos pacientes e, por consequência, tratá-los como sujeitos, demonstrando um “cuidado” centrado nos protocolos de saúde e não no usuário. A produção de serviços de saúde não deveria se distanciar da noção do usuário como sujeito histórico cujos próprios conhecimentos são tão importantes quanto os saberes dos profissionais de saúde.



Palavra do profissional

Você verá que, na prática profissional da equipe de saúde, o planejamento das ações interdisciplinares precisa ser pensado em função das necessidades do grupo populacional a ser atendido, não se limitando apenas ao papel de cada profissional.

A satisfação do profissional na prestação dos serviços irá resultar em uma maior adesão dos pacientes ao tratamento, através das questões de vínculo e inter-relação profissional-paciente-família e/ou equipe-paciente-família, e das respostas às necessidades de saúde do paciente.

Defende-se, na literatura, que para haver a relação interdisciplinar **entre os profissionais** são necessárias **atitudes**, como o respeito e o reconhecimento da importância de cada profissão, e que a prática dessas atitudes, por sua vez, gera tratamentos mais eficazes.

São também atitudes dos profissionais: o respeito a cada profissional, a tolerância, a aceitação de sugestões – podendo ser vista como uma prática do exercício da tolerância – o respeito às limitações de cada profissão, o comprometimento com o sistema, a atitude de mudança, a humildade, o respeito às diferenças, a ética, a liderança e a empatia (SAUPE et al, 2006).

Dada a complexidade da prestação de serviços de saúde, é fundamental que a gestão se comprometa com o dia a dia das equipes, em razão das redes complexas existentes nos serviços de saúde. Mais do que gerenciar os recursos e os dados burocráticos dos sistemas de informação, a gestão municipal deveria partir do conhecimento dos problemas de saúde de cada equipe de saúde, para a condução da gestão em si. Objetiva-se a mudança efetiva nas práticas em saúde no âmbito da atenção primária, uma vez que até mesmo a educação em saúde convencionalmente praticada refere-se ao paradigma tradicional e bancário.

Nesse sentido, a Portaria nº 2.488 (BRASIL, 2011) preconiza que o trabalho na APS seja realizado dentro de uma programação e implementação das atividades que sigam a agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais, evitando-se a fragmentação do trabalho segundo critérios de problemas de saúde, de ciclos de vida, de sexo e de patologias. Para um melhor desenvolvimento dos trabalhos, o documento ressalta que o foco deve ser:

V - *prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita;*

VI - *realizar atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças, etc.) e outros espaços que comportem a ação planejada;*

VII - *desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários;*

X - *desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral. (BRASIL, 2011, p. 49)*

Você viu até aqui a importância e a complexidade dos trabalhos dos profissionais da saúde. Nesse sentido, a EPS pode auxiliar as equipes de saúde na organização do processo de trabalho nos territórios, priorizando:

- a) Atendimento compartilhado para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos com ênfase em estudo e discussão de casos e situações; realização de projeto terapêutico singular; de orientações; bem como de atendimento conjunto (criando espaços de reuniões, de atendimento, de apoio por telefone, e-mail, etc);
- b) intervenções específicas com usuários e famílias, com discussões e negociações *a priori* entre os profissionais responsáveis pelo caso, de forma que o atendimento responda às necessidades de saúde da população;
- c) ações comuns nos territórios de sua responsabilidade, desenvolvidas de forma articulada com as equipes de outros setores, como, por exemplo, o desenvolvimento do projeto de saúde no território, os planejamentos, o apoio aos grupos, os trabalhos educativos e de inclusão social, o enfrentamento da violência, e as ações junto aos equipamentos públicos (escolas, creches, igrejas, pastorais, etc).

A implantação da EPS implica, portanto, na necessidade de estabelecer **espaços rotineiros de reuniões de planejamento**. Isso não acontece automaticamente, tornando-se assim necessário que os profissionais assumam sua responsabilidade na cogestão, e os gestores coordenem esses processos, em constante construção. (BRASIL, 2007a)

Nas reuniões de planejamento estão incluídas as discussões de casos, os estabelecimentos de contratos, as definições de objetivos, os critérios de prioridade, os critérios de encaminhamento ou compartilhamento de casos, os critérios de avaliação, as resoluções de conflitos, etc.

Esses novos arranjos organizacionais para o trabalho em saúde são capazes de produzir outra cultura e de lidar com a singularidade dos sujeitos, favorecendo a troca de informações e a ampliação do compromisso dos profissionais com a produção de saúde, apresentando, portanto, características de transversalidade, e buscando diminuir a fragmentação imposta ao processo de trabalho, decorrente da especialização crescente em quase todas as áreas do conhecimento (CAMPOS, 1999).

A equipe de referência busca deslocar o poder das profissões e corporações de especialistas, reforçando o poder de gestão interdisciplinar. Para tanto, depende de uma série de instrumentos operacionais e de sua composição, que deve ser multiprofissional, e que é determinada segundo o objetivo de cada unidade de saúde, das características de cada local e da disponibilidade de recursos. Para que ocorra clara definição da responsabilidade sanitária e se ampliem as possibilidades de construção de

vínculo, é fundamental valer-se da metodologia de adscrição de clientela à equipe de referência. A equipe ou o profissional de referência são aqueles que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário (CAMPOS, 1999; CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial, quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. O apoio matricial procura construir e ativar espaço para a comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores, implicando sempre na construção de um projeto terapêutico integrado (CAMPOS, 1999; CAMPOS; DOMITTI, 2007). As competências para a realização do trabalho vivo, com as características descritas, exigem processos de Educação Permanente comprometidos com a participação coletiva.

2.4 Resumo

A fim de compreendermos os processos de Educação Permanente, apresentamos reflexões sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, destacando suas implicações para as práticas interdisciplinares e para os processos de organização do trabalho das equipes no território. O entendimento das práticas com base nos princípios da clínica ampliada e do apoio matricial como importantes estratégias de atenção e educação, também é objeto de análise deste módulo.

Discutimos, ainda, a perspectiva crescente de utilização de abordagens pedagógicas que privilegiem metodologias de ensino-aprendizagem problematizadoras no desenvolvimento de práticas educativas na formação dos profissionais da saúde como forma de potencializar as aprendizagens, valorizando os conhecimentos de todos os campos e núcleos de saber envolvidos na produção de ações de saúde.

2.5 Fechamento

Os estudiosos da área da educação têm sido unânimes em afirmar que vivemos um período no qual a necessidade de busca de conhecimentos é uma tarefa permanente. Se pensarmos no campo da saúde, com uma produção de conhecimentos crescente em quantidade e em profundidade, o que implica em níveis de intervenção cada vez mais complexos, temos que enfatizar que tal recomendação torna-se ainda mais importante.

Nessa perspectiva, entendemos que as reflexões sobre o aprimoramento das competências de cada um e de todos os profissionais das equipes, em todos os pontos das RAS, é fundamental para que possamos concretizar as Redes de Atenção à saúde, contemplando os princípios do SUS.

Na Unidade 2, você pôde refletir sobre a importância da Educação Permanente em Saúde como elemento essencial na formação dos profissionais que atuam em unidades de saúde contribuindo para a formação de equipes inter e multidisciplinares e resultando maior qualidade na oferta dos serviços de saúde. Na terceira Unidade, você irá conhecer a Política Nacional de Humanização em Saúde do SUS.

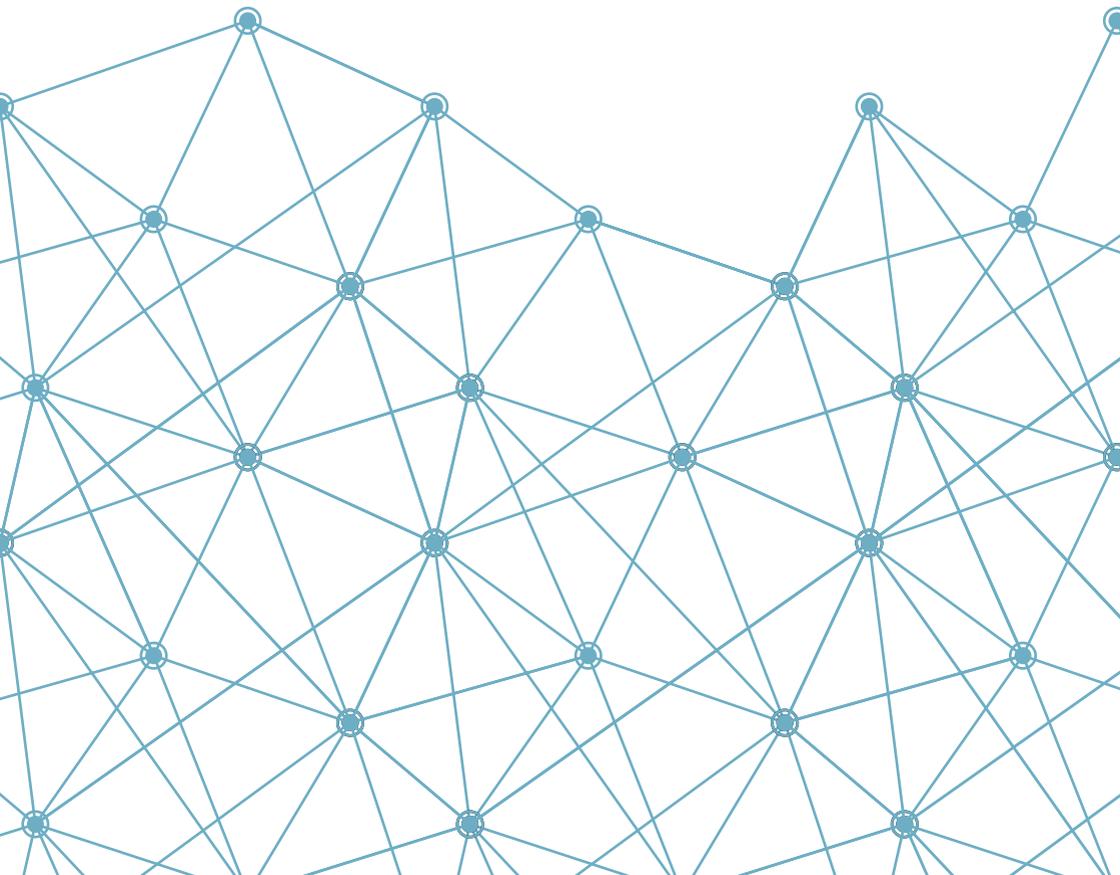
2.6 Recomendação de leitura complementar

Para complementar seus conhecimentos sobre EPS, indicamos que você faça as seguintes leituras:

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interfaces - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 161–168, set. 2004/fev. 2005.

CECCIM, R. B. ; FERLA, A. A . Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. Educ. Saúde**, v. 6, n. 3, p. 443–456, nov. 2008/fev. 2009.

UNIDADE 3



Unidade 3 – Política Nacional de Humanização em saúde

Nesta Unidade, você estudará a Política Nacional de Humanização em Saúde, conhecerá os conceitos que sustentam a humanização na saúde e os desafios para a sua implementação e desenvolvimento. O objetivo da terceira unidade consiste em:

Compreender os aspectos conceituais que envolvem a humanização como aposta ético-política e seus dispositivos como desafio de transformação das práticas na produção de saúde.

3.1 Introdução

Para compreender a importância e o espaço que a Política Nacional de Humanização ocupa no âmbito do SUS é importante situá-la historicamente no processo de construção da efetivação mais radical do sistema. Como lembram Pasche e Passos (2008), o SUS é uma conquista nascida das lutas pela democracia no país que em 1988 ganhou estatuto constitucional. Porém, a trajetória de construção dessa conquista tem enfrentado muitos obstáculos e desafios tanto no que se refere à atenção aos usuários como no campo da gestão da saúde.

No final dos anos 90, depois de uma década de funcionamento do SUS, **a situação era problemática**, o que levou o Ministério da Saúde (MS) a colocar a humanização no SUS como pauta de sua agenda institucional. Durante a 11ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 2000 (BRASIL, 2000), a humanização começou a ocupar espaço no debate do SUS, evidenciado pela escolha de seu tema central - “Efetivando o SUS - Acesso, qualidade e humanização da atenção à saúde com controle social” (BRASIL, 2001, p. 1).



Problemas referentes à atenção ao usuário e às condições de trabalho dos trabalhadores da saúde acabavam prejudicando acesso e qualidade dos serviços de saúde.

Ainda em 2000, o MS criou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) com o objetivo de fomentar ações para a melhoria da qualidade da atenção à saúde. Esse programa dirigia-se ao âmbito hospitalar e à dimensão assistencial, focando inicialmente ações dirigidas ao usuário e, posteriormente, ao trabalhador. O foco das ações era a criação de Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar cujo papel centrava-se na condução de um processo permanente de mudança da cultura de atendimento à saúde, promovendo o respeito à dignidade humana. Simultaneamente, outras duas iniciativas do Ministério da Saúde surgem voltadas para a humanização: o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000) e a Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru (2000) (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

No entanto, o fato do PNHAH enfocar apenas hospitais e restringir-se à dimensão assistencial, sem um método que avançasse efetivamente sobre a raiz das causas associadas ao quadro de esgotamento da saúde, levou o MS a extingui-lo em 2002.

Analisando os sentidos de humanização constantes nos documentos do PNHAH, Deslandes (2004, p. 13), assinala que:

(...) Outro aspecto fundamental e pouco explorado nos documentos (do PHNAH) diz respeito às condições estruturais de trabalho desse profissional de saúde, quase sempre mal remunerado, muitas das vezes pouco incentivado e sujeito a uma carga considerável de trabalho. Humanizar a assistência é humanizar a produção dessa assistência.

No início de 2003, já no governo Lula, o MS decidiu fazer uma aposta na humanização como re-encantamento do SUS, seu fortalecimento como política pública, incorporando o ideário da reforma sanitária. Assim, nasce a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH), que passa a ter status e espaço de política e incorpora definitivamente a ideia da integralidade no sistema abrangendo todos os níveis de atenção e a inseparabilidade das práticas de atenção e de gestão.

Pode observar-se então que, desde sua formulação, a PNH ou Humaniza SUS assume status de política em virtude de colocar-se transversalmente aos diferentes setores e programas do Ministério da Saúde, focando a valorização da dimensão humana nas práticas de saúde como proposta para a produção de um plano comum no SUS.

3.2 Humanização do SUS – uma aposta ética-estética-política

Desde seu início, um dos maiores desafios da PNH tem sido o de conferir à humanização o sentido desejado pela política. Por se tratar de um termo polissêmico, permite vários enunciados e acaba permeado por várias imprecisões e conflitos de interpretações, refletindo distintas práticas de gestão e de atenção encontradas na saúde (HECKERT; PASSOS; BARROS, 2009).

Nas diferentes produções sobre humanização, como projetos de ação, estudos acadêmicos e propostas de formação na saúde, é possível identificar variados sentidos impostos à humanização que não correspondem ao marco ético-político da política. Encontram-se produções cujo sentido de humanização tem sido associado à ideia de voluntarismo, de assistencialismo, paternalismo, tecnicismo gerencial, entre outros. Ou ainda, como coloca Fuganti (1990), no campo da Saúde ainda persistem sentidos ligados à ideia de caridade ou religiosidade, como ser bom, sorrir, ser educado, dar mais de si, respeitar o paciente, criar um grupo de humanização no serviço. Tais sentidos produzem em geral práticas de humanização marcadas por ações individualizadas, tutelares e compassivas, absolutamente em sentido contrário daquele impresso na PNH.

Mas então, qual o sentido de humanização na PNH? O sentido de humanização proposto pela PNH é o da valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Valorização aqui assume o sentido de fomento da autonomia, do protagonismo e corresponsabilidade entre os sujeitos da saúde, estando também implícito o estabelecimento de vínculos solidários, de participação coletiva no processo de gestão, no mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde, bem como a defesa de um SUS que reconhece a diversidade, sem quaisquer tipos de distinção (BRASIL, 2008).

Como precursores da política, Benevides e Passos (2005), fomentam a ideia da Humanização como estratégia de reencantamento do concreto e, portanto, estratégia que deve partir das experiências concretas considerando a diversidade normativa do humano. Assim, os autores redefinem a humanização como estratégia de interferência nas práticas de saúde levando em conta que sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades transformando-se a si próprios nesse mesmo processo.

Trata-se, então, de investir, a partir desta concepção de humano, na produção de outras formas de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde, deles usufruem e neles se transformam, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo.

É importante destacar que a PNH se propõe a um processo de criação que envolve, simultaneamente, três dimensões:

- a) Ética, porque implica mudança de atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde, de forma a comprometê-los como corresponsáveis pela qualidade das ações e serviços gerados;
 - b) estética, por se tratar do processo de produção/criação da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas;
 - c) política, porque diz respeito à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS (SANTOS-FILHO, 2009).
-

No que se refere ao campo da ética, Ayres (2009) localiza na PNH uma resposta efetiva, um caminho para a proposta da presença da ética no âmbito da construção do SUS, enfatizando que, desde sua emergência, a humanização aponta como um de seus desafios o cultivo de uma ética de emancipação dos sujeitos. Aponta, ainda, que essa tarefa só é possível por meio do reconhecimento da palavra, do diálogo como estratégia de “construção compartilhada entre sujeitos plenos de direito de uma atenção à saúde universal, equânime e integral” (AYRES, 2009, p. 20).

3.3 Os princípios e o método da PNH

Para entender o significado dos princípios que norteiam a PNH, é importante situar o uso do termo “princípio” como aquilo que sustenta e dispara um determinado movimento na perspectiva de política pública. Assim, é importante entendê-lo, como indica Pasche (2009), em seu contexto histórico, político e institucional, bem como considerar que a efetividade das políticas de saúde decorre da capacidade do próprio setor saúde de lidar com as questões organizativas e de gestão, no sentido de acumular forças para mudar os modos de atenção, fazendo prevalecer interesses do bem comum, do coletivo.

Nesse sentido, deve se considerar que a construção do SUS se faz em um duplo movimento, ao mesmo tempo é avanço em direção à universalização e qualificação do acesso, mas também sofre com a persistência de contradições herdadas dos antigos modelos de saúde que marcaram o sistema brasileiro como um dos mais injustos. A PNH se apresenta como estratégia que reconhece essa dupla faceta: há um SUS que dá certo e há problemas e contradições que devem ser enfrentados (BRASIL, 2007b).

Foi, justamente, a partir dessa constatação que surgiram os princípios, o método, as diretrizes e os instrumentos de ação, os chamados dispositivos da PNH. O seu ponto de partida, portanto, considera o acúmulo de experiências inovadoras que se espalham por muitos lugares no país e que se tornam referências positivas nos “espaços de cuidado” e nos “espaços de gestão”, com a ênfase no protagonismo dos sujeitos envolvidos.

Esse é um importante deslocamento que se faz para o enfrentamento das contradições do SUS, pois é das experiências concretas nos serviços e práticas, que a PNH extrai suas construções discursivas e práticas. Seu arcabouço organizativo articula, de forma orgânica, princípios, métodos, diretrizes e dispositivos.

A PNH se ancora numa tríade de princípios articulados e indissociáveis, os quais você pode conferir a seguir:

1. A **inseparabilidade entre modos de gestão e de atenção à saúde**, compreendendo que são mutuamente influenciados e determinados, isto é, a política e a clínica como elementos inseparáveis, dimensões sempre presentes nas práticas de saúde;
2. a **transversalidade de saberes, poderes e afetos** na ação cotidiana dos serviços e das práticas de saúde, de um lado, entre políticas, programas e projetos, e de outro, entre sujeitos e coletivos;
3. **autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos**, apostando na ação transformadora dos sujeitos na produção de serviços e implicando-os em atitudes de corresponsabilidade nos processos de gerir e de cuidar.

Para dar sentido concreto a esses princípios, observe ainda, que o Humaniza SUS elegeu o princípio da **inclusão**, amplificando-o e qualificando-o como **método da tríplice inclusão**:

1. **Inclusão de sujeitos** – trata da inclusão de trabalhadores, usuários e gestores nos arranjos, processos e dispositivos de gestão, na clínica e na saúde coletiva. Incluir implica a construção de espaços coletivos para pôr em contato sujeitos que, no encontro, produzam entendimentos e ações comuns.
2. **Inclusão de coletivos, redes e movimentos sociais** - o SUS, como aposta na mudança dos modos de gerir e de cuidar na saúde, acredita que essas mudanças tendem a ser mais estáveis e com maiores possibilidades de consolidação quando se tornam experiências coletivas, como síntese da pluralidade dos interesses e das necessidades heterogêneas.
3. **Inclusão de analisadores sociais** – é a inclusão mais radical na PNH, pois alterar relações de poder requisita deslocamentos e ressignificações de lugares que se ocupam na relação com o outro e na perspectiva da produção de corresponsabilização. Exige incluir o outro, e incluir a perturbação dessa inclusão, o que impõe a aprender a lidar com/e gerir conflitos, entendidos como espaços de abertura, de passagem ao outro, necessários para a produção de mudanças (PASSCHE, 2009).

Desse modo, você pode deduzir que, humanizar significa a inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado, construindo mudanças de modo coletivo e compartilhado. Incluir significa estimular a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho.



Palavra do profissional

Mas como incluir? Há diferentes estratégias para a humanização e saúde, porém a PNH aposta no diálogo, nas rodas de conversa, no incentivo às redes e movimentos sociais e na gestão dos conflitos gerados pela inclusão das diferenças. Incluir os trabalhadores na gestão é fundamental para que eles, no dia a dia, reinventem seus processos de trabalho e sejam agentes ativos das mudanças no serviço de saúde. Incluir usuários e suas redes sócio-familiares nos processos de cuidado é um poderoso recurso para a ampliação da corresponsabilização no cuidado de si.

3.4 Diretrizes e dispositivos da PNH

Para a viabilização dos seus princípios, a PNH lança mão de diretrizes e de dispositivos. Considera as diretrizes como um conjunto de orientações específicas da política que guiam ofertando direção à ação transformadora. Os dispositivos seriam os arranjos operativos cujo objetivo é promover mudanças nos processos de trabalho. Para sua melhor compreensão, apresentamos a seguir as diretrizes da PNH, são elas:

- a) **Acolhimento** - processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Trata-se de uma escuta qualificada que possibilita analisar a demanda, garantir atenção integral, resolutiva e responsável viabilizada pelo acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário.
- b) **Clínica Ampliada** - a modificação das práticas de cuidado, em direção à integralidade, se faz no sentido da ampliação da clínica, o que implica: 1) tomar a saúde como seu objeto, considerando a vulnerabilidade, o risco do sujeito em seu contexto; 2) ter o objetivo de produzir saúde e ampliar o grau de autonomia dos sujeitos; 3) considerar o saber clínico e epidemiológico, assim como a história dos sujeitos e seus saberes na avaliação diagnóstica; 4) definir a intervenção terapêutica considerando a complexidade biopsicossocial das demandas de saúde. Na clínica ampliada, o encontro se dá entre dois sujeitos (trabalhador de saúde e usuário) que se coproduzem na relação, fomentando a corresponsabilidade, onde o compromisso deve ser com o sujeito e não com a doença.
- c) **Cogestão** - a cogestão busca a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e de decisão, bem como a implicação desses novos sujeitos nas tarefas da gestão. O método da roda é uma importante ferramenta da cogestão, servindo como elemento de análise dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, e procedimento de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo. A PNH destaca dois grupos de dispositivos



de cogestão: aqueles que dizem respeito à organização de um espaço coletivo de gestão que permita o acordo entre necessidades e interesses de usuários, trabalhadores e gestores; e aqueles que se referem aos mecanismos que garantem a participação ativa de usuários e de familiares no cotidiano das unidades de saúde. Dentre os arranjos de trabalho que experimentam a cogestão no cotidiano da saúde destacam-se os Colegiados Gestores, as Mesas de Negociação, os Contratos Internos de Gestão, a Câmara Técnica de Humanização (CTH), o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), a Gerência de Porta Aberta, entre outros.

- d) **Valorização do Trabalho e do Trabalhador:** é dar visibilidade à experiência dos trabalhadores, incluindo-os nos processos de tomada de decisão e apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho. Algumas ferramentas auxiliam nesse processo, como os Programas de Formação em Saúde e Trabalho e as Comunidades Ampliadas de Pesquisa que tornam possível o diálogo, a análise e a intervenção nos problemas que geram sofrimento e adoecimento no trabalhador, fortalecendo o grupo de trabalhadores e propiciando os acordos de como agir no serviço de saúde.
- e) **Defesa dos Direitos do Usuário:** os usuários de saúde possuem direitos garantidos por lei e os serviços de saúde devem incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta. Todo cidadão tem direito a uma equipe que cuide dele, de ser informado sobre sua saúde e, também, de decidir sobre compartilhar ou não sua situação de saúde com sua rede social.
- f) **Ambiência:** ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. É importante enfatizar a criação de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas. É fundamental para a ambiência o componente afetivo expresso na forma do acolhimento e da atenção ao usuário, da interação entre os trabalhadores e gestores. Os componentes culturais e regionais devem ser considerados também como valores determinantes do ambiente.



Saiba mais

Para conhecer mais cada uma dessas diretrizes e aprofundar seus conhecimentos, acesse o Caderno de Textos - Cartilhas da Política Nacional de Humanização, disponível no site:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf>.

Essas diretrizes se operacionalizam por meio de dispositivos de trabalho, com os quais se opera na prática, em contextos políticos, sociais e institucionais. Na PNH, foram desenvolvidos vários dispositivos que são postos a funcionar nas práticas de produção de saúde, envolvendo coletivos e visando promover mudanças nos modelos de atenção e de gestão, conforme você pode conferir a seguir:

- a) Acolhimento com classificação de riscos.
- b) Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva.
- c) Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) e Câmara Técnica de Humanização (CTH).
- d) Colegiado Gestor.
- e) Contrato de Gestão.
- f) Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de “porta aberta”; ouvidorias; grupos focais; pesquisas de satisfação, entre outros.
- g) Visita aberta e direito à acompanhante.
- h) Programa de Formação em Saúde do Trabalhador (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP).
- i) Equipe transdisciplinar de referência e de apoio matricial.
- j) Projetos cogерidos de ambiência.
- k) Projeto Memória do SUS que dá certo.



Saiba mais

Para ampliar seus conhecimentos sobre esses dispositivos, recomendamos que acesse o site da PNH, que os disponibiliza detalhadamente em cartilhas, textos, artigos e documentos específicos de referência, disponível no site: <<http://www.saude.gov.br/humanizausus>>.

3.5 A função Apoio na capilarização da PNH

A humanização entendida como um “modo de fazer” tem na metodologia do apoio institucional sua principal estratégia de mobilização de diferentes atores (gestores, trabalhadores e usuários) em torno da tarefa de construção de projetos cogерidos a fim de atender às necessidades de saúde de todos e de cada um. O apoio institucional consiste em “(...) um modo interativo, um modo que reconhece a diferença de papéis, de poder e de conhecimento, mas que procura estabelecer relações construtivas entre os distintos atores sociais” (CAMPOS, 2003, p. 86).

A metodologia do apoio institucional se organiza com base numa série de recursos que auxiliam a lidar com os processos da saúde na interface entre a dimensão estrutural das instituições e as necessidades imediatas dos sujeitos. A função apoio opera na tensão entre os objetivos institucionais e os saberes e interesses dos trabalhadores e usuários, buscando sua articulação, superando a noção da superioridade da norma e a hierarquia nas relações. Assim, envolve a ideia de que é necessário tanto considerar o conhecimento e experiência do grupo, quanto trazer algo externo a este. Entende que todos exercem em algum grau funções de gestão, e que estas se exercem entre sujeitos, ainda que com distintos graus de saber e de poder.

Como estratégia de capilarização da PNH os processos de formação de apoiadores institucionais têm conquistado espaço central na política, pois se estruturam em princípios e diretrizes metodológicas apoiadas em pressuposto de que a formação e a produção de conhecimento em saúde têm que estar estreitamente ligadas aos processos de intervenção nas práticas cotidianas nos serviços.



Palavra do profissional

Você, especializando, no exercício da função apoio, deve buscar incentivar os grupos a exercerem a análise crítica do trabalho e, em última instância, que a equipe seja capaz de atuar a partir de novos referenciais, reservando-se ao sujeito e ao coletivo o papel de analisador crítico dessas ofertas, assimilando o que julgue relevante para a construção do seu projeto coletivo.

Pode-se deduzir, portanto, que o apoiador torna-se elemento central na difusão da política e enfrenta um duplo desafio, o de criar espaços institucionais de constituição de coletivos que reexaminem seus processos de trabalho buscando alicerces teórico-metodológicos nos princípios, diretrizes e dispositivos da PNH.

Na próxima seção, convidamos você a refletir sobre as potencialidades e desafios no processo de desenvolvimento da PNH.

3.6 Potencialidades e desafios da PNH

Na trajetória histórica de duas décadas de SUS, muitos avanços foram registrados e, certamente, um dos avanços mais significativos foi o Brasil estar incluído entre as nações que consideram a saúde como um valor social e, também, estar conduzindo a construção de um robusto sistema público de saúde, a maior organização sanitária da América Latina.

É possível observar que nos últimos vinte anos, reorganizou-se a rede de atenção, solidificando-a a partir do fortalecimento da atenção básica; ampliou-se o acesso das pessoas aos serviços; o sistema foi integrado por meio de redes de atenção municipalizadas e regionalizadas; fortaleceu-se o trabalho em equipe ampliando a quantidade, a diversidade e a qualidade dos trabalhadores da saúde; investiu-se em desenvolvimento científico e tecnológico (entre os quais vacinas e medicamentos); e desenvolveram-se sistemas de informação e de gestão, que permitiram monitorar resultados e melhorar o processo de tomada de decisão (PASCHE, 2009).

Porém, como lembra o autor, esses imensos avanços são do tamanho dos desafios que o SUS ainda tem pela frente para sua consolidação como política pública que garante um direito de cidadania, de modo qualificado e universal. Dentre os inúmeros desafios que ainda persistem na agenda do SUS, destacam-se:

- a) A superação da cultura sanitária biomédica, que associa saúde à ação médica e acesso a remédios e hospital, concepção que permite a medicalização da vida.
- b) O subfinanciamento do sistema com aporte insuficiente de recursos para financiar as ações de saúde.
- c) A superação da forte presença da cultura hospitalocêntrica e de interesses privados, corporativos e político-partidários na definição de políticas de saúde e na organização de serviços de saúde (privatização).
- d) As iniquidades no acesso.
- e) A má distribuição dos recursos assistenciais em muitos territórios, deixando muitos locais desprovidos de atenção adequada.
- f) A inexistência operacional de rede de atenção, o que dificulta a continuidade dos tratamentos.
- g) A baixa capacidade da atenção básica, ainda entendida como ação direcionada para população pobre.
- h) A baixa capacidade de ordenamento dos processos de formação de trabalhadores às necessidades do sistema de saúde.
- i) A ausência de uma “carreira SUS” para trabalhadores da saúde.

Como você pode observar, para o enfrentamento destes desafios, a PNH tem se colocado como caminho, como possibilidade de construção coletiva, fundamentada nos princípios ético-políticos e acúmulos de experiências exitosas no âmbito do SUS e, de projetos singulares buscando a transformação das práticas e do sistema.

A PNH se apresenta como a expressão de um SUS que dá certo, cuja síntese organiza um conjunto de conceitos e ferramentas para a superação de problemas e de contradições que ainda permanecem como marcas dos serviços e práticas de saúde.

A experimentação e consolidação de políticas públicas mais equitativas, inclusivas e solidárias é uma tarefa civilizatória porque aposta na capacidade de enfrentamento e contorno de contradições sociais, cuja superação faz emergir novas consciências, novos patamares éticos e políticos, pilares para a qualificação da vida e da experiência em sociedade (PASCHE, 2009).

É tarefa, para as próximas gerações, manter vivas, fortalecidas e pulsantes as forças sociais e políticas que criaram e sustentaram a reforma sanitária brasileira. Radicalizar o interesse coletivo na ação do Estado, afirmando a natureza pública das políticas sociais, convoca a sociedade civil a “jogar o jogo da política”, a disputar as orientações na condução da coisa pública, ação que se faz em todos os espaços singulares da micropolítica, mas também em outros planos, no interior e nos limites da máquina do Estado. Esse é o papel e a função estratégica da PNH (PASCHE; PASSOS, 2008).

É importante lembrar a dimensão ética-estética-política que assume a configuração da PNH ao se capilarizar por entre sujeitos coletivos e instituições. Como apontam Verdi e Caponi (2005, p. 87):

Para a construção das mudanças necessárias no cotidiano das práticas profissionais de saúde, é preciso refletir sobre as implicações éticas das ações dos trabalhadores como agentes morais. É preciso, também, compreender o caráter dinâmico da sociedade como um espaço em permanente disputa de interesses políticos e desejos individuais e coletivos, que envolvem forças díspares, valores diversos e crenças divergentes.

Você viu que a PNH já obteve muitos avanços desde a sua implantação até os dias atuais, no entanto, ainda são muitos os desafios a serem vencidos. Cabe a você, como profissional da saúde, comprometer-se com o processo, contribuindo para o seu desenvolvimento e a sua divulgação.

3.7 Resumo

Ao abordarmos a PNH, apresentamos seu percurso histórico, os conceitos que sustentam a humanização na saúde e os desafios para o seu desenvolvimento. Vimos que a PNH apresenta-se como um caminho para a presença da ética no âmbito do SUS, apontando os desafios da construção de uma ética da emancipação dos sujeitos. Enfatizamos que a PNH está ancorada em uma tríade de princípios articulados e indissociáveis que são: a inseparabilidade entre os modos de gestão e de atenção à saúde; a transversalidade de saberes e de poderes e afetos; e a autonomia e o protagonismo dos sujeitos e coletivos.

Os princípios apontados acima se concretizam através das diretrizes de acolhimento, clínica ampliada, cogestão, valorização do trabalho e dos trabalhadores, defesa dos direitos dos usuários e ambiência.

3.8 Fechamento

A PNH alcançou avanços desde a sua implantação até os dias atuais, no entanto, ainda são muitos desafios a serem vencidos. Cabe a você, como profissional da saúde, comprometer-se com o processo, contribuindo para o seu desenvolvimento e divulgação.

3.9 Recomendação de leitura complementar

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 105-111, jan./fev. 2005.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 599-613, 2005.

Encerramento

Caro especializando,

Ao finalizarmos este módulo integrador esperamos ter alcançado os objetivos propostos para esta etapa de aprendizagens, preparando-o para o desenvolvimento dos módulos de sua área de especialização. A reflexão sobre as Políticas Públicas de Saúde, especialmente as Políticas de Redes de Atenção em Saúde, a de Humanização e a de Educação Permanente em Saúde podem subsidiar suas reflexões e aprendizagens acerca de suas práticas profissionais cotidianas.

Refletir sobre os atributos e as estratégias de implantação das políticas, discutindo formas de incorporá-las ao processo de trabalho das equipes nos serviços de saúde pode ser importante na construção de intervenções de saúde comprometidas com a responsabilidade e o compromisso de cada profissional com o itinerário terapêutico das pessoas que necessitam de cuidados profissionais em saúde.

É fundamental que tenhamos claro que, para desenvolvermos a atenção à saúde que almejamos, não é suficiente a aprendizagem pontual, restrita ao âmbito daquilo que o curso oferece, é indispensável o compromisso e a responsabilidade de todos e de cada um com o aprendizado permanente, com a busca de evidências e com a renovação constante de nossos modos de cuidar. O comprometimento com a ação-reflexão-ação não deve se restringir aos momentos de formação, digamos, formal, como este, mas precisa ser uma atitude profissional de cada um de nós, como forma de potencializarmos nossas práticas profissionais cotidianas, revisitando-as e revigorando-as a cada dia.

Em seguida, terá início o novo módulo. Com ele será possível ampliar as articulações entre as macropolíticas que acabamos de conhecer e as ações dos espaços de microgestão das especificidades de cada um dos núcleos de formação previstos no curso, sem perdermos de vista o campo da saúde como espaço/tempo de exercício da interdisciplinaridade.

Desejamos um período de muitas e valiosas aprendizagens.

Até breve.

Referências

AMANCIO FILHO, A.; VIEIRA, A. L. S.; GARCIA, A. C. P. Oferta das graduações em Medicina e em Enfermagem no Brasil. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 161-170, set./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v30n3/06.pdf>>. Acesso em: 9 out. 2012.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.

AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Rev. Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, p.11-23, abr./jun. 2009.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, v. 9, n. 17, p. 389-394, mar./ago. 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. O Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS, acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11., 2000, Brasília. **Relatório final...** Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf>. Acesso em: 31 maio 2012.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf>. Acesso em: 31 maio 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de humanização**: documento base. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 ago. 2007a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20_de_agosto-de-2007.pdf>. Acesso em: 5 out. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 out. 2011. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>>. Acesso em: 30 maio 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>>. Acesso em: 27 maio 2012.

CAMPOS G. W. S.; DOMITT I, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016>. Acesso em: 15 maio 2012.

CAMPOS, G. S. W. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7121.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2012.

CAMPOS, G. S. W. **Saúde Paideia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CRISTO, C. S. **A prioridade da Secretaria de Atenção à Saúde e as Redes de Atenção à Saúde (RAS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez, 1987.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19819.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2012.

FUGANTI, L. A. Saúde, desejo e pensamento. In: LANCETTI, A. (org.) **Saúde e loucura**. São Paulo: Hucitec, 1990.

HECKERT, A. L. C.; PASSOS, E. H.; BARROS, M. E. B. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Interface**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 493-502, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a02v13s1.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2012.

KILSZTAJN, S. **Óbitos por agressão/Sistema de informações sobre mortalidade**: Brasilândia, Cidade Tiradentes e Jardim Ângela. São Paulo: PMSP/Sehab, 2001.

KUPFER, M. C. M. **Educação para o futuro**: psicanálise e educação. São Paulo: Escuta, 2000.

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

MENDES, E. V. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 2007. Disponível em: <http://www.saude.es.gov.br/download/REVISAO_BIBLIOGRAFICA_SOBRE_AS_REDES_DE_ATENCAO_A_SAUDE.pdf>. Acesso em: 5 out. 2012.

MENDES, E. V. **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

OMS (Organización Mundial de La Salud); OPS (Organización Panamericana de Da Salud) . **Redes integradas de servicios de Salud**: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington DC: OPS, 2008.

PASCHE, D. F. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e de cuidar. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Butucatu, v. 13, supl. 1, p. 701-708, 2009.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E. A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat.**, Florianópolis, v. 1, n. 1, jan./jun. 2008. Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/18/30>>. Acesso em: 19 fev. 2012.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia. **Rev. de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>>. Acesso em: 9 out. 2012.

SANTOS FILHO, S. B. **Avaliação e humanização em saúde**: aproximações metodológicas. Ijuí: Unijuí, 2009.

SAUPE, Rosita et al. Conceito de competência: validação por profissionais de saúde. **Saúde em Revista**, Piracicaba, v. 8, n. 18, p. 31-37, 2006. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/Enpacs/pesquisaArtigos/conceito_de_competencia_validacao_por_prof_saude_2006.pdf>. Acesso em: 9 out. 2012.

SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 25-38, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a03.pdf>>. Acesso em: 9 out. 2012.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2004. 726p.

VERDI, M.; CAPONI, S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. **Rev. Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 82-88, jan./mar. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a11v14n1.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2012.

MINICURRÍCULO DAS AUTORAS

JUSSARA GUE MARTINI

Enfermeira, Mestre e Doutora em Educação (UFRGS). Professora e pesquisadora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Coordenadora Pedagógica do Curso de Doutorado do PEN. Coordenadora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde da UFSC. Membro do grupo de pesquisa em Educação em Enfermagem e Saúde (EDEN) e do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Enfermagem, Quotidiano, Imaginário e Saúde em Santa Catarina (NUPEQUIS). Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/7817167061525536>>.

MARTA VERDI

Enfermeira, Especialista em Saúde Pública, Mestre e Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina. Ao longo de sua trajetória profissional, tem construído experiências no âmbito da atenção, da gestão e do ensino da Atenção Primária de Saúde. Fundou e coordena o Núcleo de Pesquisa em Bioética e Saúde Coletiva (NUPEBISC/UFSC), no qual se dedica às linhas de pesquisa: Bioética Cotidiana, Bioética e Políticas Públicas, e Bioética e Educação. Suas publicações articulam temas no campo da Saúde Coletiva, como promoção da saúde, humanização, bioética, políticas públicas. Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/9380432028318045>>.



Ministério da
Saúde



RET-SUS
Rede de Escolas Técnicas do SUS

