

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO

ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM
DOENÇAS CRÔNICAS
NÃO-TRANSMISSÍVEIS

**Políticas Públicas
de Saúde**



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS

Formação de gestores e profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) para a organização e qualificação do cuidado às pessoas com Doenças Crônicas Não-Transmissíveis- DCNT (diabetes mellitus-DM, hipertensão arterial sistêmica- HAS e obesidade) e a abordagem dos fatores de risco, especificamente, alimentação inadequada, tabagismo e inatividade física. Redes de Atenção a Saúde e Políticas de Saúde transversais de formação e de humanização na saúde.



GOVERNO FEDERAL

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA E TECNOLOGIA E INOVAÇÕES

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ)

Processo CNPq: 443751/2020-0



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)

Departamento de Promoção da Saúde (DEPROS)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitor: Irineu Manoel de Souza
Vice-Reitora: Joana Célia dos Passos
Pró-Reitor de Pós-Graduação: Werner Kraus
Pró-Reitor de Pesquisa e Inovação: Jacques Mick
Pró-Reitora de Extensão: Olga Regina Zigelli Garcia

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretor: Fabricio de Souza Neves
Vice-Diretor: Ricardo de Souza Magini

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Chefe: Ângela Maria Alvarez
Sub-chefe: Patricia Klock

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DCNT

Coordenadora: Monica Motta Lino
Sub-coordenadora: Felipa Rafaela Amadigi
Coordenadora de Tutoria: Thaise Honorato de Souza
Coordenador de AVEA: Tcharlies Dejandir Schmitz

EDIÇÃO

Thaise Torres



DIAGRAMAÇÃO

Thaise Torres
Julia de Mello Holme

Todo o Curso de Especialização em Atenção às Pessoas com DCNT está licenciado com uma Licença Creative Commons Atribuição Não-Comercial-Compartilha-Igual 4.0 Internacional. Cópia da licença: https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.pt_BR

REVISÃO

Samara Eliane Rabelo Suplici

APOIO

Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC)
Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina (COSEMS/SC)
Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina (COREN/SC)



AUTORES

Felipa Rafaela Amadigi
Rosani Ramos Machado
Helen Bruggemann Bunn Schmitt
Monica Motta Lino

ORGANIZADORES

Monica Motta Lino
Felipa Rafaela Amadigi

TÍTULO DA OBRA

Curso de Especialização em Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Não-Transmissíveis

SUBTÍTULO

Políticas Públicas de Saúde

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Brasil. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina
Curso de especialização em atenção às pessoas com doenças crônicas não-transmissíveis [livro eletrônico] : políticas públicas de saúde / [Universidade Federal de Santa Catarina ; organização Monica Motta Lino, Felipa Rafaela Amadigi, Thaise Honorato de Souza]. -- 1. ed. -- São José, SC : Ed. dos Autores, 2023. -- (Atenção às pessoas com doenças crônicas - DCNT)
PDF.

Vários autores.
Bibliografia.
ISBN 978-65-00-61452-7

1. Diabetes mellitus 2. Doenças crônicas
3. Doenças crônicas não transmissíveis - Prevenção
4. Doenças crônicas não transmissíveis - Tratamento
5. Hipertensão arterial 6. Obesidade - Cuidado e tratamento 7. Políticas públicas de saúde
I. Lino, Monica Motta. II. Amadigi, Felipa Rafaela. III. Souza, Thaise Honorato de.
IV. Título. V. Série.

23-144003

CDD-616.044

Índices para catálogo sistemático:

1. Doenças crônicas não transmissíveis : Ciências
médicas 616.044

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

COMO CITAR ESSE MATERIAL

Amadigi, Felipa Rafaela; Machado, Rosani Ramos; Schmitt, Helen Bruggemann Bunn; Lino, Monica Motta. Políticas Públicas em Saúde. In: Lino, Monica Motta; Amadigi, Felipa Rafaela (Orgs). Curso de Especialização em Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Não-Transmissíveis [livro eletrônico]. Brasil, Ministério da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); São José, SC: Ed. dos Autores, 2023.



MINISTÉRIO DA
SAÚDE





2. POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE

Redes de Atenção à Saúde no contexto do Sistema Único de Saúde.
Educação Permanente em Saúde.
Humanização nas políticas de saúde.
CH: 15h/a.

AUTORES

Felipa Rafaela Amadigi




Enfermeira, graduada pela Universidade Federal de Santa Catarina (2003), possui Mestrado em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina (2005) e Doutorado em Enfermagem também pela Universidade Federal de Santa Catarina (2011). Foi Vice Presidente e Presidente do Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina (2008-2011; 2012-2014), e Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (2019-2021). Tem experiência na área de (I) Saúde Coletiva, com ênfase em (II) Gestão em Saúde, atuando principalmente nos temas: gestão em saúde, processo de trabalho, Estratégia de Saúde da Família. Docente do Curso de Enfermagem da UFSC, da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (REMULTISF) e da Residência Multiprofissional em Saúde (RIMS). Vice-líder do LITES - Laboratório Interdisciplinar em Tecnologias Educacionais em Saúde (2020). Pesquisadora do Grupo PRÁXIS/UFSC - Laboratório de Pesquisa sobre Trabalho, Ética, Saúde e Enfermagem.

Rosani Ramos Machado



Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1980), Aperfeiçoamento em Recursos Humanos na área da Saúde (CADRHU/OPAS/NESCO/PR, 1993), Especialização em Gestão de RH (UFSC, 1998) e Especialização em Metodologia para a Profissionalização da Enfermagem (UFSC, 1999), Mestrado em Enfermagem (UFSC, 2002) e Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2009). Enfermeira - Secretária de Estado da Saúde, atuou na Diretoria de Educação Permanente em Saúde, principalmente na capacitação de servidores e fortalecimento das políticas do SUS; atuou na Superintendência de Planejamento e Gestão do SUS/SES. Foi docente da Universidade do Vale do Itajaí (2005-2011), coordenadora e professora do Curso de Graduação em Enfermagem da FASC (2011-2012) e Coordenadora do Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da Escola de Saúde Pública de SC (2009-2011). Foi subcoordenadora do curso de graduação em Enfermagem/UFSC (2016-2021). Presidente do Núcleo docente Estruturante do Curso de Graduação em Enfermagem/UFSC (Período 2016/2021). Professora da Residência Integrada Multiprofissional/UFSC e da REMULTSF - Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

AUTORES

 **Helen Bruggemann Bunn Schmitt**



Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1985), mestrado em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina (2006) e Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2022). Servidora aposentada da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, atualmente é diretora de educação da Associação Brasileira de Enfermagem Seção Santa Catarina e docente da graduação em enfermagem da Faculdade de Santa Catarina com ênfase nas disciplinas de políticas públicas de saúde e de educação, bem como metodologia da pesquisa em enfermagem. Membro do Grupo de Pesquisas EDEN - Educação em Saúde e Enfermagem (UFSC)

 **Monica Motta Lino**



Doutora em Enfermagem. Pesquisadora CNPq - Produtividade em Desenvolvimento Tecnológico e Extensão Inovadora. Professora da Graduação e da Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Líder do Grupo LITES - Laboratório Interdisciplinar de Tecnologias Educacionais em Saúde. Editora Associada na Revista Texto & Contexto Enfermagem. Coordenadora do Curso de Especialização em Atenção às Pessoas com DCNT (MS/CNPq/UFSC).

E-mail: monica.lino@ufsc.br

Orcid: 0000-0003-0828-7969

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7047317172154364>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	O SUS como Política Pública no Brasil	10
1.2	O Cuidado a Partir das Condições de Saúde	14
2	REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	17
2.1	Conceito de Redes de atenção à saúde	17
2.2	As Redes de Atenção à Saúde (RAS)	18
2.2	Fundamentos das RAS	19
2.3	O papel estratégico da Atenção Primária à Saúde nas Redes de Atenção à Saúde	23
3	POLÍTICAS DE SAÚDE	30
3.1	Políticas de Saúde transversais de Formação e de Humanização na Saúde	30
4	REFERÊNCIAS	42

APRESENTAÇÃO

Neste livro conversaremos sobre as políticas de saúde brasileiras, seus conceitos e desafios, bem como, os movimentos realizados para formação e a humanização dos trabalhadores e trabalhadoras.

Iniciaremos abordando os conceitos referentes às políticas públicas, a diferença que há entre políticas de Estado e políticas de governo.

Recordaremos a organização, os princípios e diretrizes do SUS, a sua legislação, bem como, os desafios da implementação de ações dentro do conceito ampliado de saúde.

Estudaremos as Redes de Atenção à Saúde que consistem em estratégias que buscam organizar o enfrentamento das doenças crônicas e agudas, e poderemos entender seus conceitos e fundamentos.

Conhecer os diferentes modelos de atenção a saúde e a escolha realizada em nosso país, nos fará refletir sobre as ações desenvolvidas e as razões para desenvolvê-las.

Você será convidado a visitar o Plano Municipal de Saúde de seu município para (re)conhecer o mapa da saúde e verificar como está o diagnóstico municipal e das redes de atenção.

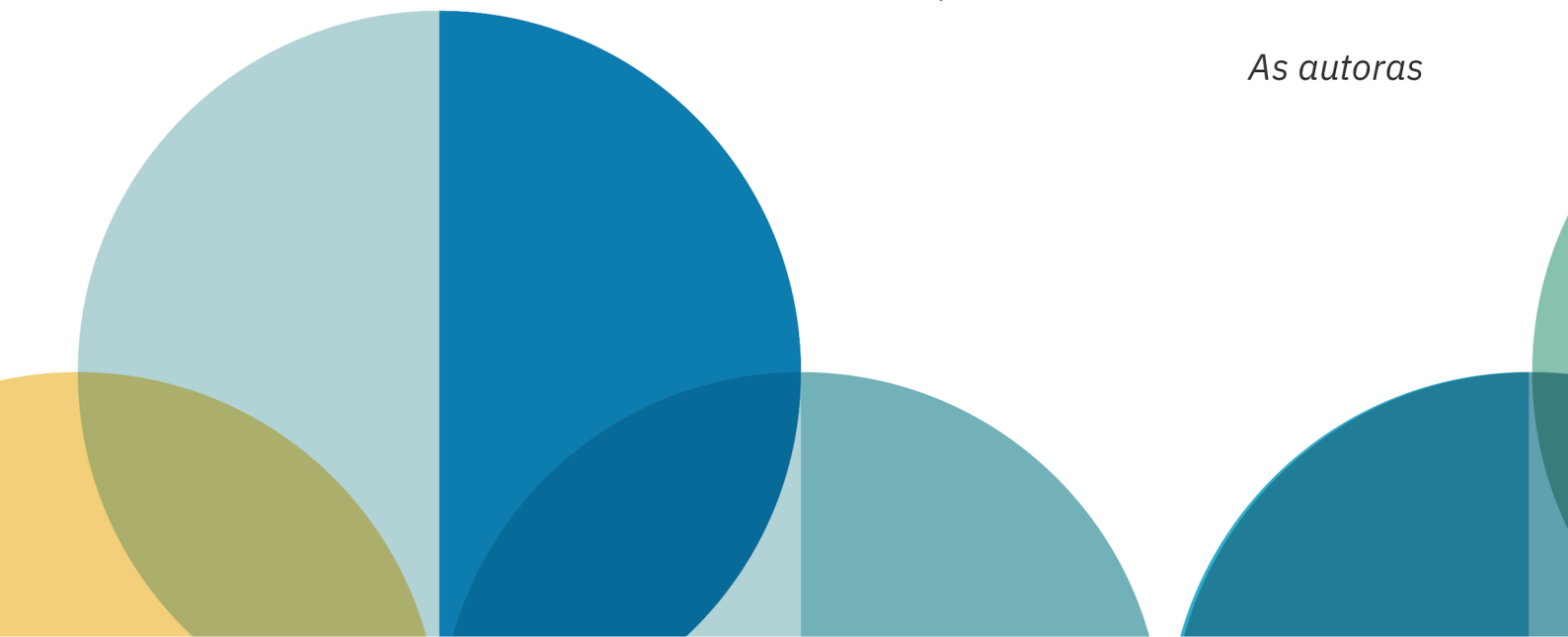
Para que os trabalhadores e trabalhadoras conheçam e estejam aptos a realizar as ações definidas pela política de saúde é necessária a formação e a humanização em saúde. Assim, faremos um caminho pela história recente e bases conceituais da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão, da Política de Educação Permanente em Saúde e da Política de Educação Permanente em Saúde em Movimento.

Você está sendo desafiado a fazer este caminho conosco!

Neste livro convidaremos você para uma conversa conosco, síncrona, para aprofundarmos a aprendizagem sobre a temática!

Desejamos a você bons estudos e muito aprendizado!

As autoras



1. INTRODUÇÃO

1.1. O SUS COMO POLÍTICA PÚBLICA NO BRASIL

As políticas públicas são caracterizadas por serem iniciativas estatais que prezam pela coletividade. Podem estar vinculadas à saúde, educação, lazer, cultura, moradia, transporte, segurança e assistência social. Devem ser uma resposta do Estado a uma necessidade vivida pela sociedade. Por influenciarem diretamente na vida das pessoas é fundamental o conhecimento das políticas, sua organização e impacto social.

Uma política de Estado é aquela que tem princípios fundamentais que servem de guia para uma nação e não deve estar associada a um governo ou ideologia política. Como exemplo, podemos citar o Sistema Único de Saúde. É uma cláusula pétrea da constituição e não pode ser alterada por governantes, a não ser que se mude a Constituição Federal de 1988.



Para refletir:

E qual a diferença entre uma **política pública de Estado** e uma **política de governo**?

Considerando estes conceitos podemos dizer que o Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política de Estado e um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo e, como sistema de atenção à saúde, é propulsor de respostas sociais, organizadas deliberadamente, para responder às necessidades, demandas e representações da população.¹ O SUS é a mais inclusiva das políticas sociais brasileiras.

Foi instituído, a partir do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira na década de 80, pela Constituição Federal de 1988, e é responsável por garantir a saúde como direito de todos e dever do estado.

Em 1990, teve aprovada sua principal legislação, as Leis Orgânicas da Saúde: Lei nº 8.080/90 e Lei Nº 8.142/90, que foram regulamentadas em 2011 pelo Decreto Nº 7.508.²⁻³

O SUS tem como objetivos a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde. Também formula políticas de saúde destinadas a promover a assistência às pessoas por meio da promoção, prevenção e recuperação da saúde.

O SUS tem como objetivos a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde. Também formula políticas de saúde destinadas a promover a assistência às pessoas por meio da promoção, prevenção e recuperação da saúde.

O campo de atuação do SUS é amplo. Executa ações de vigilância sanitária e epidemiológica; saúde do trabalhador; assistência terapêutica integral, incluindo a assistência farmacêutica. Formula políticas de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde.

O SUS também é responsável pela ordenação e formação de recursos humanos na área da saúde e, uma das estratégias utilizadas para o alcance desse objetivo é a Política de Educação Permanente em Saúde, que veremos a seguir. Mas o SUS ainda colabora na proteção do meio ambiente, entre eles o do ambiente do trabalho, participa na formulação de política e na execução de ações de saneamento básico, entre outras ações.

A década de 1990 foi de regulamentação e implantação do SUS e por meio de normas operacionais foi se criando estratégias para que os princípios do SUS fossem operacionalizados.

Apesar de considerar que você deve estar familiarizado com os princípios doutrinários do SUS, julgamos importante recapitular o entendimento destes:

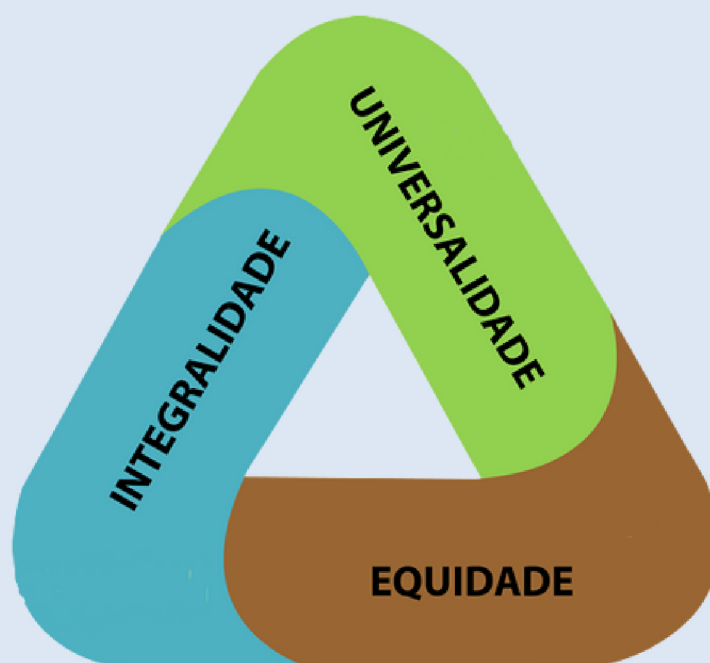


Figura 01 - <https://www.cartaosus2020.com/principios-do-sus/>

Universalidade

O SUS é universal, pois a saúde é um direito legalmente garantido a todos os cidadãos brasileiros, cabendo ao Estado seu cumprimento. O acesso ao SUS deve ser garantido a todas as pessoas sem distinção, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais.

Integralidade

O princípio da integralidade orienta o Estado a considerar as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para tanto, deve estabelecer um conjunto de ações que vão desde a prevenção até a assistência curativa, nos diversos níveis de complexidade. Porém, por ser um termo polissêmico há bastante discussão a respeito do que seja integralidade da assistência, uma vez que os recursos financeiros são finitos. Como manter o princípio da integralidade sem levar o sistema de saúde à insustentabilidade? Sabe-se que todo sistema de saúde tem problemas de efetividade e que são causas multifatoriais. No entanto, considera-se que grande parte tem causa na gestão inadequada. Por isso, vale a pena colocar o problema sobre a mesa e não sob o tapete.

Igualdade da assistência à saúde

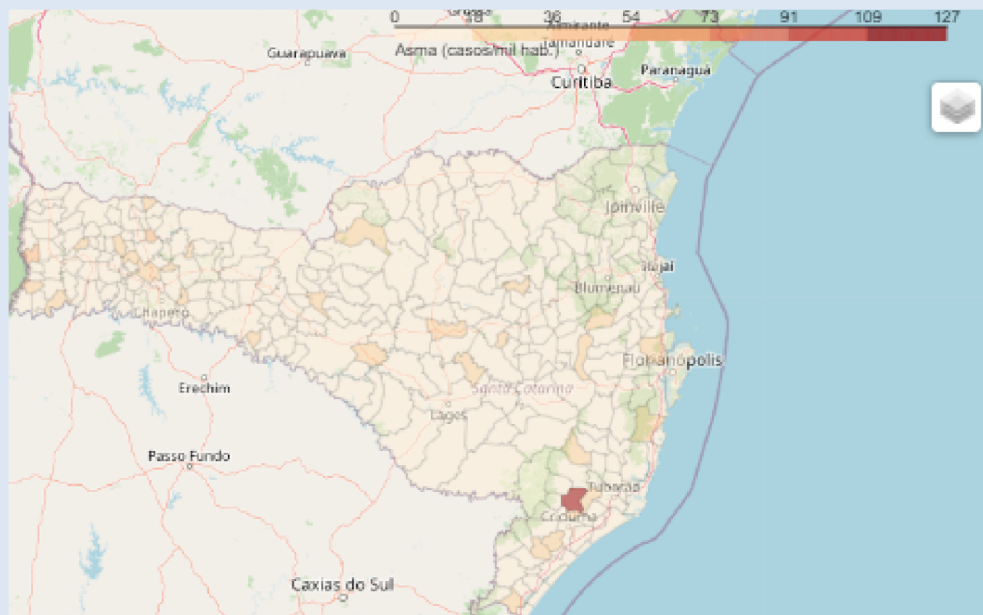
Sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, conforme texto legal, mas ultimamente compreendendo-se que Equidade define melhor este princípio do SUS, que consiste no reconhecimento das necessidades de grupos específicos que enfrentam maiores possibilidades de adoecer e morrer em decorrência da desigualdade social. De modo sintético significa que o SUS deve investir mais onde a carência/necessidade é maior, garantindo a universalidade, mas considerando as diferenças.

Quer saber mais?

Acesse o link: <https://pensesus.fiocruz.br/>

Considerando a situação epidemiológica já apresentada no Livro I do Curso e a complexidade de organização de um sistema de saúde, no SUS, utilizamos o modelo de redes de atenção, sobre as quais vamos falar adiante.

Mapa de Saúde SC:



1. INTRODUÇÃO

1.2. O CUIDADO A PARTIR DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE

As condições de saúde são circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistentes, exigindo respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas e fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias.¹

Para PORTER;TEISBERG (2007) citado por Mendes(2019) a categoria condição de saúde é fundamental na atenção à saúde porque as pessoas só dão valor aos sistemas de atenção à saúde quando sua condição de saúde é atendida por meio de um ciclo completo de atendimento.¹

Tradicionalmente, considerando-se a etiopatogenia, as doenças podem ser caracterizadas como doenças transmissíveis e doenças crônicas não-transmissíveis. No entanto, quando queremos trabalhar na perspectiva⁴ da organização dos sistemas de saúde considera-se a categorização que tem por base o conceito de condição de saúde mais interessante e são de dois tipos: condições agudas e condições crônicas. Para Mendes(2016) a razão é que do ponto de vista da resposta social aos problemas de saúde, certas doenças transmissíveis, pelo longo período de seu curso, estão mais próximas da lógica de enfrentamento das doenças crônicas que das doenças transmissíveis de curso rápido. Além disso, é uma classificação que se fixa no conceito de doença e que exclui outras condições que não são doenças, gravidez, por exemplo, mas que exigem uma resposta social adequada dos sistemas de atenção à saúde.⁵

Ao se pensar em condição de saúde observa-se algumas variáveis como: o tempo de duração da condição de saúde; a forma de enfrentamento pelos profissionais de saúde, pelo sistema de atenção à saúde e pelas pessoas usuárias, se episódica, reativa e feita com foco nas doenças e na queixa-conduta, ou se contínua, proativa e realizada com foco nas pessoas e nas famílias por meio de cuidados, mais ou menos permanentes, contidos em um plano de cuidado elaborado conjuntamente pela equipe de saúde e pelas pessoas usuárias.

O quadro a seguir resume as diferentes características das condições agudas e crônicas.

Quadro 01 - Diferenças entre as condições agudas e crônicas

Condições Agudas	Condições Crônicas
Duração curta	Duração longa
Manifestação abrupta	Manifestação gradual
Diagnóstico e prognóstico usualmente precisos	Diagnóstico e prognóstico usualmente incertos
Intervenção usualmente efetiva	Intervenção com algum grau de incerteza
Resultado: a cura	Resultado: o cuidado
Intervenções centradas no cuidado profissional	Intervenções centradas no autocuidado apoiado
Cuidado centrado no médico	Cuidado centrado em uma equipe multiprofissional interdisciplinar
Conhecimento e ações clínicas concentradas nos profissionais	Conhecimento e ações clínicas compartilhadas pelas pessoas usuárias e equipes de saúde

Fonte: Mendes (2017)

As condições agudas, comumente, apresentam um curso curto, tendendo à autolimitação, já as condições crônicas têm um período de duração mais ou menos longo, superior a três meses, e algumas doenças crônicas, tendem a se apresentar de forma permanente.^{1,6}

As condições agudas manifestam-se inequivocamente por eventos agudos e as condições crônicas podem se apresentar na forma de eventos agudos, podendo ser por descuido do paciente ou pelo mau manejo dessas condições crônicas, especialmente na APS.

Considerando-se essa perspectiva de condição de saúde, os sistemas de saúde, através das respostas sociais deliberadas às necessidades da população, estruturam critérios, por meio de políticas públicas que viabilizem o alcance da integralidade da assistência à saúde.

Sendo a proposta das Redes de Atenção em Saúde uma estratégia para integração dos serviços de saúde e qualificação da assistência, superando o modelo verticalizado e buscando a continuidade da assistência.

Na busca da assistência à saúde de forma contínua e de um modelo mais horizontalizado encontra-se na Atenção Primária à Saúde (APS) um componente-chave para qualquer sistema de saúde. A literatura mostra abundantes evidências de sua efetividade. Os países que adotam a APS como base para seus sistemas apresentam melhores indicadores de saúde, maior eficiência no fluxo dos usuários dentro do sistema, tratamento mais efetivo de condições crônicas, maior eficiência do cuidado, maior utilização de práticas preventivas, maior satisfação dos usuários e diminuição das iniquidades sobre o acesso aos serviços e o estado geral de saúde.⁷⁻⁹

A APS é uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde, sendo considerada o primeiro nível de atenção, mas é também um modelo de mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde.

A APS orienta-se por atributos essenciais (atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e atributos derivados (orientação familiar e comunitária e competência cultural).

No Brasil entende-se a APS/atenção básica como ordenadora do sistema de saúde. Com a criação do SUS houve a necessidade de organizar os serviços de saúde a partir de uma rede de cuidados articulada, com fluxos conhecidos e regulados e definidas por critérios epidemiológicos, econômicos e culturais, visando o atendimento das necessidades de usuários, gestores e sociedade.

No entanto, mesmo compreendendo-se esta necessidade, os serviços públicos de saúde ainda trabalham de forma desarticulada, caracterizando-se pela fragmentação e descontinuidade assistencial, mantendo uma lógica hospitalocêntrica e médico centrada. Na busca por uma assistência à saúde em que os serviços de saúde trabalhem de forma integrada para garantir a integralidade da assistência criam-se as Redes de Atenção à Saúde, que aparece no próximo tópico.

2. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A primeira descrição de uma rede regionalizada apareceu em 1920 no Relatório Dawson. Este relatório estava em um contexto de pós-guerra e objetivava apresentar mudanças no sistemas de proteção social e na organização de serviços no Reino Unido.¹⁰

A proposta das redes de atenção à saúde tem sua origem nos anos de 1990 nos sistemas integrados de saúde nos Estados Unidos. Em seguida avançou pelos sistemas públicos da Europa Ocidental e Canadá até chegar ao Brasil.

Surge no intuito de superar a fragmentação existente nos sistemas de atenção à saúde por meio da instituição de sistemas integrados de serviços de saúde e está fundamentada por várias evidências que indicam a melhora da gestão da saúde em países que implementaram as RASs.¹

No Brasil, o tema vem sendo debatido e avançando a partir dos estudos de Mendes. Partindo de uma análise crítica da fragmentação do sistema de saúde público brasileiro, o autor propôs a construção processual de sistemas integrados de saúde que articulassem os territórios sanitários, os componentes da integração e a gestão da clínica.

2. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

2.1. CONCEITO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A origem da palavra “rede”, é oriunda do latim retem, definida com uma estrutura que tem um padrão característico. Pela amplitude de seu significado, o conceito de Redes de Atenção à Saúde (RAS), pode ser compreendido de diferentes formas e tem sido desenvolvido em vários campos das ciências sociais, psicologia, administração e tecnologia da informação.

No Brasil, embora se tenha um conceito já bem estabelecido sobre a RAS, e que envolve a óptica organizativa do Sistema único de Saúde (SUS), as discussões percorrem ideias semelhantes, relacionadas a integração de serviços de saúde pública e saúde clínica ofertados de forma organizada.

Nesta perspectiva, baseada nos conceitos de RAS apresentados, atribuímos a fundamental importância de sua construção para garantir a utilização de recursos de forma eficiente e equânime, a qualidade da atenção e serviços de saúde ofertados para os usuários, refletindo em resultados sanitários pertinentes e qualidade de vida para população.

2. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

2.2. FUNDAMENTOS DAS RAS_s

O Princípio fundamental das RASs é a economia de escala, qualidade e acesso.

?

Mas o que vem a ser economia de escala?

Economia de escala - é a possibilidade de reduzir o custo médio de um determinado produto/procedimento pela diluição dos custos fixos em um número maior de produtos/procedimentos produzidos. Como os custos fixos são constantes, quanto maior o volume produzido, menor será o custo médio.



Utilizando-se esse conceito os serviços que se beneficiarem menos com a economia de escala podem ser ofertados de forma dispersa. Nesse caso são os serviços onde a distância é fator fundamental para o acesso e são mais baratos: ambulatórios, unidades de saúde, policlínicas entre outros.

Ao contrário, os serviços que se beneficiam com a economia de escala, devem ser concentrados, pois os recursos para tanto são mais escassos e a distância, nesses casos, tem menor impacto no tratamento: Tomografias computadorizadas, ressonância magnética, cirurgias mais complexas entre muitos outros exemplos.

A economia de escala é percebida quando os custos médios de longo prazo diminuem, à medida que aumenta o volume dos procedimentos e os custos fixos se distribuem nesse maior número de procedimentos (Mendes, 2011). Nesse sentido, a busca da economia de escala é fator importante no funcionamento das RASs.

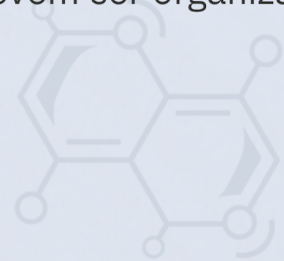
A qualidade também é um dos princípios da RAS e a economia de escala propicia um melhor desempenho dos serviços e maior habilidade dos profissionais que executam uma quantidade maior de procedimentos.

Outro aspecto importante na construção das RASs é em relação ao nível de atenção à saúde. Os níveis de atenção referem-se às densidades tecnológicas utilizadas e se organizam variando do nível de menor densidade tecnológica, representada pela atenção primária à saúde, para atenção tecnológica intermediária, secundária e terciária. Aspectos esses que devem ser organizados nos territórios de forma pactuada.

A economia de escala é percebida quando os custos médios de longo prazo diminuem, à medida que aumenta o volume dos procedimentos e os custos fixos se distribuem nesse maior número de procedimentos (Mendes, 2011). Nesse sentido, a busca da economia de escala é fator importante no funcionamento das RASs.

A qualidade também é um dos princípios da RAS e a economia de escala propicia um melhor desempenho dos serviços e maior habilidade dos profissionais que executam uma quantidade maior de procedimentos.

Outro aspecto importante na construção das RASs é em relação ao nível de atenção à saúde. Os níveis de atenção referem-se às densidades tecnológicas utilizadas e se organizam variando do nível de menor densidade tecnológica, representada pela atenção primária à saúde, para atenção tecnológica intermediária, secundária e terciária. Aspectos esses que devem ser organizados nos territórios de forma pactuada.



População

Para preservar, recuperar e melhorar a saúde das pessoas e da comunidade, as RASs devem ser capazes de identificar claramente a população e a área geográfica sob sua responsabilidade. A população de um dado território sob responsabilidade da RAS deve ser conhecida, cadastrada e registrada em subpopulações para riscos sanitários.¹¹

Região de Saúde

A região de saúde deve ser bem definida, baseada em parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável. Uma região de saúde "é espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde".¹⁷

Estrutura Operacional

É constituída pelos diferentes pontos de atenção à saúde e pelas ligações que os comunicam, incluindo: a Atenção Básica à Saúde como o centro de comunicação; os pontos de atenção secundária e terciária; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos e o sistema de governança.

Governança da RAS

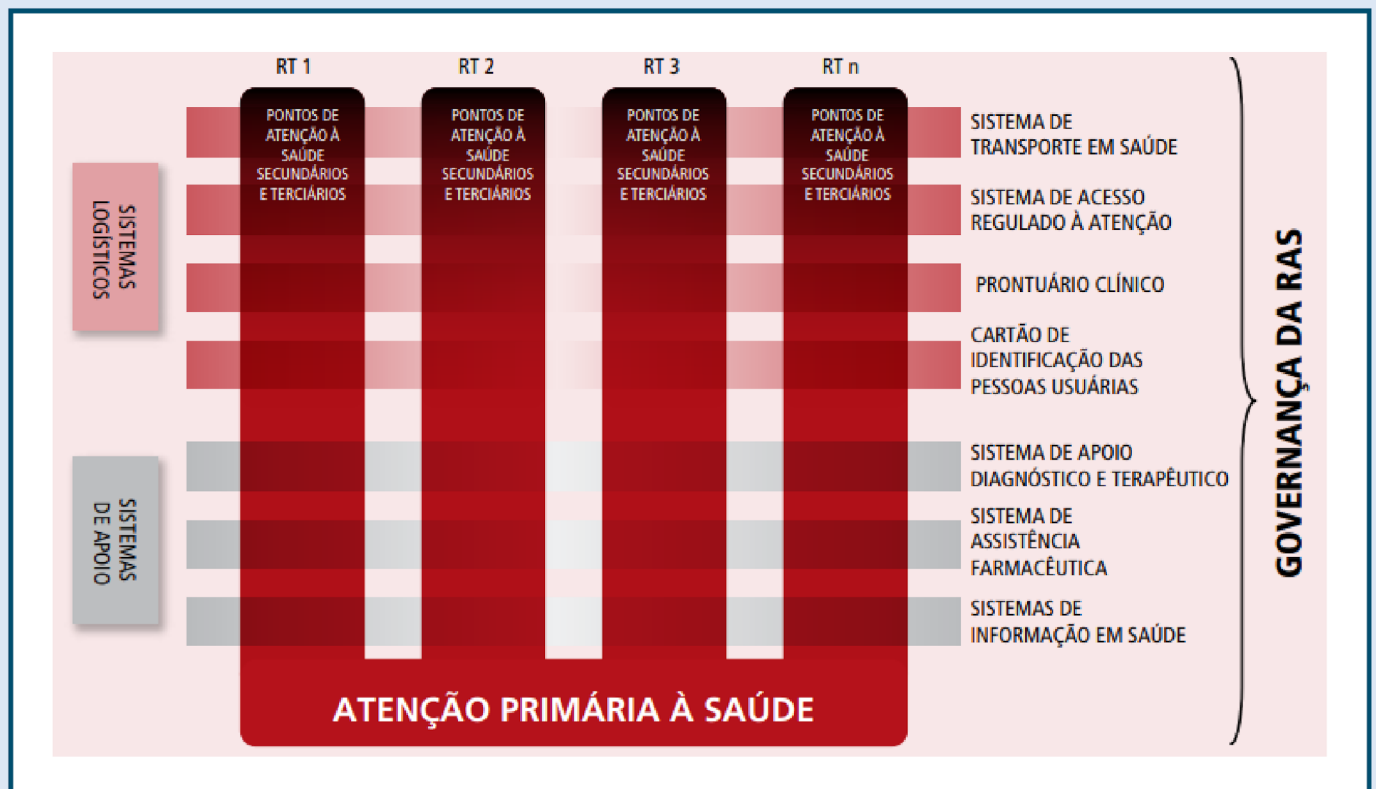


Figura 02: Mendes, 2011.

Modelo de Atenção à Saúde

Para Mendes (2011) um modelo de atenção à saúde se configura em sistema lógico que organiza o funcionamento das redes, articula as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, que são definidos em função da visão de saúde prevalente, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, em um dado território e em um determinado período, em uma dada sociedade.

Sob essa perspectiva e considerando que saúde é um setor que depende dos condicionantes e determinantes sociais, a rede deve ser construída de forma intersetorial e com outras áreas do conhecimento, considerando a complexidade dos desafios deste setor.

Como vimos para a implantação efetiva das RASs e na perspectiva da organização dos sistemas de saúde, é interessante que o modelo de atenção se pautar na categoria condição de saúde.

2. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

2.3. O PAPEL ESTRATÉGICO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS), ou a Atenção Básica em Saúde (ABS), é considerada como o principal dispositivo de organização, constituição e articulação das redes de atenção à saúde para muitos países. No Brasil, apresenta-se como a porta de entrada ao SUS, ou seja, é o primeiro nível de contato da população com o sistema, aquele mais próximo à comunidade, garantindo a maior equidade ao acesso e à efetiva utilização das demais tecnologias e serviços do sistema.

Nesta perspectiva organizadora, cabe à APS a identificação dos riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais.

A coordenação do cuidado também deve ser realizada na APS através da elaboração, acompanhamento e gestão de projetos terapêuticos singulares, bem como, acompanhamento e organização do fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RASs.

Segundo Mendes (2012), uma APS de qualidade deve estar baseada em sete atributos e três funções (Quadro 2): ¹³

Quadro 2 - Os sete atributos de qualidade para APS

Atributos para qualidade da APS	
1	Primeiro contato: relacionada a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura atenção à saúde.
2	Longitudinalidade: existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua de confiança e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias.
3	Integralidade: conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adscrita nos campos da promoção, da prevenção, cura, cuidado e da reabilitação, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças.
4	Coordenação: capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e se articula com a função de centro de comunicação das RASs.

5	Focalização na família: implica considerar a família como o sujeito da atenção, o que exige uma interação da equipe de saúde com essa unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde.
6	Orientação comunitária: significa o reconhecimento das necessidades das famílias em função do contexto físico, econômico, social e cultural em que vivem, o que exige uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias e a sua integração em programas intersetoriais.
7	Competência cultural: exige uma relação horizontal entre a equipe de saúde e a população que respeite as singularidades culturais e as preferências das pessoas e das famílias.

Fonte: Mendes (2017)

Referente às três funções essenciais para qualidade da APS apresenta-se:

- A função de **resolubilidade**, significa que ela deve ser resolutiva, capacitada, portanto, cognitiva e tecnologicamente, para atender mais de 85% dos problemas de sua população.
- A função de **comunicação** expressa o exercício, pela APS, significa ter condições de ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes.
- A função de **responsabilização** implica o conhecimento e o relacionamento íntimo, nos microterritórios sanitários, da população adscrita e o exercício da responsabilização econômica e sanitária em relação a ela.

Espera-se que a APS atue como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais.

Para isso, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinela e incidentes críticos, dentre outros. As práticas de regulação realizadas na atenção básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da micro-regulação realizada pelos profissionais da atenção básica e o acesso a outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade.

Por fim, espera-se da APS o papel de ordenador das redes, através do reconhecimento das necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

Para assegurar resolutividade na rede de atenção, alguns fundamentos precisam ser considerados: economia de escala, qualidade, suficiência, acesso e disponibilidade de recursos. A organização das redes pode ser feita por especialidade, nível de atenção, ciclo de vida ou outros critérios. O ministério da saúde optou pela elaboração de redes de atenção à saúde temáticas, organizadas a partir da necessidade de enfrentamentos de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometem as pessoas ou as populações.

Segundo Mendes (2012), A estrutura operacional das RASs expressa alguns componentes principais: centro de comunicação (Atenção Primária à Saúde); pontos de atenção (secundária e terciária); sistemas de apoio (diagnóstico e terapêutico, de assistência farmacêutica, de teleassistência e de informação em saúde); sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e sistema de governança (da rede de atenção à saúde).

No que tange aos pontos de atenção secundário, os serviços de especialidade têm grande potencial no contexto de articulação dos cuidados por seu papel intermediário entre a Atenção Primária à Saúde e os serviços de Alta Complexidade (serviços hospitalares). O estabelecimento dessa forma de relação entre a APS e setor de especialidades implica mudanças nos âmbitos dos cuidados primários e dos ambulatórios especializados. Desta forma, a existência de especialistas e generalistas obedece aos princípios da divisão técnica do trabalho que exige competências e habilidades diferenciadas por tipos de profissionais. No SUS há experiências relevantes de utilização de equipe multiprofissional em ambulatórios especializados atuando conjuntamente em benefício das pessoas usuárias e de suas famílias. ¹²

Quanto às diretrizes organizacionais das RASs no âmbito do Sistema Único de Saúde, estabeleceu as principais redes de atenção, a saber:

**Rede Cegonha,
estabelecida por
meio da Portaria nº
1.459/11;**

**Rede de Urgência e
Emergência (RUE),
estabelecida pela
Portaria GM/MS nº
1.600/11;**

**Rede de Atenção
Psicossocial (RAPS),
estabelecida pela
Portaria GM/MS nº
3.088/11;**

**Rede de Atenção à
Saúde das Pessoas
com Doenças
Crônicas, pela
Portaria GM/MS nº
438/14.**

**Rede de Cuidados à
Pessoa com Deficiências
(Viver Sem Limites),
estabelecida pela
Portaria GM/MS nº
793/12;**

Posteriormente as portarias foram unificadas pela Portaria de consolidação n.3 de 2017. Recentemente o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS Nº 715/22 instituindo a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami) em substituição à Rede Cegonha, fato que tem gerado discussões entre as entidades da saúde Comissão Intergestores Tripartite.

Todas as redes são transversalizadas pelos temas: qualificação e educação; informação; regulação; e promoção e vigilância à saúde.

A implementação das RAS aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS. A transição entre o ideário de um sistema integrado de saúde conformado em redes e a sua concretização passam pela construção permanente nos territórios, que permita conhecer o real valor de uma proposta de inovação na organização e na gestão do sistema de saúde. A integração dos serviços em rede tem a finalidade de melhorar a eficiência e a racionalidade dos serviços, além de promover economia, expansão dos serviços e a desnecessária repetição de procedimentos.

Contudo, no Brasil, ainda existem desafios a serem superados como: a desigualdade de acesso, baixa capacidade da APS em diagnosticar precocemente as doenças, a oferta insuficiente de serviços, escassez de recursos e a baixa difusão e utilização de novas tecnologias para a maioria de atendimento, entre outros.

Aliado a isso, os serviços de saúde deverão pensar estratégias de enfrentamento destas questões após a pandemia Covid-19, especialmente porque em muitos municípios e unidades o acompanhamento das DCNT foram reduzidos e/ou até suspensos.



Vamos visitar o Plano municipal de saúde para reconhecer o mapa da saúde e verificar como está o diagnóstico municipal e as redes de atenção?

3. POLÍTICAS DE SAÚDE

POLÍTICAS DE SAÚDE TRANSVERSAIS DE FORMAÇÃO E DE HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE

Neste tópico vamos conhecer um pouco da história, da construção, da ramificação e das apostas nas políticas transversais referentes à Humanização e a Educação Permanente para o SUS, ou seja, a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão, a Política de Educação Permanente em Saúde e a Política de Educação Permanente de Saúde em Movimento.

Vimos até este momento como as políticas públicas visam organizar, gerenciar e financiar o Sistema Único de Saúde-SUS de nosso país, nos foi apresentando também que o Sistema Único de Saúde é constituído por toda uma intrincada rede de serviços de saúde que o Brasil possui, tendo o serviço privado como complementar ao público.¹⁸

Nessa imensa cadeia de atenção, vigilância e cuidado, prevenção, tratamento, e acompanhamento, existem pessoas que cuidam de pessoas e, como mencionamos rapidamente acima, a legislação também trouxe a responsabilidade do SUS em elaborar políticas relacionadas à formação e educação permanente desses trabalhadores e trabalhadoras.¹⁸

Segundo a lei, **é responsabilidade do SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde**, constituindo comissões que proponham a formação e a educação continuada dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde. As três esferas de governo são responsáveis por participar da formulação e desenvolvimento de educação permanente articulando os órgãos educacionais e de fiscalização, organizando um sistema de formação de trabalhadores e trabalhadoras em todos os níveis de ensino “inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal”.¹⁸

Para conhecer a caminhada e as ações que o nosso país realizou neste quesito, após a constituição de 1988, voltaremos um pouco na linha do tempo. No ano de 2001 vivíamos uma saúde extremamente hospitalocêntrica, curativista e médico centrada e a assistência hospitalar demonstrava uma necessidade premente de intervenção.

Quer saber mais?

Acesse o link:

<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>

O então Ministro da Saúde, José Serra, escreveu:



A experiência cotidiana do atendimento da pessoa nos serviços de saúde e os resultados de pesquisas de avaliação desses serviços têm demonstrado que a qualidade da atenção ao usuário é uma das questões mais críticas do sistema de saúde brasileiro. Na avaliação do público, a forma do atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e suas expectativas são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de médicos, a falta de espaço nos hospitais, a falta de medicamentos etc.¹⁹

Era preciso enfrentar este desafio e então começou a ser pensado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Para dar corpo ao projeto, o Ministério da Saúde convidou profissionais de saúde mental que constituíram um Comitê Técnico, objetivando promover uma mudança de cultura no atendimento das instituições. Um passo muito importante neste programa consistia no envolvimento de atores da gestão, pois todo este movimento contou com os pesquisadores e além dos técnicos do próprio ministério, com o apoio das secretarias estaduais e municipais de saúde.

Foi realizado um projeto piloto em dez hospitais e a proposta era constituída basicamente em formar pessoas da própria instituição para constituir o GTH-Grupo de Trabalho de Humanização Hospitalar. Os GTHs eram definidos como “espaços coletivos organizados, participativos e democráticos, que funcionam à maneira de um órgão colegiado e se destinam a empreender uma política institucional de resgate dos valores humanitários na assistência, em benefício dos usuários e dos profissionais de saúde”.¹⁹

Após a capacitação dos GTHs, realizados pelo grupo condutor do projeto, eram elaborados planos de intervenção com o objetivo de modificação da realidade local, sendo estes em quatro áreas:

Pedagógico

Com o propósito de contribuir para a educação continuada, promoção de eventos educativos, treinamento de áreas ou profissionais, divulgação de temas de interesse da coletividade.

Político

Buscando propiciar a democratização das relações de trabalho, concedendo voz aos setores que normalmente não teriam condições de superar as barreiras de hierarquia e competência técnica. Para isso, deveria manter um relacionamento estrito com cada setor, ouvindo reclamações, sugestões e buscando soluções para problemas específicos.

Subjetivo

Objetivando sustentar um processo de reflexão contínua sobre as vivências no mundo do trabalho, o como e para que se trabalha numa organização hospitalar.

Comunicativo

Levando a criação de fluxos de informações relevantes para profissionais, dando a conhecer os projetos de humanização em curso no hospital.

O projeto piloto se mostrou efetivo e foi deflagrado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) para todo o território nacional sendo que na XI Conferência Nacional de Saúde o assunto já foi, de forma tímida, apresentado.

Com a ampliação da discussão da humanização, a atenção básica tomando vulto no país por meio do ainda Programa de Saúde da Família, no ano de 2003, foi instituída a Política Nacional de Humanização (PNH) com mudança de foco para toda a rede de assistência, não mais somente nos moldes da PNHAH, mas vista como política transversal “sendo que seus princípios, diretrizes, dispositivos e método indicavam uma nova forma de tratar a humanização nos serviços de saúde”.²⁰⁻²¹

A PNH deixa de ser um programa e passa ser uma política transversal, que atravessa os serviços, este atravessar no sentido de visitar e fazer sentido, mostrando a indissociabilidade que existe entre a atenção e gestão. Desta forma, os estudiosos da política, Heckert, Passos e Barros apresentam que:



"A PNH aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade. Tem por objetivo provocar inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde, propondo, para os diferentes coletivos/equipes implicados nestas práticas, o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de saber e de poder" .

20

E esta política, mesmo sem ter uma portaria ou recursos financeiros vultuosos que a sustentasse, foi se esgueirando pelos serviços e trabalhadores, mostrando a importância da valorização dos diferentes sujeitos envolvidos na produção de saúde, quais sejam, usuários, trabalhadores e gestores. Esta valorização consegue oportunizar a autonomia e a possibilidade de transformação da realidade em que atuam e vivem, compartilhando responsabilidades, criando vínculos solidários e produzindo saúde.

Quer saber mais?

Acesse o link: www.bvsms.saude.gov.br



Agora no século XXI, nas primeiras duas décadas, as redes de atenção foram tomando forma, o Programa de Saúde da Família foi substituído pela Estratégia de Saúde da Família, outros dispositivos de atenção foram planejados e implementados e a PNH foi acompanhando estas modificações. Muitas experiências exitosas e de boas práticas podem ser vistas nos territórios de práticas por meio da transversalidade da PNH, nas mais diversas profissões e nos mais diversos dispositivos, levando a uma forma diferente de se fazer saúde.

Concomitantemente a PNH, o Sistema Único de Saúde também elaborou outra política transversal de saúde para o ordenamento de recursos humanos, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde- PNEPS, tendo como foco a aprendizagem de saberes relacionados ao mundo do trabalho.²²⁻²⁴

A exemplo da PNH, também esta foi ao longo dos anos sendo discutida, modificada e aperfeiçoada e diferente da PNH, esta política era regida por portarias e em um primeiro momento obteve financiamento diferenciado para a realização das ações iniciais.

Novamente recorrendo a linha do tempo, estamos em 2004, onde por meio da Portaria Portaria GM/ MS nº 198/2004 a política teve suas diretrizes instituídas. A proposta trazia como base a regionalização da gestão do SUS e a necessidade de suprir as lacunas e carências do SUS, sendo que o conceito de Educação Permanente consistia em “a aprendizagem no trabalho onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho”.

Para o Ministério da Saúde a referência da Educação Permanente se concretizava nas necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, e tinha como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e a estruturação a partir da problematização do processo de trabalho, e a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e a estruturação a partir da problematização do processo de trabalho.²⁵

As iniciativas deveriam ocorrer em cinco campos:

1. Transformar toda a rede de gestão e de serviços em ambientes-escola;
2. Estabelecer a mudança nas práticas de formação e de saúde como construção de integralidade da atenção de saúde à população.
3. Instituir a educação permanente de trabalhadores para o SUS.
4. Construir políticas de formação e desenvolvimento com bases locais/regionais.
5. Avaliar como estratégia de construção de um compromisso institucional de cooperação e de sustentação do processo de mudança.

A portaria propunha a implantação e mobilização de PÓLOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA O SUS, que eram constituídas por instâncias interinstitucionais e locais/regionais/rodas de gestão, no intuito de articular e criar as novas ações e investimentos.

A grande inovação se dava em trazer o quadrilátero da formação para a área da saúde, onde por meio de rodas de conversa se definiria as reais necessidades do território para a qualificação do cuidado.²⁶

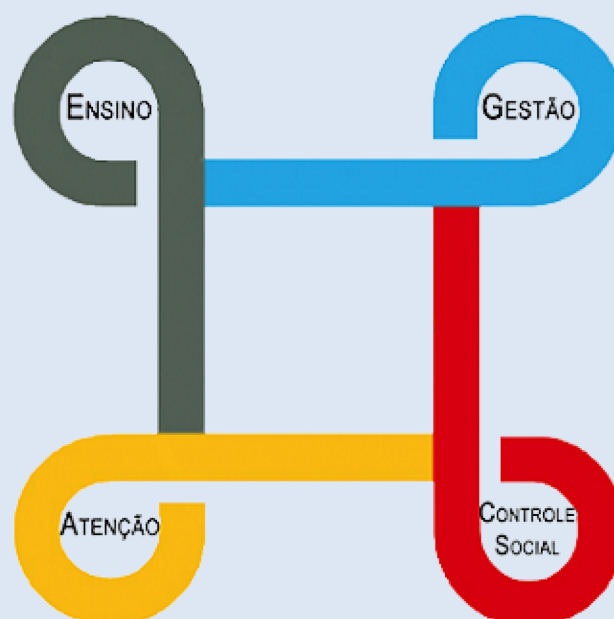


Figura 03: <https://redehumanizaus.net/95556-nepes-nucleo-de-educacao-permanente-em-saude/>

Em 2007 a Portaria GM/MS nº 1.996 modifica as diretrizes até então implementadas. O Ministério da Saúde apresentou a seguinte justificativa para a medida:



Essa última normativa se adequou à implantação do Pacto pela Saúde, momento em que a SGTES, em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), promoveu uma ampla discussão no sentido de fazer reformulações nos marcos regulatórios pelos atores do SUS nos territórios, incluindo os aspectos relacionados ao financiamento das ações de Educação Permanente em Saúde (EPS).²⁶

Assim algumas características da política foram modificadas, onde antes no quadrilátero havia uma maior força no ensino, agora a gestão do SUS estava com um poder maior nas decisões, outros problemas também foram evidenciados, como o desconhecimento da política pelo controle social. Para alguns locais a educação permanente faz mais do mesmo, revisando técnicas, instituindo diretrizes, adotando uma metodologia tradicional, onde não há espaço para a discussão das dificuldades do mundo do trabalho. Por outro lado a grande fortaleza da política se dava na existência de rodas de conversa para as deliberações, de construção coletiva, do financiamento e havia uma grande preocupação com a manutenção da política, pois “somente a educação pode transformar o pensamento individual e coletivo, despertar a revisitação interna de valores e gerar dispositivos de mudança no processo de trabalho e na qualidade dos serviços de saúde”.²⁵

No ano de 2017 a política passa a fazer parte da Portaria de Consolidação n. 2, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde.

Neste documento foram trazidos novamente alguns dispositivos revogados na Portaria 198 de 2004, gerando uma extrema dificuldade em organizar as ações. Porém como não havia mais financiamento diferenciado, as ações de educação permanente eram realizadas com os recursos estaduais e municipais, com avaliação realizada por pesquisadores de centros de pesquisa, a legislação não modificou o caminho que a política vinha tomando.

Atualmente, estudos recentes demonstram que a política ainda precisa ser aperfeiçoada pois existem fatores dificultadores nesta construção ensino-serviço, como a incompreensão do processo da EPS por parte do quadrilátero, falta de interesse de alguns trabalhadores e trabalhadoras, desconsideração das necessidades dos profissionais pelos gestores e falta de participação da equipe multiprofissional na EPS. Por outro lado ao longo de seus quase vinte anos, a política se apresenta consolidada nos espaços de trabalho e tem contribuído para a construção do Sistema Único de Saúde, pois os achados demonstram que as atividades de EPS ocorrem nas reuniões de equipe, trocas de informações e diferentes saberes, participação da população, colaboradores, coordenadores, da gestão e da equipe multiprofissional.

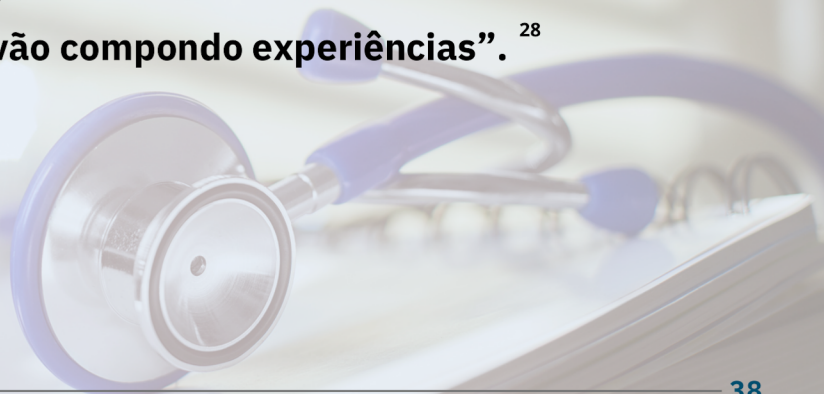
Outro movimento que ocorreu no Sistema Único de Saúde a partir das atividades realizadas pela Educação Permanente em Saúde consistiu na Educação Permanente em Saúde em Movimento- EPS em Movimento.

É sempre importante lembrar que quanto mais os grupos de trabalho formados para a elaboração das políticas forem representativos, mais a política se aproxima das reais necessidades da população. Como vamos saber das necessidades de um grupo se não o escutamos? Como vamos construir políticas de saúde efetivas se não avaliarmos o que estamos fazendo? Como vamos entender nossas responsabilidades no processo de cuidar? Como vamos ser agentes de transformação nos territórios? Onde será que aprendemos, só nas salas de aula e cursos? Qual a responsabilidade de cada um de nós no nosso micropoder?

Estas são perguntas que representam o centro da EPS em Movimento e novamente recorreremos à linha do tempo para começar a descrição desta política. Em 2014 um grupo de pesquisadores, avaliando a EPS, percebeu que havia lacunas e potencialidades a serem evidenciadas.

Esta proposta conecta-se a uma experiência de encontro entre trabalhadores e usuários, trabalhadores e gestores e trabalhadores entre si na perspectiva da Educação Permanente em Saúde (EPS). Trata-se de um convite aos trabalhadores do SUS para a invenção de práticas de aprender, de cuidar e de fazer/viver a EPS para que possam dar destaque à potência do trabalho vivo em ato. Construir com outros o convite para bons encontros é mais complexo que fazê-lo só. O tempo e as inúmeras tarefas vão deslocando a energia da criação para uma zona de conforto, na qual a repetição e a queixa da falta de tempo preenchem o dia e a noite. O paradoxo é o de que sozinho o convite é fraco, a voz é dispersa e o outro se sente mais cobrado que convidado; assim, não há convite. Sair da zona de conforto para produzir com os outros significa abdicar da autoria, do manual e da queixa: é achar o tempo fazendo-o. Estamos convidando todos a serem autores de um material que promova um processo de ensino aprendizagem diferente. Não se trata de material didático no sentido de organizar conteúdos e conceitos. Trata-se de constituir um material “dispositivo”, que desperte nossos olhos para “ver e dizer” como atuamos e nos implicamos com duas áreas do conhecimento – saúde e educação – de modo a reconhecer os cenários de produção de cuidado como cenários de aprendizagem. Desta forma fizeram uma proposta de perceber o processo informal de formação, qual seja, voltar aos cenários reais de prática e “explorar a potência dos encontros no mundo do trabalho a partir da EPS que acontece em si e no cotidiano dos serviços de saúde”, fazendo um movimento instituinte que consistem em “linhas de força de processos de mudança. É o novo, o inusitado”.

A EPS em movimento se forma a partir dos cenários reais de prática e não em rodas planejadas de conversa sobre o trabalho ou ainda em educação continuada para aprendermos a fazer uma nova técnica. O convite se dava a partir da identificação de outros modos de “aprender e cuidar do trabalho”, uma vez que “a aprendizagem e o experienciar são processos que não se fazem somente com a cabeça, mas com o corpo, com vibrações que nos afetam e afetam a outros. Assim, o cotidiano do trabalho em saúde é produzido por muitas vivências que vão compondo experiências”.²⁸

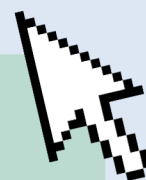


A reflexão sobre o mundo do trabalho, como um local promotor de encontros e trocas, é espaço potente de produção de diferença-em-nós, possuindo a capacidade de promover experiências de invenção de novos mundos possíveis e de produção de novos sentidos para os nossos mundos. Desta forma entendemos que todo mundo faz gestão e que compreender a aprendizagem como processo intrínseco às relações que acontecem no mundo de trabalho nos permite olhar esse lugar e reconhecer que a Educação Permanente em Saúde (EPS) pode estar no fazer de qualquer um e que estamos todos imersos nela, restando-nos fazer a escolha ou não de processos que produzam movimento e afirmem potências criadoras de vida.²⁷⁻²⁸

Para Carvalho, Merhy e Sousa (2017) a EPS em Movimento não é entendida como uma prioridade governamental e em decorrência dos rumos que o Brasil toma deixa de ser uma política exercida no Sistema Único de Saúde. Neste sentido os autores enfatizam que “as políticas públicas, além de incluírem ações de governo para enfrentamento de problemas da coletividade, envolvem interesses de múltiplos atores que disputam cotidianamente ideias, valores, visão de mundo e narrativas, vetores que influenciam e definem o desenrolar dessas políticas nos territórios”.²⁷

Quer saber mais?

Acesse o link: www.scielo.br



No ano de 2018, o Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde- SGTES, secretaria responsável pela formação no SUS, realizou seis oficinas regionais com representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde, escolas de saúde pública e escolas técnicas do SUS, instituições de ensino públicas e privadas, CONASS; COSEMS/CONASEMS, Conselho Nacional de Saúde e Conselhos Estaduais de Saúde, para discutir a formação.

Como produto as oficinas trouxeram propostas de fortalecimento da EPS nas áreas de Gestão da Política de EPS, financiamento, modelos de formação, infraestrutura das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), discussões sobre o conceito de Educação Permanente em saúde, monitoramento e avaliação das ações de educação permanente e Articulação interfederativa entre o Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde.²⁶

Em maio de 2019 a SGTES é extinta enquanto secretaria e passa a contar com dois departamentos, podendo esta ação a princípio diminuir a possibilidade de articulação e autonomia da formação em saúde no Brasil.²⁹

Vimos no início deste livro que ao entendermos saúde enquanto qualidade de vida por meio da Constituição de 1988, estamos fazendo uma aposta no conceito ampliado de saúde e os processos de formação e de educação permanente também são pensados neste caminho. Assim:



Mesmo que a formulação de uma política venha a se transformar em um ato normativo, as diversas formas como ela é concebida e implementada, sempre com múltiplas conexões e acontecimentos produzidos no cotidiano da micropolítica, a coloca em um plano de imanência, como defende Foucault, e como algo que emana de todos, e não apenas de um conjunto de atores que irão definir o que é melhor para todos. Reconhecer esses movimentos e a potência que eles trazem e considerá-los nas apostas políticas são possibilidades que essa reflexão traz para a construção de políticas de saúde no SUS.³⁰

Neste campo da formação, não nos cabe um olhar ingênuo, é preciso pensar como apresentam Iriart e Merhy (2017), que estamos em espaço de disputa. O caminhar do setor saúde está imerso no mundo real, onde os debates públicos e as políticas regulatórias se dão a partir do financiamento, custo e custo efetividade, sendo esta efetividade também submetida, ao que aquela sociedade entende como uma saúde efetiva. Não podemos deixar de entender o reposicionamento de forças do complexo médico-industrial, das estratégias capitalistas e da biomedicalização, bem como, dos novos cenários que se apresentam e suas consequências diretas em nosso fazer e em nossas vidas.³⁶

Quando entendemos que "ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo", entendemos que falamos entre iguais, apenas com saberes diferentes e que todos e todas precisam escutar e ser escutados para que se elaborem propostas políticas de emancipação e empoderamento.³¹

Síntese do Conteúdo

Ao final do Livro 2 percebemos a complexidade de organizar uma Rede de Atenção à Saúde da nossa população. Somada à complexidade da condição de saúde de cada um dos usuários, temos a complexidade organizacional e assistencial, portanto é necessário que a equipe de saúde esteja preparada para o atendimento continuado e integral as pessoas com DCNT. Por essa razão é fundamental a Educação Permanente em Saúde.

O reconhecimento e a apropriação do plano de saúde é parte fundamental desse processo, pois possibilitará a você a compreensão de onde está inserido o cuidado as pessoas com DCNT no planejamento do SUS municipal. Esperamos que estes conhecimentos te ajudem em seu processo formativo ao longo da especialização.

4. REFERÊNCIAS

- Mendes, EV. Desafios do SUS. CAPÍTULO 7 – O DESAFIO DOS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE: UM MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS PARA O SUS. Brasília, DF. CONASS, 2019.
- BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em: 11 maio 2022
- BRASIL. LEI Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm Acesso em: 11 maio 2022
- MENDES, EV. O acesso à atenção primária à saúde. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2016.
- MENDES, EV. O Acesso À Atenção Primária À Saúde. Brasília, DF: Trabalho realizado para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2017
- VON KORFF, Michael et al. Collaborative management of chronic illness. *Annals of internal medicine*, v. 127, n. 12, p. 1097-1102, 1997
- STARFIELD, Bárbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília : UNESCO: Ministério da Saúde, 726p., 2002.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS - Contribuições para o debate. Brasília: OPAS; 2011.
- OLIVEIRA, MAC; PEREIRA CP. Atributos essenciais da atenção Primária e a estratégia Saúde da família. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(esp):158-64.
- Damaceno AN, Lima MADS, Pucci VR, Weiller TH. Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. *Rev. Enferm. UFSM*. 2020;vol.10e14:1-14. DOI:<https://doi.org/10.5902/2179769236832>
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p
- BRASIL. Portaria Nº 4.279, De 30 De Dezembro De 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- MENDES, EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- Nakata, Liliâne Cristina et al. Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: uma revisão de escopo. *Escola Anna Nery* [online]. 2020, v. 24, n. 2 [Acessado 13 Maio 2022] , e20190154. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0154>. Epub 24 Jan 2020. ISSN 2177-9465. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0154>.
- Portaria nº 4279 de 30 de dezembro de 2010 (BR). Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* [periódico na internet], Brasília (DF), 31 dez. 2010: Seção 1: 88 [citado 2019 Fev 28]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
- Decreto nº 7508 de 28 de junho de 2011 (BR). Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [periódico na internet], Brasília (DF), 29 jun. 2011: Seção 2: 1 [citado 2019 Fev 28]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm
- BRASIL. Resolução Nº 1, De 29 De Setembro De 2011. Diretrizes Para Organização Da Rede De Atenção À Saúde Do Sus.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.
- BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. 2001. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>
- HECKERT, A.L.C.; PASSOS, E.; BARROS, M.E.B. An instrumental seminar: humanization of the Brazilian Unified Health System (SUS) under discussion. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.13, supl.1, p.493-502, 2009.
- TOLEDO, P. P. S et al. Prontuário Eletrônico: uma revisão sistemática de implementação sob as diretrizes da Política Nacional de Humanização. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 26, n. 6 [Acessado 12 Maio 2022] , pp. 2131-2140. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.39872020>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.39872020>.
- DORICCI, G. C. ; GUANAES-LORENZI, C. Revisão integrativa sobre cogestão no contexto da Política Nacional de Humanização. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2021, v. 26, n. 08 [Acessado 12 Maio 2022] , pp. 2949-2959. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.11742019>. Epub 09 Ago 2021. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.11742019>.
- ANICETO, B; BOMBARDA, T. B. Cuidado humanizado e as práticas do terapeuta ocupacional no hospital: uma revisão integrativa da literatura1. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional* [online]. 2020, v. 28, n. 2 [Acessado 12 Maio 2022] , pp. 640-660. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAR1867>. Epub 08 Jun 2020. ISSN 2526-8910. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAR1867>.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2004, v. 14, n. 1 [Acessado 12 Maio 2022] , pp. 41-65. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>. Epub 25 Jun 2008. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>.
- NICOLETTO, S. C. et al. Desafios na implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da Política de Educação Permanente em Saúde no Paraná, Brasil. *Saúde e Sociedade* [online]. 2013, v. 22, n. 4 [Acessado 12 Maio 2022] , pp. 1094-1105. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000400012>. Epub 31 Jan 2014. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000400012>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?, 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 73 p.
- EPS EM MOVIMENTO. Entrada, Apresentação. 2014. Documento Impresso.
- EPS EM MOVIMENTO. A EPS, aprendizagem flutuante e um convite para pensar, sentir e se expressar. 2014a. Documento impresso.
- VEN NCIO, Escola Politécnica de Saúde Joaquim (ed.). *Entra atenção primária, sai o controle social: decreto publicado no diário oficial na segunda-feira (20) muda organograma do ministério da saúde. Decreto publicado no Diário Oficial na segunda-feira (20) muda organograma do Ministério da Saúde.* 2019. Elaborada por André Antunes. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/entra-atencao-primaria-sai-o-controle-social#:~:text=Com%20sua%20extin%C3%A7%C3%A3o%2C%20a%20SGTES,Gest%C3%A3o%20do%20Trabalho%20em%20Sa%C3%BAde.13>.
- CARVALHO, M.S; MERHY, E.E; SOUSA, M. F. Repensando as políticas de Saúde: no Brasil Educação Permanente em Saúde centrada no encontro e no saber da experiência. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23: e190211 <https://doi.org/10.1590/Interface.190211>
- FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 50 ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

