

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÃO
PÚBLICA EM SAÚDE - EAD

Evandro Carneiro Rodrigues

**RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A ORGANIZAÇÃO E
ESTRUTURAÇÃO DO FLUXO DE SAÚDE MUNICIPAL**

Santa Maria, RS
2022

EVANDRO CARNEIRO RODRIGUES

**RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DO
FLUXO DE SAÚDE MUNICIPAL**

Artigo de Conclusão apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde (EAD), da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Anildo Anacleto da Silva.

Santa Maria, RS
2022

EVANDRO CARNEIRO RODRIGUES

**RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DO
FLUXO DE SAÚDE MUNICIPAL**

Artigo de Conclusão apresentado ao Curso de Especialização em Gestão e Organização Pública em Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS), como requisito parcial para obtenção de grau de **Especialista em Gestão Pública em Saúde**.

Aprovada em 16 de Agosto de 2022.

**Dr. Luiz Anildo Anacleto da Silva (UFSM)
(Orientador)**

Prof. Dr^a Fernanda Sarturi

Prof^a Dr^a Giovana Higashi

Santa Maria, RS
2022

RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DO FLUXO DE SAÚDE MUNICIPAL

RESUMO: Os atendimentos na rede municipal, necessitam de reavaliações periódicas dos processos, trazendo segurança ao usuário, facilitando que ocorram novas mudanças nas políticas públicas. **Objetivo:** Relatar a experiência diante da organização do fluxo de atendimentos de saúde de uma Estratégia de Saúde da Família da região metropolitana de Porto Alegre. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência sobre a organização dos atendimentos em uma Estratégia de Saúde da Família da região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, entre os anos de 2017 a 2022. **Resultados:** As situações vivenciadas na rede básica de saúde, demonstram a real e constante necessidade investimentos por parte da esfera municipal. Metas e fiscalizações regulares nos serviços de saúde da rede de atenção básica, poderiam favorecer um melhor desempenho na elaboração do planejamento municipal e da utilização das ferramentas necessárias para o gerenciamento de processos e atividades ofertadas nas unidades de saúde, para que os serviços sejam realizados de forma correta como define a legislação e políticas públicas do Sistema Único de Saúde. **Conclusão:** A constante reavaliação da qualidade prestada pelos serviços de saúde municipal, impacta positivamente na saúde da população, apresentando melhor desempenho no gerenciamento das filas de atendimento e demais encaminhamentos de exames e procedimentos na rede de saúde pública, como também criar programas para promover a educação continuada para os profissionais da rede de saúde municipal.

Descritores: Política de Saúde; Atenção primária; Sistema Único de Saúde.

INTRODUÇÃO

Desde a sua criação, o Sistema Único de Saúde (SUS), garante a oferta de atendimentos e tratamentos de saúde, através de um acesso gratuito e universal, sendo as unidades de Estratégias de Saúde da Família (ESF), sendo de relevante importância para toda a população obter o acesso a todos os níveis de atendimentos, conforme as necessidades de saúde de cada usuário, as formas dos atendimentos, evoluem junto ao avanço da ciência e tecnologia, sendo a gestão e organização dos atendimentos em saúde uma das mais importantes.

No Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção básica é a principal porta de entrada e centro articulador do acesso dos usuários às Redes de Atenção à Saúde (RAS), orienta-se pelos princípios da acessibilidade, da coordenação do cuidado, do vínculo, da continuidade, da integralidade, da corresponsabilização e da humanização. (CEAB, 2021)

Um primeiro contato, cada vez que um novo atendimento seja necessário, deve ser de fácil acesso, sendo inerente à organização de serviços de saúde por nível de atenção (primária, secundária, terciária). Este contato é conhecido como “Porta de entrada”.

Hennington já no início dos anos 2000 (HENNINGTON, 2005), discorreu que o acolhimento deveria ser considerado uma nova tecnologia de trabalho, situando-se no âmbito da denominada micropolítica do trabalho em saúde, em que o processo de trabalho se torna espaço público, passível de discussão coletiva e de reorientações, permitindo a efetiva autogestão de trabalhadores e construção da autonomia dos usuários.

Os atendimentos na rede municipal, necessitam de reavaliações periódicas em seus processos, o que pode trazer segurança ao usuário e facilitar que ocorram novas mudanças nas políticas públicas. Procurando desta forma, aprimorar a assistência conforme as necessidades e demandas apresentadas pela sociedade.

Sob este contexto, o estudo se justifica na necessidade de compartilhar esta experiência a fim de que se possa a partir do vivido do outro, construir novas experiências em saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, que de acordo com CÓRDULA e NASCIMENTO, 2018, é definido como experiência sociocultural que é interligada ao saber escolarizado na produção de estudos e no progresso do conhecimento, uma vez que o saber científico contribui na formação do sujeito e a sua propagação está relacionada com a transformação social.

O relato reflete os atendimentos de uma unidade de Estratégia da Saúde da Família da região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, entre os anos de 2017 a 2022. Vale dizer que a ESF esta composta por um médico, 1 enfermeira, 4 técnicos de enfermagem, 1 dentista, 1 secretaria, com infraestrutura contando com 1 sala de vacinas, 1 consultório médico, 1 consultório de enfermagem, 1 consultório odontológico, sala de triagem, 1 banheiro, 1 expurgo, 1 sala de lanche. Considerando o período do relato houveram cerca de 2.500 usuários cadastrados na área de abrangência entre adultos, crianças e idosos.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Percebe-se como é importante a troca de conhecimento, aliada a literatura que orienta e coordena o labor na área da saúde, como exemplo a legislação do Sistema Único De Saúde (SUS), Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e políticas de saúde pública, compartilho as situações observadas em minha experiência como profissional e usuário.

Referente a organização das consultas e encaminhamentos, vivenciei casos, onde a falta de organização poderia ter prejudicado o sistema de acolhimento e encaminhamento de pacientes para exames e avaliações de especialistas para saber a provável terapêutica, como cirurgias de média e alta complexibilidade, com certa frequência, os pacientes retornavam para solicitar novamente os encaminhamentos ou mudar o nível de urgência, por causa da morosidade das filas de atendimentos, exames e cirurgias.

Tudo isso, entre tantos fatores, é reflexo da gestão política e logística na organização em saúde. O Conselho Federal de Medicina em 2017, com um pedido de acesso à informação, obteve dados dos estados e capitais que quisessem atender à solicitação, que pelos 476 pedidos de cirurgias eletivas pendentes a mais

de 10 anos. Após a pandemia, ainda não houve tempo hábil para processar informações relevantes sobre como está hoje as filas que já eram represadas no Brasil. (CFM, 2017)

Sendo um fato preocupante para os profissionais e usuários, que percebendo a espera, penso o que poderia melhorar para diminuir a espera na fila de consultas com especialistas, exames e cirurgias. Por exemplo, promover maior participação, tanto, da população, como do próprio funcionalismo público da saúde, nas decisões políticas sobre a utilização dos recursos da saúde na gestão dos hospitais e rede básica de saúde municipal.

Neste sentido, que cada município deve realizar o seu Plano Municipal De Saúde (PNM). Os gestores municipais, devem aplicar a interação entre a percepção da gestão e os interesses da sociedade, através de uma análise situacional, apresentando as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos. Assim, criando a respectiva proposta orçamentária (CNM, 2018).

Para tanto, a Confederação Nacional de Municípios (CNM), em 2018, entendendo importância de esclarecer, como o novo modelo de financiamento da saúde definido pela Portaria 3992/2017 que dispõe da alteração a Portaria de Consolidação 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, modificando a forma dos repasses dos recursos federais, através da unificação dos antigos blocos de financiamento de custeio do Sistema Único de Saúde.

Fica definido que as transferências dos recursos financeiros somente para duas contas, uma conta para custeio com utilização para a manutenção da prestação das ações e dos serviços públicos de saúde e no funcionamento dos órgãos e dos estabelecimentos responsáveis pela implementação das ações e dos serviços de saúde. Outra conta para Investimento, exclusiva para aquisição de equipamentos voltados para ações e serviços públicos de saúde, obras de construções novas, reforma e/ou adequações de imóveis, utilizadas para a realização de ações e serviços públicos de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)

Desde a Portaria 204/2007 que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. O financiamento e as transferências dos recursos federais para ações e serviços públicos em saúde eram realizados através de seis blocos de financiamento, possuindo uma conta bancária para cada bloco e cada projeto aprovado, que muitas vezes poderia ser confundido

com a transferência de recursos financeiros, realizada por meio do instrumento tipo Convênios, que é uma das modalidades de transferências, como Fundo a Fundo, Contratos de Repasses e Termos de Cooperação (CNM, 2018).

Assim, com o novo modelo de repasses determinado, fica separado de forma transparente os fluxos orçamentários e financeiros. Viabilizando o planejamento de um plano municipal de saúde eficiente, como exemplo, na utilização dos recursos para os municípios podendo melhorar a dinâmica dos processos de saúde desempenhadas pelos serviços de saúde, como na manutenção das unidades de saúde, viabilizando o planejamento de um núcleo forte de vigilância em saúde.

Pode-se também, criar um portal informativo e de instrução, onde os profissionais possam interagir, estudar os protocolos dos serviços de saúde, entendendo como deve ser os processos de saúde, como deve ser realizado encaminhamentos e transferências, na educação continuada, instruindo e formando os profissionais para desempenhar melhor nas suas funções, agilizando os atendimentos, exames e procedimentos que carecem de maior nível de complexibilidade, ofertados dentro e fora do município.

As verbas públicas quando bem planejadas, transformam o orçamento em um instrumento de trabalho. E o maior desafio político a ser cobrado dos gestores municipais pela sociedade, é a formação de critérios para a priorização dos gastos gerados por análises sistemáticas das necessidades da saúde de cada município, verificadas junto à população e principalmente, podendo ser aprovadas também pelos profissionais da saúde do próprio município. A experiência mostra que em um determinado município, as pessoas consultadas sobre as questões de saúde não eram da área específica, afinal são os profissionais da saúde que irão atender os usuários, utilizando as ferramentas e recursos disponíveis para o benefício da saúde da população, são os médicos, enfermeiros, técnicos, assistentes de atendimentos, nutricionistas, farmacêuticos, seguranças das unidades de saúde e higienização que sabem o que é melhor para o povo, porque todos dos dias são estes profissionais que vestem a camisa do SUS para prestar o melhor atendimento possível na saúde, enquanto não se tem condições melhores para prestar uma qualidade eficiente aos usuários.

No pacto pela Saúde, segundo a portaria nº 399/2006 que divulga o Pacto pela Saúde de 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Define como deverá se organizar a rede de serviços, de maneira a

contemplar as necessidades de cada localidade. Sendo os municípios responsáveis pela rede de atenção básica. Garantindo através de pactuações com demais gestores municipais e estaduais, o acesso e atendimento de sua população nos demais níveis de complexidade do Sistema. Permitindo que cada gestor municipal crie sua forma proativa de administração pública dentro da legalidade.

Segundo o caderno de atenção básica número 28, que refere sobre os serviços na rede básica de saúde, que possuem uma forma própria de atendimento, com momentos exclusivos para reuniões internas, treinamentos, visitas domiciliares, horários de acolhimento e agenda organizada conforme a demanda de sua região abrangente, devendo seguir protocolos já existentes para direcionar o usuário para solução mais efetiva e menos demorada conforme a necessidade acolhida e triada no primeiro atendimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

Percebe-se que a visão de saúde na rede de básica, precisa ser global, devendo ser o foco e prioridade na administração e gestão pública. Na organização, como os fluxos e processos de trabalho, ocorre a necessidade de planejamento e monitoramento das atividades desempenhadas nas unidades de saúde. Sendo gerenciada pelos profissionais de nível superior e profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), de forma a garantir o atendimento com oportunidades para todos os tipos de demandas, como as espontâneas que surgem pela necessidade do usuário e as programadas pela agenda.

No artigo 196 do Constituição Federal de 1988 e no caput do Artigo 3º da Lei 8.080/1990, a saúde, sendo dever do estado e garantido mediante as políticas públicas com acesso universal e igualitário com foco em promoção, proteção e recuperação da saúde como um todo e com fatores principais, a alimentação, a moradia e o saneamento básico.

Situações onde surgia no acolhimento pacientes que necessitavam de atendimento breve por questões sociais demonstrava a necessidade de disponibilizar uma agenda flexível, que possibilite encaixes no atendimento, conforme os tipos de demandas enfrentadas na sua região de atividade. Principalmente nos casos de urgência, com a finalidade de evitar encaminhamentos para pronto-atendimentos, manejando com calma a situação e estabilizando o quadro do enfermo ou situação de vulnerabilidade social. Assim, o usuário sendo beneficiado do gestor proativo, consegue garantir a resolutividade em tempo de ser conduzido aos demais níveis de tratamento.

Para esta situação, sugestiona-se um gerenciamento de agenda na Atenção Primária à Saúde (APS), apresentando pontos básicos para o fluxo na triagem na aumentando as possibilidades de reposta da equipe à demanda espontânea, definindo quais casos necessitam de atendimento médico e quais podem se beneficiar de outras ofertas da equipe, liberando a agenda para atendimentos, a equipe ou profissional que faz a escuta inicial, precisa ter livre acesso para agendamento, contando com uma avaliação de risco e vulnerabilidade, com o aval do profissional de nível superior responsável, na recepção pode-se evitar reservas de vagas por condições de saúde ou programas, garantido que qualquer usuário seja atendido no serviço de saúde, evitando a dificuldade de acesso a outros perfis de usuários. (GONÇALVES *et al*, 2017).

Sobre estes fatos, trata o Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, 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. Define o acesso universal, como: Igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada. (BRASIL, 2011)

O primeiro acesso é o requisito para que na atenção primária, a porta de entrada para o sistema de saúde, gere a solução para a demandas de saúde da população, sendo imperioso a anular os obstáculos políticos, financeiros, geográficos e culturais (STARFIELD, 2004).

No gerenciamento da agenda, conforme disponibilidade dos profissionais em uma unidade de saúde, precisa ser focado no tipo de demanda em que a área abrange. Disponibilizar horários flexíveis, de forma a facilitar o acesso ao cidadão, evitando longa espera para investigar a sua demanda de saúde.

Nos casos, onde pacientes com hipertensão e diabetes chegavam com comorbidades pela falta de tratamento correto, foram orientados a comparecer no serviço de saúde de forma periódica, aferindo e controlando a pressão arterial e glicose, sendo registrado e encaminhado ao serviço médico para diagnóstico e tratamento farmacológico, nos casos onde exista largo tempo entre uma consulta e outra, também de forma efetiva, foram orientados de como proceder nos casos de oscilações nas aferições da pressão arterial e nível de glicose.

Sobre os cuidados de saúde do paciente com hipertensão e diabetes mellitus, no caderno de atenção básica número 7 do ministério da saúde de 2001, refere que

para diagnóstico e tratamento, orienta que no atendimento médico, seja realizado a anamnese, exame físico, avaliação e diagnóstico laboratorial, para ser orientado e prescritos os tratamentos medicamentoso e não-medicamentoso. Prevendo todas as complicações possíveis em decorrência da falta de controle efetivo das doenças. (BRASIL, 2001)

Em longo prazo, a hiperglicemia culmina em processos patológicos intensos, causando complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos comprometendo a saúde do portador de Diabetes Mellitus. Com um diagnóstico correto e precoce do diabetes evita-se complicações que podem impactar a qualidade de vida dos usuários. Dentre os exames laboratoriais frequentemente utilizados para nortear as direções terapêuticas está a hemoglobina glicada, também conhecida como HbA1c, que deve ser solicitado no atendimento médico (MEDEIROS; MORAIS, 2016).

As equipes de saúde na atenção básica são de elevada importância para a população e em especial para saúde da mulher e materno infantil, no labor da assistência na rede de saúde, percebemos de modo geral a necessidade incentivar e de promover os cuidados de saúde para a mulher e para as crianças, realizando os exames preventivos para diagnóstico do câncer de mama e colo de útero, pré-natal, cuidados da linha materno infantil e prestar orientações sobre a saúde da mulher, tentando evitar futuras doenças ou seus agravamentos.

O Ministério da Saúde em 2011, lançou a rede de cuidados materno infantil denominada Rede Cegonha, implementando cuidados abrangentes na linha materno infantil, promovendo a atenção humanizada à gravidez, ao parto, puerpério e às crianças. Com a garantia de que as usuárias serem acolhidas ampliando o acesso, gerando melhoria da qualidade do pré-natal; da vinculação da gestante à unidade de referência e da atenção à saúde das crianças de zero a 24 meses (VANDERLEI *et al*, 2015).

Nas situações onde houve eventuais faltas de profissionais na unidade de saúde, sendo pela constante necessidade de manter o atendimento da população, foi suprida as eventuais faltas, com escalas de substituição mensal para folgas, anual para férias, inclusive nos casos de afastamentos das atividades laborais.

Buscando saber como é orientado a nível nacional, a referência encontrada foi o Programa Nacional de Atenção Básica de 2012, que no item 4.4.1 que trata das especificidades da Equipe de Saúde da Família, define: É dever da gestão municipal que exista uma equipe multiprofissional, composta por, no mínimo, médico,

enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal.

Nesse sentido, entende-se que os municípios devem sempre suprir as faltas de profissionais de forma a manter ativo o serviço prestado. O Programa Nacional de Atenção Básica, sendo exercido corretamente, promove a segurança e continuidade dos atendimentos com qualidade.

Observando as atribuições específicas na Estratégia de Saúde da Família, para cada profissional de saúde e no caso dos auxiliares/técnicos de enfermagem e enfermeiros é claro as responsabilidades, em conformidade com as leis e artigos do Conselho Regional de Enfermagem (Coren) e Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) que segundo as proibições pelos profissionais da enfermagem, refere no código de ética dos profissionais de enfermagem – “Art. 33 Prestar serviços que por sua natureza competem a outro profissional, exceto em caso de emergência”.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica em 2012, define que cabe ao enfermeiro realizar a atenção de saúde global no que tange a saúde do indivíduo na triagem e consulta de enfermagem, como também solicitar exames, prescrever medicações protocolares e encaminhar quando necessário a outros serviços. No caso do técnico de enfermagem, participar das atividades regulamentadas para labor em Unidade Básica de Saúde, no domicílio, espaços comunitários e gerenciar insumos para o funcionamento da unidade de saúde e participar nas atividades de educação permanente.

Nas situações onde houve a necessidade de reagendamento para consultas de enfermagem, consultas médicas e em especial as odontológicas, por motivos de manutenção, tanto da infraestrutura, como consultórios e aparelhos odontológicos, o Ministério da Saúde orienta segundo a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 do Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), determina que seja garantida a manutenção regular da infraestrutura, materiais e equipamentos das unidades de saúde, a cargo da responsabilidade dos municípios e distrito federal.

Para Gomes *et al* (2021), conclui-se que para se obter melhoras no serviço de saúde prestado, basta a melhora na forma e na logística do atendimento e no respeito para com o usuário, ou seja, melhora na gestão.

Os serviços de saúde, por se constituírem em um lugar onde as relações humanas são acolhidas e encaminhadas para os demais tipos de serviços em saúde, pode-se também os gestores promover a capacitação de novos saberes no campo da saúde coletiva, permitindo que novos investimentos em novas pesquisas, viabilizando novas políticas públicas que possibilite a melhora na qualidade da prestação de serviços públicos de saúde.

CONCLUSÃO

Neste estudo, entende-se que o fluxo de atendimentos e gerenciamento de processos, utilizando os recursos já disponíveis para as redes municipais, permite ser implementados pelas esferas de gestão em saúde, melhores programas de educação continuada com temas importantes para a rede de saúde básica, como treinamentos para identificar situações de prioridade de atendimentos e avaliação de sinais e sintomas de doenças agudas e crônicas, maiores esforços nos quesitos da promoção da vigilância em saúde e promoção da participação pública, tanto dos cidadãos, como principalmente dos profissionais que laboram diretamente com o público na saúde.

Nos serviços municipais de saúde, para ser evitado equívocos nos processos de saúde, deve-se seguir as normatizações do SUS, leis e protocolos, os atendimentos em saúde, possuem a constante necessidade de averiguação, empenho e protagonismo pelos gestores, através dos mecanismos regulatórios previstos nas políticas públicas de saúde para a fiscalização no gerenciamento de processos da rede de saúde.

A inexorável importância de promover investimentos focados em pesquisas sempre atualizadas, referente a qualidade dos serviços de saúde, permitindo novas formas de gestão e novas políticas públicas em saúde.

Entendendo, que a constante reavaliação da qualidade prestada pelos serviços de saúde, impacta positivamente na saúde da população, apresentando melhor desempenho no gerenciamento das filas de atendimento e demais encaminhamentos de exames e procedimentos na rede de saúde pública.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Governo Federal. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Governo Federal, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção Básica, nº 7. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial - Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): Protocolo.** Departamento de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica: Dispõe sobre o acolhimento à demanda espontânea.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 - **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3992, de 28 de dezembro de 2017 - **Altera a Portaria de Consolidação 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde.** Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007 - **Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.** Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS de consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.** Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Seção I. p. 43.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Governo Federal. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras**

providências. Brasília: Governo Federal, 1990.

BRASIL. Governo Federal. Lei 7.498, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências.** Brasília: Ministério da Saúde; 1986.

CAMPOS, G. **Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre os modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde.** Em E. E. Merhy & R. Onocko (Org.). *Agir em saúde* (pp. 229-266). São Paulo: Hucitec, 1997.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Crise no SUS: Pacientes aguardam mais de 10 anos na fila de espera.** Disponível em <https://portal.cfm.org.br/noticias/crise-no-sus-pacientes-aguardam-mais-de-10-anos-na-fila-de-espera/#:~:text=fila%20de%20espera-.Crise%20no%20SUS%3A%20Pacientes%20aguardam%20mais%20de,anos%20na%20fila%20de%20espera&text=Pelo%20menos%20746%20pedidos%20de,h%C3%A1%20mais%20de%2010%20anos>. Acesso em 23/07/2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código De Ética Dos Profissionais De Enfermagem.** Disponível em http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao_311_anexo.pdf. Acesso em 23/07/2022.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. **Mudanças no Financiamento da Saúde.** Brasília. 2018. Disponível em <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/08/Mudan%C3%A7as-no-Financiamento-da-Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em 01/09/2022.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Ministério da Saúde. **Constituição Federal (Artigos 196 a 200).** Disponível em http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoofederal.pdf. Acesso em 23/07/2022.

COORDENAÇÃO ESTADUAL DE ATENÇÃO BÁSICA. **Manual para os Novos Gestores Municipais (2021-2024).** Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Divisão da Atenção Primária em Saúde, 2021. Disponível em <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202101/22145436-manual-para-os-novos-gestores-municipais-2021-2024-referente-a-atencao-basica.pdf> Acesso em 10/10/2022.

CÓRDULA, E. B. L.; NASCIMENTO, G.C.C.A produção do conhecimento na construção do saber sociocultural e científico. **Revista Educação Pública**, Rio de Janeiro, v. 18,p. 1-10, 2018. Disponível em: <https://educacaopublica.cecierj.edu.br/artigos/18/12/a-produo-do-conhecimento-na-construo-do-saber-sociocultural-e-cientfico>. Acesso em: 09/09/2022.

CORREIO DO ESTADO. **Com 12 mil na fila, pacientes morrem à espera de consulta.** Disponível em <https://correiodoestado.com.br/cidades/com-12-mil-na-fila-pacientes-morrem-a-espera-de-consulta/361757>. Acesso em 23/07/2022.

GONÇALVES, M. R., *et al.* **Desafios da atenção primária à saúde no brasil.**

Porto Alegre: UFRGS, 2017. 85 p.

GOMES, M. A., *et al.* **Determinantes da satisfação no atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS)**. 2021, v. 26, n. 4. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.18022019>. Acesso em 23/07/2022.

HENNINGTON, É. A. - **Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária**. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100028>. Acesso em 15/07/2022.

MEDEIROS, L. S. *et al* - **Importância do controle glicêmico como forma de prevenir complicações crônicas do diabetes mellitus** - Revista Brasileira de Análises Clínicas- Pagina 262, 2016. Disponível em https://www.rbac.org.br/wp-content/uploads/2016/11/ARTIGO-13_RBAC-48-3-2016-ref.-397.pdf. Acesso em 16/08/2022.

VANDERLEI, L. C. M.; FRIAS, P. G. - Avanços e desafios na saúde materna e infantil no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** [online]. 2015, v. 15, n. 2- Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292015000200001>. Acessado em 16/08/2022.

NUP: 23081.129869/2022-00

Prioridade: Normal

Ato de entrega de monografia de especialização

144.32 - Trabalho de conclusão de curso. Trabalho final de curso de Pós-Graduação Lato sensu

COMPONENTE

Ordem	Descrição	Nome do arquivo
13	Artigo científico de aluno de especialização (144.32)	TCC Evandro.pdf

Assinaturas

17/11/2022 09:56:39

EVANDRO CARNEIRO RODRIGUES (Aluno de Especialização)

32.10.02.15.0.0 - PG-E Gestão de Organização Pública em Saúde/EAD/Sapucaia do Sul/RS

17/11/2022 13:03:36

GIOVANA DORNELES CALLEGARO HIGASHI (PROFESSOR DO MAGISTÉRIO SUPERIOR)

32.18.00.00.0.0 - DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UFSM-PM - DCS-UFSM-PM

1960



Código Verificador: 2102311

Código CRC: a9a1dbe6

Consulte em: <https://portal.ufsm.br/documentos/publico/autenticacao/assinaturas.html>

