

## CAPÍTULO 1



# A revisão das redes de atenção à saúde, linhas de cuidado e a epidemiologia loco-regional para definição dos cenários de prática e dos contextos clínicos para a diversificação da construção das estações simuladas



**Gerson Alves Pereira Júnior**

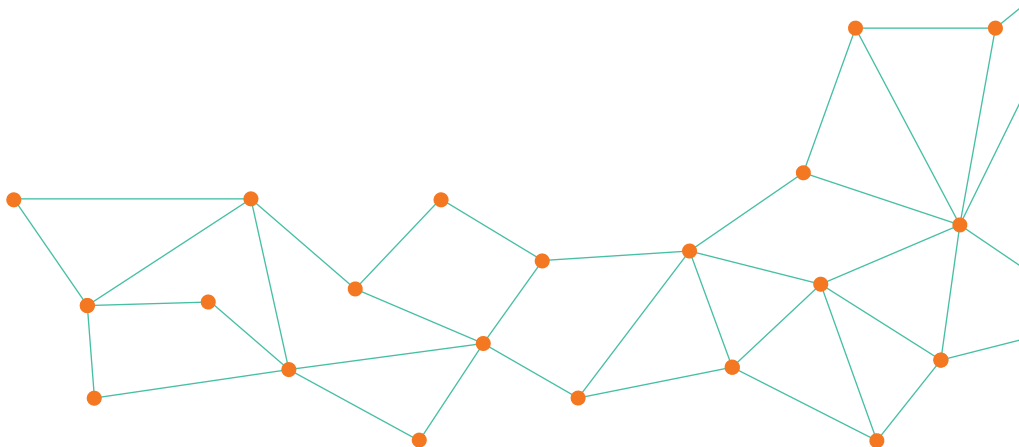
Docente de Cirurgia de Urgência e do Trauma  
Universidade de São Paulo  
Coordenador do Programa  
ABEM de Simulação

**Sara Fiterman Lima**

Enfermeira  
Professora do Curso de Medicina  
de Pinheiro/MA  
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

**Armando De Negri Filho**

Médico  
Coordenador geral  
Rede Brasileira de Cooperação  
em Emergências



## 1. INTRODUÇÃO

A engenharia de cenários de simulação é a arte de desenvolver aplicações práticas (cenários de simulação) que englobam conhecimento da medicina, simuladores, diferentes ambientes clínicos e currículos. O objetivo geral da engenharia de cenário deve ser facilitar a entrega e obtenção de um conjunto de resultados de aprendizagem claros, mantendo a “fidelidade” o mais alta possível (KHAN *et al.*, 2010).

As habilidades necessárias para criar cenários de simulação de alta fidelidade são diferentes das necessárias para escrever cenários de ensino para discussões baseadas em casos. É por isso que o conceito “engenharia de cenário” é mais adequado do que “escrita de cenário”. Se os cenários não forem projetados com a devida diligência, eles não apenas poderão prejudicar a ação e a fidelidade temporal, mas também reduzirão o impacto educacional da educação baseada em simulação, por não se vincularem diretamente ao currículo. A integração

curricular refere-se a cenários de simulação usados como uma ferramenta de rotina na entrega de partes selecionadas do currículo (KHAN *et al.*, 2010).

Os cenários adequados dependem de planejamento detalhado para condução da simulação clínica, podendo variar em relação à complexidade e ao tempo de duração, de acordo com os objetivos de aprendizagem propostos e os resultados esperados, sem impedirem que outros pontos possam emergir durante a atividade. Dessa forma, o planejamento deve ser retroalimentado, flexível e cíclico, sendo composto por várias escolhas, decisões e construções (ALINIER, 2011; INTERNATIONAL NURSING ASSOCIATION FOR CLINICAL SIMULATION AND LEARNING, 2016).

Casos da vida real costumam ser um bom ponto de partida para o desenvolvimento de cenários, pois costumam trazer consigo boas lições e pontos relevantes para a aprendizagem (MURRAY *et al.*, 2004).

Utilizando-se o conceito de engenharia para construção dos cenários simulados, durante o processo de capacitação docente, há o planejamento do processo de instrução em três etapas:

- 1) Escrita do caso clínico selecionado para a ser transformado em atividade simulada.
- 2) Montagem dos itens da encomenda da estação simulada, que é o início da transformação do caso clínico em estação simulada, já permitindo a visualização de como será construída a estação.
- 3) Modelo de construção completo da estação simulada, que é o roteiro integral do cenário simulado em que estão as instruções e tarefas do estudante/candidato, as orientações ao avaliador, a lista de materiais e equipamentos, o mapa de disposição dos móveis e recursos humanos dentro do ambiente físico da estação simulada, o *script* do paciente simulado (caso seja simulação cênica), o fluxograma de decisão do avaliador e o instrumento padronizado de avaliação (*checklist*).

Dessa forma, no início do processo de capacitação docente, a primeira tarefa é uma revisão da rede de atenção à saúde locorregional, associada à epidemiologia das causas de morbidade e mortalidade. O objetivo é que os professores e preceptores das várias áreas da medicina, dentro de suas linhas de cuidados, consigam visualizar a organização de suas redes de atenção e também as patologias mais prevalentes e relevantes para a montagem das estações simuladas.

Embora possa parecer um tanto óbvia essa tarefa, percebe-se que sua realização de forma completa permite os seguintes resultados:

- Avaliação da capacidade instalada da rede de atenção à saúde, identificando os pontos fortes e as fraquezas;
- Visualização integral das linhas de cuidados das várias áreas de assistência à saúde (cardiovascular, cerebral, trauma, gineco-obstétrica, pediátrica, sepse, patologias cirúrgicas agudas, respiratória etc.), podendo estabelecer os tempos de espera e permanência em cada nível de atenção para uma melhor qualidade do resultado do atendimento ao paciente; e
- Definição das patologias mais frequentes e prevalentes que causam morbidade e mortalidade no município e na região.

Com as análises e reflexões dessas tarefas, a possibilidade de diversificação da elaboração de estações simuladas é muito grande.

## 2. BREVE ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o atendimento na atenção primária até o nível mais complexo de assistência à saúde, como os transplantes de órgãos. Deve ser garantido o acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Desde a sua criação na Constituição Federal de 1988, o SUS tem progredido para proporcionar o acesso universal e a atenção integral à saúde, não se limitando aos cuidados assistenciais. Assim, segue com foco mais amplo em busca da qualidade de vida, de modo trabalhar com prevenção de doenças e promoção da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Dessa forma, os princípios do SUS são:

- **Universalização:** a saúde é um direito de todas as pessoas, e cabe ao Estado assegurar esse direito, já que o acesso às ações e aos serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais.
- **Equidade:** o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, elas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas.
- **Integralidade:** esse princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é necessária a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Além disso, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

A gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes federativos: União, estados e municípios. A rede que compõe o SUS abrange as ações e os serviços de saúde, nas diferentes complexidades (primária, secundária e terciária), incluindo os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e os serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental, e assistência farmacêutica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Os princípios organizativos do SUS envolvem os seguintes tópicos:

- **Regionalização e hierarquização:** os serviços de

- vem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com definição e conhecimento da população a ser atendida. A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando ao comando unificado deles. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.
- *Descentralização e comando único*: descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, a descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer essa função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, em que cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.
  - *Participação popular*: a sociedade deve participar no dia a dia do sistema. Para isso, devem ser criados os conselhos gestores locais das unidades de saúde que irão formar os conselhos municipais de saúde. Também existem conselhos de saúde em níveis estadual e federal. A cada quatro anos, são organizadas as conferências de saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.
  - Estão bem definidas as responsabilidades dos entes federativos que compõem o SUS:
  - *Municípios*: são responsáveis tanto pela execução das ações quanto pelos serviços de saúde no âmbito do seu território. O gestor municipal deve aplicar recursos próprios e os repassados pela União e pelo estado. O município formula suas próprias políticas de saúde e também é um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais e estaduais de saúde. Ele coordena e planeja o SUS em nível municipal, respeitando a normatização federal. Pode estabelecer parcerias com outros municípios para garantir o atendimento pleno de sua população, para procedimentos de complexidade que estejam acima daqueles que pode oferecer.

- *Estados e Distrito Federal*: os estados possuem secretarias específicas para a gestão de saúde. O gestor estadual deve aplicar recursos próprios, inclusive nos municípios, e os repassados pela União. Além de ser um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais de saúde, o estado formula suas próprias políticas de saúde. Ele coordena e planeja o SUS em nível estadual, respeitando a normatização federal. Os gestores estaduais são responsáveis pela organização do atendimento à saúde em seu território.
- *União*: a gestão federal da saúde é realizada por meio do Ministério da Saúde. O governo federal é o principal financiador da rede pública de saúde. Historicamente, o Ministério da Saúde aplica, em todo o Brasil, metade de todos os recursos gastos no país em saúde pública, e estados e municípios, em geral, contribuem com a outra metade dos recursos. O Ministério da Saúde formula políticas nacionais de saúde, mas não realiza as ações. Para a realização dos projetos, depende de seus parceiros (estados, municípios, organizações não governamentais – ONGs, fundações, empresas etc.). Também tem a função de planejar e elaborar normas, e avaliar e utilizar instrumentos para o controle do SUS.

Os conselhos de saúde, no âmbito de suas atuações (nacional, estadual ou municipal), em caráter permanente e deliberativo, são órgãos colegiados compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários. Atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Cabe a cada conselho de saúde definir o número de membros, que obedecerá à seguinte composição: 50% de entidades e movimentos representativos de usuários, 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde e 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos.

O processo de decisão das ações a partir dos conselhos municipais de saúde também segue para outros foros:

- *Comissão Intergestores Bipartite (CIB)*: foro de negociação e pactuação entre gestores estaduais e municipais, quanto aos aspectos operacionais do SUS.

- *Comissão Intergestores Tripartite (CIT)*: foro de negociação e pactuação entre gestores federais, estaduais e municipais, quanto aos aspectos operacionais do SUS.

Também participam entidades representativas dos principais atores da saúde:

- *Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)*: entidade representativa dos entes municipais na CIT para tratar de matérias referentes à saúde.
- *Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems)*: são reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos.
- *Conselho Nacional de Secretário da Saúde (Conass)*: entidade representativa dos entes estaduais e do Distrito Federal na CIT para tratar de matérias referentes à saúde.

Uma estratégia para regular a oferta e a demanda em saúde é a constituição de complexos reguladores que consiste numa organização do conjunto de ações da regulação do acesso à assistência, de maneira articulada e integrada, buscando adequar a oferta de serviços de saúde à demanda que mais se aproxima das necessidades reais em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Em cada região, deve haver a composição dos complexos reguladores da assistência para situações eletivas e de urgência. A operacionalização das ações de regulação traz um ganho expressivo para o SUS ao reforçar e qualificar as funções gestoras, de modo a otimizar os recursos de custeio da assistência, qualificar o acesso e, conseqüentemente, proporcionar aos usuários do SUS melhor oferta das ações governamentais voltadas à saúde.

Para essa operacionalização, faz-se necessário que o gestor defina previamente a sua estratégia de regulação, que envolve as seguintes decisões:

- *Abrangência da central*: compreende a região geográfica de cobertura da central de regulação, que deve respeitar a composição da região de saúde, expressa no Plano Diretor de Regionalização (PDR), e sua identidade cultural, econômica e social, de redes de comunicação e infraestrutura de transporte compartilhadas.
- *Esfera administrativa*: refere-se à esfera responsável pela gestão dos recursos assistenciais vinculados à central de regulação. A abrangência e respectiva gestão devem ser pactuadas, em pro-

cesso democrático e solidário, entre as esferas de gestão do SUS, podendo ser operada no que se refere à referência intermunicipal.

- *Escopo da central de regulação*: definição de quais especialidades e procedimentos (internações, consultas e exames) serão regulados, e que profissionais de saúde estarão vinculados à central de regulação. Nesse escopo, também são definidos os recursos físicos e financeiros alocados para atendimentos da população própria e referenciada.
- *Unidades solicitantes*: são instituições de saúde às quais é permitido solicitar atendimentos à central de regulação: unidades básicas de saúde, ambulatórios de especialidades, pronto atendimentos, hospitais; secretarias municipais e coordenadorias regionais de saúde; centrais de regulação de outros municípios e regiões autorizados pelo gestor.
- *Unidades executantes*: estabelecimentos públicos e privados que, sob a concordância do gestor, ofertam sua capacidade física de atendimento, ou parte dela, para a central de regulação. Fazem parte da rede assistencial do SUS e são incorporados às centrais de regulação por meio do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Assim, a constituição de complexos reguladores permite aos gestores articular e integrar dispositivos de regulação do acesso, como centrais de internação, centrais de consultas e exames, e protocolos assistenciais, com outras ações de controle, avaliação e auditoria assistencial, assim como com outras funções da gestão, como programação e regionalização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A implantação de centrais de internação, consultas e exames, para gerenciar os leitos disponíveis e a agenda de consultas especializadas e Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), demanda um pacto com prestadores, formalizado nos contratos, e a atualização dos cadastros de estabelecimentos, profissionais e usuários. Para padronizar a solicitação de internações, consultas, exames e terapias especializadas, exigem-se protocolos para encaminhamentos, que devem estar de acordo com os mais recentes e seguros consensos científicos. Para criar fluxos ágeis de referência, exige-se a integração com as ações de solicitação e de autorização de procedimentos. Ao criar o canal para a referência de uma unidade a outra, segundo fluxos e protocolos padronizados, permite-se a utilização mais adequada dos níveis de complexidade e viabiliza-se a

atenção de forma oportuna e adequada à necessidade do usuário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A organização dos fluxos de referência especializada e contrarreferência intermunicipal estabelece exigências para a conformação de uma rede hierarquizada e regionalizada, fazendo demandas destinadas ao processo de regionalização e da Programação Pactuada e Integrada (PPI).

Todos os municípios devem organizar a regulação do acesso dentro das diretrizes da Regulação da Atenção à Saúde, mas nem todos contarão com complexos reguladores. Assim, no mínimo, todos os municípios devem organizar uma atenção básica resolutiveira que faça solicitações padronizadas pelos protocolos, encaminhamentos responsáveis e adequados aos demais níveis de assistência, segundo os fluxos de referência desenhados, ainda que os estabelecimentos não estejam localizados em seu território (definições do PDR e da PPI). Nessa situação, o município desempenhará, ao mesmo tempo, o papel de autorizador e de unidade solicitante dentro de um complexo regulador, localizado no município que é seu polo de referência.

O complexo regulador é composto por uma ou mais estruturas denominadas centrais de regulação, que compreendem toda a ação-meio do processo regulatório, isto é, recebem as solicitações de atendimento, processam-nas e agendam-nas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

As centrais de regulação atuam em áreas assistenciais inter-relacionadas, como a assistências pré-hospitalar e inter-hospitalar de urgência, e as internações, além das consultas e dos procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, e são classificadas em:

- *Central de Regulação de Urgência*: sua ação é executada conforme disposto na Portaria do Ministério da Saúde nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Regula o atendimento pré-hospitalar de urgência, que é realizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). A partir do momento em que o paciente necessita de uma internação, será acionada a Central de Regulação de Internações.
- *Central de Regulação de Internações*: é responsável pela regulação dos leitos hospitalares dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, próprios, contratados ou conveniados. O escopo da central de internações hospitalares deve ser configurado com os leitos das diversas clínicas, de unidade de terapia intensiva (UTI) e de retaguarda aos prontos-socorros.

- *Central de Regulação de Consultas e Exames*: é responsável pela regulação do acesso dos pacientes às consultas especializadas, aos SADTs, bem como aos demais procedimentos ambulatoriais especializados ou não.

É importante frisar que as centrais de regulação são estruturas básicas que compõem o complexo regulador; contudo, é possível trabalhar com centrais de regulação específicas que atuem em um universo menor de procedimentos, como: terapia renal substitutiva, transplantes e procedimentos contemplados na Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC) e outros.

### 3. EPIDEMIOLOGIA

A epidemiologia é um dos pilares da saúde pública e, como tal, deve estar estreitamente incorporada às políticas, aos programas e aos serviços públicos de saúde. No Brasil, a criação e o processo de fortalecimento e consolidação do SUS vêm permitindo a garantia da saúde como direito constitucional, e a saúde pública vem ampliando consideravelmente o seu espaço dentro desse sistema (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 2005).

No Brasil e no mundo, vive-se um fenômeno de transição epidemiológica, marcado pelo envelhecimento populacional, provocado pela elevação da expectativa de vida, pois temos mais qualidade de vida, avanços da medicina, novos tratamentos, assim como a implementação e ampliação de políticas públicas de saúde. Entretanto isso implica em redução das condições agudas e aumento das condições crônicas (MENDES, 2011).

Dessa forma, o Brasil encontra-se numa transição epidemiológica, que refere-se às mudanças ocorridas, temporalmente, na frequência, na magnitude e na distribuição das condições de saúde. Essas mudanças se expressam nos padrões de morte, morbidade e invalidez que caracterizam uma população específica e que, em geral, acontecem, concomitantemente, com outras transformações demográficas, sociais e econômicas (MENDES, 2011).

Há, contudo, padrões diferenciados de transição epidemiológica, especialmente verificáveis nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Essa situação epidemiológica singular dos países em desenvolvimento – que se manifesta claramente no Brasil – define-se por alguns atributos fundamentais: a superposição de etapas, com a persistência concomitante das doenças infecciosas e carenciais e das do-

enças crônicas; movimentos de ressurgimento de doenças que se acreditavam superadas; as doenças reemergentes como dengue e febre amarela; a transição prolongada; a falta de resolução da transição num sentido definitivo; a polarização epidemiológica, representada pela agudização das desigualdades sociais em matéria de saúde; e o surgimento das novas doenças ou enfermidades emergentes (MENDES, 1999; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Essa complexa situação epidemiológica tem sido definida, recentemente, como tripla carga de doenças, porque envolve, ao mesmo tempo: primeiro, uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; segundo, o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como tabagismo, sobrepeso, inatividade física, uso excessivo de álcool e outras drogas e alimentação inadequada; e terceiro, o forte crescimento da violência e das causas externas (FRENK, 2006).

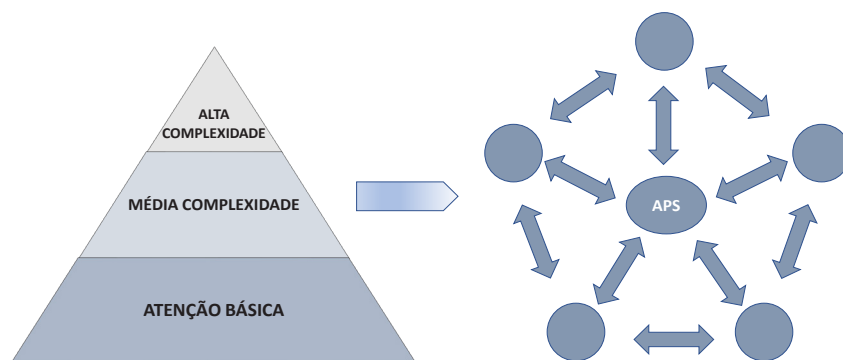
#### 4. FORMAÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Além de se organizarem pela atenção às condições agudas e crônicas, os sistemas de atenção à saúde podem apresentar-se, socialmente, num contínuo que vai desde a fragmentação até a integração (MENDES, 2011).

Essas duas maneiras de analisar os sistemas de atenção à saúde não aparecem, na prática social, de forma independente; ao contrário, os sistemas fragmentados tendem a se voltar para a atenção principal às condições e aos eventos agudos, enquanto os sistemas integrados tendem a atuar, equilibradamente, sobre as condições agudas e crônicas (MENDES, 2011).

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde, fortemente hegemônicos, são aqueles que se organizam por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados uns dos outros, e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Neles, a atenção primária à saúde (APS) não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde, e esses dois níveis também não se articulam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio e logísticos. Diferentemente, os sistemas integrados de atenção à saúde, as redes de atenção à saúde (RAS), são aqueles organizados por meio de um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde para prestar uma assistência contínua e integral a uma população definida (MENDES, 2011).

A concepção vigente na normativa do SUS é a de um sistema hierárquico, piramidal, formatado segundo as complexidades relativas de cada nível de atenção em atenção básica, média complexidade e alta complexidade. Essa concepção é totalmente equivocada tomando-se a significação dicionarizada, e não da teoria da complexidade, de algo complicado e difícil. Nas RAS, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia, e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde. Assim, nas RAS não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas e seus sistemas de apoio, sem ordem e sem grau de importância entre eles. Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das RAS; apenas se diferenciam pelas diferentes densidades tecnológicas que os caracterizam. A Figura 1 apresenta essa diferença de conceitos.



**Figura 1.** A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde. Fonte: Mendes (2011).

Dessa forma, não é verdade que a APS seja menos complexa que os cuidados ditos de média e alta complexidades. É a APS que deve atender a mais de 85% dos problemas de saúde; é aí que se situa a clínica mais ampliada e onde se ofertam, preferencialmente, tecnologias de alta complexidade, como aquelas relativas a mudanças de comportamentos e estilos de vida em relação à saúde: cessação do hábito de fumar, adoção de comportamentos de alimentação saudável e de atividade física etc. Os níveis de atenção secundários e terciários constituem-se de tecnologias de maior densidade tecnológica, mas não de maiores complexidades. Tal visão distorcida de complexidade leva os políticos, os gestores, os profissionais de saúde e a população a uma sobrevalorização, seja material, seja simbólica, das práticas que são realizadas nos níveis secundários e terciários de atenção à saúde e, por consequência, a uma banalização da APS.

Esse movimento universal em busca da construção de RAS está sustentado por evidências de que essas redes constituem uma saída para a crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde. Há evidências, provindas de vários países, de que as RAS melhoram os resultados sanitários e econômicos dos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2011).

As RAS são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo das RAS é promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, e eficiência econômica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Outro conceito fundamental na construção das RAS é o de nível de atenção à saúde. Os níveis de atenção à saúde estruturam-se por arranjos produtivos conformados, segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade, a APS, ao de densidade tecnológica intermediária, a atenção secundária à saúde, até o de maior densidade tecnológica, a atenção terciária à saúde. Os níveis de atenção à saúde são fundamentais para o uso racional dos recursos e para o estabelecimento do foco gerencial dos entes de governança das RAS (MENDES, 2011).

Os “pontos de atenção à saúde” são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde por meio de uma produção singular.

Todos os pontos de atenção a saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da rede de atenção à saúde e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A atenção básica é um conjunto de intervenções de saúde nos âmbitos individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitadas, sobre as quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios de universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A atenção primária deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento das doenças, e a redução dos danos ou sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2004).

É aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, proporciona atenção a todas as condições, exceto as muito incomuns e raras, e coordena ou integra a atenção disponibilizada em outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 2002).

## 5. LINHAS DE CUIDADOS

A linha de cuidado é uma forma de articulação de recursos e práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde. O objetivo é a condução oportuna, ágil e singular dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância. Visa à coordenação ao longo do contínuo assistencial, por meio da conectividade de papéis e tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais. Pressupõe uma resposta global dos profissionais envolvidos no cuidado, superando as respostas fragmentadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).



A implantação de linhas de cuidado deve ser a partir das unidades da APS que têm a responsabilidade da coordenação do cuidado e ordenamento da rede.

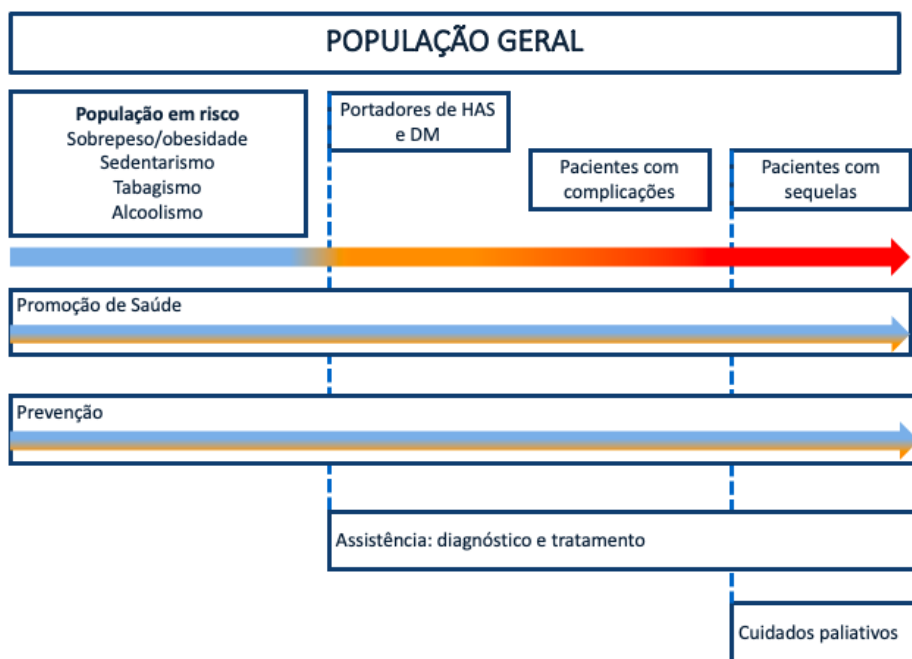
A linha do cuidado deve expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por uma rede de saúde, incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social. É diferente dos processos de referência e contrarreferência, apesar de estes fazerem parte dela. O funcionamento não é apenas por protocolos estabelecidos, mas também pelo reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário às unidades e aos serviços dos quais necessita (FRANCO; FRANCO, 2012).

O conceito de linha de cuidado incorpora a ideia da integralidade na assistência à saúde, o que significa unificar ações preventivas, curativas e de rea-

bilitação; proporcionar o acesso a todos os recursos tecnológicos de que o usuário necessita, desde visitas domiciliares realizadas pela Estratégia Saúde da Família e outros dispositivos, como o Programa de Atenção Domiciliar, até os de alta complexidade hospitalar; e ainda requer uma opção de política de saúde e boas práticas dos profissionais. O cuidado integral é pleno, feito com base no ato acolhedor do profissional de saúde, no estabelecimento de vínculo e na responsabilização diante do seu problema de saúde (FRANCO; FRANCO, 2012).

Vários pressupostos devem ser observados para a efetivação das linhas de cuidado, como garantia dos recursos materiais e humanos necessários à sua operacionalização; integração e corresponsabilização das unidades de saúde; interação entre equipes; processos de educação permanente; gestão de compromissos pactuados e de resultados. Tais aspectos devem ser de responsabilidade de grupo técnico, com acompanhamento da gestão regional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

No conceito das linhas de cuidado, está prevista a atenção integral aos pacientes dentro da história natural das doenças (Figura 2).



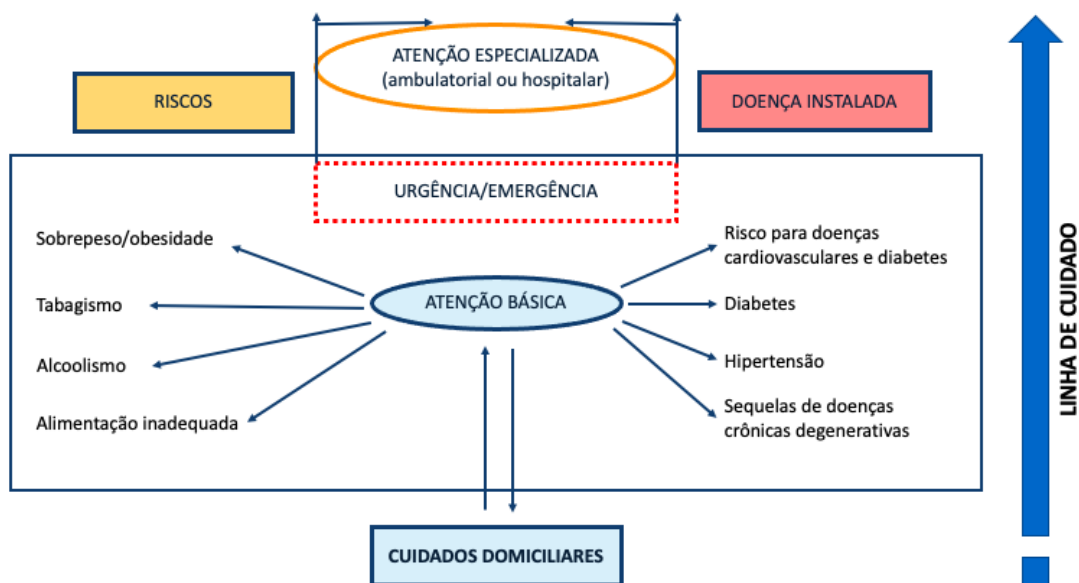
**Figura 2.** Modelo de atenção integral da linha de cuidado da população geral, em especial em portadores de hipertensão arterial (HA) e diabetes melito (DM), e as possibilidades de evolução dessas patologias, desde sua promoção e prevenção, passando pela assistência (diagnóstico e tratamento), até as complicações e sequelas, com eventual necessidade de cuidados paliativos. Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde (2014).

O projeto terapêutico é o fio condutor para o fluxo da linha do cuidado. O projeto terapêutico aciona ou dispara a linha do cuidado.

Dessa forma, o projeto terapêutico é conceituado como o conjunto de atos assistenciais pensados para resolver determinado problema de saúde do usuário, com base em uma avaliação de risco. O risco não é apenas clínico, é importante enfatizar isso, ele é também social, econômico, ambiental e afetivo, ou seja, um olhar integral sobre o problema de saúde vai considerar todas essas variáveis na avaliação do risco. Com base no risco, é definido o projeto terapêutico, e, a partir dele, o trabalhador de saúde vai orientar

o usuário a buscar na rede de serviços os recursos necessários ao atendimento à sua necessidade. Importa pensar que, com a linha do cuidado integral organizada, o serviço de saúde opera centrado nas necessidades dos usuários, e não mais na oferta de serviços, o que geralmente limita o acesso (FRANCO; FRANCO, 2012).

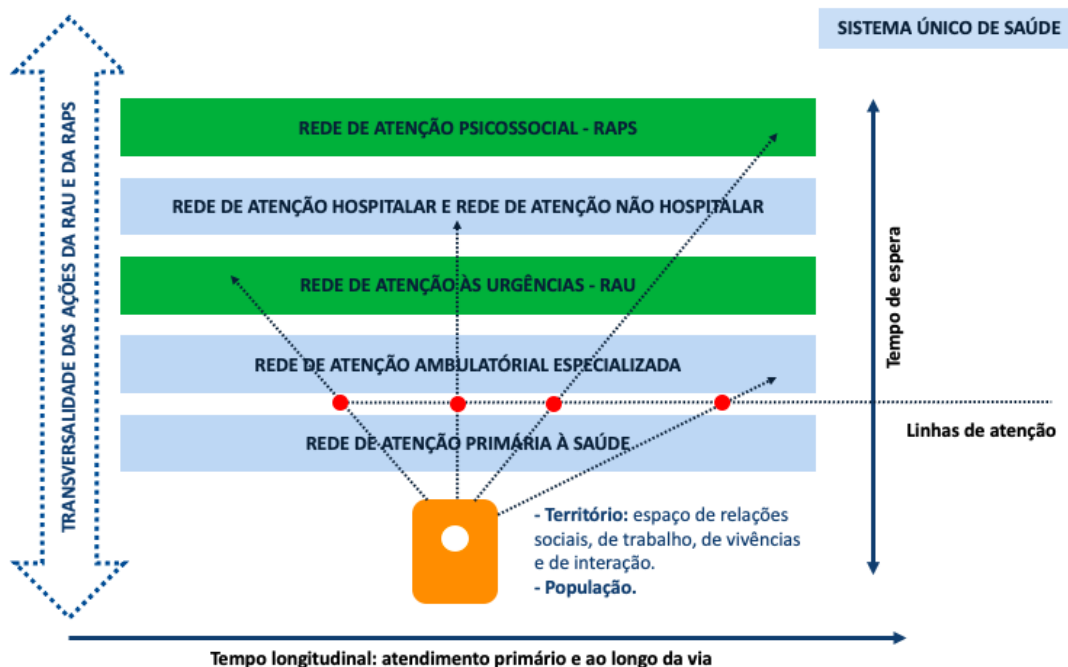
Esses fluxos devem ser capazes de garantir o acesso seguro às tecnologias necessárias à assistência (FRANCO; FRANCO, 2012). Trabalha-se com a imagem de uma linha de produção do cuidado que parte da rede básica ou de qualquer outro lugar de entrada no sistema para os diversos níveis assistenciais (Figura 3).



**Figura 3.** Relação das redes de atenção a partir da atenção básica, mostrando o papel das linhas de cuidados. Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde (2014).

As linhas de cuidados, dentro de cada área de atenção à saúde, devem ser construídas perpassando todos os níveis de atenção à saúde (Figura 4), com a definição dos tempos de espera e permanência em cada ponto da rede para que a demora

nos atendimentos e encaminhamentos não implique maior morbidade pelo risco de sequelas com a não instituição da terapêutica nos tempos adequados, o que também resulta em maior risco de mortes evitáveis.



**Figura 4.** Relação das linhas de cuidado/atenção a partir da atenção básica, perpassando todos os níveis de atenção, com definição dos tempos de espera e permanência em cada nível da rede. Fonte: Adaptado de De Negri Filho (2016).

É muito importante que cada linha de cuidado organizada tenha um gestor – ou um colegiado gestor, como for melhor – que pense e operacionalize seus fluxos, de modo a garantir que os caminhos de acesso aos serviços permaneçam desobstruídos e fazer uma “vigilância” pela não burocratização desses fluxos. Essa gestão das linhas de cuidado é fundamental. O gestor ou colegiado gestor da linha de cuidado pode ser composto por aquele que detém o conhecimento dos fluxos e tem trânsito entre todos os serviços, ou, no caso do colegiado, por aqueles indicados por cada serviço para fazer essa gestão. A gestão das linhas de cuidado deve estar atenta à aderência aos novos processos, isto é, as mudanças do processo de trabalho, os novos fluxos que surgem e as inovações no ato de cuidar. O grupo gestor deve procurar perceber essas inovações como elementos que enriquecem o que foi anteriormente definido para os fluxos assistenciais. Não é porque algo não está previsto anteriormente nos fluxos que pode ser prejudicial a ele. Muitas vezes, a novidade que surge é um aperfeiçoamento do processo pensado originalmente, e, portanto, ele deve ser contemplado. A liberdade anda com a criatividade, e esta é a maior fonte de enriquecimento e aperfeiçoamento

das linhas de cuidado integral (FRANCO; FRANCO, 2012).

As diretrizes clínicas são entendidas como recomendações que orientam decisões assistenciais, de prevenção e promoção, como de organização de serviços para condições de saúde de relevância sanitária, elaboradas a partir da compreensão ampliada do processo saúde-doença, com foco na integralidade, incorporando as melhores evidências da clínica, da saúde coletiva, da gestão em saúde e da produção de autonomia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

As diretrizes desdobram-se em guias de prática clínica/protocolos assistenciais, orientam as linhas de cuidado e viabilizam a comunicação entre as equipes e os serviços, a programação de ações e a padronização de determinados recursos.

## 6. FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

O artigo 200 da Constituição Federal de 1988, em seu inciso III, atribui ao SUS a competência de ordenar a formação na área da saúde (BRASIL, 1988).

Portanto, as questões da educação na saúde passam a fazer parte do rol de atribuições finalísticas do sistema. Para observá-lo e efetivá-lo, o Ministério da Saúde tem desenvolvido, ao longo do tempo, várias estratégias e políticas voltadas para a adequação da formação e qualificação dos trabalhadores de saúde às necessidades de saúde da população e ao desenvolvimento do SUS.

A necessidade de avanços na gestão de recursos humanos dos serviços públicos de saúde é motivo de debates há anos. As dificuldades presentes nessa área geram desafios para gestores nas três esferas de governo. A produção dos serviços de saúde depende da estrutura física, material e tecnológica disponível, e da existência de profissionais qualificados e motivados para transformar insumos em resultados.

A gestão de recursos humanos é composta por um conjunto de ações que envolvem a contratação dos trabalhadores, a capacitação, a avaliação, a remuneração e o desenvolvimento de um ambiente de trabalho adequado. Tomar decisões nessa área implica modificar determinadas realidades, processos, estruturas de trabalhos, direitos e deveres, afetando a vida dos trabalhadores (SCALCO; LACERDA; CALVO, 2010).

No setor da saúde, educação permanente é um conceito pedagógico utilizado para expressar as relações entre ensino e ações e serviços, articulando docência e atenção à saúde. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) ampliou esse conceito, que passou a designar também as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (BRASIL, 2007).

A produção da PNEPS representou o esforço de cumprir uma das metas da saúde coletiva no Brasil: transformar a rede pública de saúde em uma rede de ensino-aprendizagem no trabalho e no exercício da prática profissional (CECCIM, 2005).

Na perspectiva da educação, estão estabelecidas diretrizes curriculares nacionais para a formação de profissionais de saúde, com perfil e competências orientados pelos princípios e pelas diretrizes do SUS, que podem ser realizadas a partir de experiências de ensino e desenvolvidas em cenários concretos de prática (ANDRADE; MEIRELLES; LANZONI, 2011).

O exercício da prática profissional em situação de ensino, como os estágios supervisionados, agrega benefícios a todos os envolvidos nesse processo. Observam-se oportunidades de aprimoramento em via de mão dupla, ou seja, enquanto o estudante vivencia seu tempo da formação no campo de prática,

há a possibilidade de intercâmbio e incremento do conhecimento teórico-prático aos profissionais da rede de saúde (ANDRADE; MEIRELLES; LANZONI, 2011).

A educação permanente em saúde constitui-se numa estratégia fundamental para as transformações do processo de trabalho no setor, direcionando-o a tornar-se *locus* de atuação crítica, reflexiva e propositiva (CECCIM, 2005). Dessa forma, a transformação e qualificação das práticas de saúde, da organização das ações e dos serviços, dos processos formativos e de desenvolvimento dos trabalhadores dessa área, mais do que diretrizes de uma política, são prerrogativas de um Estado democrático.

Um dos grandes desafios enfrentados pelo SUS é o de ter profissionais competentes e preparados para a assistência, de forma a impactar favoravelmente o benefício das condições de saúde da população brasileira. Esse desafio torna imperativo assumir o desenvolvimento de novas tecnologias para formar e avaliar profissionais com excelência, que respondam às necessidades de atenção à saúde dos cidadãos, da sociedade e do sistema de saúde. Isso exige o desenvolvimento de um modelo de formação dinâmico, contínuo e atualizado.

As rápidas e crescentes transformações das sociedades contemporâneas, por sua vez, têm colocado em debate, de modo muito expressivo, os aspectos relativos à necessidade de mudanças na formação e capacitação dos profissionais de saúde (SILVA *et al.*, 2014). Os sistemas de saúde enfrentam, atualmente, o desafio de conseguir profissionais competentes, que realizem uma assistência efetiva e de qualidade, incorporando valores adequados e adaptados a locais e contextos determinados.

A dinâmica de ensino-aprendizagem das metodologias tradicionais de ensino, influenciadas pelas tendências cartesianas, sob uma perspectiva fragmentada e reducionista, coloca o docente na postura de transmissor de conteúdos e o discente no papel de mero espectador (COSTA *et al.*, 2015). Por sua vez, as metodologias de ensino-aprendizagem inovadoras buscam ativar no aluno a construção de conhecimentos a partir de experiências significativas, por meio de uma prática pedagógica participativa, crítico-reflexiva e edificadora de conhecimentos (BOLLELA *et al.*, 2014; SOUZA; IGLESIAS; PAZIN-FILHO, 2014).

O foco do processo ensino-aprendizagem nos aprendizes reflete no engajamento destes, com metodologias ativas que os envolvam em atividades práticas, nas quais eles são protagonistas da própria aprendizagem (BERBEL, 2011). As estratégias

gias incluem experiências reais ou simuladas, visando solucionar, com sucesso, desafios advindos das atividades essenciais da prática, em diferentes contextos (BERBEL, 2011) que atendem às diversas necessidades de formação, aumentando a integração dos conteúdos e a compreensão e retenção dos assuntos.

Um dos métodos que vêm se destacando dentro dessas metodologias ativadoras do conhecimento é a aprendizagem baseada em simulação, uma estratégia prática que prepara os participantes para que possam atuar em aspectos relevantes de situações reais. Trata-se de metodologia racional para treinamento de habilidades básicas e simples (capacidades cognitivas, afetivas e psicomotoras mobilizadas em determinado contexto para a realização de tarefas) até as mais complexas, envolvendo aspectos comportamentais (atividade global ou conjunto de atos de um indivíduo perante uma situação). Essa metodologia permite ao aprendiz atuar em ambiente protegido e seguro com possibilidade da repetição de uma tarefa inúmeras vezes (BEAUBIEN; BAKER, 2004).

Esse método também associa a aprendizagem autodirigida dos estudantes/profissionais à experiência do tutor, no momento de escolha da sequência de casos simulados, com o intuito de desenvolver habilidades psicomotoras, habilidades de comunicação e de tomada de decisões, podendo ser planejado o uso de fatores de confusão (distratores) que mais frequentemente ocorrem na prática real e que irão auxiliar na motivação e no envolvimento (IGLESIAS; PAZIN-FILHO, 2015).

A aprendizagem de competências por meio da simulação garante um ambiente de ensino com maior segurança para os pacientes, na prática clínica, além de ser mais rápida e mais duradoura, pois a simulação é uma ferramenta que antecipa uma situação real num contexto controlado. Por meio dela, o aprendiz e/ou o profissional poderão treinar situações comuns e incomuns, e rever seus processos já implantados de raciocínio diagnóstico e tratamento, procedimentos, tomada de decisões e trabalho em equipe multiprofissional. Dessa forma, associa-se o protagonismo do estudante em sua aprendizagem à reflexão crítica antes, durante e depois de ações e sua autonomia para aprendizagem contínua (COOREY, 2016).

A estruturação dos casos simulados possibilita o desenvolvimento de ideias que permitem envolvimento significativo dos estudantes/profissionais nas discussões de condutas a serem tomadas, baseadas na presença ou não de recursos humanos, diagnósticos e terapêuticos existentes, nos diferen-

tes níveis de atenção à saúde (primário, secundário ou terciário).

A simulação é uma tentativa de imitar as peculiaridades de uma determinada situação real, almejando sua melhor compreensão e gestão (MEAKIM *et al.*, 2013). Promove, em ambiente seguro e controlado, o desenvolvimento de aprendizagens significativas e demonstra eficácia na educação cognitiva e comportamental (HOADLEY, 2009).

Atualmente, por questões de segurança, qualidade, ética, desenvolvimento de novas tecnologias e/ou constantes cenários práticos em mutação, tem sido considerada imprescindível na formação e no aprimoramento dos profissionais da saúde (MEAKIM *et al.*, 2013).

No início da utilização do processo de ensino-aprendizagem das atividades práticas, o foco era o treino de habilidades de profissionais, porém nos dias atuais, com maior possibilidade de recursos tecnológicos para a simulação, o foco tem sido o desenvolvimento de raciocínio clínico, tomada de decisões, trabalho em equipe, autoconfiança, satisfação e motivação pela aprendizagem, entre outros atributos.

## 7. PRIMEIRA TAREFA PRÉVIA À ELABORAÇÃO DAS ESTAÇÕES SIMULADAS

No processo de capacitação docente, principalmente em trabalhos com grandes grupos, devemos dividi-los nas diferentes áreas de atuação para melhor compreensão dos papéis individuais e coletivos no processo de elaboração das estações simuladas. Aqui dividiremos em oito áreas de atuação: pediatria, clínica médica, cirurgia, medicina da família e comunidade, ginecologia/obstetrícia, saúde mental, medicina de emergência e saúde coletiva.

Dessa forma, a primeira tarefa é uma revisão da rede de atenção à saúde local/regional associada à epidemiologia das causas de morbidade e mortalidade. O objetivo é que os professores e preceptores das várias áreas da medicina (ver as oito áreas já mencionadas), dentro de suas linhas de cuidado, consigam visualizar a organização de suas redes de atenção, de modo a definir os cenários de prática em que as estações simuladas serão aplicadas e também as patologias mais prevalentes e relevantes para a montagem delas. Para essa primeira tarefa, utilizam-se diferentes anexos: anexo 1 (modelo geral para as áreas de pediatria, clínica médica, cirurgia geral e ginecologia/obstetrícia), anexo 2 (medicina de emergência), anexo 3 (medicina de família e co-

munidade) e anexo 4 (saúde mental). Para a saúde coletiva, como não há uma rede de atenção, a tarefa é descrever a rede de serviços que está implantada no município e na região, acerca dos dados de vigilância (epidemiológica, sanitária e ambiental), assim como os demais serviços que a compõem.

Percebe-se que sua realização de forma completa, principalmente envolvendo profissionais de saúde de diferentes áreas, permite os seguintes resultados:

- Avaliação da capacidade instalada da rede de atenção à saúde nos diversos níveis de atenção, identificando os pontos fortes e as fraquezas.
- Visualização integral das linhas de cuidados das várias áreas de assistência à saúde. Na medicina de emergência, por exemplo, podemos dividi-las em cardiovascular, cerebral, trauma, gineco-obstétrica, pediátrica, sepse, patologias cirúrgicas agudas, respiratória etc. Podem-se estabelecer os tempos de espera e permanência em cada nível de atenção para uma melhor qualidade do resultado do atendimento ao paciente.
- Definição das patologias mais frequentes e prevalentes que causam morbidade e mortalidade no município e na região.

Com as análises e reflexões dessas tarefas, a possibilidade de diversificação da elaboração de estações simuladas é muito grande.

Dessa forma, dentro do contexto da educação baseada em simulação, o desenvolvimento do corpo docente envolve mais do que apenas treinamento para elaborar e executar os cenários de simulação, e fornecer *feedback* de forma eficaz, envolve também uma compreensão básica de todos os aspectos da simulação, incluindo a manutenção de ambientes de aprendizagem seguros, gerenciamento de fidelidade e engenharia de cenário.

A segunda tarefa, que será discutida no Capítulo 2, corrobora a escolha dos conteúdos e temas a serem desenvolvidos no formato, inicialmente, de casos clínicos, depois nas encomendas das esta-

ções simuladas e, por fim, no modelo de construção completa da estação simulada. Todas as áreas médicas devem elaborar uma matriz de conteúdos, que é uma lista com as diversas patologias que podem ocorrer, desde as mais frequentes e prevalentes até as mais raras.

A terceira tarefa será estabelecer as competências necessárias para o cumprimento das tarefas definidas na avaliação do desempenho esperado, podendo a atividade simulada ser utilizada como forma de ensino ou de avaliação (prova prática).

É imprescindível lembrar que a competência não é algo que se observa diretamente, mas pode ser inferida pelo desempenho e pela articulação de tarefas e capacidades, que dão a noção de competência profissional com base em padrões ou critérios definidos.

Utilizando-se o conceito de engenharia dos cenários simulados, durante o processo de capacitação docente, há o planejamento do processo de instrução em três etapas, para transformar o caso clínico selecionado em atividade simulada:

- 1) Escolha e escrita do caso clínico selecionado para a ser transformado em atividade simulada.
- 2) Montagem dos 19 itens da encomenda da estação simulada, que é o início da transformação do caso clínico em estação simulada, já permitindo a visualização de como será construída a estação simulada.
- 3) Modelo de construção completa da estação simulada, que é o roteiro integral do cenário simulado em que estão as instruções do cenário e tarefas do estudante/candidato, as orientações ao avaliador, a lista de materiais e equipamentos, o mapa de disposição dos móveis e os recursos humanos dentro do ambiente físico da estação simulada, o *script* do paciente simulado (caso seja simulação cênica), o fluxograma de decisão do avaliador e o instrumento padronizado de avaliação (*checklist*).

## 8. REFERÊNCIAS

ALINIER, G. Developing High-Fidelity Health Care Simulation Scenarios: A Guide for Educators and Professionals. *Simulation & Gaming*, v42 n1 p9-26, 2011

ALINIER, G.; PLATT, A. Visão geral internacional de iniciativas de educação de simulação de alto nível em relação a cuidados intensivos. **NURSING IN CRITICAL CARE**, v. 19, n. 1, p. 42-49, 2013.

ANDRADE S. R.; MEIRELLES, B. H. S.; LANZONI, G. M. M. Educação permanente em saúde: atribuições e deliberações à luz da Política Nacional e do Pacto de Gestão. **O MUNDO DA SAÚDE**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 373-381, 2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. Epidemiologia nas políticas, programas e serviços de saúde. IV Plano Diretor para o Desenvolvimento da

Epidemiologia no Brasil. **REVISTA BRASILEIRA DE EPIDEMIOLOGIA**, v. 8, n. 1, p. 28-39, 2005.

BEAUBIEN, J. M.; BAKER, D. P. The use of simulation for training teamwork skills in health care: how low can you go? **QUALITY & SAFETY IN HEALTH CARE**, v. 13, p. i51-i56, Oct. 2004. Suppl. 1.

BERBEL, N. A. N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **SEMINA: CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS**, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, jan./jun. 2011.

BOLLELA, V. R. *et al.* Aprendizagem baseada em equipes: da teoria à prática. **MEDICINA**, Ribeirão Preto, v. 47, n. 3, p. 293-300, 2014.

BRASIL. **CONSTITUIÇÃO FEDERAL DA REPÚBLICA**. Brasília: Presidência da República, 1988.

BRASIL. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. **DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO**, Brasília, n. 162, 22 ago. 2007.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: de descentralização e disseminação da capacidade pedagógica na saúde. **CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA**, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **ATENÇÃO PRIMÁRIA. SEMINÁRIO PARA A ESTRUTURAÇÃO DE CONSENSOS**. Caderno de informação técnica e memória de Progestores. Brasília: Conass, 2004.

COOREY, J. Active learning methods and technology: strategies for design education. **INTERNATIONAL JOURNAL OF ART & DESIGN EDUCATION**, v. 35, n. 3, p. 337-347, 2016.

COSTA, R. R. de O. *et al.* O uso da simulação no contexto da educação e formação em saúde e enfermagem: uma reflexão acadêmica. **REVISTA ESPAÇO PARA A SAÚDE**, v. 16, p. 59-65, 2015.

DE NEGRI FILHO, A. Projeto: Gestão para Educação Permanente dos Profissionais da Rede de Atenção às Urgências (GEPPRAU). PROADI-SUS – Hospital Alemão Oswaldo Cruz. 2016. Disponível em: [https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/26/1.b\\_Apresentacao-APP-Mobile-Ministro24-08-ATUALIZADA.pdf](https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/26/1.b_Apresentacao-APP-Mobile-Ministro24-08-ATUALIZADA.pdf). Acesso em: 16 out. 2021.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde. 2012. Disponível em: <https://dms.ufpel.edu.br/sus/files/media/Linha-cuidado-integral.pdf>. Acesso em: 20 maio 2021.

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

HOADLEY, T. A. Learning advanced cardiac life support: a comparison study of the effects of low- and high-fidelity simulation. **NURSING EDUCATION PERSPECTIVES**, v. 30, n. 2, p. 91-95, Mar./Apr. 2009.

IGLESIAS, A. G.; PAZIN-FILHO, A. Emprego de simulações no ensino e na avaliação. **MEDICINA**, Ribeirão Preto, v. 48, n. 3, p. 233-240, 2015.

INTERNATIONAL NURSING ASSOCIATION FOR CLINICAL SIMULATION AND LEARNING. INACSL standards of best practice: Simulation Design. Clinical Simulation in Nursing. INACSL, 2016.

KHAN, K. *et al.* Simulation in healthcare education building a simulation programme: a practical guide: AMEE Guide No. 50. 2010.

MENDES, E.V. Uma agenda para a saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MENDES, E. V. **AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **DIRETRIZES PARA A IMPLANTAÇÃO DE COMPLEXOS REGULADORES**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Linhas de cuidado na perspectiva das redes de atenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/16\\_11\\_2011\\_10.31.24.2b3a3162d230f9d2d436e2b0e12d879f.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/16_11_2011_10.31.24.2b3a3162d230f9d2d436e2b0e12d879f.pdf). Acesso em: 20 maio 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z-1/s/sistema-unico-de-saude-sus-estrutura-principios-e-como-funciona>. Acesso em: 20 maio 2021.

MURRAY, D. J. *et al.* Acute care skills in anesthesia practice: a simulation-based resident performance assessment. **ANESTHESIOLOGY**, v. 101, p. 1084-1095, 2004.

MEAKIM, C. *et al.* Standards of best practice: simulation standard i: terminology. **CLINICAL SIMULATION IN NURSING**, v. 9, n. 6, p. S3-S11, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2003.

SCALCO, S. V.; LACERDA, J. T.; CALVO, M.C.M. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. **CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 603-614, mar. 2010.

SILVA, L. S. *et al.* Formação de profissionais críticos-reflexivos: o potencial das metodologias ativas de ensino aprendizagem e avaliação na aprendizagem significativa. **REVISTA CIDUI**, Barcelona, v.2, p.1-16, 2014.

SOUZA, C. S.; IGLESIAS, A. G.; PAZIN-FILHO, A. Estratégias inovadoras para métodos de ensino tradicionais: aspectos gerais. **MEDICINA**, Ribeirão Preto, v.47, n. 3 p. 284-292, 2014.

STARFIELD, B. **ATENÇÃO PRIMÁRIA**: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

## ANEXO 1

### MATRIZ GERAL PARA A DEFINIÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NAS ÁREAS DE ATUAÇÃO

ÁREA DE ATUAÇÃO - *Pediatria, Clínica Médica, Cirurgia Geral e Ginecologia/Obstetrícia*

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO À SAÚDE	TERRITÓRIO SANITÁRIO
ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE  No de leitos		MACRORREGIÃO:  No de Habitantes:
ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE		MACRORREGIÃO:  No de Habitantes:
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	Unidades Básicas (Número)=	MUNICÍPIO:  No de Habitantes:  ÁREA DE ABRANGÊNCIA  MICRO-ÁREA
	Equipe ESF/Ag Com. de Saúde (Número e % de Cobertura)=	

### ANÁLISE CRÍTICA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

VANTAGENS DA REDE	DESvantagens / PONTOS CRÍTICOS DA REDE



**EPIDEMIOLOGIA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NA ÁREA DE ATUAÇÃO**

<b>NÍVEL DE ATENÇÃO</b>	<b>MORTALIDADE</b>	<b>MORBIDADE</b>
<b>ATENÇÃO Terciária à Saúde</b>		CAUSAS DE INTERNAÇÃO:
<b>ATENÇÃO Secundária à Saúde</b>		MOTIVOS DE ATENDIMENTO:
<b>ATENÇÃO Primária à Saúde</b>		MOTIVOS DE ATENDIMENTO:

## MATRIZ PARA A DEFINIÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS EM SAÚDE

ÁREA DE ATUAÇÃO - Urgência e Emergência

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO À SAÚDE	TERRITÓRIO SANITÁRIO
<b>HOSPITAIS TERCIÁRIOS</b> Nº de leitos e se porta aberta ou demanda regulada		<b>MACRORREGIÃO:</b>  Nº de Habitantes:
<b>HOSPITAIS SECUNDÁRIOS</b> Nº de leitos e se porta aberta ou demanda regulada		<b>MACRORREGIÃO:</b>  Nº de Habitantes:
<b>ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b>	CENTRAL DE REGULAÇÃO (Nº de médicos reguladores/período do dia e grau de informatização do registro e da tecnologia comunicação com as ambulâncias e UPAs/hospitais)=	<b>MUNICÍPIO:</b>  Nº de Habitantes:  <b>ÁREA DE ABRANGÊNCIA</b>  <b>MICRO-ÁREA</b>
	SAMU (Nº de ambulâncias USAs/USBS e se regional ou não)=	
	UPAS (Número)=	
	Unidades Básicas (Número)= Equipe ESF/Ag Com. de Saúde (Número e % de Cobertura) =	

## ANÁLISE CRÍTICA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

VANTAGENS DA REDE	DESVANTAGENS / PONTOS CRÍTICOS DA REDE

**EPIDEMIOLOGIA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NA ÁREA DE ATUAÇÃO**

<b>NÍVEL DE ATENÇÃO</b>	<b>MORTALIDADE</b>	<b>MORBIDADE</b>
<b>ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE</b>		CAUSAS DE INTERNAÇÃO:
<b>ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE</b>		MOTIVOS DE ATENDIMENTO:
<b>ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b>		MOTIVOS DE ATENDIMENTO:

**MATRIZ PARA A DEFINIÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NAS ÁREAS DE ATUAÇÃO**  
**ÁREA DE ATUAÇÃO - Medicina de Família e Comunidade (MFC)**

<b>NÍVEL DE ATENÇÃO</b>	<b>PONTO DE ATENÇÃO À SAÚDE</b>	<b>TERRITÓRIO SANITÁRIO</b>
<b>ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE</b> Nº de leitos		<b>MACRORREGIÃO:</b>  Nº de Habitantes:
<b>ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE</b>		<b>MACRORREGIÃO:</b>  Nº de Habitantes:
<b>ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b>	CAPS (Número/tipo)=	<b>MUNICÍPIO:</b>  Nº de Habitantes:  <b>ÁREA DE ABRANGÊNCIA</b>  <b>MICRO-ÁREA</b>
	Unidades Básicas (Número)=	
	Equipe ESF/Ag Com. de Saúde (Número e % de Cobertura) =	

**ANÁLISE CRÍTICA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE**

<b>VANTAGENS DA REDE</b>	<b>DESVANTAGENS / PONTOS CRÍTICOS DA REDE</b>

**EPIDEMIOLOGIA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NA ÁREA DE ATUAÇÃO**

<b>NÍVEL DE ATENÇÃO</b>	<b>MORTALIDADE</b>	<b>MORBIDADE</b>
<b>ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE</b>		CAUSAS DE INTERNAÇÃO:
<b>ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE</b>		MOTIVOS DE ATENDIMENTO:
<b>ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b>		MOTIVOS DE ATENDIMENTO:

## MATRIZ GERAL PARA A DEFINIÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO À SAÚDE	TERRITÓRIO SANITÁRIO
Hospitais Psiquiátricos Nº de leitos		<b>MUNICÍPIO, MICRO OU MACRORREGIÃO:</b>  Nº de Habitantes
Leitos psiquiátricos em Hospital Geral  Nº de leitos		<b>MUNICÍPIO, MICRO OU MACRORREGIÃO:</b>  Nº de Habitantes:
Unidades de Acolhimento	Serviços Residenciais Terapêuticos Nº de leitos	<b>MICRORREGIÃO:</b>  Nº de Habitantes:
	Unidades de Acolhimento Transitório Nº de leitos	
CAPS AD 3 (número e número de leitos em cada um)		<b>MUNICÍPIO, MICRO OU MACRORREGIÃO:</b>  Nº de Habitantes
CAPS AD (número)		<b>MUNICÍPIO, MICRO OU MACRORREGIÃO:</b>  Nº de Habitantes
CAPS i (número)		<b>MUNICÍPIO, MICRO OU MACRORREGIÃO:</b>  Nº de Habitantes
CAPS 3 (número e número de leitos em cada um)		<b>MUNICÍPIO, MICRO OU MACRORREGIÃO:</b>  Nº de Habitantes
CAPS 2 (número)		<b>MUNICÍPIO, MICRO OU MACRORREGIÃO:</b> Nº de Habitantes:
CAPS 1 (número)		<b>MUNICÍPIO, MICRO OU MACRORREGIÃO:</b>  Nº de Habitantes:
Ambulatório de Psiquiatria		<b>MUNICÍPIO, MICRO OU MACRORREGIÃO:</b> Nº de Habitantes:
Estratégias de geração de renda (Regional ou Municipal)		<b>MUNICÍPIO, MICRO OU MACRORREGIÃO:</b>  Nº de Habitantes:

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	Consultório na Rua (equipes)	<b>MUNICÍPIO:</b> Nº de Habitantes: <b>ÁREA DE ABRANGÊNCIA</b> <b>MICRO-ÁREA</b>
	Unidades Básicas com pelo menos equipe mínima de Saúde Mental(Número)	
	Centros de Convivência (número)	
REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA	CENTRAL DE REGULAÇÃO (Nº de médicos psiquiatras reguladores/período do dia e grau de informatização do registro e da tecnologia comunicação com as ambulâncias e UPAs/ hospitais, se municipal ou regional)=	<b>MUNICÍPIO:</b> Nº de Habitantes: <b>ÁREA DE ABRANGÊNCIA</b> <b>MICRO-ÁREA</b>
	SAMU com psiquiatra plantonista (Nº de horas psiquiatra/ se regional ou não)=	
	UPAS (Número total)	
	Unidades Básicas (Número)=	

#### EPIDEMIOLOGIA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

VANTAGENS DA REDE	DESVANTAGENS/PONTOS CRÍTICOS DA REDE

NÍVEL DE ATENÇÃO	MORBIDADE
Leitos em Hospital Geral e Hospital Psiquiátrico	CAUSAS DE INTERNAÇÃO:
CAPS	MOTIVOS DE ATENDIMENTO:
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	MOTIVOS DE ATENDIMENTO:
REDE DE ATENDIMENTO À URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA	MOTIVOS DE ATENDIMENTO:

SUICÍDIO	
Tentativa/ano	Consumado/ano

### A RAPS (REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL)

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas. A Rede integra o Sistema Único de Saúde (SUS).

#### Na Atenção Básica

- Unidade Básica de Saúde;
- Núcleo de Apoio a Saúde da Família;
- Consultório na Rua;
- Apoio aos Serviços do componente Atenção

#### Residencial de Caráter Transitório;

- Centros de Convivência e Cultura.

#### Atenção Psicossocial Estratégica

- Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades.

#### Atenção Residencial de Caráter Transitório

- Unidade de Acolhimento;
- Serviço de Atenção em Regime Residencial.

#### Atenção Hospitalar

- Enfermaria especializada em hospital geral;
- Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

#### Estratégia de Desintitucionalização

- Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT);
- Programa de Volta para Casa (PVC).

#### Estratégias de Reabilitação Psicossocial

- Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda;
- Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.