

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE –
MESTRADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM
PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Raquel Cristine Barcella

**PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA PRISIONAL: proposta de implantação em
um Presídio Regional do Rio Grande do Sul**

Santa Cruz do Sul
2020

Raquel Cristine Barcella

PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA PRISIONAL: proposta de implantação em um Presídio Regional do Rio Grande do Sul

Projeto de Pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde – Mestrado, Área de Concentração em Promoção da Saúde, Linha de Pesquisa em Vigilância em Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC para obtenção do título de Mestre.

Lia Gonçalves Possuelo
Professora orientadora PPG

Suzane Beatriz Frantz Krug
Professora coorientadora PPG

Edna Linhares Garcia
Professor examinador - interno

Nathalia Halax Orfão
Professor examinador - externo

Santa Cruz do Sul
2020

RESUMO

INTRODUÇÃO: A inclusão de populações vulneráveis ao Sistema Único de Saúde (SUS), através de seus princípios e diretrizes, requer serviços de saúde e trabalhadores capazes de assimilar as peculiaridades das comunidades em seus territórios adscritos, propiciando os ajustes necessários para a qualificação da assistência, utilizando para tanto, educação permanente e organização dos serviços. **OBJETIVO:** Conhecer condições de trabalho, fluxos e rotinas da Unidade Básica de Saúde prisional (UBSp) do Presídio Regional de Santa Cruz do Sul, e analisar, sob a ótica dos trabalhadores, as contribuições das oficinas de planificação da Rede de Atenção à Saúde para os processos de trabalho. **ARTIGO 1:** A ineficácia dos atendimentos em saúde somadas ao seu alto custo trouxeram à tona a discussão, através de movimentos sociais, da necessidade de construção de um sistema de saúde inclusivo, integral, e de fácil acesso à população. No Brasil, a implantação do SUS ocorreu através das Leis Orgânicas 8080/90 e 8142/90, mas que não foram suficientes na inclusão de populações vulneráveis. A população privada de liberdade (PPL) foi incluída no SUS somente em 2003, através do Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP), porém a universalidade só foi garantida em 2014 com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Sistema Prisional (PNAISSP). Esta política, além de universalizar o acesso garantiu a integralidade do atendimento, reafirmando o papel da UBSp como ponto da Redes de Atenção à Saúde (RAS). As Equipes de Atenção Básica prisionais (EABp) devem, portanto, implementar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, de acordo com as diretrizes do SUS, garantindo aos apenados os mesmos padrões de cuidados e tratamentos em saúde que recebe a população em geral. Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo realizar um resgate histórico da implantação do SUS e da consolidação de seus princípios através da ampliação do cuidado integral e equitativo ao sistema penitenciário brasileiro. **ARTIGO 2: Objetivo:** Relatar a experiência de implementação de estratégias de planificação da atenção à saúde voltada a uma EABp. **Método:** Relato de experiência da implementação de um projeto piloto de reorganização da atenção básica, intitulado Planificação da RAS, a uma equipe de saúde do sistema prisional do interior do Rio Grande do Sul. **Resultado:** As oficinas propiciaram, através da problematização das práticas vivenciadas, reflexões da equipe sobre suas atribuições na instituição penal. O trabalhador passa a ser protagonista da mudança, realizando as intervenções necessárias a partir do conhecimento científico e experiências compartilhadas com o grupo. **Considerações finais:** A intervenção realizada através de uma estrutura pré-definida direciona e organiza o conjunto de atividades propostas.

O realinhamento de condutas e rotinas, realizadas pela equipe, foram propiciadas por meio de reflexão das práticas vivenciadas pelos trabalhadores durante as oficinas de planificação.

ARTIGO 3: Intervenções educacionais voltadas à prática desenvolvidas por EABp são escassas, porém necessárias, visto a singularidade do contexto de trabalho a que estão inseridos. O presente estudo teve como objetivo avaliar o processo de trabalho e a implementação da Planificação das RAS em uma UBSp, sob a ótica do trabalhador. Através de uma pesquisa intervenção composta pela entrevista de pré-intervenção, aplicação das oficinas e entrevista de pós-intervenção, foram avaliadas, por meio de uma análise quali-quantitativa, as mudanças nos processos de trabalho ocorridas com a implementação do projeto. A falta de acesso adequado à informatização, a não padronização dos registros de atendimento e ausências de reuniões de equipe se apresentaram como os principais empecilhos para atuação da equipe, assim como o distanciamento existente entre as equipes de saúde e segurança. As oficinas oportunizaram momentos de encontro, troca de experiências, ideias e saberes, propiciando mudanças de posturas e organização do serviço, trazendo mais qualidade e transparência à assistência prestada. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Projetos de educação permanente voltados a equipes de saúde são importantes ferramentas de empoderamento e mudanças de postura no trabalho. Oficinas de participação ativa estimulam esta transformação por meio de conhecimento técnico, compartilhamento de saberes, práticas e responsabilidades. As oficinas de Planificação da Atenção Básica aplicadas à equipe de saúde prisional proporcionaram mudanças relacionadas a rotinas, processo de trabalho e integração da equipe, qualificando assim, a assistência à saúde oferecida a sua população adscrita.

Palavras-chave: Prisões, Atenção Primária à Saúde, Planejamento Estratégico, Educação em Saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The inclusion of vulnerable populations in the Unified Health System, through its doctrines and guidelines, requires health services and workers capable of assimilating the peculiarities of the communities in their assigned territories, providing the necessary adjustments for the qualification of assistance, using both permanent education and organization of services. **OBJECTIVE:** To know the working conditions, flows and routines of the Basic Prison Health Unit (UBSp) of the Regional Prison of Santa Cruz do Sul, and to analyze, from the perspective of workers, the contributions of the planning workshops of the Health Care Networks for work processes. **ARTICLE 1:** Educational interventions focused on the practice developed by prisional Primary Care teams are scarce, but necessary, given the uniqueness of the work context to which they are inserted. The present study aimed to evaluate the work process and the implementation of the Planning of Health Care Networks in a Basic Prison Health Unit, from the perspective of the worker. Through an intervention research composed of the pre-intervention interview, application of the workshops and post-intervention interview, the changes in the work processes that occurred with the implementation of the project were evaluated through a quali-quantitative analysis. The lack of adequate access to computerization, the non-standardization of attendance records and absences from team meetings were presented as the main obstacles to the performance of the team, as well as the existing distance between the health and safety teams. The workshops provided moments of encounter, exchange of experiences, ideas and knowledge, enabling changes in attitudes and service organization, bringing more quality and transparency to the assistance provided. **ARTICLE 2:** Objective: To report the experience of implementing health care planning strategies aimed at a prison primary care team. Method: Experience report on the implementation of a pilot project for the reorganization of primary care, entitled Planning of Health Care Networks, to a health team from the prison system in the interior of Rio Grande do Sul. Result: The workshops provided, through the problematization of the practices experienced, reflections of the team on their attributions in the penal institution. The worker becomes the protagonist of the change, carrying out the necessary interventions based on scientific knowledge and experiences shared with the group. Final considerations: The intervention carried out through a pre-defined structure directs and organizes the set of proposed activities. The realignment of conducts and routines, carried out by the team, were provided through reflection of the practices experienced by the workers during the planning workshops.

ARTICLE 3: Practical educational interventions developed by prison primary care teams are rare, but necessary, given the uniqueness of the work context to which they are inserted. The present study aimed to evaluate the work process and the implementation of the Planning of Health Care Networks in a Basic Prison Health Unit, from the perspective of the worker. Through an intervention research composed of the pre-intervention interview, application of the workshops and post-intervention interview, the changes in the work processes that occurred with the implementation of the project were evaluated through a quali-quantitative analysis. The lack of adequate access to computerization, the non-standardization of attendance records and absences from team meetings were presented as the main obstacles to the performance of the team, as well as the existing distance between the health and safety teams. The workshops provided moments of encounter, exchange of experiences, ideas and knowledge, providing changes in attitudes and service organization, bringing more quality and transparency to the assistance provided. Despite the adaptations made, the issues addressed did not revert to concrete actions as they were not in line with the work developed within the penal institution. **FINAL CONSIDERATIONS:** Permanent education projects aimed at health teams are important tools for empowerment and changes in posture at work. Active participation workshops stimulate this transformation through technical knowledge, sharing of knowledge, practices and responsibilities. The Primary Care Planning workshops applied to the prison health team provided changes related to routines, work processes and team integration, thus qualifying the health care offered to its assigned population.

KEYWORDS: Prisons, Primary health Care, Strategic Planning, Health Education.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço ao meu marido Leonardo e minhas filhas Júlia e Laura que me apoiaram de todas as formas possíveis para que eu pudesse realizar este sonho: de ser Mestre em Promoção da Saúde. Obrigada pela paciência, carinho, compreensão e respeito dedicados ao longo dos últimos dois anos.

Aos meus pais por me incentivarem a seguir em frente mesmo nos momentos mais difíceis. Com exemplo, muitas conversas e palavras acolhedoras, vocês sempre foram a minha inspiração.

Às minhas orientadoras Lia Possuelo e Suzane Krug que me conduziram com maestria no decorrer de todo o percurso, com muita paciência, carinho e apoio.

À equipe de saúde prisional pela disponibilidade, receptividade e envolvimento com o trabalho proposto. O desenvolvimento e a conclusão desta importante etapa de minha vida acadêmica foi possível por causa do comprometimento e participação de cada um de vocês.

Aos professores, colegas da pós-graduação, amigos, enfim, a todos aqueles que contribuíram de forma direta ou indireta para a realização deste projeto.

A todos dedico o meu Muito Obrigada!!!

LISTA DE TABELAS E QUADROS:

INTRODUÇÃO:

Tabela 1 - Percentual de pessoas privadas de liberdade em unidades com módulo de saúde.....	
.....	20
Tabela 2 – Atendimentos médicos realizados no primeiro semestre de 2017.....	21

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AMAQ	Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Comissão Nacional dos Secretários da Saúde
DPR	Delegacia Prisional Regional
EABp	Equipe de Atenção Básica prisional
ESF	Equipe de Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
INFOPEN	Sistema Integrado de Informações Penitenciárias
LEP	Lei de Execução Penal
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ	Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNSSP	Plano Nacional de Saúde dos Serviços Penitenciários
PPL	População Privada de Liberdade
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSEPE	Superintendência de Serviços Penitenciários
UBSp	Unidade Básica de Saúde prisional
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância e Adolescência
UNISC	Universidade de Santa Cruz do Sul
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

SUMÁRIO

CAPÍTULO I.....	12
1 INTRODUÇÃO	12
2 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E SUA IMPLANTAÇÃO NO CONTEXTO DO SISTEMA DE SAÚDE PRISIONAL: resgate histórico.....	14
2.1 A reforma sanitária brasileira e o surgimento do Sistema Único de Saúde1.....	14
2.2 A implantação do programa de saúde da família como importante estratégia de promoção da saúde no Brasil.....	15
2.3 A reorganização das Redes de Atenção à Saúde: iniciando pela Atenção Básica.....	16
2.4 A proposta de planificação da Atenção Primária à Saúde	16
2.5 O Sistema de Saúde Prisional no Brasil	18
2.6 Contexto do Sistema de Saúde Prisional e suas condições de saúde.....	19
2.7 Influência da Interdisciplinaridade	23
3 OBJETIVO	25
3.1 Objetivo geral.....	25
3.2 Objetivos específicos.....	25
CAPÍTULO II.....	26
ARTIGO 1: O Surgimento do Sistema Único de Saúde e sua implementação no Sistema de Saúde Prisional Brasileiro	26
ARTIGO 2: Oficinas de Planificação da Atenção Básica prisional: projeto piloto	29
ARTIGO 3: Processo de trabalho e Planificação das Redes de Atenção à Saúde: percepções de trabalhadores de uma equipe da atenção básica do sistema prisional.....	31
CAPÍTULO III:	33
Conclusões gerais.....	33
CAPÍTULO IV.....	35
Nota à imprensa	35
CAPÍTULO V	37
Relatório de campo.....	37
CAPÍTULO VI.....	56
Referências.....	56
CAPÍTULO VII.....	62
Roteiro técnico de readequação e elaboração das oficinas.....	62
ANEXOS	192
ANEXO A – Modalidades das equipes de atenção básica prisional - EABp.....	192
ANEXO B – Normas para Submissão da Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde.....	194
ANEXO C – Normas de submissão da Revista Brasileira de Enfermagem.....	202
ANEXO D – Normas da Revista Trabalho, Educação e Saúde	211
ANEXO E – Aprovação do CEP	216

APRESENTAÇÃO

A dissertação de mestrado, desenvolvida através do programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul, encontra-se dividida em seis capítulos, que englobam as seguintes seções:

Capítulo I: Introdução ao tema proposto; Marco teórico que realiza um resgate histórico da introdução da Estratégia de Saúde da Família e sua implantação no contexto prisional, objetivos geral e específicos do projeto;

Capítulo II: Descrição dos 3 artigos relacionados ao projeto de pesquisa: Artigo I – O Surgimento do Sistema Único de Saúde e sua implementação no Sistema Prisional Brasileiro; Artigo 2 – Oficinas de Planificação da Atenção Básica Prisional: projeto piloto; Artigo 3 – Processo de trabalho e Planificação das Redes de Atenção à Saúde: percepções de trabalhadores de uma equipe de atenção básica do sistema prisional.

Capítulo III: Conclusões gerais. Descreve as contribuições do processo de implementação da planificação da saúde no trabalho desenvolvido pela equipe de saúde prisional.

Capítulo IV: Nota à imprensa. Divulgação à sociedade sobre o trabalho desenvolvido no projeto de pesquisa.

Capítulo V: Diário de campo. Relato elaborado a partir das vivências da pesquisadora, durante o trabalho de campo, no decorrer da aplicação do projeto de pesquisa e sua organização.

Capítulo VI: Referências. Lista as referências bibliográficas utilizadas para o embasamento teórico e científico do presente projeto.

Capítulo VII: Relatório técnico. Materiais utilizados nas oficinas de planificação às redes de atenção à saúde adaptadas ao contexto prisional.

CAPÍTULO I

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federativa do Brasil, promulgada em 1988, garantiu a todo o cidadão brasileiro o atendimento gratuito à saúde, viabilizado através do Sistema Único de Saúde (SUS), constituindo-se assim, na maior política de inclusão social do nosso país. O estado passa a ser o provedor deste direito devendo ofertar um serviço inclusivo, igualitário, integral e equitativo a todos os seus cidadãos. Na esfera internacional, as conferências de saúde tornaram-se um importante instrumento gerador de mudanças, pois preconizavam a substituição do modelo hospitalocêntrico, muito difundido em várias nações, por um sistema universal, gratuito e voltado a promoção/proteção e prevenção no campo da saúde (BRASIL, 1988; ESCOREL, 2007; MENDES, 2013).

A lógica vivenciada até então de um sistema fragmentado, descontinuado e pouco inclusivo passa a não atender mais as necessidades em saúde da população, tornando assim necessária a reorganização dos serviços em prol do efetivo atendimento às demandas dos indivíduos e das comunidades assistidas em todo o território nacional (LAVRAS, 2011). Através de decretos, portarias, leis e programas, as formas de organização e assistência à saúde foram sendo aperfeiçoadas no intuito de atender ao propósito do SUS. Entre eles, cabe destacar a implantação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como um importante meio de inclusão e organização do sistema. Este, por sua vez, posiciona a Atenção Básica (AB) como ponto ordenador da rede, conectando-a aos demais níveis de atenção à saúde através de sistemas de apoio, logísticos e de gestão, visando a qualificação e integralidade da assistência prestada (MENDES, 2013; NORONHA et al, 2018).

A RAS constitui-se em organizações que ofertam serviços de saúde interligados entre si por relações horizontais. Suas ações partem das necessidades identificadas na população, ofertando um serviço de saúde contínuo e integral, prestado por uma equipe multiprofissional, que assume e compartilha responsabilidades pelos resultados sanitários e econômicos de uma população definida (BRASIL, 2014a; 2010; LAPÃO et al., 2017).

O SUS, seguindo uma tendência internacional, optou pela organização do modelo de saúde estruturado a partir da Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB) como foi denominada no Brasil, que integrada aos demais serviços da rede, promove o acesso oportuno, e de qualidade para à população (COSTA, 2014). A AB passa a ser a porta de entrada preferencial do usuário ao sistema, caracterizando-se por ser o ponto mais descentralizado da rede e o local onde ocorre a coordenação do cuidado. No Brasil, a

Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi o modelo eleito para expandir este nível de atenção em todo o território nacional (PAIM et al., 2011; STARFIELD; SHI; MACINKO, 2014).

Visando garantir de forma equitativa o acesso à saúde a toda a população brasileira, incluindo as populações mais vulneráveis, políticas públicas foram sendo elaboradas e implementadas desde a criação do SUS. No ano de 2014, foi implantada no Brasil a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas privadas de Liberdade (PNAISP), que estende estes direitos à População Privada de Liberdade (PPL). Os problemas de saúde encontrados na população em geral também são encontrados na PPL, porém agravados devido a precariedade da infraestrutura prisional e ambiente insalubre a que esta mesma população se encontra inserida (BRASIL, 2014b).

A Equipe de Atenção Básica prisional (EABp) possui uma composição específica de recursos humanos, diferente das demais equipes inseridas em unidades tradicionais. São constituídas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, cirurgião dentista e auxiliar ou técnico de saúde bucal, componentes de qualquer equipe padrão, porém acrescidas do assistente social e psicólogo, ampliando assim o modelo de saúde. São responsáveis pela promoção, prevenção e proteção, tratamento e recuperação da saúde da PPL. Devem prover o acesso aos demais níveis de atenção da rede através dos fluxos e rotinas do município em que se encontram inseridos, pois se constituem, dentro do sistema, em um ponto da RAS (BRASIL, 2014; SCHULTZ et al, 2017).

Para que a AB possa assumir de forma efetiva o seu papel de ordenadora do cuidado, o Conselho Nacional dos Secretários da Saúde (CONASS) organizou, através de oficinas de participação ativa, a proposta de planificação da atenção à saúde com foco inicial na AB (BRASIL, 2011b). As capacitações visam a problematização e reflexão do papel da AB na RAS, fornecendo apoio técnico aos gestores e trabalhadores, qualificando e organizando a rede em concordância com os princípios e diretrizes do SUS (RIO GRANDE DO SUL, 2019a).

O presente estudo tem como objetivo qualificar os trabalhadores em saúde e agentes penitenciários da instituição carcerária de um município do estado do Rio Grande do Sul, através das oficinas de planificação da AB adaptadas ao contexto prisional, visando a garantia do cuidado adequado, ordenado e resolutivo, conforme preconizado pelo SUS. Portanto, elencou-se o problema de pesquisa a partir da seguinte questão norteadora: a planificação da AB, aplicada à EABp, pode contribuir com o aprimoramento da assistência à saúde?

2 A ATENÇÃO BÁSICA E SUA IMPLANTAÇÃO NO CONTEXTO DO SISTEMA DE SAÚDE PRISIONAL: resgate histórico

Importantes mudanças relacionadas a saúde coletiva ocorreram nas últimas décadas no mundo, devido principalmente à constatação de que o aumento crescente com gastos em saúde, relacionados ao atendimento médico curativo e de alta tecnologia, não impactavam nas estatísticas de saúde com resultados efetivos e condizentes aos valores investidos (BUSS, 2003). No Brasil, em meados do século XX, a saúde era vista como um bem de consumo, pois havia um grande investimento de verbas públicas para a construção de hospitais privados, de cursos particulares de medicina, de clínicas em saúde em detrimento de ações no campo da saúde coletiva (LUZ, 1991).

Os rumos da saúde pública, ao redor do mundo, passaram por uma significativa mudança de conceitos após a divulgação do documento "*A new perspective on the health of canadions*", amplamente difundido para o mundo como o *Informe Lalonde*, em 1974, no Canadá. Os determinantes e condicionantes sociais de saúde foram, portanto, introduzidos ao centro das discussões nas agendas das conferências internacionais de saúde trazendo um novo olhar ao binômio saúde-doença, ampliando seu conceito para muito além de um estado de ausência de doença (BUSS, 2003; LOPES et al., 2010; SILVA; BAPTISTA, 2015).

A Conferência de Alma Ata, ocorrida em 1978 na União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) e a Carta de Ottawa, produzida após a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde ocorrida no Canadá em 1986, tornaram-se a referência na área por estarem em consonância com os princípios da Organização Mundial da Saúde (OMS). A partir destes eventos, países membros Fundo das Nações Unidas para a Infância e mais 134 nações signatárias reafirmaram ser a saúde um direito básico humano. Visando prover tal direito as suas populações, assumiram o compromisso de tornar a saúde acessível e universal, englobando os setores sociais e econômicos às mudanças necessárias, promovendo justiça social e garantindo assim o acesso à saúde, através de seu conceito ampliado, em cada um dos países que assumiram tal compromisso perante a OMS (BROWN; FEE; STEPANOVA, 2016; LOPES et al, 2010; SILVA; BAPTISTA, 2015).

2.1 A reforma sanitária brasileira e o surgimento do Sistema Único de Saúde

No Brasil, movimentos sanitários voltados às democratizações da saúde começaram a surgir a partir da década de 70. Estes estimularam o envolvimento de vários setores da sociedade civil (estudantes, acadêmicos, residentes de medicina e profissionais da saúde) na

defesa da necessidade de mudanças, através do rompimento do modelo hospitalocêntrico difundido no país. Por meio da introdução dos princípios de saúde coletiva nas universidades, foi incentivada a criação de centros de estudos e de medicina social, propiciando assim, a mudanças da forma de pensar e fazer saúde (CARVALHO, 2005; PAIM, 2008).

Dois movimentos foram fundamentais para esta transformação, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) e a Comissão Nacional da Reforma Sanitária. A VIII CNS representou um dos maiores exemplos do estado democrático brasileiro, tornando-se o marco da história da Reforma Sanitária. Através de seu relatório final, o capítulo referente à saúde da Constituição Federativa do Brasil incorporou itens fundamentais produzidos nos debates realizados até então, sendo destacados os seguintes temas: a saúde como um direito de todo o cidadão, a reformulação do sistema nacional de saúde e seu financiamento. Porém, foi a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, através da I Conferência Nacional de Saúde Coletiva, que viabilizou a inclusão dos princípios do SUS na Constituição, ampliando o campo das mudanças para muito além do setor saúde (LUZ, 1991; PAIM; ALMEIDA, 2014).

Além da importância da participação popular por meio das conferências e conselhos de saúde, as leis Orgânicas 8.080/90 e 8.142/90 legitimaram o SUS no território nacional, definindo diretrizes, normas de organização e funcionamento dos serviços, bem como aspectos relacionados a sua gestão e financiamento. Firmou e introduziu ao sistema de saúde brasileiro os princípios da universalidade, integralidade e equidade, como norteadores da atenção, bem como a garantia da participação popular, regionalização e hierarquização (BRASIL, 1990a; 1990b; HARZHEIN; MENDONÇA, 2013).

2.2 A implantação do programa de saúde da família como importante estratégia de promoção da saúde no Brasil

As organizações dos serviços de saúde no Brasil passam a ser estabelecidos a partir da AB, através da introdução do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, em âmbito nacional. A equipe de saúde a partir de então deve garantir acesso oportuno, integral e de qualidade ao usuário bem como ofertar serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde a sua população adscrita. Tem seu foco voltado ao atendimento multidisciplinar e intersectorial, atuando nos condicionantes e determinantes sociais de saúde (COSTA, 2014; ROSA; LABATE, 2005).

Com o objetivo de consolidar o modelo de atenção à saúde implementado, o PSF passa a ser denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), em 2006. Além desta importante

mudança transformando um programa em estratégia, o Ministério da Saúde publica o Pacto Pela Saúde, através da Portaria 399/2006, que tem como objetivo aprimorar a gestão, qualificar e melhorar a eficiência dos serviços à população. Consolida a ESF como modelo de AB e ordenador das RAS no SUS, define sua forma de financiamento e a estabelece a organização da gestão compartilhada pelas três esferas de governo do país (BRASIL, 2006; MENINUCCI; COSTA; MACHADO, 2018).

Entretanto, as dificuldades encontradas para o atendimento dos objetivos propostos levou o Ministério da Saúde a publicar o Decreto 7508/11, que regulamentou a Lei 8080/90, contribuindo assim para o seu avanço. Propicia importante colaboração na sua organização definindo a criação das regiões de saúde e as portas de entrada dos usuários ao sistema. Garante a integralidade através das RAS, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (BRASIL, 2011a; MENINUCCI; COSTA; MACHADO, 2018; PUSTAI; FALK, 2013).

2.3 A reorganização das redes de atenção à saúde: iniciando pela atenção básica

As RAS se constituem em uma nova organização dos serviços de saúde disponíveis que, interligados entre si, devem ofertar serviços de saúde em todos os níveis de atenção, conforme necessidade de saúde das populações. Para garantir a integralidade do cuidado, a rede deve estar ligada por sistemas logísticos (registros eletrônicos de saúde e centrais de regulação entre outros), de apoio técnico (assistência farmacêutica, apoio diagnóstico e terapêutico) e de gestão (colegiado de gestão, planejamento, monitoramento e avaliação entre outros) (BRASIL, 2012; 2010; MENDES, 2011).

A legitimação da RAS no território nacional foi decorrente da promulgação da Portaria 4279/10. Seu principal objetivo foi de superar a fragmentação do sistema de saúde por meio da reorganização do atendimento, ordenado pela AB. A tripla carga de doenças a que está exposta a população brasileira passa a ser absorvida pelo sistema de saúde, em todos os níveis de atenção. Uma importante etapa desta construção baseia-se fortalecimento do atendimento às condições crônicas de saúde de forma proativa, sem com isso suprimir o atendimento necessário aos eventos agudos a que está exposta a população (BRASIL, 2012; MENDES, 2015; 2011).

2.4 A proposta de planificação da Atenção Primária à Saúde

A APS pode ser definida como um agrupamento organizado de ações em saúde, orientado por conhecimentos técnicos, que visam o desenvolvimento de atividades integrais e universais, dentro de um contexto individual e/ou coletivo, a uma determinada população. Para tanto, utiliza tecnologias complexas e de baixa densidade, buscando resolver a maioria dos problemas de saúde da população que a utiliza como porta de entrada do sistema. Assume responsabilidade sanitária pelo seu território e é a responsável pela coordenação do cuidado do seu usuário por toda a RAS. Diante disso, a APS foi indicada, pelos gestores da saúde, como o ponto central e mais importante na reorganização do modelo assistencial utilizado pelos sistemas de saúde, com o objetivo de obter melhorias nos indicadores de saúde da população através de um sistema de saúde mais universal, equitativo e integral (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2006).

O Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASS), visando apoiar as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e oferecer apoio técnico aos municípios, desenvolveu um conjunto de oficinas que promovem, através da construção coletiva dos saberes, o fortalecimento da APS. As oficinas abordam assuntos do cotidiano do trabalho, estimulando a reflexão e a visualização de soluções criativas para melhorias possíveis de serem implementadas nas rotinas dos serviços. Para tanto, torna-se fundamental definir território e população adscrita, conhecer os indicadores de saúde e as áreas de vulnerabilidade viabilizando desta maneira, o papel da APS de ordenador da RAS (BRASIL, 2015; RIO GRANDE DO SUL, 2019a).

A planificação da atenção à saúde vem sendo pensada e desenvolvida pelo CONASS desde 2007 e seu foco inicial foi voltado à atenção básica. Trata-se de uma proposta de organização da APS que visa romper com a lógica fragmentada do sistema através da qualificação, aliada ao atendimento multiprofissional e interdisciplinar e da organização do cuidado através de novas ferramentas disponíveis como teleconsultoria, monitoramento, avaliação de metas e educação permanente. Importante destacar que esta proposta transpassa a capacitação dos profissionais deste nível de atenção, pois empodera a APS nos seus territórios através de mudanças efetivas na organização dos serviços, atitudes e nos processos de trabalho (BRASIL, 2017b; MENDES, 2015).

As condições que proporcionam melhorias de saúde de uma população perpassam a situação financeira e de recursos humanos de um país, sendo necessária uma adequada organização da APS, que é a espinha dorsal de um sistema eficaz, pois só assim é capaz de melhorar índices de saúde e reduzir custos e desigualdades (STINGER et al, 2016). A planificação da APS também realiza intervenções nos macroprocessos, que dão suporte ao

atendimento das demandas da população como infraestrutura, equipamentos, territorialização e cadastro de usuários, e nos microprocessos, que garantem a qualidade dos serviços prestados, incluindo a organização e padronização de todos os serviços de saúde ofertados na unidade de saúde através de protocolos e rotinas (MENDES, 2015).

Objetivando atender de forma universal, integral e equitativa, também são apontadas as necessidades de mudanças na maneira de oferecer os serviços de saúde à população, que ainda é voltada para o atendimento de eventos agudos e das condições crônicas agudizadas. A acelerada transição demográfica, nutricional, epidemiológica e tecnológica que ocorre nos dias atuais, cria uma necessidade emergente de reorganização dos serviços de saúde. Protocolos clínicos e ações intersetoriais horizontais devem ser capazes de responder, de forma adequada, a tripla carga de doenças decorrentes destas mudanças: as doenças infectocontagiosas e perinatais ainda não resolvidas, o crescimento de agravos relacionados a causas externas e o aumento da prevalência e incidência das doenças crônicas e seus fatores de risco (MALTA et al, 2014; MENDES, 2018; 2013; NORONHA et al., 2018). A adequação de sistemas de informação, logísticos, de assistência farmacêutica e consultorias, integradas às ações de vigilância em saúde também são necessárias para obter os resultados almejados. As capacitações específicas dos trabalhadores para a área de saúde de família e comunidade e a educação continuada completam esta necessidade de organização (TURCI; COSTA; MACINKO, 2015), incluídas de forma sistemática, nas oficinas de planificação da APS (RIO GRANDE DO SUL, 2018a).

2.5 O Sistema de Saúde Prisional no Brasil

Apesar da garantia de direitos à saúde conferidos pelas legislações vigentes, a totalidade da população não foi inserida automaticamente no SUS, principalmente aquelas mais vulneráveis. O Plano Nacional de Saúde do Sistema Prisional (PNSSP), responsável por introduzir o SUS no sistema prisional, implementou também o incentivo financeiro destinado a quem aderisse a proposta de implantação da saúde prisional, que isoladamente, não estimulou a expansão necessária do plano. Neste interim, o estado do Rio Grande do Sul introduziu, em 2006, uma verba complementar ao incentivo nacional que impulsionou a adesão de municípios na sua implementação, passando de 8 Equipes de Atenção Básica Prisional (EABp) em 2010 para 36 em 2016, atingindo aproximadamente 70% da População Privada de Liberdade (PPL) em regime fechado do estado (RIO GRANDE DO SUL, 2019b).

Porém, a globalidade da população carcerária não foi inserida ao sistema, pois o PNSSP previa que somente presos condenados poderiam usufruir deste direito, excluindo 33,29% da população que se encontra dentro das instituições penais. Visando proporcionar a universalidade ao plano, foi instituída a PNAISP, em 2014, através da implantação de equipes multidisciplinares que variam a sua composição a depender do número de apenados conforme cada instituição (ANEXO A) (BRASIL, 2019b; 2014b).

2.6 Contexto do sistema de saúde prisional e suas condições de saúde

Conforme avaliação realizada pelo Levantamento de Informações Penitenciárias (INFOPEN), atualizado em junho de 2017 (BRASIL, 2019b), a PPL no Brasil compreendia um total 726.354 pessoas, sendo o terceiro lugar no mundo com o maior número de encarcerados (WALMSLEY, 2017), com uma taxa de ocupação de 171.62% de acordo com o número de vagas disponíveis. No estado do Rio Grande do Sul encontram-se aprisionados 42.109 indivíduos, inseridos em 103 estabelecimentos penais que disponibilizam 21.976 vagas, colocando a taxa de ocupação no patamar de 191,61% (BRASIL, 2019b; RIO GRANDE DO SUL, 2019b).

Ainda de acordo com o INFOPEN (BRASIL, 2019b), 53.36% dos apenados são adultos jovens, com idade entre 18 a 29 anos. A etnia/cor predominante dentro dos presídios brasileiros é de pardos e negros, totalizando 63,6 % desta população. Importante ressaltar que na população geral do Brasil, o percentual de negros e pardos somam 55,4% se destacando então sobre representação destes grupos no sistema penitenciário do nosso país. Em relação à escolaridade, é possível observar que 48,2% da PPL tem até o ensino fundamental completo, sendo que deste total, 40,2% não concluíram o ensino fundamental.

No estado do Rio Grande do Sul 41,94% dos apenados encontra-se na faixa etária entre 18 e 29 anos de idade e, discordante do restante do país, o predomínio é da raça branca, perfazendo 66,73% do total desta população. O ensino médio foi concluído por 12,94% dos apenados, sendo que 60,54% do total possui ensino fundamental incompleto. Tanto no Brasil como no Rio Grande do Sul, mais de 50% da PPL é solteira e um pouco menos de um terço do total refere ter união estável (BRASIL, 2019b; RIO GRANDE DO SUL, 2019c).

A Lei de Execução Penal (LEP) 7.210/84 (BRASIL, 1984), instituiu a obrigatoriedade dentro das instituições penais de oferecer serviços de assistência à saúde aos apenados sob sua responsabilidade, através de médicos, odontólogos e farmacêuticos. Com a implantação do PNSSP, a assistência passou a ser integral, desenvolvidas por equipes multidisciplinares e

garantindo a integralidade através do engajamento de todos os níveis de atenção. Priorizou e definiu regras para o atendimento no âmbito das instituições através de ações de promoção, prevenção, diagnóstico, reabilitação e redução de agravos à saúde dos apenados. Porém, o princípio da universalidade somente se consolidou em 2014, com a PNAISP (ORNELL et al, 2016; SCHULTZ et al, 2017).

De acordo com o Levantamento de Informações Penitenciárias (BRASIL, 2019b) 66,77% dos presidiários no Brasil encontram-se em instituições penais com módulo de saúde implantado. Conforme Tabela 1, os estados de Rondônia e Paraná possuem as mais altas taxas de pessoas presas em unidades com módulo de saúde, com cobertura de AB acima de 80% do total de presos. Porém os estados do Piauí, Amazonas, Bahia e Sergipe possuem menos de 50% de sua população carcerária presa em unidades com módulo de saúde. No Brasil 66,7% da população presa conta com este benefício nas unidades prisionais e no Rio Grande do Sul, o percentual é de 67,34%.

Tabela 1: Percentual de pessoas privadas de liberdade em unidades com módulo de saúde

UF	Em unidades com modulo de saúde	Em unidades sem modulo de saúde	% de pessoas presas em Unidades com módulo de saúde
AC*	2.814	1.075	72,36
AL	5.287	2.134	71,24
AM	4.122	4.809	46,15
AP	2.130	676	75,91
BA	6.788	7.243	48,38
CE	13.230	12.768	50,89
DF	12.501	3.263	79,30
ES	12.299	7.761	61,31
GO	11.723	8.960	56,68
MA	4.802	3.962	54,79
MG	41.289	33.692	55,07
MS	12.654	3.531	78,18
MT	6.415	5.877	52,19
PA	10.071	6.052	62,46
PB	7.485	4.636	61,75
PE	17.759	13.242	57,29
PI	1.747	2.621	40,00
PR	35.784	4.507	88,81
RJ	30.156	22.535	57,23
RN	6.330	2.922	68,42
RO	9.716	1.667	85,36
RR	1.445	1.134	56,03
RS	24.343	11.806	67,34
SC	16.486	5.072	76,47
SE	2.366	2.522	48,40
SP	168.185	58.278	74,27
TO	2.026	1.547	56,70
Brasil	469.953	234.292	66,7

Fonte: Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - Infopen, junho/2017

*A informação não está disponível para toda população do estado

Segundo Levantamento de Informações Penitenciárias (BRASIL, 2019b), durante o primeiro semestre de 2017, foram realizados 494.235 atendimentos médicos à custodiados e destes 476.659 nos serviços de saúde localizados dentro das instituições penais. Cada apenado no Brasil, ao longo do 1º semestre de 2017, realizou em média 3,3 consultas individuais, conforme demonstrado na Tabela 2:

Tabela 2: atendimentos em saúde realizados no primeiro semestre de 2017

UF	Consultas médicas realizadas externamente	Consultas médicas realizadas no estabelecimento	Consultas psicológicas	Consultas odontológicas	Quantidade de exames e testagem	Quantidade de intervenções cirúrgicas	Quantidade de vacinas	Quantidade de outros procedimentos, como sutura e curativo	Proporção de consultas realizadas por pessoa privada de liberdade
AC	-	4.956	2.501	2.849	754	-	760	234	3,1
AL	1	5.514	4.483	2.633	1.214	1	2.426	13.033	3,9
AM	224	6.087	7.851	10.895	465	4	2.972	6.084	3,9
AP	140	156	166	169	272	1	166	54	0,4
BA	262	17.162	13.158	11.442	3.330	90	4.823	28.454	5,6
CE	294	10.501	5.586	5.496	5.420	332	10.887	21.452	2,3
DF	123	6.464	3.562	4.255	3.678	14	16.207	47.082	5,2
ES	405	33.521	15.601	12.406	6.870	323	48.777	42.064	8,0
GO	1.163	10.573	1.229	3.118	2.228	132	5.838	2.882	1,3
MA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MG	2.554	45.438	49.522	24.620	17.887	185	45.868	46.861	3,1
MS	778	11.277	5.308	6.806	6.347	61	10.086	25.957	4,1
MT	192	11.979	2.108	3.438	7.943	36	7.860	18.314	4,2
PA	284	11.258	8.880	4.699	3.641	1.440	9.651	7.152	2,9
PB	168	6.951	2.692	3.677	2.159	418	5.553	1.075	1,9
PE	127	30.460	10.854	13.417	20.399	133	20.310	10.317	3,4
PI	192	2.661	521	1.859	518	8	1.722	725	1,9
PR	400	19.795	6.076	5.319	9.894	32	20.565	6.058	1,7
RJ	600	25.675	8.062	7.247	10.223	1	11.562	8.302	1,4
RN	176	3.559	490	1.120	623	8	3.803	484	1,1
RO	486	4.755	500	1.827	2.604	14	2.708	7.057	1,8
RR	165	-	51	28	26	-	-	8	0,1
RS	999	23.232	27.554	8.572	10.051	160	11.627	39.695	3,4
SC	598	21.894	10.117	12.831	10.187	106	11.761	21.980	4,2
SE	102	2.614	4.047	2.604	623	25	2.944	11.015	4,9
SP	6.807	158.182	72.793	71.315	112.856	877	200.040	292.246	4,0
TO	336	1.995	285	1.767	476	15	705	305	1,6
Brasil	17.576	476.659	263.997	224.409	240.688	4.416	459.621	658.890	3,3

Fonte: Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - Infopen, dezembro/2017

A PPL configura-se em uma população de extrema vulnerabilidade, o que demanda do poder público a nível mundial, o planejamento estratégico de ações e políticas de saúde. Deve ser garantida a equivalência de serviços em saúde para a população inserida nas instituições penais, àquela ofertada para a população geral (WHO, 2007).

Os espaços prisionais constituem-se em edificações que não comportam o contingente de pessoas encarceradas, tornando-os locais inapropriados para habitação. Somado a isso, possuem infraestrutura precária, com ventilação e iluminação inadequadas, sem acesso a uma alimentação balanceada e atendimentos oportunos de saúde, aumentando o grau de vulnerabilidade desta população e a deixando mais predisposta a várias moléstias. Os transtornos mentais, o uso de drogas ilícitas, as doenças infectocontagiosas como tuberculose, HIV e hepatites se apresentam como doenças de alta frequência no meio prisional. Destaca-se também as doenças de pele, distúrbios gastrointestinais e Infecções do Trato Genitourinário como agravos à saúde que também apresentam alta frequência nos ambientes prisionais (FREITAS et al, 2016; MINAYO; RIBEIRO, 2016; MOREIRA et al, 2019).

No estado do Rio Grande do Sul os agravos à saúde mais prevalentes nos estabelecimentos penais são semelhantes aos encontrados no Brasil que, segundo ORNELL et al (2016), são o Vírus da Imunodeficiência adquirida (HIV), hepatites e tuberculose. O uso

pessoal e o tráfico de drogas ilícitas também se configuram em importantes problemas de saúde pública encontrados nas instituições penais. Cabe destacar que os agravos mais prevalentes encontrados se configuram em questões de domínio da AB, mostrando que ações de promoção e prevenção no campo da saúde ainda não consegue propiciar à esta população o atendimento de acordo com os princípios do SUS e diretrizes da PNAISP (OLIVEIRA et al, 2018).

Para que a EABp consiga exercer suas atividades de acordo com a PNAISP, deve ser estimulado o envolvimento intersetorial no setor da saúde, com participação ativa da segurança pública e justiça. Torna-se também fundamental o investimento em estratégias e capacitações que aprofundem temas relacionados às peculiaridades desta população, pois somente assim, será possível investir na diminuição das disparidades (JOB NETO, 2019; SOARES FILHO, 2016). Conforme transcrição de um depoimento na obra de BARSANGUINI (2016), o sistema prisional com todas as suas precariedades e privações é tão somente a continuação de tudo que foi negado ou suprimido a um indivíduo ao longo da vida (JOB NETO, 2019; SOARES FILHO, 2016).

2.7 Influência da interdisciplinaridade na planificação da AB prisional

A ciência, na atualidade, requer a colaboração mútua entre especialidades científicas que possibilita a resolução de questionamentos ou dificuldades com os quais se defronta. A colaboração entre os distintos setores é uma prática em ascensão na produção do conhecimento e nas realizações técnicas (REYNAUT, 2015). Segundo Celani (2015, p. 747):

O atual interesse pela interdisciplinaridade resulta da constatação de que a troca de informações, métodos e maneira de ver o mundo entre as diferentes áreas do conhecimento contribui para o desenvolvimento de processos e produtos mais criativos e inovadores, e pode levar a solução de problemas complexos que seriam impossíveis de resolver sob a ótica unidisciplinar.

A interdisciplinaridade consiste na integração de diversas áreas do saber que, de forma convergente, estudam um fenômeno, agregando teorias e desenvolvendo a capacidade de superar a limitação das disciplinas sem, no entanto, aboli-las. Decorre da necessidade de resolver problemas de diferentes naturezas, com diversos níveis de complexidade que podem ser resultados de avanços científicos, tecnológicos ou filosóficos. Caracteriza-se, portanto, em uma nova forma de produzir conhecimento, de forma mais profunda, indo além das fronteiras disciplinares (FARIA, 2015).

A presente pesquisa será desenvolvida de forma interprofissional, envolvendo várias áreas do conhecimento que atuam de forma direta ou indireta no sistema de saúde prisional, como médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliar/técnico de enfermagem, auxiliar/técnico em saúde bucal, psicólogo, assistente social, gestores públicos e agentes penitenciários. O projeto prevê a integração do serviço de saúde, gestão e ensino de forma intersetorial, pois amplia a intervenção para além da área da saúde envolvendo profissionais da Superintendência da Serviços Penitenciários (SUSEPE) e da Secretaria da Segurança Pública (SSP).

As oficinas de planificação, que se constituem no projeto de intervenção da pesquisa, serão desenvolvidas por profissionais das áreas da enfermagem, biologia, serviço social entre outros, de forma integrada, assumindo propostas de ações à serem desenvolvidas tanto pela equipe multiprofissional da saúde das instituições penais como pelos servidores da área da segurança da SUSEPE. Por se tratar de uma ação que almeja reorganização de trabalho, fluxos e adequação de protocolos do Ministério da Saúde, os trabalhadores deverão executar as atividades em equipe, visando o melhoramento do serviço, que por consequência irá refletir no trabalho individual, mas com o propósito final de trazer melhorias, qualificação, facilidades e resolubilidade ao serviço de saúde institucional.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Conhecer condições de trabalho, fluxos e rotinas da Unidade Básica de Saúde prisional (UBSp) do Presídio Regional de Santa Cruz do Sul, e analisar, sob a ótica dos trabalhadores, as contribuições das oficinas de planificação das Redes de Atenção à Saúde para os processos de trabalho.

3.2 Objetivos específicos

- a) Conhecer a estrutura física e equipamentos disponíveis da UBSp;
- b) Identificar a oferta de serviços oferecidos pela EABp;
- c) Investigar os critérios e fluxos da rede de atenção à saúde utilizados pela UBSp;
- d) Reconhecer e aprimorar as ações de vigilância em saúde no território de abrangência;
- e) Organizar cadastro e rotinas para atendimento de pacientes portadores de condições crônicas de saúde;
- f) Adequar, em conjunto com o município sede, ações relativas à assistência farmacêutica implantadas na UBSp;
- g) Identificar mudanças relativas aos atendimentos das demandas da população adscrita após as oficinas.

CAPÍTULO II

ARTIGO 1

O SURGIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUA IMPLEMENTAÇÃO NO SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO

THE DEVELOPMENT OF THE UNIFIED HEALTH SYSTEM AND ITS IMPLEMENTATION IN THE BRAZILIAN PRISON SYSTEM

Autoras:

Raquel Cristine Barcella. Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), RS, Brasil.

Suzane Beatriz Frantz Krug. Doutora em Serviço Social (PUC/RS). Docente do Departamento de Enfermagem e Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

Lia Gonçalves Possuelo. Doutora em Ciências Biológicas – Bioquímica – UFRGS, Docente do Departamento de Biologia e Farmácia e do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde. Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

Submetido em 09/07/2019 à Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde da Universidade
Alto Vale do Rio do Peixe (UNIAPAR)
Qualis Capes interdisciplinar: B1

ARTIGO 1

O SURGIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUA IMPLEMENTAÇÃO NO SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO

THE DEVELOPMENT OF THE UNIFIED HEALTH SYSTEM AND ITS IMPLEMENTATION IN THE BRAZILIAN PRISON SYSTEM

Raquel Cristine Barcella¹
Suzane Beatriz Franz Krug²
Lia Gonçalves Possuelo³

RESUMO

A ineficácia dos atendimentos em saúde somadas ao seu alto custo trouxeram à tona a discussão, através de movimentos sociais, da necessidade de construção de um sistema de saúde inclusivo, integral, e de fácil acesso à população. No Brasil, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) ocorreu através das Leis orgânicas 8080/90 e 8142/90, mas que não foram suficientes na inclusão de populações vulneráveis. A população privada de liberdade (PPL) foi incluída no SUS somente em 2003, através do Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP), porém a universalidade só foi garantida em 2014 com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Sistema Prisional (PNAISSP). Esta política, além de universalizar o acesso garantiu a integralidade do atendimento, reafirmando o papel da Unidade Básica de Saúde Prisional (UBSp) como ponto da Redes de Atenção à Saúde (RAS). As Equipes de Atenção Básica prisionais (EABp) devem, portanto, implementar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, de acordo com as diretrizes do SUS, garantindo aos apenados os mesmos padrões de cuidados e tratamentos em saúde que recebe a população em geral. Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo realizar um resgate histórico da implantação do SUS e da consolidação de seus princípios através da ampliação do cuidado integral e equitativo ao sistema penitenciário brasileiro.

Palavras chaves: Sistema Único de Saúde; Atenção Primária em saúde; políticas Públicas de Saúde; Prisões

¹ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), RS, Brasil. E-mail: rbarcella@yahoo.com.br;

² Doutora em Serviço Social (PUC/RS). Docente do Departamento de Enfermagem e Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.³

Doutora em Ciências Biológicas – Bioquímica – UFRGS, Docente do Departamento de Biologia e Farmácia e do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde. Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

ABSTRACT

The inefficiency of health care, coupled with its high cost, has brought to light the discussion, through social movements, of the need to build an inclusive, comprehensive health system that is easily accessible to the population. In Brazil, the implementation of the Unified Health System (SUS) occurred through Organic Laws 8080/90 and 8142/90, but they were not enough to include vulnerable populations. The private prison population (PPL) was included in the SUS only in 2003, through the National Health Plan of the Penitentiary System (PNSSP), but universality was only guaranteed in 2014 with the National Policy of Integral Health Care of the Prison System (PNAISSP). This policy, besides universalizing access, guaranteed the integrality of care, reaffirming the role of the Basic Unit of Prison Health (UBSp) as a point of Health Care Networks. Prison Primary Care Teams (EABp) should therefore implement health promotion, protection and recovery actions, in accordance with the guidelines of the SUS, guaranteeing the patients the same standards of health care and treatment received by the general population. In this sense, the present study aims to carry out a historical rescue of the implantation of the SUS and the consolidation of its principles through the extension of integral and equitable care to the Brazilian penitentiary system.

Keywords: Unified Health System; Primary Health Care; Public Health policy; Prisons.

ARTIGO 2

**OFICINAS DE PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NA SAÚDE PRISIONAL:
PROJETO PILOTO**

**BASIC ATTENTION PLANNING WORKSHOPS IN PRISON HEALTH: PILOT
PROJECT**

**ATENCIÓN BÁSICA TALLERES DE PLANIFICACIÓN EN SALUD DE LA
PRISIÓN: PROYECTO PILOTO**

Autoras:

Raquel Cristine Barcella. Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), RS, Brasil.

Suzane Beatriz Frantz Krug. Doutora em Serviço Social (PUC/RS). Docente do Departamento de Enfermagem e Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

Lia Gonçalves Possuelo. Doutora em Ciências Biológicas – Bioquímica – UFRGS, Docente do Departamento de Biologia e Farmácia e do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde. Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

Será submetido nos manuscritos da edição especial de publicação temática “A evolução da enfermagem nos 200 anos de Florence Nightingale” da Revista Brasileira de Enfermagem
Qualis Capes interdisciplinar: B1

ARTIGO 2

OFICINAS DE PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NA SAÚDE PRISIONAL: PROJETO PILOTO

BASIC ATTENTION PLANNING WORKSHOPS IN PRISON HEALTH: PILOT PROJECT

ATENCIÓN BÁSICA TALLERES DE PLANIFICACIÓN EN SALUD DE LA PRISIÓN: PROYECTO PILOTO

RESUMO

Objetivo: Relatar a experiência de implementação de estratégias de planificação da atenção à saúde voltada a uma EABp. **Método:** Relato de experiência da implementação de um projeto piloto de reorganização da atenção básica, intitulado Planificação da RAS, a uma equipe de saúde do sistema prisional do interior do Rio Grande do Sul. **Resultado:** As oficinas propiciaram, através da problematização das práticas vivenciadas, reflexões da equipe sobre suas atribuições na instituição penal. O trabalhador passa a ser protagonista da mudança, realizando as intervenções necessárias a partir do conhecimento científico e experiências compartilhadas com o grupo. **Considerações finais:** A intervenção realizada através de uma estrutura pré-definida direciona e organiza o conjunto de atividades propostas. **Descritores:** Prisões, Equipe de Assistência ao Paciente, Educação em Saúde, Planejamento Estratégico, Atenção Primária à saúde.

Descriptors: Prisons, Patient Care Team, Health Education, Strategic Planning, Primary Health Care.

Descriptores: Prisiones, Grupo de Atención al Paciente, Educacion em Salud, Planificación Estratégica, Atención Primaria de Salud.

ARTIGO 3

PROCESSO DE TRABALHO E PLANIFICAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: PERCEPÇÕES DE TRABALHADORES DE UMA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA DO SISTEMA PRISIONAL.

WORK PROCESS AND PLANNING OF HEALTH CARE NETWORKS: PERCEPTIONS OF WORKERS OF A PRISON SYSTEM BASIC CARE TEAM.

Autoras:

Raquel Cristine Barcella. Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), RS, Brasil.

Suzane Beatriz Frantz Krug. Doutora em Serviço Social (PUC/RS). Docente do Departamento de Enfermagem e Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

Lia Gonçalves Possuelo. Doutora em Ciências Biológicas – Bioquímica – UFRGS, Docente do Departamento de Biologia e Farmácia e do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde. Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

Será submetido à Revista Trabalho, Educação e Saúde Da Fundação Osvaldo Cruz
Qualis Capes interdisciplinar: B1

ARTIGO 3

PROCESSO DE TRABALHO E PLANIFICAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: PERCEPÇÕES DE TRABALHADORES DE UMA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA DO SISTEMA PRISIONAL.

WORK PROCESS AND PLANNING OF HEALTH CARE NETWORKS: PERCEPTIONS OF WORKERS OF A PRISON SYSTEM BASIC CARE TEAM.

RESUMO

Intervenções educacionais voltadas à prática desenvolvidas por equipes da Atenção Básica prisional são escassas, porém necessárias, visto a singularidade do contexto de trabalho a que estão inseridos. O presente estudo teve como objetivo avaliar o processo de trabalho e a implementação da Planificação das Redes de Atenção à Saúde em uma Unidade Básica de Saúde prisional, sob a ótica do trabalhador. Através de uma pesquisa intervenção composta pela entrevista de pré-intervenção, aplicação das oficinas e entrevista de pós-intervenção, foram avaliadas, por meio de uma análise quali-quantitativa, as mudanças nos processos de trabalho ocorridas com a implementação do projeto. A falta de acesso adequado à informatização, a não padronização dos registros de atendimento e ausências de reuniões de equipe se apresentaram como os principais empecilhos para atuação da equipe, assim como o distanciamento existente entre as equipes de saúde e segurança. As oficinas oportunizaram momentos de encontro, troca de experiências, ideias e saberes, propiciando mudanças de posturas e organização do serviço, trazendo mais qualidade e transparência à assistência prestada.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Educação em Saúde; Prisões.

CAPÍTULO III

CONCLUSÕES GERAIS:

- O conceito ampliado de saúde inserido na Constituição Brasileira e nas Leis orgânicas de criação do SUS ainda se constituem em um grande desafio. Estratégias utilizadas para sua organização e forma de atuação vem sendo implementadas, ao longo dos seus 30 anos de história, visando sua manutenção e avanços, porém ainda de forma bastante gradual;
- A inclusão de pessoas e grupos vulneráveis, como a PPL, ampliou direitos constitucionais aos cidadãos. A EABp, legalmente habilitada para realizar o atendimento a essa população, é inserida ao contexto prisional sem preparo específico, o que leva a um grande desgaste por parte desses profissionais que entram sem conhecer as especificidades do meio. O problema é agravado pelas condições precárias encontradas no local de trabalho, o alto grau de vulnerabilidade da população sob sua responsabilidade e a priorização das questões da segurança, que norteiam qualquer atividade a ser realizada no interior do estabelecimento.
- São necessárias ações intersetoriais, principalmente entre saúde, justiça e segurança para garantir acesso aos direitos básicos desta população, entre eles, o direito à saúde, no seu conceito ampliado, que para tanto requer atendimento aos direitos civis básicos garantidos a todo o cidadão brasileiro privado ou não de liberdade.
- A utilização de práticas problematizadoras para a capacitação das equipes possibilita a imersão necessária a contextualização da rotina diária, percepção das potencialidades e fragilidades da equipe e estratégias de intervenção, discutidas entre os próprios trabalhadores, utilizando para tanto, o embasamento científico viabilizado na resolução dos problemas. A equipe, durante o projeto, vivenciou esta prática através de debates sobre o trabalho desenvolvido, contextualização de programas da atenção básica e atividades práticas de mapeamento de território e levantamento do perfil epidemiológico da população adscrita.
- As oficinas propiciaram o resgate do papel da equipe de saúde nas RAS. Melhorou o entrosamento da equipe e propiciou mudanças em algumas rotinas e serviços da unidade, como cadastramento de pacientes com condições crônicas de agravos à saúde. Os encontros possibilitaram a participação de todos os funcionários sem distinção, agregando conhecimento

aos debates propostos e incentivando momentos em busca de conhecimento, organização de ações e tomadas de decisões, possibilitando a participação igualitária de todos os seus integrantes, cada um contribuindo dentro de suas competências...

- A desistência do agente de segurança no segundo encontro demonstrou a frágil relação existente entre as duas equipes que atuam no interior do sistema prisional. Para que a instituição possa cumprir o seu papel na recuperação de indivíduos, é imprescindível a união de forças, competências e responsabilidades entre os setores saúde, segurança e justiça.

- Em relação a pesquisadora, a oportunidade de se inserir em um contexto ainda pouco estudado no meio acadêmico foi desafiador. Para adequar a teoria à necessidade prática da equipe, uma imersão ao contexto da saúde prisional tornou-se necessária, e esta ação levou a inclusão de prática, vivência e aprofundamento teórico nesta mesma experiência, enriquecendo assim, o aprendizado tanto da equipe de trabalhadores como da mestranda.

- O pouco tempo decorrido entre as oficinas de planificação e a entrevista de pós-intervenção não possibilitou a adequada avaliação das atividades, visto que parte delas necessita de um tempo superior ao transcorrido para percepção das mudanças ocorridas no ambiente de trabalho.

CAPÍTULO IV

NOTA A IMPRESNSA

O projeto de implantação da Planificação da Atenção Básica no sistema prisional iniciou na última quarta-feira, dia 12 de junho, nas dependências do Presídio Regional de Santa Cruz do Sul. O evento reuniu a equipe de saúde prisional e de um representante dos agentes penitenciários da instituição.

A atividade é composta por um conjunto de 6 oficinas de participação ativa e tutorias, que estão sendo desenvolvidas pela mestrande Raquel Barcella e pela Prof. Dra. Lia Possuelo, vinculadas ao Programa de Pós-Graduação de Promoção à Saúde da UNISC. O objetivo destes encontros consiste na qualificação da equipe e oferta de apoio técnico na organização de fluxos e rotinas, bem como o empoderamento da EABp enquanto atenção primária de referência do território prisional. Estas ações buscam qualificar a atenção à saúde prestada ao apenado além do conhecimento e melhoria dos índices sanitários da instituição.

O efetivo envolvimento dos participantes e a colaboração da coordenação da Atenção Primária à Saúde do município e da direção da Instituição Penal foram fundamentais para o sucesso do primeiro encontro, que abordou a formação das Redes de Atenção à Saúde e a necessidade de mudanças no modelo de atenção hoje vigente."



*matéria e fotos enviadas para o site da SUSEPE 10 dias após o início das oficinas

NOTA À IMPRENSA II

Atividades de educação permanente constituem-se em uma importante ferramenta de produção de conhecimento e mudanças de posturas no trabalho, pois propiciam a utilização de práticas problematizadoras como estratégia de ensino-aprendizagem. Com a utilização deste recurso, a mestrande Raquel Barcella vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção

da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul, realizou uma pesquisa-intervenção intitulada “Planificação da Atenção Básica: proposta de implantação em um Presídio Regional do Rio Grande do Sul”, orientada pelas professoras Lia Gonçalves Possuelo e Suzane Beatriz Frantz Krug, em uma instituição penal do território gaúcho.

A Planificação às Redes de Atenção à Saúde, elaborada pelo Conselho Nacional dos Secretários da Saúde e reorganizada pela Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, consiste na implementação de 6 oficinas de participação ativa que buscam promover, através da construção coletiva de saberes, o fortalecimento da Atenção Básica. As atividades orientadas abordam assuntos do cotidiano de trabalho, estimulando a reflexão e a visualização de soluções criativas relacionadas aos problemas vivenciados pelas equipes nas rotinas de trabalho.

O estudo foi desenvolvido entre os meses de dezembro/19 e outubro/20, dividido em 3 etapas distintas: entrevista de pré-intervenção aplicada aos trabalhadores da saúde e um agente de segurança; realização de seis oficinas de Planificação da Atenção Básica voltadas à saúde prisional e a entrevista de pós intervenção.

A proposta, pioneira e inovadora ao contexto prisional, se constituiu em um importante espaço de compartilhamento de informações e aquisição de saberes. As oficinas propiciaram a ressignificação da equipe de atenção básica dentro das Redes de Atenção, resgatando rotinas e protocolos de atendimento que alinham e qualificam a assistência prestada. Na percepção dos trabalhadores, a oferta de grupos de educação à saúde, o cadastro de pacientes com condições crônicas de saúde e o conhecimento da área de atuação foram destaques positivos vinculados às atividades de intervenção. Os pesquisadores envolvidos ressaltam a importância da manutenção de projetos de educação permanente aos serviços de saúde, visando a qualificação da assistência prestada como também estimular a autonomia do trabalhador, tornando-o protagonista deste processo.



CAPÍTULO V

RELATÓRIO DE CAMPO

A proposta de Planificação da Atenção da Atenção Básica, pré-agendada para ocorrer durante o ano de 2018 na região da 13ª Coordenadoria Regional de saúde, foi desmarcada pelo Conselho Estadual dos Secretários da Saúde por considerar que a região precisaria resolver algumas adequações antes da implantação do projeto, levando então a sua execução para outra região do estado.

A decisão sobre a suspensão das atividades ocorreu no final de junho de 2018, quando a proposta de acompanhar o processo de implantação em uma ESF do município de Vera Cruz já estava consolidada, inclusive enviada nas três versões já encaminhadas do projeto de dissertação de mestrado.

Com o objetivo de manter a proposta de organização da atenção básica, porém sem a dimensão que seria realizada pela coordenação do estado, foi decidido em conjunto com a orientadora que a levaríamos para a SUSEPE, na tentativa de implementar um projeto piloto em uma equipe de saúde prisional da região.

Foi realizada uma reunião na sede da SUSEPE, em Porto Alegre, em que a proposta foi lançada para a coordenação e muito bem aceita por todos os participantes daquele evento. A mesma foi alterada, visando sua implementação na saúde prisional, como projeto piloto, e apresentado na reunião do Conselho de Comunidade regional.

Ficou previamente acordado que o Presídio Regional de Santa Cruz e o Presídio de Venâncio Aires seriam incluídos nas apresentações do projeto. Concluída esta etapa, a direção e os funcionários do Presídio Regional de Santa Cruz do Sul mostraram-se interessados em participar. O presídio sediado em Venâncio Aires estava, naquele momento, com um grande déficit de recursos humanos, o que impossibilitava a equipe de acompanhar o processo.

Após as apresentações, foram coletadas as assinaturas das instituições parceiras da pesquisa: a Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul e da direção do Presídio regional de Santa Cruz do Sul. Passada esta etapa, iniciei a atividade de imersão, acompanhando a equipe de saúde durante os atendimentos.

Entre os meses de fevereiro e abril de 2019, houve uma mudança importante na composição de recursos humanos da EABp. Foi substituída a enfermeira e o cirurgião dentista, sendo também contratada uma auxiliar de odontologia pela Secretaria Municipal de Saúde. Um dos psicólogos, vinculado a SUSEPE, também veio transferido de outra região, o

que levou a renovação de 50% da equipe neste período. O diretor do presídio também foi substituído no início de mês de abril.

Foi necessário repetir a apresentação do projeto para o novo diretor do presídio a fim de viabilizar as atividades. Neste encontro, ficou acordado que as atividades seriam realizadas nas quartas-feiras e que um agente penitenciário escolhido pela direção, iria participar do projeto.

As entrevistas de pré-intervenção iniciaram em maio com a equipe que estava trabalhando no local naquele momento. Todos aqueles que aceitaram participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. As entrevistas foram realizadas individualmente e se estendiam por duas ou três horas para até a sua conclusão. Portanto, foi necessário aumentar os turnos de atividades no presídio para que fosse possível concluir esta etapa do trabalho.

As oficinas iniciaram em junho, no turno da tarde, e por solicitação do diretor do presídio, foram realizadas nas dependências do local. As atividades de tutoria ocorriam em momentos extras com a equipe, de preferência nas quartas-feiras. As entrevistas de pós exposição ocorreram na sequência, entre os meses de setembro e outubro de 2019, finalizando então a terceira etapa da pesquisa.

Os relatos das atividades diárias de campo, desde a primeira entrada no instituto prisional, estão descritas abaixo, conforme segue:

1° visita: 11/12/2018 das 15:30 às 17:00 horas – Terça-feira

Primeira visita realizada no Presídio regional de Santa Cruz do Sul com a orientadora. Conheci alguns integrantes da equipe de saúde e conversei com a enfermeira sobre as próximas visitas ao presídio. Durante a conversa ela relatou rapidamente como funcionam algumas rotinas realizadas naquele serviço como: organização da medicação a ser entregue ao apenado duas vezes ao dia, a não realização de coletas de exame citopatológico pela equipe, a não aplicação de vacinas de rotina no local e atividades externas realizadas pelos trabalhadores da unidade (busca de medicamentos, materiais de consumo, kits para testes rápidos e coletas de sangue entre outros).

A unidade de saúde é composta por 2 celas adaptadas, com espaço bastante reduzido. A odontologia, psicologia e serviço social possuem salas próprias que estavam fechadas no momento da visita. A unidade dispõe de 1 computador cedido pela SUSEPE com intranet, que permite o acesso ao fly e ao Gal, mas sem internet.

A enfermeira, um dos médicos e o dentista serão demitidos até o dia 27/01/19 devido ao término de contrato com a prefeitura. A aux. de saúde bucal foi demitida no primeiro semestre de 2018 e não recontratada outra profissional para o cargo. Uma das técnicas de enfermagem foi demitida há 1 semana. A princípio não há informações sobre as ocupações destes cargos e transição do serviço/rotinas.

Ficou agendada para a próxima terça-feira, pela manhã, minha primeira visita de acompanhamento das atividades da equipe, possibilitando conhecer a rotina em que estão inseridos. Não será aplicado o questionário de pré-intervenção neste momento devido a mudança que ocorrerá na equipe até o próximo mês.

Fui apresentada a coordenação do presídio (já conhecia devido a minha participação em duas reuniões do Conselho da comunidade) e ficou acertado que as minhas visitas seriam previamente agendadas com a enfermeira da equipe.

2° visita: 18/12/2018 das 8:30 às 12:00 horas – Terça-feira

No segundo dia de visita ao presídio acompanhei a enfermeira em uma breve visita às entradas das galerias, cozinha e setores administrativos. Já havia sido atendido um agente penitenciário e a amostra da sua coleta de sangue estava preparada para ser levada ao laboratório. Conversamos um pouco com a assistente social e a psicóloga sobre as atividades desenvolvidas no presídio e suas dificuldades nestes atendimentos, e após, saímos para resolver as atividades externas que são de responsabilidade da equipe de saúde. Fomos ao CEMAS retirar as medicações para os presidiários portadores do vírus HIV à farmácia central entregar os pedidos de medicação e enfermagem, ao laboratório Santa Cruz para entregar as amostras de sangue e à farmácia distrital do Hospitalzinho para deixar as receitas de medicações controladas. O carro utilizado é cedido pela Secretaria Municipal de Saúde e só pode ser dirigido por funcionários da SUSEPE. Naquela manhã, a motorista foi a psicóloga da equipe. Não presenciei nenhum atendimento em saúde pois era dia de audiência da juíza dentro do presídio. Todo o acompanhamento do preso até os locais de atendimento é realizado por um agente penitenciário, que em número reduzido, torna necessária a priorização de atividades do dia. Naquele momento eram priorizados os atendimentos da juíza e não da equipe de saúde.

A assistente social relatou sobre a dificuldade de conseguir doações para os presidiários. Vários chegam ao presídio sem qualquer apoio familiar, o que pode deixá-los sem roupas e colchão, itens que devem ser providenciados pelos familiares. Nestes casos a mesma faz contato com a comunidade, igrejas, comércio solicitando doações, mas sempre com muita dificuldade de conseguir. A equipe relata que toda a limpeza do presídio, o que inclui a

unidade de saúde é realizada pelos presidiários. No interior das celas e até mesmo nas galerias, nem os agentes penitenciários entram. As chaves para a abertura das celas são entregues através de um cano para os “chefes de galeria” (presos de confiança que ficam na primeira cela e que são responsáveis pela abertura e fechamento das celas). Houve também um relato pela equipe de uma crise convulsiva ocorrida no pátio das galerias durante o banho de sol em que a equipe de saúde assistiu tudo da janela e teve que aguardar os demais presos levarem o paciente até a entrada da galeria para que o agente penitenciário pudesse retirá-lo dali e leva-lo até a enfermaria para atendimento.

Neste encontro conheci o médico que trabalha nos dois turnos no presídio, o dentista e o técnico de enfermagem.

3° visita: 20/12/2018 das 08:30 às 12:00 horas – Quinta-feira

Cheguei no presídio às 08:30 horas e conversei durante um longo tempo com a enfermeira sobre os atendimentos prestados na unidade de saúde. A demanda para a equipe está diretamente ligada ao agente penitenciário de plantão e o chefe da equipe do dia. Dependendo de quem está de plantão, não há presos com problemas de saúde, pois os mesmos não são transportados para os atendimentos. A equipe trabalha basicamente por demanda espontânea, o que a torna ociosa em boa parte de seu tempo. Os chamamentos da equipe para atendimento programado restringem-se a continuidade de tratamento de tuberculose, sífilis e algumas doenças que exijam medicações por via parenteral. Os pacientes que utilizam medicação controlada as recebem no início da manhã e no final da tarde, previamente organizado pela equipe. Pacientes crônicos, como hipertensos e diabéticos que não utilizem insulina, recebem medicação para 10 dias e em alguns casos para um mês, mas devem solicitar reposição da mesma para equipe alguns dias antes do término, pois correm o risco de não as receber já que não há cadastros destes pacientes crônicos e nem mesmo controle de TA ou HGT destes. Até o momento houve somente uma gestante acompanhada pela equipe e pelo CEMAI. Exames citopatológicos não são coletados na unidade e não são realizadas vacinas de rotina nos apenados, somente campanhas ou em algumas situações especiais, as doses necessárias são levadas para o presídio.

Presenciei o atendimento médico de um presidiário que estava com tosse e falta de ar, que recebeu medicações e realizou uma nebulização na enfermaria. Houve também o atendimento de uma agente penitenciária com queixa de dor na coluna. Não houveram mais atendimentos nessa manhã.

4° Visita: 26/12/2018 das 08:30 às 11:30 horas – Quarta-feira

Realizei a minha quarta visita em uma quarta-feira, dia de visita externa ao presídio, para acompanhar a rotina de organização interna da equipe já que neste dia não há atendimento em saúde, pois todos os agentes penitenciários ficam responsáveis pela organização e segurança do local em relação às visitas.

Quando cheguei, ajudei a enfermeira a organizar as medicações controladas para uma semana através de pequenos envelopes de papel Kraft confeccionados pelo preso responsável pela limpeza das áreas administrativas do presídio e posto de saúde. O mesmo confecciona semanalmente os pequenos envelopes e cola as etiquetas com a identificação do presidiário, medicações e quantidade, dia da semana e turno em cada um deles. Após a enfermagem separa a quantidade de medicamentos prescritos nos envelopes e organiza diariamente em uma caixa para que o agente penitenciário possa deixar com o “chefe da galeria” os medicamentos que devem ser tomados durante o dia. No final da tarde, o aux. de enfermagem é que os leva até a entrada da galeria. Para os finais de semana, os mesmos ficam nas dependências do posto, em envelopes identificados inclusive por galeria e são entregues pelo agente penitenciário. Segundo a enfermeira, esta medida foi adotada para evitar a venda e troca de medicação, falta ou superdosagem, ocasionada pelo próprio apenado de forma consciente. O trabalho foi finalizado em mais ou menos 1 hora e meia, e no restante do tempo, a enfermeira deu saída dos medicamentos no sistema e registrou as entregas como procedimento de enfermagem. A entrega de medicação controlada é diariamente lançada como administração de medicação VO. O lançamento no sistema dos atendimentos do médico com carga horária de 40 horas é realizado pela enfermeira, assim como o lançamento das receitas, ficando para o médico somente a assinatura das receitas e pedidos de exame. Nesta manhã, o médico não compareceu ao trabalho porque estava fazendo exames admissionais para sua readmissão como médico do presídio, já que terá que ser demitido com o restante da equipe. Como não houve atendimentos, saí um pouco mais cedo pois não havia mais atividades burocráticas em que eu poderia ser inserida.

5° Visita: 27/12/2018 das 08:30 às 11:00 horas – Quarta-feira

Visita realizada novamente em dia que a unidade de saúde não realiza atendimentos, a menos que sejam urgentes pois é dia de visita de familiares ao presídio. Conversei algum tempo com a enfermeira que demonstrava preocupação com a continuação das suas atividades no local visto a grande possibilidade de ser demitida juntamente com mais alguns integrantes da equipe. Relatou estar apreensiva pela especificidade do trabalho, o que pode prejudicar a continuidade e resolubilidade das ações realizadas. Algumas atividades, como as triagens, já não estão sendo realizadas, pois aguarda a definição de sua situação no trabalho.

Naquela manhã, conversei durante a maior parte do tempo com o dentista da equipe que relatava ter certeza que os mesmos não seriam desligados do programa. Expôs as dificuldades do seu trabalho, principalmente pela falta de adesão ao tratamento por parte do apenado, que no momento que aliviava a dor, não acha necessário seguir as demais orientações. Relatou vários atendimentos realizados dentro do presídio e condutas tomadas. Não demonstrava empatia ou qualquer envolvimento com os pacientes, atribuindo a eles, toda a responsabilidade pelo estado em que se encontravam. Naquela manhã foram solicitados alguns atendimentos de urgência odontológica que, a principio, não foram bem aceitas pelo profissional, mas no decorrer da manhã, passou os pacientes em questão para avaliação, pois devido ao feriadão que teria naquele final de semana, os apenados não teriam acesso a qualquer outro tipo de atendimento.

Saí do campo mais cedo pois os profissionais estavam muito ocupados com seus afazeres internos já que estávamos no meio de dois feriados que diminuía bastante o período disponibilizado para atendimentos naquele momento. Não ficou agendado novo encontro até a definição ou não das mudanças relacionadas a equipe de saúde prisional.

6° Visita: 18/04/2019 das 11:00 às 11:45 horas – Quinta-feira

Visita programada pela orientadora para conhecer o novo diretor do presídio e explicar sobre as propostas dos projetos da Planificação da UBSp, da equipe de gastronomia, estética e PICS. Nesta reunião fomos informados que em torno de 50% da equipe havia sido substituída, por isso seria importante uma nova aproximação. Agendada nova visita com a equipe de saúde para a próxima quarta-feira, 24/04/19.

7° Visita: 24/04/2019 das 08:30 às 11:30 e das 13:30 às 17:30 horas – Quarta-feira

Compareci no horário programado e me apresentei para a nova enfermeira da equipe. Ela relatou ter sido, durante alguns anos, enfermeira de unidades de saúde do município de Santa Cruz e no ano passado trabalhou na ESH COHAB, onde eu a conheci. A enfermeira é egressa do mestrado de Promoção da saúde da UNISC e verbalizou que irá disponibilizar toda a ajuda possível para efetivação deste projeto, assim como foi feito na época com o seu projeto que também contou com o serviço público na sua efetivação. Conversamos bastante sobre a proposta, objetivos, e esclareci pontos importantes relacionados ao projeto de pesquisa para o do médico e o diretor do presídio, a quem entreguei uma das cópias do projeto.

Na sequência, apliquei o questionário de pré-intervenção para o médico que demonstrou muito interesse no projeto e nas mudanças relacionadas a nova equipe de saúde. Relata já conhecer a enfermeira e ter um ótimo relacionamento com ela, reafirmando em vários momentos que irá fazer o que for preciso para que o trabalho no presídio seja efetivo. Foi-me

apresentado o agente penitenciário designado a participar da pesquisa, pois ele será o responsável, segundo a direção do presídio, pelo deslocamento dos presos para atendimento da saúde. Combinamos de conversar no turno da tarde.

À tarde, entrevistei o técnico de enfermagem durante 3 horas. A cada pergunta, vários exemplos de atendimentos eram recordados e os relatos foram bastante extensos e muito pertinentes. O mesmo demonstra gostar muito do seu trabalho e tem um grande interesse no bem-estar do apenado. Todas as queixas dos presidiários são registradas por ele em um caderno e ele mesmo faz a triagem de todas as situações “na grade” das galerias. Distribui medicamentos para dor e tosse e avalia a necessidade de encaminhamentos para o médico. Realiza todos os procedimentos de enfermagem necessários nos homens apenados. Conhece a maioria dos presos pelo nome e sobrenome e seus históricos de saúde. Foi uma tarde extremamente importante para possibilitar o entendimento de rotinas adotadas pelo serviço de saúde. Devido ao horário avançado não foi possível conversar com o agente de segurança, conforme havíamos combinado.

8° Visita: 26/04/2019 das 08:30 às 11:30 horas - Sexta-feira

Realizei a visita na sexta-feira pela manhã para possibilitar a entrevista com a cirurgiã dentista do estado, que atende as apenadas do anexo somente neste dia da semana. Ao chegar, fui informada que a, mesma só chegaria em torno das 10:00 horas da manhã, então uma das assistentes social, a responsável pelas galerias A e B, se dispôs a responder ao questionário da pesquisa. Durante a entrevista, demonstrou muita afinidade e afeição pelo seu trabalho e o objeto do seu trabalho – o ser humano – como ela mesma diz. Relata vários fatos acontecidos que marcaram a sua trajetória como também a de apenados que por lá já passaram. Demonstra empatia e por vários momentos, chora ao lembrar de fatos ocorridos. Conhece o trabalho da equipe de saúde e sabe informar sobre melhorias solicitadas e andamento de cada uma, demonstrando participação ativa naquele serviço.

Como a entrevista se estendeu por um pouco mais de duas horas, não foi possível iniciar a entrevista com a dentista da SUSEPE. Porém, expliquei a ela de forma sucinta o objetivo do projeto e combinamos de realiza-la na próxima semana na delegacia, que seria mais tranquilo pois lá não realiza atendimentos com pacientes.

Encontro na 8° Delegacia Regional da SUSEPE: 06/05/2019 das 14:00 às 16:00 horas –
Segunda-feira

Conforme combinado com a cirurgiã dentista, nos encontramos na delegacia para realizar a entrevista. Ela demonstrou muito interesse no tema da pesquisa e na sua efetiva participação, relatando que deseja participar de todas as oficinas. Durante toda a entrevista

demonstrou gostar muito dos atendimentos e que somente não fica como profissional fixa da equipe por causa da ociosidade, já que por muitos momentos os pacientes não são levados para os atendimentos. Prefere então atender em vários locais, o que concentra os pacientes e desenvolver algumas atividades na delegacia. Demonstrou preocupação com os registros dos seus atendimentos, já que não preenche a ficha de atendimento (FA) e no INFOPEN só é registrado que houve a consulta, mas não há nenhum tipo de prontuário de paciente para registro de procedimentos realizados. Informa também, de forma bem mais reservada, que a aux. de odontologia encaminhada anteriormente pela prefeitura não foi aceita pelo então dentista do quadro que considerava desnecessária a presença daquele integrante da equipe no presídio.

9º visita: 09/05/2019 das 08:30 às 11:30 e das 13:30 às 16:50 horas – Quarta-feira

Ao chegar no presídio pela manhã conversei brevemente com os integrantes da equipe e fui com a enfermeira falar com o chefe de segurança para verificar se o agente penitenciário destinado a participar da pesquisa estaria disponível para a entrevista e se poderia ser incluído um segundo agente. Naquele momento percebemos a grande repercussão que uma revista da brigada militar estava causando dentro do presídio, pois haviam chegado vários policiais, camburões e até um cão farejador para realizar o procedimento no lado externo ao muro da instituição. Os visitantes, sendo a maioria esposas de presidiários, foram colocadas de frente para o muro e todos os seus pertences foram revistadas bem como realizaram a inspeção pessoal (toda a cena foi acompanhada pelos agentes penitenciários através das câmeras de vídeo). Esta situação causou um grande tumulto entre os presos que começaram a gritar muito e bater nas grades das galerias, protestando contra a inspeção. Neste momento, a equipe de saúde foi orientada a permanecer dentro das salas de atendimento com as portas fechadas até que os agentes conseguissem contornar a situação. O susto foi bastante grande no momento devido a possibilidade de uma rebelião, mas após uns 40 minutos as visitas começaram a entrar e os apenados se acalmaram para não perder o direito de recebe-las naquele dia. Durante todo este período, a enfermeira e a auxiliar de odontologia embalavam e separavam a medicação controlada semanal dos apenados. Um fato que chamou muito a atenção das mesmas foi de que o preso que iniciou o motim na segunda à noite não estava com o seu envelope de medicação confeccionado...o que leva a entender que o mesmo não está recebendo a sua medicação diariamente. Foi confeccionado novo envelope para o mesmo. Em torno das 09:45 h consegui iniciar a entrevista com a psicóloga da equipe. A entrevista foi muito tranquila, ela referiu que gosta muito de estudar e realiza cursos que possam aprimorar

o seu trabalho na SUSEPE. Demonstra se identificar bastante com o trabalho realizado e conhecer atividades mínimas realizadas pela equipe de saúde.

No início da tarde entrevistei a auxiliar de saúde bucal que está há dois meses trabalhando no presídio. Refere estar gostando do trabalho e demonstra ser muito proativa, se envolvendo e auxiliando em vários afazeres da unidade de saúde, não se restringindo somente a odontologia. Já demonstra conhecer muito das rotinas e fluxos internos e faz em vários momentos comparações com as unidades não prisionais, já que possui um longo período de experiência no setor. Ao terminar a entrevista, fui procurar novamente o agente penitenciário que mais uma vez não pode me atender, por estar participando de uma reunião no anexo feminino. Iniciei, então, a entrevista com a assistente social das galerias C e D (consideradas a elite da prisão), dos trabalhadores externos e do anexo feminino. A entrevista corria bem, dentro da sua sala de atendimento, até que fomos interrompidas pela outra assistente social da equipe que solicitou a nossa saída imediata do presídio, sob o risco de não conseguirmos sair do local pelas próximas horas. A equipe da SUSEPE, do batalhão de operações especiais e a delegada fariam uma nova inspeção no presídio buscando armas, celulares e drogas. Portanto toda a equipe se dirigiu ao pátio do presídio para retornar as suas casas.

10° Visita: 15/05/2019 das 08:30 às 12:00 e das 14:00 às 17:00 h - Quarta-feira

Ao chegar ao presídio, procurei o agente penitenciário para realizar a entrevista, mas o mesmo encontrava-se em atividade externa. Então entrevistei a enfermeira, a integrante mais nova da equipe. Durante a entrevista relatou as dificuldades devido às particularidades daquele serviço, da falta de apoio de “colegas enfermeiros” para esclarecer dúvidas e trocar ideias. Falou sobre as mudanças que deseja realizar na unidade e as que já foram feitas e estão sob avaliação no momento. Desde a quinta-feira passada, os presos não recebem mais atendimento na grade e qualquer queixa de saúde deve ser descrita em um formulário específico, distribuído diariamente no início da manhã, que após recolhido é triado pelo médico e enfermeira que avaliam conduta e possibilidade de consulta em cada caso. Também não são mais distribuídos medicamentos sem avaliação mais criteriosa. A enfermeira demonstra comprometimento e vontade de fazer aquele serviço dar certo. Relata também alguns problemas em relação a nova direção do presídio e alguns agentes penitenciários que acabam por afetar o atendimento da unidade de saúde.

À tarde, procurei novamente o agente penitenciário que não se encontrava no presídio. Segundo integrantes da equipe e colegas do presídio, é bem difícil encontra-lo dentro da instituição, o que dificultaria a tarefa a que foi designado. A própria equipe sugeriu a troca do responsável por este trabalho.

Entrevistei então o psicólogo, transferido há dois meses para Santa Cruz do Sul. Até então, era diretor do presídio do município de Encantado e por esse motivo, demonstra grande conhecimento de todo o trabalho de segurança e saúde desenvolvidos no ambiente prisional. Relata sua experiência em várias situações difíceis já vividas dentro dos presídios que poderão contribuir muito para a equipe que está iniciando seus trabalhos. Refere estar satisfeito com a mudança e que considera que a equipe de saúde ainda está em fase de adaptação. Ao terminar a entrevista procurei novamente o agente penitenciário que, conforme informação, ainda não havia retornado à instituição.

Dia 20/05 à tarde fui na 13ª Coordenadoria Estadual de Saúde para conversar sobre as adaptações até então realizadas com a coordenadora do sistema prisional e a coordenadora da atenção básica. Mostrei a elas a primeira e a segunda oficina e as mesmas acharam que elas estavam contemplando o conteúdo proposto, e que as adaptações estavam de acordo com a realidade apresentada no presídio. Fizem algumas sugestões de assuntos a serem abordados, repassaram informações do CNES da equipe de Santa Cruz do Sul e propuseram pequenas mudanças no questionário que elaborei para a triagem de acolhimento do preso egresso, que será debatido com a equipe na primeira atividade de dispersão.

11ª visita: 21/05/2019 das 14:00 às 16:40 horas - Terça-feira

Agendei a visita ao presídio no turno da tarde na tentativa de entrevistar profissionais que não exercem suas funções em todos os turnos que a unidade encontra-se aberta. Chequei na instituição às 14:00 horas e fui recebida pela nova cirurgiã dentista contratada pela Secretaria Municipal de Saúde. Expliquei a ela o projeto e apliquei o questionário. Como sua experiência ainda é pequena na saúde prisional, várias questões não foram respondidas, o que diminuiu bastante o tempo utilizado para esta atividade. Às 15:15 procurei o segundo médico da equipe vinculado à Secretaria de Saúde para explicar o projeto, porém o mesmo já havia saído do seu turno de trabalho. Procurei então o agente penitenciário que também se encontrava em escolta, sem hora definida para o retorno. Sendo assim, consegui então concluir a entrevista que eu já havia iniciado em outra ocasião com a assistente social das galerias C e D.

12ª Visita: 28/05/2019 das 14:00 às 17:20 horas – Terça-feira

Ao chegar ao presídio, avistei o médico que eu ainda não havia entrevistado. Aguardei que finalizasse suas atividades e ao me apresentar fui informada por ele que teria somente 10 minutos para explicar o projeto. O médico ouviu a proposta, fez algumas perguntas sobre ele mas informou não poder participar da pesquisa por não ter tempo disponível, já que segundo o mesmo, cumpre duas horas semanais de trabalho sendo que o restante do tempo é dividido

entre suas atividades de médico perito do INSS e seu consultório particular. Procurei então novamente o agente penitenciário e desta vez tive sucesso, ele me recebeu e conseguimos realizar o preenchimento de todo o questionário. Durante a entrevista, demonstrou interesse em todas as atividades relacionadas à saúde como também um grande interesse em participar da pesquisa.

Informei aos integrantes da equipe que havíamos conseguido uma sala no UNISC para desenvolver as oficinas que iniciariam dia 05/06 à tarde, mas que após confirmação de salas e datas, seriam informados com mais precisão.

Dia 29 de maio à tarde a enfermeira e eu fomos conversar com a Coordenadora da Atenção primária de Santa Cruz do Sul. Passei várias informações referentes ao andamento do mestrado, possibilidade de datas para as oficinas e liberação da equipe de saúde. Conversamos também sobre algumas particularidades do presídio como transporte, necessidade de estagiário de enfermagem e necessidade de um maior aporte de atendimento médico em saúde mental. A coordenadora cogitou a possibilidade do CAPS realizar matriciamento com a equipe do presídio, o que parecia ser uma solução eficaz. Também foi solicitado o preenchimento do termo de cedência do computador da prefeitura para a SUSEPE para viabilizar o registro dos atendimentos no fly dentro do presídio, já que o único computador da equipe encontra-se no conserto a quase 30 dias.

Na sexta-feira, 21/05, o diretor do presídio solicitou por e-mail que as oficinas fossem realizadas na sala de aula do presídio, pois acha inviável retirar toda a equipe do local em um dia de visita. A decisão foi acatada e todos os envolvidos comunicados.

Na segunda-feira, 03/06, fui comunicada pela auxiliar de odontologia e pela enfermeira que os integrantes da equipe vinculados SUSEPE estariam em um evento em Porto Alegre na quarta-feira dia 05/06, data de início das oficinas. Em posse desta informação reagendei então a mesma para a próxima quarta, 12/06 e comunico novamente todos os envolvidos.

1° OFICINA – AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: 12/06/2019 das 13:00 às 17:00
horas - Quarta-feira

A oficina iniciou com 30 minutos de atraso, na sala de aula da galeria C e D do bloco masculino. Participaram da oficina os integrantes da saúde que responderam ao questionário de pré-intervenção (somente o médico chegou no início da última tarefa por estar atendendo em outra UBS), o agente penitenciário e a professora orientadora. Iniciamos com a apresentação da proposta da planificação e objetivos da primeira oficina com apresentação em Power point. A atividade foi dialogada com os participantes e após, foi passado um vídeo do CONASS sobre a implantação da planificação da saúde no Brasil e seus avanços.

Após esta etapa, foi lida parte do texto proposto pela oficina que intitulado como “As redes de atenção à saúde”, onde cada integrante lia uma parte e os assuntos eram discutidos em grupo após passar para o parágrafo adiante. Como o texto era muito longo, o texto foi lido e discutido até o item 5.2 e o restante foi explicado por mim de forma mais sucinta, já que os participantes demonstravam cansaço naquele momento.

Foi realizado um breve intervalo e retornamos as atividades com o grupo subdividido em 2 e foram entregues reportagens sobre a situação de saúde nas prisões brasileiras, principalmente do Rio de Janeiro e um roteiro de perguntas para serem discutidas em pequeno grupo.

Devido ao avançar da hora e a necessidade de sairmos do local juntos e antes do término do horário de visitas, o debate em grande grupo ficou transferido para a próxima oficina, agendada para a próxima quarta-feira, 19/06.

Houve participação ativa de todos os integrantes em todas as atividades propostas, e em vários momentos, as situações apresentadas eram comparadas à realidade do cotidiano de trabalho dos integrantes.

A oficina 2 proposta para ser realizada dia 19/02 foi cancelada a pedido do diretor do presídio que considerou o dia inapropriado para a atividade, pois seria véspera de feriadão, o que aumenta a carga de atividades da equipe de saúde nesta véspera. Foi transferida então para a próxima quarta-feira, dia 26 de junho.

2° OFICINA – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: 26/06/2019 das 13:00 às 17: horas

Quarta-feira

A segunda oficina iniciou com quase 1 hora de atraso, pois a sala de aula utilizada para a atividade estava bastante suja, devido a uma festa de São João ocorrida no dia anterior. As tomadas da sala de aula também não estavam funcionando, ocasionadas por um problema elétrico do presídio. Um dos presos conseguiu fazer a instalação através de duas extensões em uma tomada que ficava no interior das galerias C e D. Não compareceram a oficina os psicólogos e assistentes sociais que estavam, a pedido da juíza criminal, realizando levantamento de apenados com questões judiciais pendentes, que tinha prazo de entrega curto e teriam que ser realizadas naquele momento. Uma das assistentes sociais continua de licença saúde, mas os demais integrantes participaram do trabalho.

O início ocorreu em torno das 14:00 horas e foi primeiramente passado um trecho de um vídeo do canal da saúde da FIOCRUZ, de 2017, sobre a saúde nos presídios, com o objetivo de retomar os debates do último encontro. Após, foi dado um tempo para releitura dos noticiários e então, as perguntas relacionadas à atividade começaram a ser lidas e

debatidas, uma a uma, pelos integrantes da equipe. Houve muitos momentos de comparação das atividades realizadas pelos presídios do interior do estado, do país e do presídio de Santa Cruz, sempre com a equipe enfatizando as melhores condições que eram encontradas ali em relação as outras instituições. Por alguns momentos, a discussão ficou bem acirrada entre o agente penitenciário e a aux. de saúde bucal que defendiam seus pontos de vista em relação aos problemas encontrados para a oferta adequada de serviços de saúde no sistema prisional, demonstrando (segundo discutido pela própria equipe) o desconhecimento e a segregação que há entre a equipe de saúde e de segurança da instituição. O debate assumiu uma proporção e um tempo maior que o previsto, e foi bastante difícil a intervenção na discussão. Visando uma pausa na discussão que ainda se estendia, todos os participantes da oficina foram chamados para um intervalo das atividades, possibilitando então dar início ao conteúdo da segunda oficina. A mesma iniciou somente às 15:30 horas, quando foi passada a apresentação do conteúdo e a discussão do tema. O agente penitenciário não participou desta parte alegando ter que retornar as suas atividades devido ao pouco efetivo no presídio. A enfermeira também foi chamada por vários momentos para resolver questões externas as oficinas, não conseguindo participar ativamente das mesmas. O ponto mais polêmico desta atividade foi a apresentação das EABp previstas em lei e em qual estavam encaixados. A equipe questionou muito o papel da prefeitura e SUSEPE (sobre seu não comprometimento) com a manutenção de profissionais exigidos e no cumprimento da carga horária mínima por categoria prevista na portaria.

A segunda parte da oficina, sobre o trabalho em equipe, não foi nem mesmo iniciada, devido ao pouco tempo ainda disponível naquela tarde. A única tarefa realizada foi a dinâmica da caixa de bombons, que rendeu muitas brincadeiras e risadas, descontraindo o grupo no final dos trabalhos.

Em seguida, me dirigi à unidade de saúde, pois a enfermeira havia pedido carona para o centro da cidade. Neste momento, me deparei com a solicitação de atendimento para um preso que estava passando mal na cela. O mesmo foi trazido à enfermaria, avaliado e medicado para a febre. A enfermeira, a dentista e o aux. de enfermagem prestaram o atendimento, fizeram contato com o médico e aguardaram até a melhora dos sintomas. Retornei sem poder dar a carona que havia me comprometido devido ao avançado da hora.

Apontamento do dia: a dentista da SUSEPE, que trabalha há mais de 5 anos no local, sobe em uma cadeira para ver como é a disposição das galerias C e D, pois não tinha ideia de como é a planta (ou território) da instituição que trabalha.

A oficina previamente agendada para o dia 3 de julho foi desmarcada por mim, pois acompanhava meu pai em uma internação hospitalar em Lajeado. Na sequência, a atividade que eu também participaria dia 4 de julho no presídio foi cancelada devido ao falecimento da mãe da enfermeira.

Novamente no dia 10 de julho a oficina foi cancelada pois a enfermeira e uma das cirurgiãs dentista não estaria presente. Nesta tarde, fui até o presídio realizar a atividade de tutoria. Conversamos (poucos membros da equipe) sobre o território e sobre o acesso dos apenados ao serviço de saúde. Discutimos sobre a ficha de acolhimento proposta no final da segunda oficina e solicitada a colaboração da equipe para o seu aprimoramento. Foi solicitado por mim que a equipe guardasse as fichas de triagem para que fosse possível realizar este levantamento.

15° Visita: 10 de julho de 2019 das 14:00 às 17: horas – Quarta-feira

Fui ao presídio para realizar a atividade de tutoria, já que não era possível cumprir o programa das oficinas. Chegando lá, conversei primeiro com a equipe de saúde vinculada a SUSEPE (4 integrantes) que estavam reunidos em uma sala. Conversamos sobre as atividades da última oficina que eles não haviam participado, sobre a repercussão que ocasionou o episódio entre a aux. de saúde bucal e o agente penitenciário no último dia de oficina e o levantamento de dados necessários para o desenvolvimento da próxima oficina. Ficou decidido que as mesmas serão agendadas a partir de 06/08 até a última quarta-feira do mês, já que alguns integrantes do projeto estariam de férias durante o mês de julho.

Após, conversei com o auxiliar de enfermagem e a auxiliar de saúde bucal, em uma sala separada da enfermaria sem a presença dos técnicos da SUSEPE, que me relataram as dificuldades de fazer com a segurança se mobilize com as questões da saúde e que a coordenação chamou a atenção da auxiliar de saúde bucal em relação ao ocorrido com o agente penitenciário na última oficina. Conversamos sobre a coleta de dados para a próxima oficina e organizações administrativas possíveis de serem realizadas no serviço. O aux. de enfermagem também me mostrou todos os registros de pacientes crônicos disponíveis no momento na UBSp.

No final, fomos todos juntos tomar o café da tarde e conversei brevemente com o médico da equipe que participa do projeto, sobre o andamento das oficinas.

16° visita: 17 de julho de 2019 das 13:30 às 17:00 horas – Quarta-feira

Realizei mais uma visita para desenvolver atividade de tutoria, porém só é possível conversar com os integrantes da equipe, individualmente, pois não há reunião de equipe estipulada ou organização para atividades em grupo.

Neste dia a enfermeira, o técnico de enf., a aux. de odontologia e o psicólogo estavam resolvendo um caso complicado de um preso que apresentava um grave problema mental, o que poderia levá-lo a uma discussão e briga dentro da galeria. Segundo o psicólogo, o paciente foi ameaçado de morte se não dormisse naquela noite novamente.

Sobre as oficinas, combinamos em catalogar as fichas de solicitação de consultas para desenvolver um artigo que poderia ser submetido à mostra de saúde prisional que ocorrerá em outubro. Solicitei, também, que as informações demográficas, sociais e de saúde fossem levadas para a próxima oficina, onde será trabalhada a vigilância e o território de saúde. Combinei com a equipe o retorno das atividades para o dia 6 de agosto e a realização de uma oficina por semana até o seu término.

3° OFICINA: TERRITÓRIO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE: 06/08/2019 das 13:00 às
17:00 horas – Quarta-feira

A oficina iniciou com 40 minutos de atraso, pois os trabalhadores estavam finalizando suas atividades. Ao tentar instalar o Datashow, percebi que nenhuma tomada da sala de aula estava funcionando. Com ajuda da psicóloga, solicitamos a um preso que ligasse a extensão na tomada localizada dentro da primeira cela da galeria C, a mais próxima do local da aula. O médico da equipe vinculado ao projeto solicitou demissão, indo trabalhar em outro município. O aux. de enfermagem não participou da parte teórica da oficina porque teve que auxiliar o outro médico nos atendimentos programados para aquela tarde. O agente penitenciário não compareceu à oficina, apesar de estar presente no trabalho naquele dia.

Inicialmente foi trabalhada a parte teórica de definição do território e da vigilância em saúde e suas subdivisões. Foram explicadas a função de cada uma e a aplicabilidade nos territórios de saúde. Foram debatidos vários assuntos relacionados ao tema abordado dentro do município. No segundo momento da aula, foi solicitado ao grupo que montasse, com material levado para a oficina, um mapa ou maquete do território, identificando as galerias, anexos, salas administrativas, cozinha, pátios e demais dependências. Logo após esta etapa, as áreas de risco para a saúde deveriam ser sinalizadas e as galerias deveriam ser identificadas com o número de presos, perfil sócio demográfico e quantidade de portadores de doenças crônicas existentes em cada setor (diabetes, hipertensão, HIV/AIDS, tuberculose, sífilis e hepatites). Se possível, foi solicitado também a identificação das condições e acesso a colchões, material de higiene, roupas adequadas e outras informações que julgassem importantes. A opção do grupo foi de construir uma maquete e foram trazidos vários materiais disponíveis no presídio para confecção do mesmo. A primeira grande dúvida foi a disposição das galerias e anexos, demonstrando que vários integrantes da equipe desconheciam a

configuração do território sob suas responsabilidades. Até o final da tarde não foi possível concluir o trabalho, que ficou como tema de casa para a equipe.

Durante a oficina a equipe relatou terem recebido 57 presos transferidos do presídio de Rio Pardo que foram triados (todos eles) no dia que chegaram no presídio regional. Nos dois turnos conseguiram concluir a atividade, porém relataram que devido montante realizado, não foi possível desenvolvê-lo com qualidade e sigilo, o que dificultou a resposta correta para várias perguntas sobre saúde realizadas aos presos pela equipe. Foram também realizados testes rápidos e verificada a utilização de medicações de uso contínuo. Relataram também não terem dado segmento às aulas de saúde nas salas de aula para detentos e sobre as dificuldades que existem para programar as atividades, pois a triagem ou acolhimento não foi realizada em outros presos conforme desejado pela equipe. As cirurgiãs dentistas informaram que continuam realizando os atendimentos ainda com o pessoal da cozinha e a enfermagem continua cadastrando doentes crônicos (hipertensos e diabéticos principalmente) e suas respectivas medicações em uso.

4° OFICINA: EVENTOS CRÔNICOS E CONDIÇÕES AGUDAS NA APS:

14/08/2019, das 13:00 às 17:00 horas – Quarta-feira

As atividades da quarta oficina contaram com a presença de todos os integrantes da equipe de saúde, porém o agente penitenciário não compareceu novamente. Iniciamos a oficina assistindo a um vídeo, saúde na estrada, gravado em janeiro de 2018, que fala sobre o contexto prisional brasileiro, a PNAISSP e a dificuldade de levar saúde integral e de qualidade para dentro das instituições penais. O vídeo ressalta a função da equipe de saúde como “atenção básica” do território, devendo esta desenvolver todas as atividades previstas no PNAB. Após, foi passada a apresentação referente ao tema da oficina que é a organização dos eventos agudos e condições crônicas na APS. No final desta etapa, foram apresentadas as notas técnicas sobre hipertensão e diabetes lançadas em agosto de 2018 aqui no estado que visa organizar o acesso e padronizar o atendimento dos usuários do SUS referente a estas duas patologias. O assunto por ser extenso e bastante técnico, trouxe um certo desconforto para alguns integrantes da equipe que inclusive relataram não ser possível utilizá-los no contexto prisional que possui uma população jovem e muito flutuante.

Conversamos então sobre a qualidade que esta ação pode dar ao trabalho realizado, mas chegamos a conclusão de que realmente é importante primeiro identificar os crônicos da instituição (cadastro que começou a ser realizado a pouco tempo) para após iniciar a classificação de risco.

Não foi passado caso clínico como atividade prática complementar para que os funcionários pudessem primeiro se apropriar do assunto, já que a maioria dos participantes não conhece e trabalha com a clínica destas doenças. Como atividade de encerramento, assistimos ao restante do vídeo saúde na estrada que apresentou o sistema de saúde do município de Franco da Rocha, em São Paulo, que tem um dos melhores serviços de APS prisional do nosso país.

Frase do dia dita pelo aux. de enfermagem: “quando vamos resolver qualquer problema de serviço na rua, como buscar medicação na farmácia, somos tratados de maneira diferente, com preconceito, como se fossemos presidiários”.

5° OFICINA: ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA APS: 21/08/2019, das 13:00 às 17:00 horas – Quarta-feira

A oficina iniciou às 13:30 com a presença de todos os participantes da equipe de saúde, a co-orientadora do projeto e a uma das farmacêuticas do Hospital Santa Cruz, aluna do mestrado em Promoção da Saúde. O agente penitenciário novamente não participou da atividade. Inicialmente, após uma rodada de apresentações, foram passados os slides referentes à oficina, proporcionando em vários momentos debates entre a equipe e a farmacêutica, sobre legislação, interações medicamentosas, organização da assistência farmacêutica entre outros. Após a apresentação expositiva dialogada, vários debates relacionados a logística farmacêutica foram discutidos entre a equipe, a convidada e a co-orientadora da pesquisa. Ficou acordado que a farmacêutica do município virá à unidade de saúde dia 04/09 para auxiliar na atividade de tutoria, que deverá unir o conhecimento teórico à prática vivenciada pelos profissionais e possíveis melhorias.

Após um breve intervalo, iniciamos a debater o assunto que não foi trabalhado na oficina 2 por falta de tempo, que foi o Trabalho em Equipe. Realizamos técnica de grupo para interação dos profissionais, aula expositiva dialogada e um vídeo sobre as diferenças de trabalho em equipe e grupo. Houve participação ativa de todos os integrantes, possibilitando a interação adequada ao trabalho realizado.

Por solicitação do grupo, a sexta oficina foi transferida para o dia 04/09, permitindo a participação de todos os integrantes da equipe.

20° Visita: 22 de agosto de 2019 das 09:30 às 12:00 horas – Quinta-feira

Neste dia fui ao presídio para iniciar o levantamento da demanda de atendimento dos presidiários através da organização e contagem das fichas encaminhadas às galerias diariamente para solicitação de alguma demanda (verificação de perfil de demanda). Foi

possível fazer a separação das fichas para atendimento médico e realizar a contagem de 2 a 16 de maio.

21° Visita: 26 de agosto de 2019 das 09:00 às 11:30 horas – Segunda-feira

Retornei ao presídio para dar continuidade ao trabalho de organização do perfil de demanda. Finalizei a tabulação dos dados até o final de maio. Organizei e digitei as fichas da odontologia, as médicas e as de enfermagem dos meses de junho e julho, já que os integrantes da equipe não dispunham de tempo para auxiliar nesta tarefa.

22° Visita: 28 de agosto de 2019 das 14:00 às 17:00 horas – Quarta-feira

Realizei a organização e registro das fichas de atendimento do mês de agosto. Neste dia propus retomarmos à maquete do território que não havia sido finalizada, porém a equipe estava com outros afazeres e não conseguiu ajudar. O psicólogo me forneceu a planta e o levantamento sócio demográfico do último semestre e o aux. de enfermagem foi me repassando dados referentes aos pacientes crônicos de cada galeria para completar a atividade.

A maquete foi toda refeita com um material de tamanho mais proporcional, todas as salas, anexos e galerias foram identificadas e foi iniciada a organização dos crônicos, que não pode ser concluída por falta de tempo.

6° OFICINA: AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO NA APS: 04/09/2019, das 13:00
às 17:00 horas – Quarta-feira

Na última oficina, conversamos sobre a avaliação e monitoramento das atividades propostas na unidade. Foi passada uma apresentação teórica sobre o assunto e propostas de exercícios que foram aplicados com a equipe. Foram também apresentados os bancos de dados disponíveis com informações sobre as unidades de saúde, serviços e dados epidemiológicos que podem ser utilizados para desenvolver as ações. A co-orientadora participou ativamente das atividades neste dia.

A farmacêutica integrante da equipe do NASF da SMS também foi convidada e participou de uma parte do encontro, tirando dúvidas e propondo, em conjunto com a equipe, soluções para as demandas da assistência farmacêutica vivenciadas pela equipe.

Após um breve intervalo, foi realizada uma avaliação anônima escrita das oficinas aplicadas.

No dia 12 de setembro, participei da atividade relacionada ao dia do agente penitenciário, um evento intersetorial proporcionado pela equipe de saúde aos trabalhadores da instituição. Neste evento, atualizei as carteiras de vacinação da equipe de segurança e saúde do presídio ofertando e aplicando doses das vacinas contra hepatite B, tríplice viral, febre amarela e dupla adulto, conforme histórico vacinal apresentado.

A aplicação do questionário de pós intervenção iniciou no dia 18 de setembro, sendo realizada uma entrevista por turno de trabalho naquele dia. Retornei dia 30/09 ao presídio e 01/10 (na delegacia) à tarde, aplicando 1 entrevista por visita. No dia 2 de outubro foram aplicadas 3 entrevistas nos dois turnos de trabalho sendo finalizados no dia 3, pela manhã, quando as duas últimas servidoras foram entrevistadas. Esta última etapa foi mais curta, pois além dos funcionários terem sido mais objetivos nas suas respostas, haviam dois servidores a menos para aplicar a etapa final da pesquisa.

CAPÍTULO VI

REFERÊNCIAS

BARSANGHINI, R. Do Plano à Política de Saúde no Sistema Prisional: diferenças, avanços, limites e desafios. *PHYSIS Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1429-1439, 2016. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000401429> Acesso em 20 de janeiro de 2020.

BRASIL. Conselho nacional de Justiça. Dados das Inspeções dos Estabelecimentos Penais. Fonte: relatório Mensal do Cadastro Nacional de Inspeções nos Estabelecimentos Penais (CINIEP). Brasília, 2019a. Disponível em: < http://www.cnj.jus.br/inspecao_penal/mapa.php>. Acesso em 3 de janeiro de 2020.

_____. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. *Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias*. Atualização – Junho de 2017. Organização Marcos Vinícius Moura [Internet]. Brasília, 2019b. Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen/relatorios-sinteticos/infopen-jun-2017-rev-12072019-0721.pdf>. Acesso em 28 de dezembro de 2019.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional da Atenção Básica*. Brasília: Ministério da saúde, 2017a.

_____. Conselho Nacional dos Secretários da Saúde. Planificação da atenção à saúde – uma proposta de gestão e organização da atenção primária à saúde e da atenção ambulatorial especializada nas redes de atenção à saúde. *Revista Cosemsus*. 20° ed. Brasília: 2017b. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/consensus/planificacao-da-atencao-saude-uma-proposta-de-gestao-e-organizacao-da-atencao-primaria-saude-e-da-atencao-ambulatorial-especializada-nas-redes-de-atencao-saude/>>. Acesso em 15 de dezembro de 2020.

_____. Conselho Nacional dos Secretários da Saúde. *A atenção primária e as redes de atenção à saúde*. Brasília: CONASS, 2015.

_____. Ministério da Saúde. *Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)*. Brasília, Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnaisp.php>>. Acesso em: 15 de novembro de 2019.

_____. Ministério da Saúde. *Redes de atenção à saúde no sistema único de saúde. Guia do Participante*. Brasília: Ministério da saúde, 2012.

_____. Casa civil. Decreto n. 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. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, p. 1, 29 de junho de 2011a. Seção 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em 06 de dezembro de 2019.

CARVALHO, Sérgio Rezende. O movimento da saúde coletiva no Brasil. In _____-*Saúde coletiva e promoção da saúde: Sujeito e mudanças*. São Paulo: HUCITEC, 2005, p. 95-110.

CELANI, Gabriela. Espaços para a prática da interdisciplinaridade: laboratórios de fabricação digital na pesquisa, ensino e extensão. In: PHILIPPI, A. J.; FERNANDES, V. De (org). *Práticas de Interdisciplinaridade no Ensino e Pesquisa*. São Paulo: Ed. MANOLE, 2015. p. 747-763.

COSTA, Ana Maria. Por uma Atenção Básica para o SUS. *Revista Divulgação Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 51, p. 4-7, out. 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/publicacao/revista-divulgacao-em-saude-para-debate-no51-atencao-basica-construindo-a-base-da-integridade/>>. Acesso em 28 de outubro de 2019.

SCOREL, S. et al. O programa da saúde pública e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/rpsp/2007.v21n2-3/164-176/pt>>. Acesso em 1 de novembro de 2019.

FARIA, José Henrique. Epistemologia crítica, epistemologia e interdisciplinaridade. In: PHILIPPI, A. J.; FERNANDES, V. de (org). *Práticas de Interdisciplinaridade no Ensino e Pesquisa*. São Paulo: Ed. MANOLE, 2015. p. 91-136.

FREITAS, R. S. et al. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional: uma análise do seu processo de formulação e implementação. *Revista de Políticas Públicas*, São Luís, v. 20, n. 1, p. 171-184, jan/jun. 2016. Disponível em: < <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/5043>>. Acesso em 20 de outubro de 2019.

HARZHEIN, E.; MENDONÇA, C. S. Estratégia de Saúde da Família. In DUNCAN B. B. et al. *Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em evidências*. 4° ed. Porto Alegre: ARTMED, 2013, p. 32-42.

JOB NETO, Francisco et al. Health morbidity in Brazilian prisons: a time trends study from national databases. *BMJ Open*. UK v. 9, n. 5, maio de 2019. Disponível em: <<https://bmjopen.bmj.com/content/9/5/e026853> >. Acesso em 18 de maio de 2019.

LAPÃO, L. V. et al. Atenção primária à Saúde na coordenação das Redes de Atenção à Saúde no Rio de Janeiro, Brasil e na região de Lisboa, Portugal. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 713-723, março de 2017. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csc/2017.v22n3/713-724>>. Acesso em 15 de novembro de 2019.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Revista Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902011000400005&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 4 de outubro de 2019.

LOPES, M. S. V. et al. Análise do conceito de promoção da saúde. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 461-468, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a07v19n3.pdf>>. Acesso em 15 de outubro de 2019.

LUZ, Madel Therezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “Transição Democrática”- Anos 80. *Revista Physis*, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/physis/1991.v1n1/77-96/pt>>. Acesso em 15 de maio de 2019.

MALTA, D. C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4341-4346, novembro de 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104341>. Acesso em 10 de novembro de 2019.

MENDES. Eugênio Vilaça. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 431-436, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000200431&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 15 de novembro de 2019.

MENDES, Eugênio Vilaça. *A Construção Social da Atenção Primária à Saúde*. Brasília: Conselho Nacional dos Secretários da Saúde – CONASS, 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Revista Estudos Avançados*. São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23/06/2018>. Acessado em 13 de outubro de 2019.

MENDES. Eugênio Vilaça. *As redes de atenção à saúde*. 2° ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENICUCCI, T. M. G.; COSTA, L. A.; MACHADO, J. A. Pacto pela saúde: aproximação e colisões na arena federativa. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 23, n.1, p. 29-40, janeiro de 2018. Disponível em: < <https://www.scielo.org/pdf/csc/2018.v23n1/29-40/pt>>. Acessado em: 6 de outubro de 2019.

MINAYO, M. C. S.; RIBEIRO, A. P. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2031-2040, julho de 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n7/1413-8123-csc-21-07-2031.pdf>>. Acesso em 20 de outubro de 2019.

MOREIRA, Tiago Ricardo et al. Prevalência da tuberculose na População Privada de Liberdade: revisão sistemática e metanálise. *Revista Pan Americana de Saude Publica*. Washington. V. 43, n. 16, p. 1-9, jan. 2019. Disponível em: < <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2019.v43/e16/pt>>. Acesso em 20 de junho de 2019.

NORONHA, J. C. et al. The future of the Brazilian Health System: a short review of the pathways towards an uncertain and discouraging horizon. *Revista Ciência & saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 2052-2060, Juno 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n6/2051-2059/en/>>. Acesso em 12 de novembro de 2019.

OLIVEIRA, A; KRÜGER, T. R. Trinta anos da Constituição Federal e a participação social

no SUS. *Revista Argumentum*. Vitória, v. 10, n. 1, p. 57-71, jan/abr 2018. Disponível em: <<http://www.publicacoes.ufes.br/argumentum/article/view/18621/13181>>. Acesso em: 4 de outubro de 2019.

ORNELL, F. et al. Sistema penal & Violência. *Revista Eletrônica da faculdade de Direito*. v.8, n. 1, p. 107-121. Porto Alegre: PUCRS, 2016. Disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/sistemapenaleviolencia>. Acesso em 15 de outubro de 2019.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (Org). *Saúde coletiva: teoria e prática*. 1.ed. –Rio de janeiro: MEDBOOK, 2014.

PAIM, J. S. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*. v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, may, 2011. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/18316/2/The%20Brazilian_Celia%20Almeida_2011.pdf>. Acesso em 1 de setembro de 2019.

PAIM, Jairnilson Silva. *Reforma Sanitária Brasileira: a contribuição para a compreensão crítica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf>>. Acesso em 2 de setembro de 2019.

PUSTAI, O. J; FALK, J. W. O Sistema de saúde no Brasil. In.: DUNCAN, B. B. et al. *Medicina ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseada em Evidências*. 4° edição. Porto Alegre: ARTMED, 2013, p. 10-18.

RAYNAUT, Claude. Dicotomia entre ser humano e natureza: paradigma fundador do pensamento científico. In: PHILIPPI, A. J.; FERNANDES, V. de (org). *Práticas de Interdisciplinaridade no Ensino e Pesquisa*. São Paulo: Ed. MANOLE, 2015, p. 3-36.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Atenção básica do RS. *Planificação da Rede de Atenção à Saúde*, 2019a. Disponível em: <<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/planificacao-da-rede-de-atencao-a-saude>>. Acesso em 20 de dezembro de 2019.

_____. Secretaria Estadual da Saúde. Saúde prisional. *Apresenta informações gerais sobre a Política de Saúde Prisional*, 2019b. Disponível em: < <https://saude.rs.gov.br/saude-prisional>>. Acesso em 18 de dezembro de 2019.

_____. Superintendência de Serviços Penitenciários. *Presídios – Delegacias Regionais*, 2019c. Disponível em:< http://www.susepe.rs.gov.br/conteudo.php?cod_menu=7>. Acesso em 15 de dezembro de 2019.

_____. Secretaria Estadual da Saúde. *Plano Estadual de Saúde 2016-2019*. 1. ed. Porto Alegre, 2016.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: A construção de um novo modelo de assistência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. São Paulo, v.13, n. 6, p. 1027-1034, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600016>.

Acesso em 4 de outubro de 2019.

SILVA, P F. A. da; BAPTISTA, T. W. de F. Política nacional de Promoção em Saúde: texto e contexto de uma política. *Revista Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 39, n. spe, p. 91-104, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000500091&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 5 de setembro de 2019.

STARFIELD, B.; SHI, L., MACINKO, J. Contributions of primary care to health systems and health. *Journal The Milbank Quaterly*. New York, v. 83, n. 3, p. 457-502, Juno, 2014. Disponível em: <<https://www.jstor.org/stable/30045625>>. Acesso em 30 de setembro de 2019.

STARFIELD. Bárbara. Atenção primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da saúde, 2001. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>>. Acesso em 30 de setembro de 2019.

STINGER, F. L. et al. No universal health coverage without primary health care. *The Lancet*, v. 387, n. 100030, p. 1811, 2016. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)30315-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30315-4/fulltext)>. Acesso em 30 de setembro de 2019.

SCHULTZ, A. L. V. et al. Saúde no Sistema Prisional: um estudo da legislação brasileira. *Revista Argumentum*. v. 9, n. 2, p. 92-107. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/15380/11898>>. Acesso em 15 de outubro de 2019.

TURCI, M. A.; COSTA, M. F. L.; MACINKO, J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação dos gestores e enfermeiros. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 31, n. 9, p. 1941-1952, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2015000901941&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 10 de setembro de 2019.

WALMSLEY, Roy. World Prison Population List, 41th edn., International Centre for Prison Studies, 2017. Disponível em: <http://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/world_prison_population_list_11th_edition_0.pdf>. Acesso em 18 de outubro de 2019.

WHO. World Health Organizations. *Health in prisons: fact sheets for 38 European countries*. Denmark: Regional Office for Europe, 2018. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/397915/Health_in_prisons_report_online.pdf?ua=1>. Acesso em 15 de outubro de 2019.

WHO. World Health Organization. *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*. Copenhagen: Organization Regional Office for Europe, 2007. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf>. Acesso em 18 de outubro de 2019.

CAPÍTULO VII

Roteiro técnico de readequação e elaboração das Oficinas de Planificação às Redes de Atenção

A proposta de capacitar trabalhadores da saúde por meio de oficinas levou o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASS), em 2011, a publicação da Planificação à Saúde dos Estados. Este importante documento foi difundido após a implantação de um projeto piloto no município de Tauá, no Ceará, que trouxe resultados animadores sobre a qualificação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) municipal, promovendo a satisfação dos trabalhadores da saúde como também da população atendida. A partir de então, a planificação foi sendo introduzida aos estados que por sua vez, realizaram modificações na estrutura das oficinas, visando adequar os conteúdos e carga horária às necessidades locais.

Originalmente, as oficinas foram organizadas pelo CONASS para serem realizadas por um período de 2 anos, através de 11 encontros, com frequência bimestral e carga horária de 16 horas por encontro (2 dias de oficina a cada 2 meses). No estado do Rio Grande do Sul (RS) as oficinas de planificação foram denominadas de Planificação da Atenção Primária à Saúde e sua implementação iniciou em alguns municípios pertencentes a quarta Coordenadoria Regional de Saúde. A Secretaria de Saúde do Estado do RS reorganizou os temas através do agrupamento de assuntos afins e lançou a proposta de planificação em 6 oficinas, de frequência mensal, com carga horária de 8 horas diárias além da implementação de instrutivos para realização de atividades extras, chamadas tutorias ou dispersão, que proporcionam a aplicação prática *in loco* dos conteúdos abordados em aula.

A planificação visa instrumentalizar gestores e equipes de saúde por meio da problematização de atividades práticas do cotidiano, debatidas em equipe, na busca de soluções factíveis ao serviço de saúde. O embasamento teórico, o uso de protocolos e diretrizes clínicas qualificam e direcionam as ações trazendo mais clareza aos profissionais e qualidade aos serviços. A percepção de aumento de autonomia e resolubilidade da equipe agregada a realização profissional torna-o em um efetivo espaço de construir saúde, através da organização da assistência e garantia à efetivação dos atributos essenciais e derivados da atenção básica à organização dos serviços.

Em 2019 a planificação no estado do Rio Grande do Sul recebeu nova denominação, a Planificação das Redes de Atenção, onde ocorreram também algumas mudanças na ordem das oficinas e atualização de alguns conteúdos.

A dissertação de mestrado de uma aluna do Programa de Pós-Graduação de Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul teve como objetivo principal implementar a planificação às redes de atenção a uma equipe de atenção básica do sistema prisional. Com a finalidade de agregar conhecimento, debates e melhorias nas condições de trabalho da equipe por meio das oficinas, foram necessárias o cumprimento de algumas etapas prévias ao projeto de intervenção. A proposta inovadora, ainda não adaptada às peculiaridades vivenciadas por trabalhadores responsáveis por uma população adscrita privada do direito de ir e vir, foi ajustada à realidade local, visto que estes trabalhadores vivenciam etapas de atendimento aos seus usuários não demandados aos demais trabalhadores da AB tradicional.

Para tanto, a implantação efetiva do projeto piloto das oficinas de planificação a uma equipe de saúde do sistema prisional foi precedida de uma leitura aprofundada e crítica do material organizado e publicado pelo CONASS e pela Secretaria de Saúde do Estado. Agregada a esta ação, percebeu-se a necessidade da imersão na rotina da equipe por meio do acompanhamento do trabalho desenvolvido por cada integrante, em relação às atividades específicas ao contexto prisional e as maneiras que a equipe se organizou para atendê-las. Através deste recurso, foi possível vivenciar a rotina de trabalho, a interação da equipe de saúde e sua relação com a segurança, justiça e com a Secretaria de Saúde Municipal, possibilitando também a avaliação da RAS neste contexto.

Após a etapa de imersão, foi realizada uma entrevista contendo 75 perguntas objetivas (que permitiam explicar de forma discursiva o tema abordado) e uma pergunta discursiva, que teve como objetivo conhecer a unidade, a equipe de saúde, os serviços ofertados à população do território de abrangência, os processos de trabalho, fluxos, rotinas sob a ótica de cada trabalhador. As percepções relatadas sobre o trabalho desenvolvido pela equipe e a efetividade destas ações foi fundamental para o entendimento das necessidades do local.

Com o objetivo de adequar a programação e não prejudicar o andamento das atividades programadas pela equipe, as oficinas que originalmente estendiam-se por 8 horas de trabalho por encontro foram reduzidas para 4 horas/encontro. Com isso, houve a necessidade de sintetizar os conteúdos teóricos e proporcionar que os momentos de discussão e exercícios práticos estivessem em consonância com o trabalho realizado no local, proporcionando assim reflexões e tomadas de decisões que impactassem no trabalho desenvolvido por estes.

Os assuntos abordados em cada etapa e o objetivo principal de cada uma encontra-se listado no Quadro 1. O cronograma de execução das atividades não foi seguido em todas as etapas, sendo reorganizado para cada encontro, conforme evolução das atividades e interesse

do grupo. Foram incluídos no final dos cronogramas de aula, os anexos produzidos nos encontros destinados às atividades de dispersão.

Quadro 1: Oficinas de Planificação da Rede de Atenção à Saúde

Período	Tema da oficina	Objetivo
1° encontro	Redes de Atenção à Saúde	Analisar a importância da organização dos sistemas de saúde em redes de atenção.
2° encontro	Atenção Primária à Saúde	Compreender e analisar os principais fundamentos para a organização do acesso e qualificação da atenção primária à saúde.
3° encontro	Vigilância em saúde e Território	Identificar e integrar ações de vigilância em saúde no território da instituição. Conhecer perfil epidemiológico da população adscrita.
4° encontro	Organização da atenção dos eventos agudos e condições crônicas na atenção primária à saúde.	Analisar modelos de atenção e os macroprocessos para a organização da atenção aos eventos agudos e condições crônicas na atenção primária à saúde.
5° encontro	Assistência Farmacêutica na atenção primária à saúde.	Desenvolver estratégias de organização e integração da assistência farmacêutica na atenção primária à saúde.
6° encontro	Monitoramento e avaliação na atenção primária à saúde.	Compreender os fundamentos sobre monitoramento e avaliação. Reconhecer a importância do monitoramento e avaliação das ações de saúde na atenção primária à saúde.

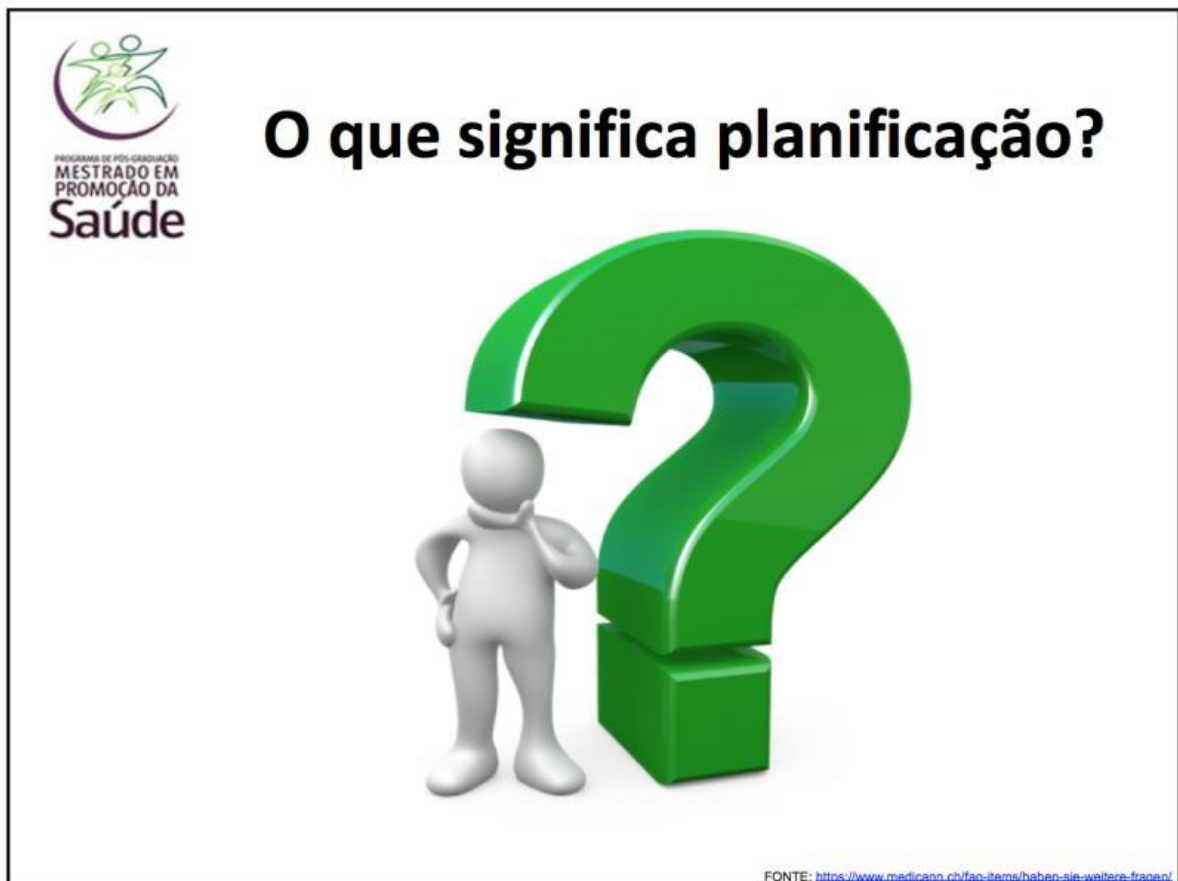
FONTE: Adaptado das Oficinas de Planificação das Redes de Atenção do estado do Rio Grande do Sul, 2019.


CORNOGRAMA DA OFICINA 1

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

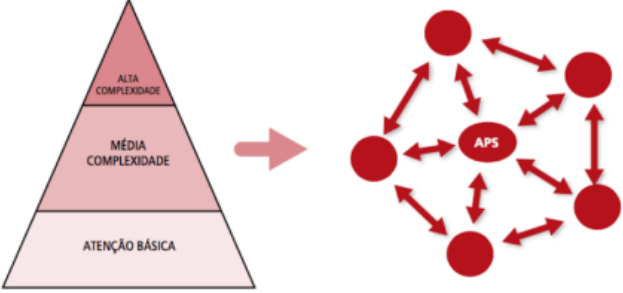
1. Apresentação dialogada: A proposta da Planificação da Atenção à Saúde e as Redes de Atenção à Saúde – slides. Duração: 40 minutos
2. Vídeo CONASS – Planificação. Duração: 20 minutos
<https://www.youtube.com/watch?v=cEu58a_q9Oo>
3. Leitura dinâmica do texto: Por que organizar o sistema de saúde em redes de atenção – oficina: p. 9 à 16 e discussão orientada. Duração: 1 hora e 15 minutos
4. Intervalo: 20 minutos
5. Leitura das reportagens em 2 ou 3 grupos e responder o questionário – discussão em grande grupo. Duração: 40 minutos

Aula expositiva e dialogada sobre Planificação da Atenção Básica e Redes de Atenção à Saúde:




MESTRADO EM
PROMOÇÃO DA
Saúde


O que fazer para promover a mudança?



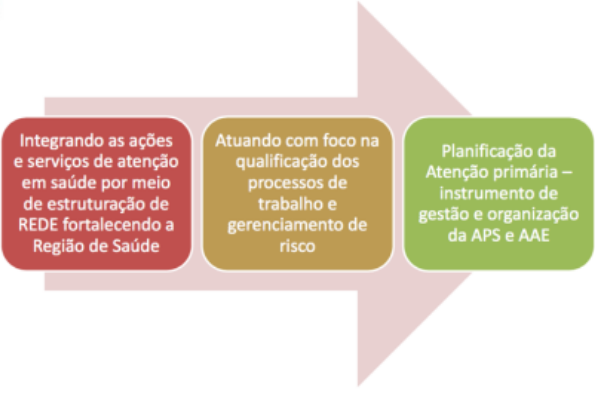
ALTA COMPLEXIDADE
MÉDIA COMPLEXIDADE
ATENÇÃO BÁSICA

APS

MENDES, 2011


MESTRADO EM
PROMOÇÃO DA
Saúde

Como fazer?



Integrando as ações e serviços de atenção em saúde por meio de estruturação de REDE fortalecendo a Região de Saúde

Atuando com foco na qualificação dos processos de trabalho e gerenciamento de risco

Planificação da Atenção primária – instrumento de gestão e organização da APS e AAE

CORNASS, 2011


MESTRADO EM
PROMOÇÃO DA
Saúde

O que são as Redes de Atenção à saúde - RAS



Conjunto de serviços de saúde:

- Missão única;
- Objetivos comuns;
- Ação cooperada e interdependente;
- Ofertar atenção contínua e integral à saúde – população adscrita;
- Coordenada pela APS.

Objetivos:

- Melhorar qualidade da atenção à saúde;
- Melhorar a qualidade de vida;
- Melhorar resultados sanitários – utilizando os recursos com eficiência e equidade.

CORNASS, 2011

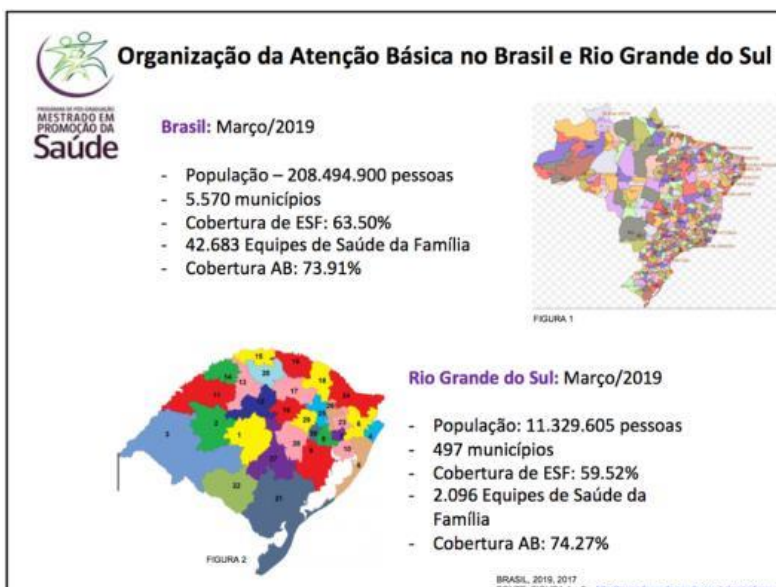


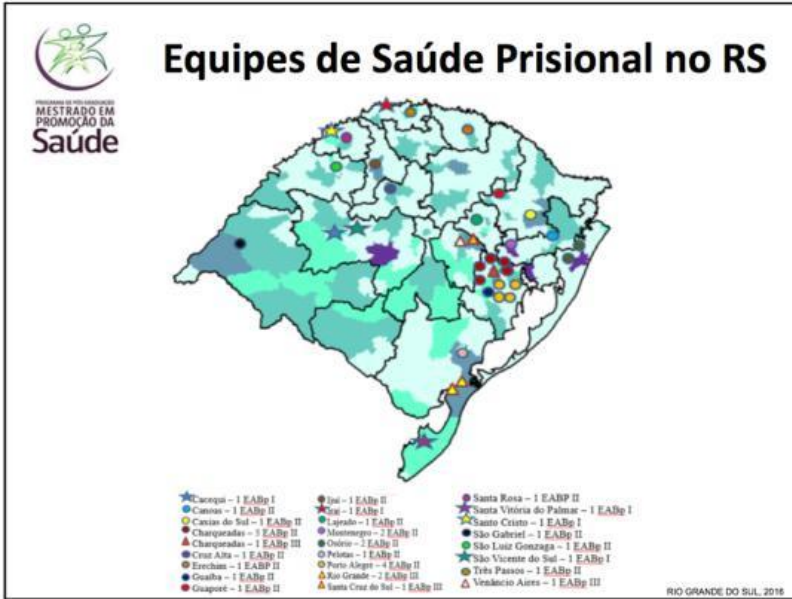
AS DIFERENÇAS ENTRE OS SISTEMAS FRAGMENTADOS E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

SISTEMA FRAGMENTADO	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
• ORGANIZADO POR COMPONENTES ISOLADOS	• ORGANIZADO POR UM CONTÍNUO DE ATENÇÃO
• ORGANIZADO POR NÍVEIS HIERÁRQUICOS	• ORGANIZADO POR UMA REDE POLIÁRQUICA
• ORIENTADO PARA A ATENÇÃO A CONDIÇÕES AGUDAS	• ORIENTADO PARA A ATENÇÃO A CONDIÇÕES CRÔNICAS E AGUDAS
• VOLTADO PARA INDIVÍDUOS	• VOLTADO PARA UMA POPULAÇÃO
• O SUJEITO É O PACIENTE	• O SUJEITO É AGENTE DE SAÚDE
• REATIVO	• PROATIVO
• ÊNFASE NAS AÇÕES CURATIVAS	• ATENÇÃO INTEGRAL
• CUIDADO PROFISSIONAL	• CUIDADO MULTIPROFISSIONAL
• GESTÃO DA OFERTA	• GESTÃO DE BASE POPULACIONAL
• FINANCIAMENTO POR PROCEDIMENTOS	• FINANCIAMENTO POR CAPITAÇÃO OU POR DESFECHO DE CONDIÇÃO DE SAÚDE

Fonte: MENDES (2011)

MENDES, 2011





MESTRADO EM PROMOÇÃO DA Saúde

CONASS Conselho Nacional de Secretários de Saúde

PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

- Oficina 1: As Redes de Atenção à Saúde
- Oficina 2: Atenção Primária à Saúde
- Oficina 3: Território e Vigilância em Saúde
- Oficina 4: Organização da Atenção aos Eventos Agudos e as Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde
- Oficina 5: Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde
- Oficina 6: Monitoramento e Avaliação na Atenção Primária à Saúde

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE, 2018

MESTRADO EM PROMOÇÃO DA Saúde

CONASS Conselho Nacional de Secretários de Saúde

PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Tutorias

OBJETIVO

Organizar os macroprocessos e microprocessos da Atenção Primária à Saúde nas unidades de saúde, com vistas a responder às demandas e expectativas da população.

Isso implica em transformações na atenção à saúde!

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE, 2018


MESTRADO EM PROMOÇÃO DA Saúde


Metodologia

A metáfora da casa na construção da APS



7	Macroprocessos de Autocuidado Apoiado
6	Macroprocessos de Atenção Domiciliar
5	Macroprocessos de Demandas Administrativas
4	Macroprocessos de Atenção Preventiva
3	Macroprocessos de Atenção Condições Crônicas não agudizadas, as Pessoas Hiperutilizadoras e as Enfermidades
2	Macroprocessos de Atenção aos Eventos Agudos
1	Intervenções na Estrutura e Macroprocessos e Microprocessos Básicos da Atenção Primária à Saúde


MENDES, CONASS, 2015


MESTRADO EM PROMOÇÃO DA Saúde

Metodologia

Ciclo da melhoria da qualidade


Ciclo PDCA




- Action (Agir):**
 - Ação corretiva no insucesso
 - Padronizar e treinar no sucesso
- Plan (Planejar):**
 - Localizar problemas
 - Estabelecer planos de ação
- Check (Checar):**
 - Verificar atingimento de meta
 - Acompanhar indicadores
- Do (Fazer):**
 - Execução do plano
 - Colocar plano em prática

A organização dos macroprocessos da APS e da AAE se baseia na metodologia de gerenciamento de processos, por meio dos ciclos de melhoria do PDCA.

MENDES, CONASS, 2015


MESTRADO EM PROMOÇÃO DA Saúde



Núcleo de Estudos de Saúde Pública - NESP
Fórum de Relatores

Índice de fórum • Relatorias CONASEMS • XXXII CONASEMS • XV Congresso das Secretarias Mun. de Saúde

MESA REDONDA - XV Congresso das Secretarias Mun. de Saúde

Tópico lido em: Pesquisar neste tópico:

MESA REDONDA - XV Congresso das Secretarias Mun. de Saúde

Últim. administrador • Ter Mai 31, 2016 11:24

MESA REDONDA - XV Congresso das Secretarias Municipais de Saúde do Ceará: Planificação da Atenção Básica no Ceará.

- Município de Tauá: Ceará** – Precursor da implantação da planificação da ABS (01/2014 à 12/2015);
- Participação no processo de implantação:** Prefeitura Municipal de Tauá, Secretaria Estadual e Municipal de Saúde, ESP/CE, CONASS, FIOCRUZ e UNIFOR;
- Problemas elencados:** Sistema de saúde fragmentado e sem foco, indicadores epidemiológicos preocupantes e gestão distante dos trabalhadores.
- Avanços:** equipe qualificada e comprometida, cobertura de 100% de ESF, Organização de fluxos e novos processos de trabalho, padronização da rede física e aumento da satisfação do usuário.

Debatadora: Patrícia Aguiar, Prefeita do Município de Tauá/CE

NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE PÚBLICA, 2016

319 //

DOI: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v11i1.2329>

**O residente multiprofissional na construção da
planificação da atenção primária à saúde: relato
de experiência¹**

The multiprofessional resident in the construction of
the planning of the primary health careh: report of
experience


El residente multiprofesional para la construcción
en planificação de la atención sanitaria primária:
experiencia en el informe

¹ Trabalho de Conclusão de Programa do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de saúde com ênfase em Vigilância em Saúde.

Publicado em: dezembro 2016. **Autores:** Thamis de Christo Dorneles, Isabel Cristine Oliveira, Teresinha Heck Weiller, Maria Luiza Silveira, Gabriela Castro Kuinchtner
Objetivo: Explanar ações realizadas no processo de Planificação da APS realizada em municípios de abrangência da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul.
Conclusão: A Planificação da APS possibilitou a mobilização das equipes para que os processos de trabalho sejam qualificados, sendo o residente multiprofissional de suma importância, colaborando para as discussões e na organização das oficinas, fazendo com que a planificação obtivesse sucesso.

DORNELES et al. Rev Tempus, Actas de Saúde Colet. C. 30(4). P. 319-323. Brasília, dezembro, 2018

OFICINA 1



Objetivo:
Abordar as causas da crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde, colocando em pauta a urgência da mudança do modelo de atenção e da instituição em Redes de Atenção à Saúde (RAS) para melhorar resultados sanitários e econômicos

⇒

Desafio:
Contribuir para o desenvolvimento da capacidade de analisar o sistema de saúde nas redes de atenção

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE, 2018


OFICINA 1

Desenvolvimento

São propostos alguns trabalhos em grupos, seguidos de compartilhamento dos produtos e exposições para sistematização das informações trabalhadas.




SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE, 2018

 **Referências**

BRASIL. Conselho Nacional dos Secretários da Saúde. *Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados*. CONASS DOCUMENTA n.23. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2018. Disponível em: http://diab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. Acesso em 10/06/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informação e Gestão da Atenção Básica. Brasília, 2019. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em 10/05/2019.

DORNELES et al. O residente multiprofissional na construção da planificação da atenção primária à saúde: relato de experiência. *Revista Tempus, Actas de Saúde Coletiva*. 10(4). P. 319-329. Brasília, dezembro, 2016. Disponível em: <http://www.temposactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2329>. Acesso em 10/06/2018.

MENDES. Eugênio Vilaça. *A Construção Social da Atenção Primária*. CONASS. Brasília, 2015. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em 12/06/2018.

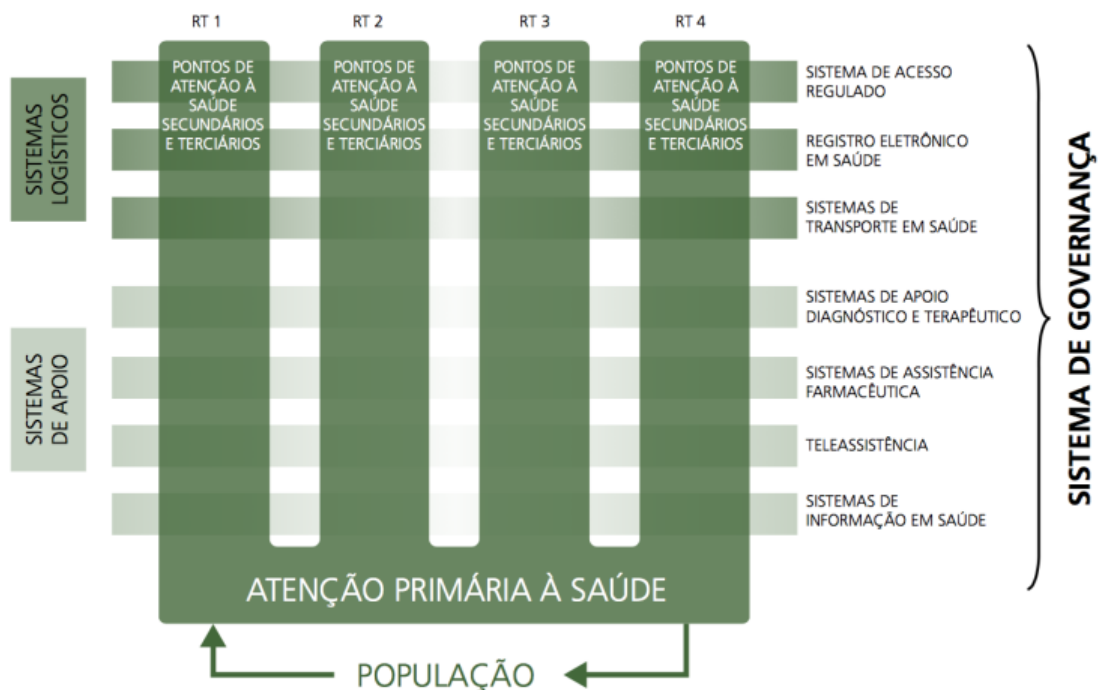
MENDES. Eugênio Vilaça. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES. Eugênio Vilaça. Vinte e cinco anos do Sistema Único de Saúde: Resultados e desafios. *Jornal Estudos Avançados*. V. 27. n.º 78. São Paulo, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200003. Acesso em 02/06/2018.

NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE PÚBLICA. Congresso de Secretarias Municipais de Saúde. Disponível em: <http://www.nesp.unb.br/forum/viewtopic.php?f=17&t=247&p=760&sid=5cf525d10665bec74e383886e9b52c3>. Acesso em 12/06/2018.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. *Planificação da Atenção Primária em saúde*. Porto Alegre, 2018. Disponível em: <http://atencaoab.saude.rs.gov.br/planificacao-da-atencao-primaria-a-saude>. Acesso em 15/03/2019.

Figura utilizada para explicar o texto teórico cuja leitura não foi concluída



Reportagem 1

Número de presos mortos por doença em presídios do RJ cresce 10 vezes em quase duas décadas

Levantamento da Defensoria Pública do estado aponta que, de 26 mortes em 1998, unidades prisionais passaram para 266 casos em 2017.

Por G1 Rio

07/08/2018 10h00 Atualizado há um ano



Número de presos mortos em presídios do RJ cresce 10 vezes de 1998 a 2017 — Foto: Divulgação/Thathiana Gurgel/Arquivo DPRJ

A falta de saúde nas cadeias do RJ nunca matou tanto. A Defensoria Pública do estado mapeou as mortes por doença no sistema carcerário fluminense e faz um alerta: no ano passado, o número desses óbitos foi dez vezes maior do que o registrado em 1998. Desde o início da contagem, já são 2.416 internos que perderam a vida no sistema carcerário.

O ano de 2017 registrou 266 presos que perderam a vida enfermos - um recorde -, contra 26 em 1998, quando foi realizado o último concurso de profissionais de saúde para o sistema carcerário. De acordo com a pesquisa,

nos quatro primeiros meses deste ano as penitenciárias estaduais já contabilizavam 55 presos mortos por doença.

O levantamento da Defensoria Pública estadual foi produzido a partir de ação civil pública movida em julho contra o Governo do RJ e contra a prefeitura, exigindo solução para o problema.



Número de presos mortos em presídios do RJ cresce 10 vezes em quase uma década — Foto: Divulgação/Thathiana Gurgel/Arquivo DPRJ

A população carcerária também cresceu: passou de 9 mil para 51 mil no mesmo período. No entanto, segundo explicou o defensor Marlon Barcellos, coordenador do Núcleo do Sistema Penitenciário (Nuspen) da Defensoria, a deficiência na prestação de serviços de saúde nos presídios é uma das principais causas da mortalidade.

"É verdade que a população carcerária também aumentou, mas o número de mortes cresceu de forma desproporcional. Além disso, incluímos na ação dados de várias pesquisas que indicam que a faixa etária alvo das mortes é vítima de doenças que aqui fora não matam pessoas da mesma idade", afirmou o defensor, que assina a ação.

A Defensoria destaca análise sobre 83 presos mortos entre 2014 e 2015. Desse total, 30 apresentavam sinais de emagrecimento excessivo e desnutrição, segundo o laudo cadavérico.



Número de presos mortos em presídios do RJ cresce 10 vezes em quase uma década — Foto: Thathiana Gurgel/Arquivo DPRJ

Ainda de acordo com o estudo, 53 pessoas morreram de tuberculose, pneumonia e complicações decorrentes de infecções pulmonares. Nesse universo, 35 tinham menos de 40 anos de idade.

A defensora pública Raphaela Jahara, coordenadora de Saúde e Tutela Coletiva da Defensoria, que também assina a ação, ressaltou que outras pesquisas realizadas pela instituição constataram que a maioria das mortes no sistema penitenciário envolve pessoas jovens, portadores de diabetes ou hipertensão. Essas doenças, assim como as decorrentes de problemas respiratórios, poderiam ter sido evitadas por tratamentos fornecidos pela rede pública de saúde.

"Ficou demonstrado que não há acesso ao tratamento de saúde pelos presos e presas. A Defensoria Pública do Rio busca, nesta ação, que o estado e município garantam o acesso pleno e apliquem recursos nos ambulatórios das unidades prisionais", afirmou a defensora.

Na ação, a Defensoria Pública relata as diversas medidas de cunho administrativo, promovidas pela instituição, para tentar melhorar a oferta de saúde nas prisões. Algumas delas são as destinadas às presas mulheres e que contam com médicos ginecologistas em número insuficiente.



Número de presos mortos em presídios do RJ cresce 10 vezes em quase uma década — Foto: Divulgação/Thathiana Gurgel/Arquivo DPRJ

O coordenador do Nuspen avalia que pouco se avançou durante esses anos. Em 1998, por exemplo, o Rio tinha 20 unidades prisionais e uma população carcerária com nove mil presos, que era atendida por 1,2 mil servidores concursados da saúde.

Em 2011, o número de unidades prisionais subiu para 41, e o de presos, para 28,6 mil. No entanto, a quantidade de profissionais da saúde concursados caiu para 700 – ou seja, quase a metade.

"Ingressamos com a ação porque entendemos que esgotamos todas as tentativas administrativas possíveis. Foram quase três anos tentando,

em reuniões, grupos de trabalho e em pedidos formalizados, convencer as partes, estado e município, a implementar a assistência à saúde, sem êxito", ressaltou Marlon Barcellos.

O papel da prefeitura

O coordenador de Defesa Criminal da Defensoria, Emanuel Queiroz, lembra que o Município do Rio não aderiu à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade, como recomendado pelo Ministério da Saúde.

Mesmo assim, o defensor diz que foram diversas as tratativas realizadas pela Defensoria para fazer com que a prefeitura cumprisse sua obrigação constitucional de prestar assistência à saúde às pessoas privadas de liberdade. Todas, segundo ele, não tiveram êxito.

"Atualmente, o que o município oferece é um serviço muito aquém daquele que realmente deveria e poderia oferecer. Então a Seap (Secretaria de Estado de Administração Penitenciária), que é quem primariamente presta esse serviço público de assistência à saúde à população privada de liberdade e já conta com recursos limitados, não tem recebido a devida cooperação de entes e demais órgãos públicos já postos constitucional e legalmente para tanto", afirmou o defensor.

A Secretaria Municipal de Saúde informou, em nota, que participa de mesas de debate junto à Defensoria Pública e ao Ministério Público, visando a elaboração do Plano de Atenção Integral à Saúde de Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).

A SMS afirma ainda que existe um convênio firmado em 2016, entre os governos do estado e do município em que se estabeleceu que cabe ao Estado a 'exclusiva responsabilidade operacional, econômica e financeira da atenção à saúde da população privada de liberdade no município do Rio, incluída a Atenção Básica'. A nota diz ainda que a Seap conta com uma UPA no Complexo de Gericinó e que auxilia o fornecimento de medicamentos de Atenção Primária - quando o estado não pode fornecer -, como fez no ano passado durante a crise.



Número de presos mortos em presídios do RJ cresce 10 vezes em quase uma década — Foto: Divulgação/Thathiana Gurgel/Arquivo DPRJ

Pedidos

Entre as medidas requeridas pela Defensoria na ação, é destacada pelos defensores a "implantação, em até 15 dias, de equipes de saúde multidisciplinar nas portas de entrada do sistema prisional, de forma articulada com os municípios, para a elaboração de exames diversos e continuidade do tratamento".

O órgão também requereu a "lotação de profissionais de saúde nos ambulatórios das unidades prisionais e a elaboração de um Plano de Ação Estadual para Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade, em um prazo de 30 dias, assim como a disponibilização de ambulâncias nos presídios, abstendo-se o município de bloquear o SISREG relativo à rede conveniada".

Reportagem 2

Crise em presídios do Rio faz mortes subirem 114% em 7 anos

A maior parte delas é relacionada a doenças entre os detentos

•
•
•

Publicado em 20/04/2019 - 19:20 Por Léo Rodrigues - Repórter da Agência Brasil - Rio de Janeiro*

Atualizado em 21/04/2019 - 16:12

A morte de três detentos por meningite chamou atenção na semana passada para a questão da saúde nos presídios do Rio de Janeiro. Um levantamento realizado pelo Mecanismo para Prevenção e Combate à Tortura, órgão vinculado à Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (Alerj), revela que as mortes nas unidades prisionais fluminenses aumentaram 114% em sete anos, subindo de 125 em 2010 para 268 em 2017 - a maior parte delas relacionadas a doenças.

De acordo com a Secretaria de Estado de Administração Penitenciária (Seap), os [casos de meningite](#) já estão controlados. O estudo, porém, revela que as maiores preocupações se relacionam a outras enfermidades. Cita que há "um colapso" no controle da tuberculose - há registro de um detento que foi reinfectado sete vezes -, violência obstétrica antes e durante partos e a ausência de audiências de custódia para presos hospitalizados.

O órgão aponta que há "uma cadeia de decisões institucionais" que acabam não garantindo o atendimento à saúde aos presos. Dados do estudo foram apresentados na última segunda-feira (15), durante uma audiência pública convocada pela Comissão de Direitos Humanos da Alerj após os casos de meningite. No encontro, representantes de diferentes instituições e órgãos públicos concordaram com a necessidade de melhorar o quadro da saúde do sistema prisional.

"Estamos falando só dos que morreram dentro do sistema prisional. Tem os que morrem depois porque saíram debilitados. Tem os que saem com pulmões praticamente sem funcionar. E a maioria dessas mortes poderiam ser evitadas. As pessoas não estão morrendo porque estão sendo massacradas umas pelas outras. Não são mortes violentas. Elas estão morrendo em decorrência de problemas de saúde simples, que se complicam", diz Alexandre Campbell, um dos responsáveis pelo estudo.

Desde 2007, a Defensoria Pública do Rio de Janeiro já moveu 18 ações civis públicas relacionadas com a violação do direito à saúde nas unidades prisionais do estado. Em uma delas, foi anexada um estudo que investigou 83 mortes entre abril de 2014 e abril de 2015, 64% delas por tuberculose, pneumonia e sepse de foco de pulmonar. De acordo com o estudo, 30 tinham "registros de cachexia e mal estado nutricional em seu laudo cadavérico". Do total, 57,8% tinham menos de 40 anos. O estudo questiona se quando ingressam no sistema prisional, é identificado se os pacientes têm hipertensão ou diabetes, por exemplo, e se são feitos exames periódicos e aferição da pressão.

"Me parece que o problema muitas vezes não é o medicamento. É a detecção da doença. E nesse caso estamos falando de um problema que não está ligado a recursos materiais, e sim a recursos humanos", diz o defensor público Marlon Barcelos.

Queda no número de profissionais

Dados da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária (Seap) apontam que, em 1998, o Rio tinha 18 mil presos. Passados 20 anos, esse número saltou para 54 mil. Nesse mesmo período, o número de profissionais de saúde para atender os presos caiu de 1,2 mil para 450. O órgão, que está sob nova gestão desde o início do ano com a posse do governador Wilson Witzel, reconhece o cenário.

"No passado, a saúde prisional do estado do Rio de Janeiro tinha excelência reconhecida nacionalmente, com hospitais que inclusive faziam complexas cirurgias e atendimentos aos privados de liberdade. Infelizmente, a população carcerária multiplicou-se por três e o quadro técnico da saúde prisional foi praticamente dividido em três. As perdas do sistema de saúde prisional não foram somente materiais e não atingiram somente detentos. Atingiram também o corpo funcional, que não é repostado há anos. E não existe mais um plano de cargos e salários para estes funcionários", diz Nice Carvalho, coordenadora de gestão em saúde penitenciária da Seap.

Mesmo com a situação financeira crítica do estado, a coordenadora estabelece metas, tais como a redução dos casos de tuberculose, a estruturação da atenção à gestante, a implantação de sistemas informatizados, a regulamentação funcional e a recuperação da estrutura. Entre medidas adotadas nos primeiros 100 dias de governo, Nice Carvalho cita a busca por recursos junto ao governo federal e ajustes para melhorar a qualidade do atendimento na UPA do Complexo Penitenciário de Gericinó.

"Foi assinado agora com o município um acordo para o preso poder sair para trabalhar. Vai reformar escolas, vai reformar hospitais. O município vai bancar e o preso poderá melhorar a situação de sua família. O apenado, o paciente, o preso tem que sair muito melhor do que ele entrou. E é isso o que nós queremos. Peço desculpa pelo Estado, não pela gente", acrescentou.



Mortes de presos por doença crescem 114% em 7 anos no estado do Rio de Janeiro - *Thathiana Gurgel/DPRJ*

Desestruturação

Por volta dos anos 2000, o sistema penitenciário do Rio de Janeiro era de fato bem avaliado na visão da pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Alexandra Sanches. De lá para cá, porém, o crescimento do encarceramento, a desestruturação das unidades e a adoção de políticas na contramão do que indicavam estudos acadêmicos contribuíram para a mudança do cenário. "É possível ter um sistema prisional que funcione, que respeite os direitos humanos e ofereça um serviço de saúde da mesma qualidade do que é oferecido fora dos presídios. Essa é a meta constitucional", diz a pesquisadora.

Segundo a pesquisadora, as ocorrências de tuberculose entre presos, que já eram preocupantes, cresceram após o fechamento do Complexo Penitenciário da Frei Caneca, na região central do Rio, implodido em 2010. As unidades de saúde que funcionavam no local não foram realocadas no Complexo Penitenciário de Gericinó, o maior do estado, localizado no bairro de Bangu, na região oeste da capital fluminense. "A solução achada foi a colocação de uma UPA [Unidade de Pronto Atendimento] que obviamente não substitui os hospitais clínicos que fazem investigação clínica, hospitalização, tratamento".

O quadro, de acordo com a pesquisadora, se deteriorou ainda mais a partir de 2016, quando o Hospital Albert Schweitzer, até então gerido pelo estado, foi municipalizado. "Deixaram de aceitar os pacientes do sistema penitenciário". Ela lamenta que a tuberculose, embora seja uma doença de diagnóstico e tratamento fácil, seja a principal causa de morte entre os presos do Rio de Janeiro.

De acordo com o estudo do Mecanismo, a UPA no Complexo Penitenciário de Gericinó fica isolada e não está articulada com o restante do sistema de saúde, dificultando o encaminhamento dos pacientes. "Primeiro já é difícil conseguir que o nome dele vá para o ambulatório. E o que estamos chamando de ambulatório é uma sala pequena que as vezes tem só um técnico de enfermagem. E esse técnico, sem enfermeiro e sem médico, não pode fazer nada. O que ele faz é encaminhar para a UPA. E, nos casos que demanda deslocamento a um hospital fora da unidade prisional, o detento é massacrado em um veículo até o hospital. Nem sempre é atendido. Fica em uma sala de espera que pode ser até mais massacrante que a cela onde ele estava. E depois faz o caminho inverso. Todas as vezes que tem um problema ele passa por isso", relata Alexandre Campbell.

A construção de uma unidade hospitalar para atendimento dos internos de Gericinó é considerada uma medida urgente pelo defensor público Marlon Barcelos. Ele pede que o Executivo assuma a responsabilidade, mas também destaca que decisões judiciais têm permitido que unidades prisionais recebam mais pessoas que o número de vagas, contrariando a Súmula Vinculante 56 do Supremo Tribunal Federal (STF), que determina que "a falta de estabelecimento penal adequado não autoriza a manutenção do condenado em regime prisional mais gravoso".

Repases

O Fundo Penitenciário Nacional (Funpen), administrado pelo Ministério da Justiça, destinou R\$ 44,8 milhões a cada unidade da Federação em 2017. No ano passado, a distribuição dos recursos deixou de ser igualitária e passou a considerar alguns fatores, entre eles a população carcerária de cada estado. Com a mudança, apenas o valor destinado à São Paulo subiu. Os demais estados receberam menos recursos na comparação com o ano anterior.

A falta de transparência sobre a aplicação desses repases é um dos principais problemas na visão da psicóloga Márcia Badaró, integrante do Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro (CRP-RJ) e do Fórum Permanente de Saúde do Sistema Penitenciário do Rio de Janeiro.

"O dinheiro veio, mas onde foi aplicado? Conforme a legislação, é para obras de restauração, adaptação e inclusive para assistência social e médico-hospitalar. É um fundo que não tem um colegiado como gestor. É preciso se movimentar para ver como isso está sendo aplicado. E outra fonte de recursos, segundo a lei, é o dinheiro arrecadado nas cantinas dos presídios e nós sabemos que aí também há problemas", diz.

Karen Athie, superintendente de atenção psicossocial e populações em situação de vulnerabilidade da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), afirma que o cenário deve melhorar com a retomada das discussões em torno da

Política Nacional de Segurança Pública (Penasp), instituída no ano passado pelo Ministério da Justiça. "Houve um vácuo nos últimos anos. Sabemos que a gestão anterior declaradamente não apoiava a política, o que era um dificultador do processo, diferente do que ocorre agora. A gente entra nessa gestão com os primeiros 100 dias já tendo feito, a cada mês, uma atividade do grupo condutor da Penasp no Rio". Ela informou que os municípios do Rio de Janeiro, Volta Redonda, Japeri e Itaperuna já concordaram em aderir à Penasp.

**Matéria alterada às 16h12 do dia 21 de abril para corrigir o título e incluir informações sobre a apresentação dos dados em audiência pública na Alerj*

Edição: Carolina Pimentel

Reportagem 3

As prisões brasileiras matam mais de quatro apenados por dia

Por **Redação O Sul** | 24 de junho de 2018



A Constituição Federal impede a pena de morte no Brasil, mas a distância entre as garantias da lei e a vida real é grande o suficiente para esconder um dado preocupante: no período entre 2014 e 2017, ao menos 6.368 homens e

mulheres perderam a vida na cadeia. A média é superior a quatro óbitos por dia.

As informações são resultado de um levantamento feito pelo jornal “O Globo”, com base na Lei de Acesso à Informação. Seja pelas doenças que infestam as penitenciárias ou mesmo pelos homicídios ou suicídios dentro do cárcere, esse quadro repercute diretamente na violência que atinge todas as regiões do País.

Ao todo, 3.670 (57,6%) casos são classificados como mortes naturais, quase sempre por problemas de saúde. Boa parte da população carcerária atingida é jovem (em 2016, 55% dos detentos tinham até 29 anos, de acordo com informações do Depen, o Departamento Penitenciário Nacional).

Outros 1.094 (17,2%) presos foram assassinados e 266 cometeram suicídio, de acordo com os registros oficiais. Há, ainda, 472 mortes que sequer foram esclarecidas e são classificadas pelas secretarias estaduais como tendo causa indeterminada ou desconhecida. Em 665 casos, os Estados não forneceram informação suficiente para a classificação.

Nos últimos quatro anos, 250 de cada 100 mil detentos brasileiros morreram. No quesito homicídios, por exemplo, a média dentro das penitenciárias supera a dos assassinatos nas ruas (são 43 mortes para cada cem mil, contra 30). Em uma realidade em que 36% dos encarcerados estão presos provisoriamente, sem sequer serem julgados, conforme dados do CNJ (Conselho Nacional de Justiça), os números revelam um quadro ainda maior.

As condições a que os presos brasileiros são submetidos têm sido agravadas pelo crescimento expressivo da população carcerária, avalia Marcelo Naves, assessor da Pastoral Carcerária Nacional. Para ele, caso a política de encarceramento em massa seja mantida, as consequências para a sociedade só vão piorar: “O sistema carcerário é uma bomba-relógio com prazo muito curto para explodir”.

O número de mortes em presídios no ano passado cresceu 29% em relação a 2015. Cenários de massacres em janeiro do ano passado, Amazonas e Rio Grande do Norte têm o maior percentual de homicídios entre os Estados, respectivamente com 68,5% e 55,5% do total de casos fatais.

Já Santa Catarina tem o maior percentual de suicídios (24,6%) nas celas. No total, São Paulo (1.999), com a maior população carcerária, e Rio de Janeiro (853), com a quarta, têm mais mortes nas prisões.

Rio e São Paulo também têm os maiores percentuais de mortes por causa natural: 90% do total nas prisões paulistas, e 76% nas fluminenses. As condições sanitárias e a falta de assistência médica, principais fatores para mortes atrás das grades, provocam consequências econômicas, sociais e de saúde pública, afirmam autoridades.

“A faixa etária é de pessoas muito novas para sucumbirem a doenças das quais os indivíduos de mais idade, aqui fora, normalmente não morrem”, ressalta o coordenador do Núcleo do Sistema Penitenciário da Defensoria Pública no Rio, Marlon Barcellos.

Da tuberculose a outras doenças menos graves, como conjuntivite e até mesmo sarna, surtos nas penitenciárias acabam se alastrando também para fora das grades. Isso porque os presos têm contato com seus parentes nas visitas e com agentes penitenciários, ou estão contaminados quando ganham a liberdade.

Embora não existam estatísticas oficiais, uma das enfermidades que mais matam é a tuberculose. Dados do Depen revelam a dimensão da epidemia intramuros: 10,5% dos novos casos notificados no Brasil ano passado foram registrados entre a população privada de liberdade. O risco de um preso contrair tuberculose é 28 vezes maior do que na população em geral.

“Sabemos que eles (presos) são, na sua maioria, pobres, negros e das periferias. O atendimento de saúde precário junto com a alimentação em péssimas condições faz com que a imunidade fique baixa. As pessoas definham no sistema carcerário”, frisa afirma Marcelo Naves.

As quatro mortes diárias nas prisões brasileiras, resultado de ambientes insalubres administrados pelo Estado ou da violência entre detentos, fazem parte de um quadro maior. Cadeias também são incubadoras de facções criminosas.

Articulados atrás das grades, esses grupos (presentes inclusive em cidades do interior nas Regiões Norte e Nordeste do País) têm reflexo direto na crise de segurança pública, que por sua vez custa mais de 60 mil vidas por ano.

“Cadeias piores geram mais insegurança para a sociedade”, aponta um especialista. “Ao ocupar o papel que deveria ser do poder público, quadrilhas ganharam legitimidade e estabelecem regras de conduta nas quais a lei deixa de valer e os recursos financeiros garantem assistência médica e jurídica aos seus integrantes, além de auxílio para famílias.”

TAGS: APENADOS DETENTOS MORTES PRESOS PRISÃO SISTEMA CARCERÁRIO

Realizada a leitura, façam a discussão do caso, conforme as questões a seguir:

a) O que mais chamou a atenção do grupo em relação às mortes ocorridas dentro dos presídios?

b) Quais as similaridades e diferenças relatadas nas reportagens com a realidade vivenciada pela equipe de saúde na instituição do seu município?

c) Quais as potencialidades e fragilidades do sistema de saúde penitenciário da sua região?


d) O que a equipe faria de forma diferente para amenizar ou evitar os problemas relatados nas reportagens?

CORNOGRAMA DE OFICINA 2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

1. Técnica de grupo: Como vai você – música e três paradas com apresentação final. Duração: 20 minutos
2. Vídeo da FIOCRUZ – Saúde nas prisões – Duração: 10 minutos. Discussão do vídeo e retorno das reportagens. Duração: 45 minutos. Link: <<http://www.canalsaude.fiocruz.br/canal/videoAberto/saude-nas-prisoas-SDC-0404>>
3. Intervalo: 20 minutos
4. Apresentação dialogada: A atenção primária à saúde – slides. Duração: 60 minutos
5. Equipe de trabalho – slides. Duração: 15 minutos
6. Vídeo: Grupo X Equipe – 10 minutos
<<http://www.youtube.com/watch?v=yhoISMbac40>>
7. Técnica de grupo: caixa de bombons (embrulhada com frases criativas fazendo cada integrante passa-la para outro do grupo). Duração: 10 minutos


Aula expositiva e dialogada sobre Atenção Primária à Saúde:

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
**MESTRADO EM
PROMOÇÃO DA
Saúde**




Oficina 2 – Atenção Primária à Saúde

Mestranda: Raquel Cristine Barcella
Orientador: Prof.(a). Dr(a). Lia Possuelo
Co-orientador: Prof.(a). Dr(a). Suzane Krug



MESTRADO EM
PROMOÇÃO DA
Saúde

OFICINA 2: Atenção Primária à Saúde


A **Atenção Primária à Saúde** ou **Atenção Básica** é um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, tratamento e a reabilitação. Enquanto estratégia das ações municipais de saúde é concebida como ordenadora do sistema loco regional, integrando os diferentes pontos que compõe e definindo um novo modelo de atenção à saúde.



<http://www.saude.gov.br/esp/esp/atencao-basica>


MESTRADO EM
PROMOÇÃO DA
Saúde

OFICINA 2



Objetivo:
Analisar os principais fundamentos para a organização do acesso e qualificação da Atenção primária à Saúde

Desafio:
Estratégias para estimular a participação ativa de todos no processo de construção coletiva do conhecimento

Desenvolvimento:
Proposta de trabalhos em grupo e compartilhamento de ações trabalhadas

<https://atencao.basica.saude.gov.br/atencao-basica/fofoco-da-atencao-primaria-a-saude>


MESTRADO EM
PROMOÇÃO DA
Saúde

Atenção Primária em Saúde


ATRIBUTOS	FUNÇÕES
<ul style="list-style-type: none"> • Primeiro Contato • Longitudinalidade • Integralidade • Coordenação • Focalização na família • Orientação comunitária • Competência cultural 	<ul style="list-style-type: none"> • Resolubilidade • Comunicação • Responsabilização


<http://www.saude.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>

**1. Primeiro contato**



FONTE: <https://iddeplayer.com.br/video/1869460>

**2. Longitudinalidade**



FONTE: https://br.freepik.com/velores-gratis/conjunto-de-icone-plano-de-processo-de-envelhecimento-de-pessoas_4186720.html#fromfrom

**3. Integralidade**



```
graph TD; APS((APS)) <--> Urgencia((Urgência e Emergência)); APS <--> Hospital((HOSPITAL)); APS <--> Diagnostico((APOIO DIAGNOSTICO)); APS <--> Unidades((Unidades Especializadas)); APS <--> Caps((CAPS));
```

FONTE: <https://iddeplayer.com.br/video/1869460/>


MESTRADO EM
PROMOÇÃO DA
Saúde

4. Coordenação do cuidado



FONTE: http://repositorio.unesa.ufpa.br/vigilancia_2018/1a/unidade_3/und33.htm


MESTRADO EM
PROMOÇÃO DA
Saúde

5. Focalização na família



FONTE: <https://boancilheiro.wordpress.com/2014/08/19/top-10-desenhos-animados-que-fez-em-familia/>


MESTRADO EM
PROMOÇÃO DA
Saúde

6. Orientação comunitária



FONTE: <http://brasilapewi.blogspot.com/2010/06/yreshliro.html>

7. Competência cultural

INSTITUTO DE PROMOÇÃO DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

FONTE: <http://maessensibilidades.blogspot.com/2017/06/hossas-diferencas.html>

Funções da AB

Responsabilização

Resolubilidade

Comunicação

FONTE: http://hite.cb.org.br/wp-content/uploads/2009/12/Bem-vindo_O_Nucleo_de_Apoio_beta.pdf

Tipos de demanda da APS

INSTITUTO DE PROMOÇÃO DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

Minas Gerais: 30% das consultas por motivos gerais e inespecíficos

Pesquisa no Conceição POA:

- 44% usuários hiperutilizadores e 44% destas utilizaram 78.7% das consultas;
- 56% das pessoas utilizaram 21.3% consultas

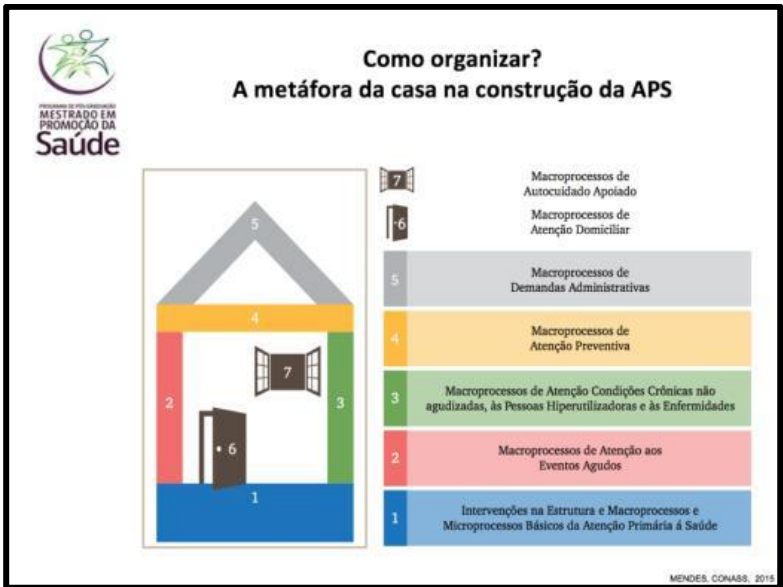
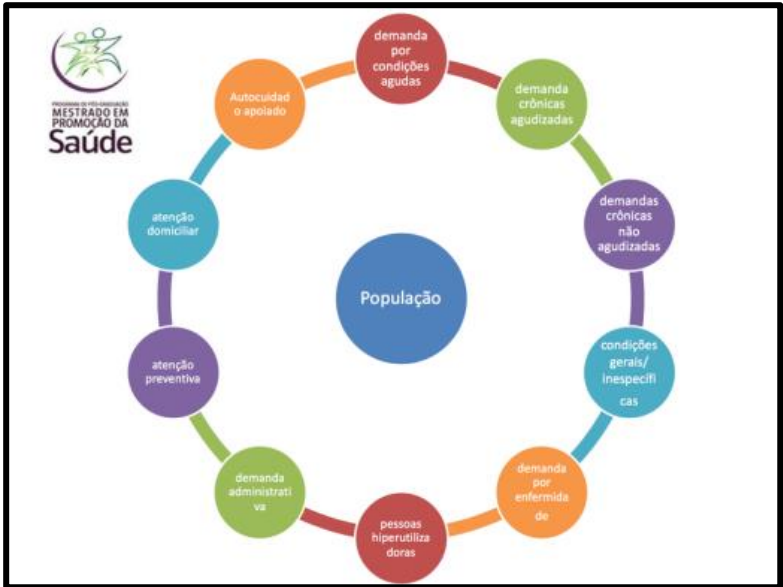
Pesquisa em Florianópolis:


- 40% demanda não programada;
- 60% demanda programada;

Destes:

- 82% por condições crônicas;
- 18% por condições agudas.

<http://www.saude.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-e-saude.pdf>

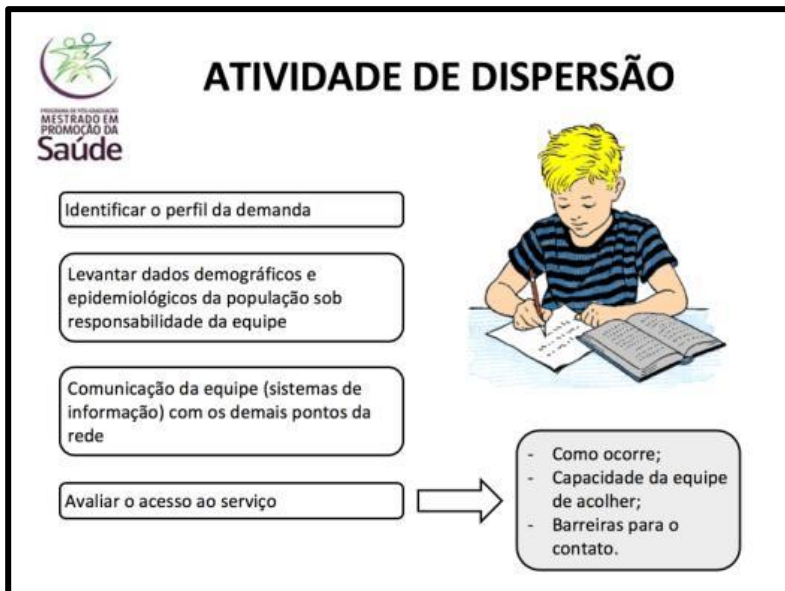





7. Tipos de EABp

EABp I	EABp I SM	EABp II	EABp II SM	EABp III
<ul style="list-style-type: none"> Até 100 custodiados Total: 5 profissionais CH: 6 horas semanais Equipe = ESF 	<ul style="list-style-type: none"> Até 100 custodiados Total: 8 profissionais CH: 6 horas semanais Equipe ESF + 1 médico ou psiquiatra + 2 profissionais de nível superior 	<ul style="list-style-type: none"> De 101 à 500 custodiados Total: 8 profissionais CH: 20 horas semanais Equipe ESF + 1 Assist. Social + 1 psicólogo + 1 prof. De nível superior 	<ul style="list-style-type: none"> De 101 à 500 custodiados Total: 11 profissionais CH: 20 horas semanais Equipe ESF + 1 médico ou psiquiatra + 1 psicólogo + 1 Assist. Social + 3 profissionais de nível superior 	<ul style="list-style-type: none"> De 501 à 1.200 custodiados Total: 11 profissionais CH: 30 horas semanais Equipe ESF + 1 médico ou psiquiatra + 1 psicólogo + 1 Assist. Social + 3 profissionais de nível superior

FONTE: http://portal.saude.gov.br/ctce/programas/brasp/politica_nacional_de_atencao_integral_a_saude_das_pessoas_privadas_de_liberdade_no_sistema_prisional




 **Por que trabalhar em equipe?**

Objetivo Necessidade de somar esforços para alcançar objetivos que isoladamente não seriam alcançados ou seriam de forma mais trabalhosa ou inadequada

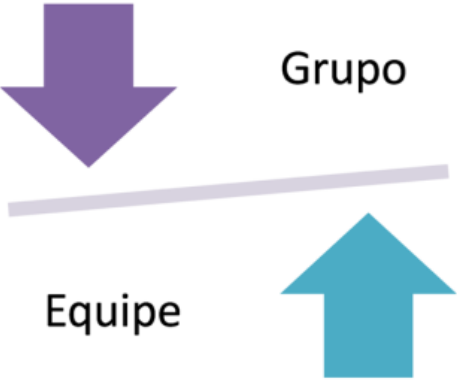
Função Complexidade do mundo moderno que gera relações de dependência e/ou complementaridade de conhecimentos e habilidades para o alcance dos objetivos

FONTE: <https://www.rnecozz.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagen2139.pdf>

 **Diferença entre grupo e equipe:**

Grupo

Equipe



 **Equipe eficiente: soma de talentos, diferenças e habilidades.**

 **Conhecer a equipe**

- Se aproximar e conhecer as pessoas
- Identificar seu lado positivo

 **Saber lidar com as emoções**

- Reações diferentes para vários estímulos
- Saber lidar com as próprias emoções e dos outros

 **Respeitar as particularidades:**

- Pessoas são boas em algumas atividades e em outras não – usar o melhor de cada um
- Equipe em conflito – tarefa direcionada de forma equivocada

 **Tomar cuidado com as críticas**

- Resolver problemas ou críticas sempre em particular
- Comentários em grupo só se forem produtivos

FONTE: <https://exame.abril.com.br/coluna/leite-ao-ze-competencias-essenciais-para-o-trabalho-em-equipe/>



“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.”
- Madre Teresa de Calcutá



O talento vence jogos, mas só o trabalho em equipe ganha campeonatos.
Michael Jordan




CRONOGRAMA DA OFICINA 3

TERRITÓRIO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE:

1. Aula expositiva dialogada sobre território de vigilância em saúde. Duração: 60 minutos
2. Intervalo: 20 minutos
3. Produzir mapa ou maquete do território (Instituição Penal). Duração: 60 minutos
4. Mapear área de risco para a saúde e perfil sócio demográfico. Duração: 30 minutos
5. Identificar, por galeria, o quantitativo de portadores de condições crônicas de agravos à saúde (diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, HIV/AIDS, tuberculose, sífilis e hepatites)

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM
PROMOÇÃO DA
Saúde



Oficina 3 – Território e Vigilância em Saúde

Mestrando(a): Raquel Cristine Barcella
Orientador: Prof(a). Dr(a). Lia Possuelo
Co-orientador: Prof. Dr(a) Suzane Krug


PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM
PROMOÇÃO DA
Saúde

OFICINA 3: Território e Vigilância em Saúde



Proposta:
Integrar vigilância no cotidiano das equipes (princípio da integralidade) para facilitar o planejamento, programação, monitoramento e avaliação do trabalho

↔

Objetivo:
Identificar estratégias de integração e/ou qualificação das ações da Atenção Básica e Vigilância em saúde no território

<https://atencao.basica.saude.gov.br/informacao-da-atencao-primaria-e-saude/>


PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM
PROMOÇÃO DA
Saúde

Território e Vigilância em Saúde


Integração

Identificação de fatores de risco e proteção à saúde existentes na estrutura e na dinâmica que compõem o território – importante no processo de trabalho

Integração


Essencial para o planejamento e execução de ações articuladas de proteção, promoção e recuperação da saúde, prevenção de riscos reduzindo vulnerabilidades e intervindo nos condicionantes e determinantes de saúde

<https://atencao.basica.saude.gov.br/informacao-da-atencao-primaria-e-saude/>


PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM
PROMOÇÃO DA
Saúde

Definição de território

O território é sempre um campo de atuação, de expressão do poder público, privado, governamental ou não governamental, e, sobretudo populacional. Cada território tem uma determinada área, uma população e uma instância de poder.



http://www.eopiv.focuz.br/sites/default/files/problema_3.pdf


MESTRADO EM
PROMOÇÃO DA
Saúde

Definição de Vigilância em Saúde

A Vigilância em Saúde está relacionada às práticas de atenção e promoção da saúde dos cidadãos e aos mecanismos adotados para prevenção de doenças. Além disso, integra diversas áreas de conhecimento e aborda diferentes temas, tais como política e planejamento, territorialização, epidemiologia, processo saúde-doença, condições de vida e situação de saúde das populações, ambiente e saúde e processo de trabalho.



Se divide em: epidemiológica, ambiental, sanitária e do trabalhador

https://www.covis.rs.gov.br/vigilancia-em-saude


MESTRADO EM
PROMOÇÃO DA
Saúde

Vigilância epidemiológica

Principal função é a adoção de medidas de prevenção e controle de agravos. Deve manter os dados das doenças atualizados, promover atualizações dos seus fatores de risco como também conhecer e prever a evolução dos agravos.




Divide-se em:

- Núcleo de vigilância de doenças transmissíveis NVDT;
- Núcleo de vigilância de doenças não transmissíveis NVNNT;
- Núcleo de Imunizações.



https://www.covis.rs.gov.br/epidemiologica


MESTRADO EM
PROMOÇÃO DA
Saúde

Vigilância ambiental

Função de monitorar o desequilíbrio do ambiente visando eliminar ou reduzir a exposição humana aos fatores prejudiciais à saúde

Divide-se em

- Vetores;
- Reservatórios (animais);
- Animais peçonhentos;
- Água para consumo humano;
- Exposição a solos contaminados;
- Exposição a poluentes atmosféricos;
- Substâncias (agrotóxicos, metais pesados, etc.);
- Desastres ambientais.





https://www.covis.rs.gov.br/ambiental


MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

Vigilância da saúde do trabalhador

Divide-se em:

- Saúde do trabalhador;
- Política Estadual Portaria 1363/14;
- Política Nacional Portaria 1823/12;
- CEREST/ UREST;
- Notificação de agravos;
- RENAST online (FIOCRUZ);
- Protocolo de investigação de óbito.

Promover a saúde e reduzir a morbimortalidade da população trabalhadora – integra ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes do seu processo produtivo




<http://www.cerest.rs.gov.br/trabalhador>


MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

Vigilância sanitária

Divide-se em:

- Alimentos;
- Produtos para a saúde – cosméticos e saneantes;
- Medicamentos;
- Estabelecimentos de saúde – controle de infecções;
- Radiações (exames);
- Sangue, tecidos, células e órgãos (laboratórios).

É o conjunto de ações que visa eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde decorrentes de problemas sanitários do meio ambiente




<http://www.cerest.rs.gov.br/sanitaria>


MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

Vigilância da situação de saúde e promoção da saúde

Promoção da saúde: Atuação nos determinantes sociais de saúde



Vigilância da situação de saúde: Estuda problemas de saúde e seus principais indicadores visando contribuir no planejamento de ações



<http://biblioteca.ebim.rs.gov.br/linked/inqsa/2018/10/22/150111-2-temto-e-vigilancia-em-saude-17rs.pdf>


MESTRADO EM
PROMOÇÃO DA
Saúde

Determinantes da Saúde (Dahlgren e Whitehead)



Determinantes sociais de saúde (DSS) são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham ou "as características sociais dentro das quais a vida transcorre" (Tarlov, 1996)

<http://www.observatorio.org.br/determinantes-sociais-fo.html>


MESTRADO EM
PROMOÇÃO DA
Saúde

Como fazer?

1. Territorialização:

- Mapeamento de risco e vulnerabilidade;
- Levantamento de dados sanitários de morbimortalidade por causas sensíveis à AB;
- Reconhecer os principais condicionantes e determinantes de saúde.



<http://observatorio.saude.gov.br/identificacao-de-atencao-primaria-e-saude/>


MESTRADO EM
PROMOÇÃO DA
Saúde

Como fazer?

2. Monitoramento:

- Análise dos indicadores em reunião de equipe;
- Realizar diagnóstico do território;
- Estabelecer metas, prioridades e fluxos assistenciais;
- Intervir à tempo nas doenças transmissíveis;
- Acionar a equipe da VS quando necessário



<http://observatorio.saude.gov.br/identificacao-de-atencao-primaria-e-saude/>




Como fazer?

3. Ferramentas:


- Acolhimento;
- Busca ativa;
- Promover educação em saúde.




<https://atencao.basica.saude.n.gov.br/identificacao-de-atencao-primaria-e-saude/>



Como fazer?



1. Desenhar o mapa do território dividindo-o em galerias, cozinha, alojamento de trabalhadores, área administrativa e de saúde, área externa e anexo feminino.
2. Definir áreas de risco/ocupação e capacidade/recursos disponíveis (materiais: colchões, cobertores, geladeira, banheiros, etc.).
3. Identificar dados sócio demográficos, culturais e religiosos entre outros (ex.: materiais de higiene pessoal, roupas,...)
4. Organizar informações sobre saúde por galerias: tuberculose, diabetes, hipertensão, HIV/AIDS, sífilis, uso de medicação controlada entre outros.

<https://atencao.basica.saude.n.gov.br/identificacao-de-atencao-primaria-e-saude/>

CRONOGRAMA DA OFICINA 4
EVENTOS AGUDOS E CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

1. Apresentação da parte inicial do vídeo Saúde na Estrada de jan/2018 sobre o PNAISP.
Link: <<https://youtu.be/4oRH6rvcgKc>> Duração: 15 minutos
2. Aula expositiva-dialogada sobre o tema – slides. Duração: 60 minutos
3. Apresentação das notas técnicas do estado do Rio Grande do Sul sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus
4. Intervalo: 20 minutos
5. Discussão em grupo sobre a aplicabilidade do conteúdo no sistema prisional
6. Apresentação da segunda parte do vídeo Saúde na Estrada sobre o PNAISP



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
**MESTRADO
E DOUTORADO
EM PROMOÇÃO DA
Saúde**

**OFICINA 4 – ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AOS
EVENTOS AGUDOS E ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Mestrando(a): Raquel Cristine Barcella
Orientador: Prof(a). Dr(a). Lia Possuelo
Co-orientador: Prof(a). Dr(a). Suzane Krug

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO
E DOUTORADO
EM PROMOÇÃO DA
Saúde

OFICINA 4 - Organização da atenção aos eventos agudos e às condições crônicas na APS

Objetivo:
Analisar os modelos de atenção e os macroprocessos relacionados para a organização da atenção aos eventos agudos e condições crônicas na Atenção Primária à Saúde.



O QUE O SENHOR ESTÁ SENTINDO?
UMA VONTADE DANADA DE SER ATENDIDO AINDA ESTE ANO.

<https://atencao.basica.saude.rs.gov.br/planejamento-da-atencao-primaria-e-saude>

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO
E DOUTORADO
EM PROMOÇÃO DA
Saúde

Organização da atenção aos eventos agudos e às condições crônicas na APS

Condições de Saúde:
Definidas como circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, eventuais ou contínuas e fragmentadas ou integradas dos sistemas de saúde.

Condições agudas

Condições crônicas



<https://atencao.basica.saude.rs.gov.br/planejamento-da-atencao-primaria-e-saude>

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO
E DOUTORADO
EM PROMOÇÃO DA
Saúde

Conceitos



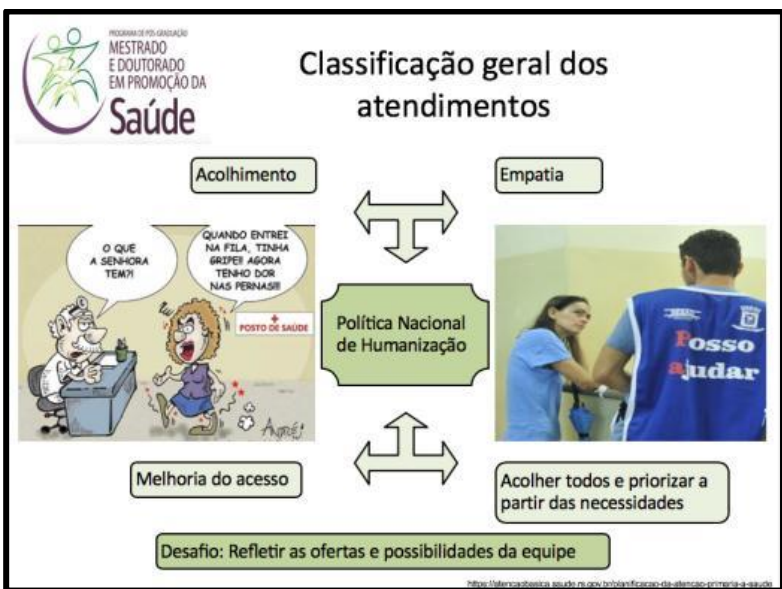
Condições agudas: de curso curto que se manifestam de forma pouco previsível e exigem um tempo de resposta oportuno do sistema de saúde.



Condições crônicas: de curso mais ou menos longo que deve ser manejado de forma mais proativa, contínua e integrada pelo sistema de saúde, profissionais e usuários. Dividem-se em agudizadas e não agudizadas.

<https://atencao.basica.saude.rs.gov.br/planejamento-da-atencao-primaria-e-saude>

VARIÁVEL	CONDIÇÃO AGUDA	CONDIÇÃO CRÔNICA
Início	Rápido	Gradual
Causa	Usualmente única	Usualmente múltipla
Duração	Curta	Indefinida
Diagnóstico e prognóstico	Comumente acurados	Comumente incertos
Testes diagnósticos	Frequentemente decisivos	Frequentemente de valor limitado
Resultados	Em geral ,cura	Em geral, cuidado sem cura
Papel dos Profissionais	Selecionar e prescrever o tratamento	Educar e fazer parceria com as pessoas usuárias
Natureza das intervenções	Centrada no cuidado profissional	Centrado no cuidado multiprofissional e no autocuidado
Conhecimento e ação clínica	Centrado no profissional médico	Compartilhado pelos profissionais e usuários
Papel da pessoa usuária	Seguir as prescrições	Corresponsabilizar-se por sua saúde em parceria com a equipe de saúde
Sistema da Atenção à Saúde	Resposta reativa e episódica	Resposta proativa e contínua



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO E DOUTORADO EM PROMOÇÃO DA Saúde

Eventos agudos

EMERGÊNCIA	Emergência: Caso gravíssimo, com necessidade de atendimento imediato e risco de morte.
MUITA URGÊNCIA	Muito urgente: Caso grave e risco significativo de evoluir para morte. Atendimento urgente.
URGÊNCIA	Urgente: Caso de gravidade moderada, necessidade de atendimento médico, sem risco imediato.
POUCA URGÊNCIA	Pouco Urgente: Caso para atendimento preferencial nas unidades de atenção básica.
NÃO URGÊNCIA	Não Urgente: Caso para atendimento na unidade de saúde mais próxima da residência. Atendimento de acordo com o horário de chegada ou serão direcionados às Estratégias de Saúde da Família ou Unidades Básicas de Saúde. Queixas crônicas; resfriados; contusões; escoriações; dor de garganta; ferimentos que não requerem fechamento e outros.

Ministério da Saúde. Caderno nº28. Atendimento à demanda espontânea, 2013

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO E DOUTORADO EM PROMOÇÃO DA Saúde

Modelo das condições crônicas

Chronic Care Model

RESULTADOS CLÍNICOS E FUNCIONAIS

Pirâmide de risco

GESTÃO DE CASO	NÍVEL 3 1-5% de pessoas com condições altamente complexas
GESTÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE	NÍVEL 2 20-30% de pessoas com condições complexas
AUTOCUIDADO APOIADO	NÍVEL 1 70-80% de pessoas com condições simples

Modelo de determinação social da saúde Dahlgren e whitehead

Ministério da Saúde. Mendes, EV. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde, 2012

Ministério da Saúde. Mendes, EV. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde, 2012



PROGRAMA DE POSGRADUAÇÃO
MESTRADO
E DOUTORADO
EM PROMOÇÃO DA
Saúde



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO - RESOLUÇÃO Nº 303/18 – CIB/RS

DEPARTAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE
COORDENAÇÃO ESTADUAL DA ATENÇÃO BÁSICA


NOTA TÉCNICA 03/2018 - ATENÇÃO AO INDIVÍDUO PORTADOR DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Quadro 1 - Achados do exame clínico e anamnese indicativos de risco para Doença Cardiovascular


Baixo risco / Intermediário	Alto risco
<ul style="list-style-type: none"> • Tabagismo • Hipertensão • Obesidade • Sedentarismo • Sexo masculino • História familiar de evento cardiovascular prematuro (homens <55 anos e mulheres <65 anos) • Idade >65 anos 	<ul style="list-style-type: none"> • Acidente vascular cerebral (AVC) prévio • Infarto agudo do miocárdio (IAM) prévio • Lesão periférica – Lesão de órgão-alvo (LOA) • Ataque isquêmico transitório (AIT) • Hipertrofia de ventrículo esquerdo (HVE) • Nefropatia • Retinopatia • Aneurisma de aorta abdominal • Estenose de carótida sintomática • Diabetes mellitus

Fonte: BRASIL (2013).

RIO GRANDE DO SUL, Secretaria da Saúde. Nota Técnica 03/2018. Atenção ao indivíduo portador de HAS, 2018



PROGRAMA DE POSGRADUAÇÃO
MESTRADO
E DOUTORADO
EM PROMOÇÃO DA
Saúde




ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Quadro 2 - Escore de Framingham:
classificação de risco cardiovascular e definição de condutas


RISCO	CLASSIFICAÇÃO E CONDUTA	PARÂMETRO DE PREVALÊNCIA (21,4% da população de 18 anos e mais*)
Baixo	Quando existir menos de 10% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos. O seguimento dos indivíduos com pressão arterial limítrofe poderá ser anual após orientá-los sobre estilo de vida saudável.	40% dos hipertensos
Intermediário	Quando existir 10% a 20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe para risco intermediário poderá ser semestral após orientações sobre estilo de vida saudável e, se disponível na UBS ou comunidade e se desejo da pessoa, encaminhamento para ações coletivas de educação em Saúde.	35% dos hipertensos
Alto	Quando existir mais de 20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos ou houver a presença de lesão de órgão-alvo, tais como IAM, AVC/AIT, hipertrofia ventricular esquerda, retinopatia e nefropatia. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe de alto risco poderá ser trimestral após orientações sobre estilo de vida saudável e, se disponível na UBS ou comunidade e, se desejo da pessoa, encaminhamento para ações de educação em Saúde coletivas.	25% dos hipertensos

Fonte: BRASIL (2013) - *IBGE, Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.

RIO GRANDE DO SUL, Secretaria da Saúde. Nota Técnica 03/2018. Atenção ao indivíduo portador de HAS, 2018



PROGRAMA DE POSGRADUAÇÃO
MESTRADO
E DOUTORADO
EM PROMOÇÃO DA
Saúde



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO

Quadro 1 - Parâmetros para ações de diagnóstico de Hipertensão Arterial e fatores de risco para DCV (Doenças Cardiovasculares)

Ação	População alvo	Procedimento(s)	Periodicidade
Rastreamento do diabetes tipo II	100% dos hipertensos	Glicemia de jejum	anual
Diagnóstico da dislipidemia	100% dos hipertensos	Colesterol Total, Colesterol LDL, Colesterol HDL, Triglicérides	anual
Diagnóstico da retinopatia	100% dos hipertensos	Fundoscopia	anual
Diagnóstico da nefropatia	100% dos hipertensos	Creatinina, Urina rotina	anual
Avaliação de hipertensão secundária	100% dos hipertensos	Potássio	anual
Diagnóstico de cardiopatia hipertensiva	100% dos hipertensos	Eletrocardiograma	anual

Fonte: BRASIL (2015b).

RIO GRANDE DO SUL, Secretaria da Saúde. Nota Técnica 03/2018. Atenção ao indivíduo portador de HAS, 2018



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO
E DOUTORADO
EM PROMOÇÃO DA
Saúde




ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Quadro 2 - Parâmetros para exames laboratoriais, oftalmológicos e de diagnóstico em cardiologia para pacientes com Hipertensão Arterial


Categoria Exame / procedimento	Procedimento - SIGTAP	Parâmetro (média por paciente ao ano)
Exames de patologia clínica	02.02.01.047-3 - Dosagem de glicose	1
	02.02.01.029-5 - Dosagem de colesterol total	1
	02.02.01.027-9 - Dosagem de colesterol HDL	1
	02.02.01.028-7 - Dosagem de colesterol LDL	1
	02.02.01.067-8 - Dosagem de triglicerídeos	1
	02.02.01.031-7 - Dosagem de creatinina	1
	02.02.05.001-7 - Análise de caract. físicos, elementos e sedimento da urina	1
Oftalmológicos	02.02.01.060-0 - Dosagem de potássio	1
	02.11.06.010-0 - Fundoscopia	1
Diagnose em cardiologia	02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma	1

Fonte: BRASIL, (2015b).

RIO GRANDE DO SUL, Secretaria de Saúde. Nota Técnica 03/2018. Atenção ao indivíduo portador de HAS, 2018



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO
E DOUTORADO
EM PROMOÇÃO DA
Saúde




ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Quadro 3 - Escore de Framingham para estimativa de risco cardiovascular em 10 anos


Homens					Mulheres						
Idade	Pontos				Idade	Pontos					
20-34	35-39	40-44	45-49	50-54	20-34	35-39	40-44	45-49	50-54		
-9	-4	0	3	6	-7	-3	0	3	6		
8	10	11	12	13	8	10	11	12	14		
16					16						
Idade					Idade						
Colesterol total (mg/dl)	20-39	40-49	50-59	60-69	70-79	Colesterol total (mg/dl)	20-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Pontos	0	0	0	0	0	Pontos	0	0	0	0	0
<160	4	3	2	1	0	<160	4	3	2	1	1
160-199	7	5	3	1	0	160-199	8	6	4	2	1
200-239	9	6	4	2	1	240-279	11	8	5	3	2
240-279	11	8	5	3	1	≥280	13	10	7	4	2
≥280					1					2	
Idade					Idade						
Tabagismo	20-39	40-49	50-59	60-69	70-79	Tabagismo	20-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Pontos	0	0	0	0	0	Pontos	0	0	0	0	0
Não fumantes	8	5	3	1	1	Não fumantes	9	7	4	2	1
Fumantes					1	Fumantes					1
Idade					Idade						
Colesterol HDL (mg/dl)	Pontos				Colesterol HDL (mg/dl)	Pontos					
≥60					-1					-1	
50-59					0					0	
40-49					1					1	
<40					2					2	
Idade					Idade						
PA sistólica (mmHg)	Pontos se não tratada		Pontos se tratada		PA sistólica (mmHg)	Pontos se não tratada		Pontos se tratada			
<120	0		0		<120	0		0			
120-129	1		1		120-129	1		3			
130-139	1		2		130-139	2		4			
140-159	1		2		140-159	3		5			
≥160	2		3		≥160	4		6			

Fonte: BRASIL, (2010).

RIO GRANDE DO SUL, Secretaria de Saúde. Nota Técnica 03/2018. Atenção ao indivíduo portador de HAS, 2018



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO
E DOUTORADO
EM PROMOÇÃO DA
Saúde




ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE


Quadro 4 - Pontuação do Escore de Framingham e percentuais correspondentes para estimativa de risco cardiovascular

Total de Pontos	Homens		Mulheres	
	Risco em 10 anos (%)	Total de Pontos	Risco em 10 anos (%)	Total de Pontos
<0	<1	<9	<1	<9
0	1	9	1	9
1	1	10	1	10
2	1	11	1	11
3	1	12	1	12
4	1	13	2	13
5	2	14	2	14
6	2	15	3	15
7	3	16	4	16
8	4	17	5	17
9	5	18	6	18
10	6	19	8	19
11	8	20	11	20
12	10	21	14	21
13	12	22	17	22
14	16	23	22	23
15	20	24	27	24
16	25	≥25	≥30	25
≥17	≥30	≥25	≥30	≥25

Fonte: BRASIL, (2010).

RIO GRANDE DO SUL, Secretaria de Saúde. Nota Técnica 03/2018. Atenção ao indivíduo portador de HAS, 2018





ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO - RESOLUÇÃO Nº 302/18 – CIB/RS

DEPARTAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE
COORDENAÇÃO ESTADUAL DA ATENÇÃO BÁSICA


NOTA TÉCNICA 02/2018 - ATENÇÃO AO INDIVÍDUO PORTADOR DE DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO BÁSICA

O diagnóstico de DM é feito através de:

1. Glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dL;
2. Teste de Tolerância à Glicose (TTG) maior ou igual a 200 mg/dL;
3. Hemoglobina Glicada (HbA1c) maior ou igual que 6,5%;
4. Glicemia eventual maior ou igual a 200mg/dL com sintomas associados.

Com exceção do item 4, os demais itens devem ser confirmados em uma segunda medida. Glicemia capilar (HGT) não é suficiente para o diagnóstico.

RIO GRANDE DO SUL, Secretaria da Saúde, Nota Técnica 02/2018, Atenção ao indivíduo portador de DM, 2018



Quadro - Estratificação de risco para Diabetes Mellitus

RISCO	CRITÉRIOS (Controle glicêmico – HbA1c –, complicações e capacidade para o autocuidado*) Onde: HbA1c = hemoglobina glicada	PARÂMETRO DE PREVALÊNCIA (8,9% da população de 18 anos e mais*)
Baixo	Pessoas com glicemia de jejum alterada e intolerância à sobrecarga de glicose.	20% dos diabéticos
Médio	Pessoa com DM diagnosticado e: <ul style="list-style-type: none"> - controle metabólico e pressórico adequados. As recomendações mais atuais sugerem que não se estabeleça um valor único para HbA1c, mas que cada caso seja avaliado individualmente. Jovens sem complicações, considerar HbA1c de até 6%; idosos, com complicações e tratamentos complexos, tolerar mais, talvez até 8,5%; - sem internações por complicações agudas nos últimos 12 meses; - sem complicações crônicas (micro ou macroangiopatia). 	50% dos diabéticos
Alto	Pessoa com DM diagnosticado e: <ul style="list-style-type: none"> - controle metabólico (7,5 > HbA1c <9) ou pressórico inadequado, com internações por complicações agudas nos últimos 12 meses ou complicações crônicas (incluindo pé diabético de risco avançado). 	25% dos diabéticos
Muito Alto (Distúrbio de Cuidado)	Pessoa com DM diagnosticado e: <ul style="list-style-type: none"> - mau controle metabólico (HbA1c >9) ou pressórico apesar de múltiplos esforços prévios; - múltiplas internações por complicações agudas nos últimos 12 meses; - síndrome arterial aguda há menos de 12 meses – Acidente Vascular Cerebral, Acidente Isquêmico Transitório, Infarto Agudo do Miocárdio, Angina instável, Doença Arterial Oclusiva Periférica com intervenção cirúrgica; - complicações crônicas severas – doença renal estágio 4 (nfo-dialítico) e 5 (dialítico), pé diabético de risco alto, ulcerado com necrose ou com infecção; - comorbidades severas (câncer, doença neurológica degenerativa, doenças metabólicas entre outras); - risco social – Idoso dependente em instituição de longa permanência; pessoas com baixo grau de autonomia, incapacidade de autocuidado e ausência de rede de apoio familiar ou social. 	5% dos diabéticos

Fonte: Brasil (2015b). *Observação: As taxas de prevalência por estados e por sexo, com os respectivos intervalos de confiança, estimadas pela Pesquisa Nacional de Saúde MS-IBICE 2013 estão disponíveis em: http://pns.ibge.gov.br/PNS/2013/tabelas_pdfs_06encas_cronicas.pdf

RIO GRANDE DO SUL, Secretaria da Saúde, Nota Técnica 02/2018, Atenção ao indivíduo portador de DM, 2018



- Diabéticos de baixo e médio risco: 02 consultas por ano;

- Diabéticos de alto e muito alto risco: 04 consultas por ano.

Quadro - Parâmetros para diagnóstico e acompanhamento do Diabetes Mellitus: estimativa de necessidades anuais por diabético

Categoria exame / procedimento	Procedimento – SIGTAP	Parâmetro (média por paciente ao ano) – Estrato de Risco			
		Baixo	Médio	Alto	Muito Alto
Exames de patologia clínica	02.02.01.047-3 - Dosagem de glicose	1	1	2	2
	02.02.01.029-5 - Dosagem de colesterol total	0,5	1	1	1
	02.02.01.027-9 - Dosagem de colesterol HDL	0,5	1	1	1
	02.02.01.028-7 - Dosagem de colesterol LDL	0,5	1	1	1
	02.02.01.067-8 - Dosagem de triglicerídeos	0,5	1	1	1
	02.02.01.050-3 - Dosagem de hemoglobina glicosilada	2	2	4	4
	02.02.01.031-7 - Dosagem de creatinina	1	1	2	4
	02.02.05.001-7 - Análise de caracteres físicos, elementos e sedimento da urina	1	1	1	2
	02.02.05.009-2 - Dosagem de microalbumina na urina*	1	1	1	1
Oftalmológicos**	02.11.06.010-0 - Fundoscopia	1	1	1	1
	02.11.06.017-8 - Retinografia colorida binocular	1	1	1	1
Diagnose em cardiologia	04.05.03.004-5 - Fotocoagulação a laser	0,2	0,2	0,2	0,4
	02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma	1	1	1	2

Fonte: Brasil (2015b).

RIO GRANDE DO SUL, Secretaria da Saúde, Nota Técnica 02/2018, Atenção ao indivíduo portador de DM, 2018

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO
E DOUTORADO
EM PROMOÇÃO DA
Saúde

REGISTRO COLETIVO PARA ACOMPANHAMENTO DE DOENTES CRÔNICOS

DATA	NOME COMPLETO + DN	N° PRONT	DIA	HAS	CLASS. DE RISCO	OUTRO AGRAVO CRÔNICO QUAL?	ATENDIMENTO			REAVALIÇÃO		
							DATA	DATA	DATA	FA	FA	FA
							MEDICAÇÕES EM USO:			ALTERAÇÃO MEDIC.	ALTERAÇÃO MEDIC.	ALTERAÇÃO MEDIC.
							MEDICAÇÕES EM USO:			ALTERAÇÃO MEDIC.	ALTERAÇÃO MEDIC.	ALTERAÇÃO MEDIC.
							MEDICAÇÕES EM USO:			ALTERAÇÃO MEDIC.	ALTERAÇÃO MEDIC.	ALTERAÇÃO MEDIC.
							MEDICAÇÕES EM USO:			ALTERAÇÃO MEDIC.	ALTERAÇÃO MEDIC.	ALTERAÇÃO MEDIC.

CÁLCULOS EM NEFROLOGIA

1- Estimativa da Filtração Glomerular. Equação de Cockcroft-Gault

Clearance Creat (mL/min) =
$$\frac{[140 - \text{Idade (anos)}] \times \text{Peso (kg)}}{\text{Creat Plasm (mg/dL)} \times 72}$$

Clearance Creat (mL/min) = **homens:** valor multiplicado por 1.00 = resultado

mulheres: valor multiplicado por 0.85 = resultado

Creat = Creatinina
Plasm = Plasmática

Referência:

Cockcroft DW and Gault MH
"Prediction of creatinine clearance from serum creatinine".
[Nephron 16: 31-41, 1976](#)

CRONOGRAMA DA OFICINA 5
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

1. Aula expositiva dialogada sobre a assistência farmacêutica. Duração: 1 hora e 20 minutos
2. Intervalo. Duração: 20 minutos
3. Propostas de intervenção no processo de trabalho da Assistência Farmacêutica da UBSp com farmacêutica convidada



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
**MESTRADO
E DOUTORADO
EM PROMOÇÃO DA
Saúde**

**OFICINA 5 – ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Mestrando(a): Raquel Cristine Barcella
Orientador: Prof(a). Dr(a). Lia Possuelo
Co-orientador: Prof(a). Dr(a). Suzane Krug

PROFESSOR DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO E DOUTORADO EM PROMOÇÃO DA Saúde

OFICINA 5 – Assistência farmacêutica na Atenção Primária à Saúde

Objetivo:
 Desenvolver estratégias de organização e integração da assistência farmacêutica no âmbito da Atenção Primária à Saúde




https://atencao.basica.saude.n.gov.br/inf/acao-da-atencao-primaria-a-saude



PROFESSOR DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO E DOUTORADO EM PROMOÇÃO DA Saúde

Assistência farmacêutica

Ações logísticas ↔ Farmácia clínica e de vigilância

Apoiado pela farmacoeconomia e farmacoepidemiologia

Gastos com medicamentos - 2º maior item de despesa do Ministério da Saúde:

- Aumento do número de consumidores;
- Aumento no número de prescrições;
- Aumento no custo pelas inovações tecnológicas.




https://atencao.basica.saude.n.gov.br/inf/acao-da-atencao-primaria-a-saude

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO E DOUTORADO EM PROMOÇÃO DA Saúde

Desigualdade de acesso: pesquisas

- Banco de dados da saúde da mulher e da criança (2015):**
 - Grupo com maior acesso são domiciliados da zona rural, 1 ou 2 doenças crônicas e nível sócio econômico mais elevado.
 - Indivíduos pobres com mais doenças crônicas tem menos acesso; Desigualdade econômica no acesso a favor dos mais ricos.
- Dados do Febrapharma 2002:**
 - 15% da população com renda maior que 10 salários mínimos consomem 48% dos medicamentos;
 - 51% da população com renda inferior a 4 salários mínimos consomem 16% dos medicamentos.
- EUA – estima-se 50.000 mortes/ano por manejo inadequado de medicamentos (metade por reação adversa).**

<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/inf/acao-da-atencao-primaria-a-saude>
<http://www.saude.rs.gov.br/inf/acao-da-atencao-primaria-a-saude>

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO E DOUTORADO EM PROMOÇÃO DA Saúde

Ciclo logístico:

- Seleção de medicamentos:** lista padronizada – RENAME, REME e REMUNE (RAS – diretrizes clínicas para organização).
- Programação:** Disponibilidade em quantidade adequada e tempo oportuno (RAS – perfil epidemiológico população adscrita).
- Aquisição:** efetuar compra programada.
- Armazenamento:** recebimento, estocagem segurança, conservação e controle de estoque (quando inadequado reduz qualidade do remédio).
- Distribuição:** feita a partir da programação – suprir necessidade por um período de tempo.
- Utilização:** fornecimento ao usuário - seguir método PVPS
- Gerenciamento, financiamento, Recursos Humanos e sistemas logísticos:** fundamentais para a engrenagem - atuação de todos os níveis

<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/inf/acao-da-atencao-primaria-a-saude>

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO E DOUTORADO EM PROMOÇÃO DA Saúde

Farmácia Clínica

- Importante no uso racional dos medicamentos
- Necessária pelo aumento da oferta de produtos
- Renegada a 2º plano – diminui resultados econômicos e sanitários
- Farmácia é vista como logística de medicamentos
- Distorção do objeto da assistência: paciente e não o medicamento
- Lei 13.021 de 2014: amplia a assistência farmacêutica no estabelecimento de saúde

<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/inf/acao-da-atencao-primaria-a-saude>

PROGRAMA DE POS-GRADUAÇÃO
MESTRADO
E DOUTORADO
EM PROMOÇÃO DA
Saúde

Serviços farmacêuticos que devem ser ofertados ao usuário



Dispensação:

- Importante para realizar intervenções, orientações sobre o uso adequado, entregas de medicamentos, benefícios, conservação e descarte.



Manejo de problemas de saúde autolimitados:

- Acolhe demanda, identifica necessidades, prescreve o orienta medidas não farmacológicas, medicamentos e produtos terapêuticos que não exijam prescrição médica.



Conciliação de medicamentos:

- Organização (lista) de medicamentos utilizados pelo paciente de forma dinâmica, orientando todos os envolvidos (cuidadores) e conciliando as informações no prontuário.

<https://referenciaseis.saude.mg.gov.br/identificacao-da-atencao-primaria-e-saude>

PROGRAMA DE POS-GRADUAÇÃO
MESTRADO
E DOUTORADO
EM PROMOÇÃO DA
Saúde

Serviços farmacêuticos que devem ser ofertados ao usuário



Monitorização terapêutica de medicamentos:

- Mensuração e interpretação dos níveis séricos dos fármacos (níveis plasmáticos) visando organizar doses individuais e seguras.



Revisão de farmacoterapia:

- Análise estruturada e crítica sobre medicamentos utilizados pelo paciente – diminui problemas e perda de recursos e melhora a adesão e resultados.



Gestão das condições de saúde:

- Conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e no cuidado – diminui danos e melhora a eficiência e a qualidade de atenção à saúde.

<https://referenciaseis.saude.mg.gov.br/identificacao-da-atencao-primaria-e-saude>

PROGRAMA DE POS-GRADUAÇÃO
MESTRADO
E DOUTORADO
EM PROMOÇÃO DA
Saúde

Serviços farmacêuticos que devem ser ofertados ao usuário



Acompanhamento farmacoterapêutico:

- Análise das condições de saúde, fatores de risco e tratamento do paciente – intervenções para prevenir e resolver problemas – inclui promoção e prevenção.



Educação em saúde:

- Prática que integra o saber científico e popular – amplia os conhecimentos do paciente e estimula autonomia e comprometimento de todos.



Rastreamento em saúde:

- Identificação de provável doença ou condição de saúde em pessoas assintomáticas e encaminhá-las para diagnóstico.

<https://referenciaseis.saude.mg.gov.br/identificacao-da-atencao-primaria-e-saude>

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO
E DOUTORADO
EM PROMOÇÃO DA
Saúde

Farmacoeconomia e farmacovigilância



São responsáveis pelo estudo e pelo monitoramento da utilização de medicamentos, produzindo e divulgando informações e indicadores importantes para a qualificação das ações de saúde. Também atuam no desenvolvimento de ações visando planejamento, organização, direção e controle para a ampliação da eficácia e eficiência destes serviços.

❖ São responsáveis pelo estudo e pelo monitoramento da utilização dos medicamentos

https://atencao-basica.saude.rs.gov.br/identificacao-da-atencao-primaria-a-saude

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO
E DOUTORADO
EM PROMOÇÃO DA
Saúde

Assistência farmacêutica na RAS

Hoje basicamente gerência o abastecimento de medicamentos

↓

Ações: programação, aquisição, armazenamento, distribuição e utilização e/ou dispensação dos medicamentos.

↓

O redesenho dos processos de trabalho aprimora atividades já existentes e implementa novas, ligadas a clínica farmacêutica e ações técnico-pedagógicas

↓

A inserção de novas práticas auxilia no aumento da resolutividade dos medicamentos e conhecimento dos problemas farmacológicos vivenciados pelos usuários – cria indicadores para gestores e profissionais de saúde sobre acesso e o resultado destes.


https://atencao-basica.saude.rs.gov.br/identificacao-da-atencao-primaria-a-saude

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO
E DOUTORADO
EM PROMOÇÃO DA
Saúde

Assistência farmacêutica na APS

Atenção Primária à Saúde ou Atenção Básica:

Conjunto de ações, individuais e/ou coletivas, que visam promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde.




↓

Traz impacto nas situações de saúde, autonomia dos pacientes, nos condicionantes e determinantes sociais de saúde

Deslocar o objeto da assistência do medicamento para o paciente

https://atencao-basica.saude.rs.gov.br/identificacao-da-atencao-primaria-a-saude




Assistência farmacêutica na APS

A participação ativa do farmacêutico na equipe de saúde é vista como necessidade para o redesenho do modelo das atenções crônicas e melhorias dos resultados de saúde, principalmente no nível primário dos cuidados.

Como integrante da equipe de saúde, o farmacêutico avalia as necessidades específicas do usuário em relação aos medicamentos prescritos visando estabelecer a terapêutica mais adequada, eficaz, segura e cômoda, favorecendo o uso racional e a adesão da farmacoterapia.

Farmacêuticos se inserem nas atividades da AB através do NASF, visitas domiciliares, reuniões de equipe, consultas farmacêuticas, consultas compartilhadas e reuniões de grupos.

<https://atencao.brasilia.gov.br/infocao-da-atencao-primaria-a-saude>



Curiosidades: informações de 2014 - 2016:

Países que aumentaram vagas e diminuíram presos:
 > Albânia, Bélgica, Bósnia, Croácia, Islândia, Geórgia, Irlanda, Holanda, Polónia, Rússia, Suécia e Ucrânia.

Países que tiveram pouca variação de vagas e número de presos:
 > Finlândia, França, Itália, Portugal, Eslovênia e Estocolmo.

Países que diminuíram a vagas e o número de presos:
 > Dinamarca, Estônia, Letônia Lituânia.

Países que mantiveram as vagas e aumentaram o número de presos:
 > Sérvia e Montenegro.

Países que mantiveram as vagas e diminuíram o número de presos:
 > Malta e Espanha.

Países que aumentaram as vagas e o número de presos:
 > República Tcheca e Eslováquia.

Países que aumentaram as vagas e mantiveram o mesmo número de presos:
 > Suíça, Grã Bretanha e Irlanda do Norte.

CRONOGRAMA DA OFICINA 6
AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

1. Debate com a farmacêutica do Núcleo de Atenção à Saúde da família (NASF) sobre fluxos da assistência farmacêutica no município. Duração: 60 minutos
2. Aula expositiva dialogada sobre monitoramento e avaliação na Atenção Primária à Saúde. Duração: 60 minutos
3. Intervalo: Duração: 20 minutos
4. Exercícios práticos sobre metas, avaliação e monitoramento. Duração: 60 minutos
5. Avaliação oral e escrita das oficinas de planificação. Duração: 40 minutos



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
**MESTRADO
E DOUTORADO
EM PROMOÇÃO DA
Saúde**

**OFICINA 6 – MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**



Mestrando(a): Raquel Cristine Barcella
Orientador: Prof(a). Dr(a). Lia Possuelo
Co-orientador: Prof(a). Dr(a). Suzane Krug

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO
E DOUTORADO
EM PROMOÇÃO DA
Saúde

OFICINA 6 – Monitoramento e avaliação na Atenção Primária à Saúde

Objetivo:

- Compreender os fundamentos sobre monitoramento e avaliação.
- Reconhecer a importância do monitoramento e avaliação das ações de saúde na APS.

<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/atividades-da-atencao-primaria-a-saude/>

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO
E DOUTORADO
EM PROMOÇÃO DA
Saúde

Avaliação

Avaliação: É tão antigo quanto a humanidade, banal e inerente ao processo de aprendizagem (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

Consiste em fazer um julgamento de valor de uma intervenção para ajudar na tomada de decisão (CHEN, 1990).

É medir, comparar e emitir juízo de valor que possibilita aferir o resultado (TANAKA, 2001).

<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/atividades-da-atencao-primaria-a-saude/>

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO
E DOUTORADO
EM PROMOÇÃO DA
Saúde

Monitoramento

Monitoramento: Acompanhamento continuado dos processos: objetivos, metas e ações

Servem para verificar se estão sendo executados conforme o programado.

Tem o objetivo de atuar em tempo de evitar os resultados negativos

<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/atividades-da-atencao-primaria-a-saude/>

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO
E DOUTORADO
EM PROMOÇÃO DA
Saúde



Mas afinal!

O que significa

Monitoramento e avaliação ?

Monitoramento

É uma ação gerencial que envolve 4 momentos:

- Medir;
- Comparar;
- Emitir juízo de valor;
- Agir corretivamente, se necessário

↔

Avaliação

É uma ação gerencial que envolve 3 momentos:


- Medir;
- Comparar;
- Emitir juízo de valor;

<https://atencao.basica.saude.rs.gov.br/informacao-da-atencao-primaria-a-saude>

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO
E DOUTORADO
EM PROMOÇÃO DA
Saúde

Sistema gerencial

- ❖ Traduz objetivos estratégicos em metas mensuráveis, que podem ser alcançadas;
- ❖ Mede o desempenho das equipes a partir das metas;
- ❖ Propicia:
 - ✓ Conhecer o que é esperado para suas funções;
 - ✓ Monitorar o desempenho;
 - ✓ Identificar oportunidades e implementar ações;
 - ✓ Melhorias e/ou correção.
- ❖ Propicia melhoria contínua, pois não basta atingir metas e se acomodar diante dos resultados alcançados.




SER PROATIVO

<https://atencao.basica.saude.rs.gov.br/informacao-da-atencao-primaria-a-saude>


PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO
E DOUTORADO
EM PROMOÇÃO DA
Saúde

Sistema gerencial é composto:




Indicador:

- Unidade que permite medir o alcance do objetivo;
- Expresso por número absoluto ou relação (porcentagem, coeficiente,...)



Meta:

Objetivo traduzido em forma qualitativa e quantitativa em um determinado lugar e tempo.



Parâmetro:

Valor referencial que serve para analisar e comparar a meta pactuada.

<https://atencao.basica.saude.rs.gov.br/informacao-da-atencao-primaria-a-saude>

**PROBIO DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO
E DOUTORADO
EM PROMOÇÃO DA
Saúde**

Sistema gerencial é composto:



Fonte:
Sistema, arquivo ou banco de dados dos indicadores;



Periodicidade:
Frequência da medição;




Modo de exibição:
Dos indicadores – gráfico, tabela, etc.

<http://relatorioabsc.saude.gov.br/portal/indicadores-de-atencao-primaria-e-saude>


**PROBIO DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO
E DOUTORADO
EM PROMOÇÃO DA
Saúde**

Sistema gerencial é composto:



Responsável:
Pessoa responsável por monitorar aquele indicador.

Conhecer a realidade da saúde através de números influencia no planejamento e replanejamento para a tomada de decisões.



RELATÓRIO QUADRIMESTRAL Exemplo de Sistema gerencial: Plano Anual de Saúde.
Os relatórios quadrimestrais e anuais servem para planejamento e prestação de contas para o CMS

<http://relatorioabsc.saude.gov.br/portal/indicadores-de-atencao-primaria-e-saude>

**PROBIO DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO
E DOUTORADO
EM PROMOÇÃO DA
Saúde**

Sistemas gerenciais




Conheça os painéis:



Pactuação Interfederativa de Indicadores 2017-2021

Neste painel o gestor poderá acompanhar os resultados de uma pactuação por indicadores pactuados na Resolução COT nº 16, de 24 de novembro de 2016. O Gestor poderá selecionar um indicador, o período que deseja acompanhar e selecionar a localidade. Observe que a localidade poderá ser selecionada por estado ou por municípios utilizados no perfil de saúde. Macrorregião de Saúde, Consórcios Regionais de Saúde, Regiões de Saúde e Municípios.

Para cada indicador é apresentado o mapa histórico anual e mensal, os valores absolutos do indicador e uma tabela detalhada por município para o período selecionado, com algumas exceções de acordo com as peculiaridades dos indicadores. Observe que conforme você for selecionar, os dados selecionados são apresentados no seu menu, os gráficos são dinamicamente alterados e os filtros são listados no canto inferior esquerdo em ícones "FILTROS".



Portal Técnico das Indicações Federais e Substâncias (em PDF)

* Parte de Indicações de Pactuação Interfederativa (2017 - 2021) [PDF](#)

* Indicador IES 1: Proposição de cura de casos crônicos de Substâncias psicoativas. [PDF](#)

* Indicador IES 2: Proposição de amostras de saliva com presença de Substâncias em, em Substâncias Alternativas Químicas. [PDF](#)

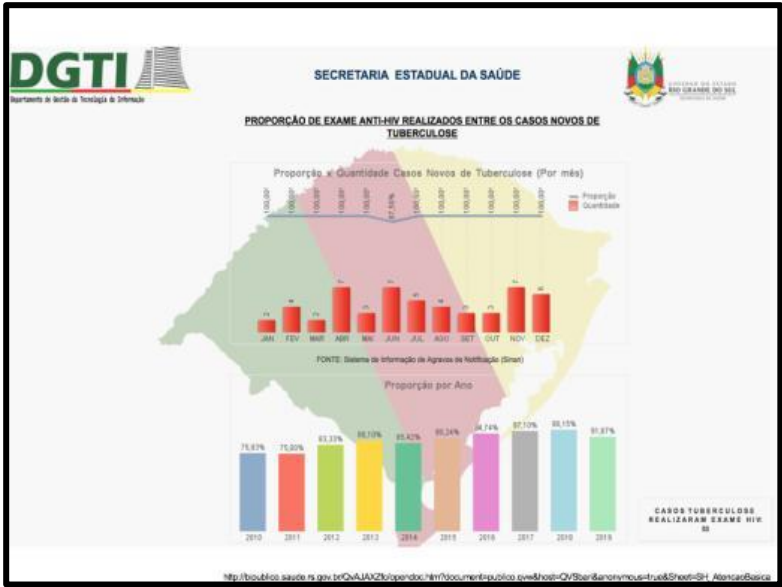
* Indicador IES 3: Proposição de Ótimas por Acadêmicos de Trabalho Investigativo. [PDF](#)

* Indicador IES 4: Tese de Notificação de Agravos (Acidentes e Doenças) Neurocrâneos em Trabalho. [PDF](#)

A elaboração, formalização e atualização destes documentos servem para base de monitoramento e avaliação.

Portal BI: indicadores pactuados, séries históricas, entre outros.

<http://biabsc.saude.gov.br/index.htm>



Painel de bordo

Objetivo Estratégico: Reduzir a mortalidade prematura por doenças cardiovasculares

1 Percentual de hipertensos cadastrados e acompanhados de acordo com o preconizado

Fórmula:
 Número de hipertensos CADASTRADOS pela equipe com ACOMPANHAMENTO realizado conforme preconizado / Número de hipertensos CADASTRADOS pela equipe x 100

Meta SMS:	30%	Meta UBS:	100%	Parâmetro:	>= 95,0%	75,0% a 94,9%	< 75,0%
-----------	-----	-----------	------	------------	----------	---------------	---------

2 Percentual de diabéticos cadastrados e acompanhados de acordo com o preconizado

Fórmula:
 Número de diabéticos CADASTRADOS pela equipe com ACOMPANHAMENTO realizado conforme preconizado / Número de diabéticos CADASTRADOS pela equipe x 100

Meta SMS:	30%	Meta UBS:	100%	Parâmetro:	>= 95,0%	75,0% a 94,9%	< 75,0%
-----------	-----	-----------	------	------------	----------	---------------	---------

<https://atencao.basica.saude.gov.br/indicadores-da-atencao-primaria-4-4>

Painel de bordo

29/04/2025 em 29/11/2025

PAINEL DE BORDO - PROGRAMA SAÚDE DA MULHER

1.2.1. No. de Abandons em DST	1.2.2. No. de Famílias Monitoradas	1.2.3. No. de Exames CCV Realizados
1.2.4. No. de Abandons no Pré-Natal	1.2.5. No. Abandons em Aborto Legal	1.3.1. No. de Médicos
1.3.2. No. de Agentes Comunitários de Saúde	1.3.4. No. de UBS de rede	1.5.1. PSM - Repreção Organizacional

<https://atencao.basica.saude.gov.br/indicadores-da-atencao-primaria-4-4>

MODELO PARA ATIVIDADE DE DISPERSÃO EQUIPES - OFICINA 6 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

MATRIZ 1 - EXEMPLOS PACTUAÇÃO DE METAS COM AS EQUIPES DA APS

Indicador (Apresenta o indicador proposto para a APS.)	Parâmetro (Apresenta o parâmetro, ou seja, o valor referencial para o estabelecimento da meta)	Situação do indicador no último ano (Análise a situação de indicador, ou seja, os valores alcançados pela equipe no último ano)	Meta Pactuada (A partir da análise de situação do indicador alcançado, do parâmetro e das condições de enfrentamento pela equipe, definir a meta a ser pactuada)	Responsável (O responsável pela aferição da meta, ou seja, a pessoa que terá a atribuição de conferir a meta alcançada pela equipe)	Prazo (O prazo para aferição da meta)	Fonte (A fonte na qual será feita a verificação da meta)

<https://atencao.basica.saude.rs.gov.br/planejamento-da-atencao-primaria-a-s>

MATRIZ 2 - IMPLEMENTAÇÃO DAS METAS PACTUADAS PELAS EQUIPES DA APS


Meta Pactuada Apresenta a meta pactuada pelas equipes da APS	Ação Apresenta a ação para alcançar a meta pactuada	Responsável Define o responsável pela ação para alcançar a meta pactuada	Prazo Define o prazo para realização da ação	Local Define o local para a realização da ação	Padronização Define se há necessidade de padronização de um procedimento para a realização da ação, por meio de um protocolo, procedimento operacional padrão, nota técnica, entre outros

<https://atencao.basica.saude.rs.gov.br/planejamento-da-atencao-primaria-a-s>

MATRIZ 3 - MONITORAMENTO DAS METAS PELAS EQUIPES DA APS

Meta Pactuada Apresenta a meta pactuada pela equipe	Responsável O responsável pela aferição da meta, ou seja, a pessoa que terá a atribuição de conferir a meta alcançada pela equipe	Prazo O prazo para aferição da meta	Fonte A fonte na qual será feita a verificação da meta	Meta Alcançada Apresenta a meta alcançada pela equipe	Avaliação da Meta Apresenta o status da meta alcançada pela equipe. Sinalizar se a meta alcançada estiver conforme, abaixo ou acima da meta pactuada	Ação para melhoria, correção ou manutenção Ação para manutenção, correção ou melhoria; responsável pela ação; prazo para a realização da ação

<https://atencao.basica.saude.rs.gov.br/planejamento-da-atencao-primaria-a-s>


Proposta de atividade

Tuberculose

- Média PPL – 932 casos – 100.000
- PRSCS: 3 – 4 casos



Diabetes

- 6.9% da pop. maior de 18 anos
- PRSCS: 27 casos

Hipertensos

- 21,8% da pop. maior de 18 anos
- PRSCS: 85 casos

RIO GRANDE DO SUL, Secretaria de Saúde. Nota Técnica 03/2018. Atenção ao indivíduo portador de HIV, 2018
 RIO GRANDE DO SUL, Secretaria de Saúde. Nota Técnica 02/2018. Atenção ao indivíduo portador de OIA, 2018
<https://www.civil.rs.gov.br/vigilancia-epidemiologica>



PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Oficina 1: As Redes de Atenção à Saúde

Oficina 2: Atenção Primária à Saúde

Oficina 3: Território e Vigilância em Saúde

Oficina 4: Organização da Atenção aos Eventos Agudos e as Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde

Oficina 5: Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde

Oficina 6: Monitoramento e Avaliação na Atenção Primária à Saúde

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE, 2018

Atividades desenvolvidas nas oficinas de dispersão (realizada durante vários encontros das tutorias)

1. Ficha de acolhimento



ACOLHIMENTO – UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PRISIONAL SCS

DADOS PESSOAIS:

DATA: ___/___/____. CARTÃO SUS: _____

NOME: _____

NOME DA MÃE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ___/___/____

POSSUI PLANO DE SAÚDE? () SIM () NÃO. QUAL?

ESTADO CIVIL: () SOLTEIRO(A) () UNIÃO ESTÁVEL () CASADO(A) ()

DIVORCIADO (O) () VIÚVO(A)

ENDEREÇO: _____

DATA DE CHEGADA À INSTITUIÇÃO PENAL: ___/___/____

ANAMNESE CLÍNICA

HISTÓRICO FAMILIAR DE DOENÇA CRÔNICA? () SIM () NÃO.

QUAIS? _____

FAZ USO DE ALGUM MEDICAMENTO REGULARMENTE? () Sim () NÃO.

QUAIS? _____

FAZ USO DE ANTICONCEPCIONAL? () SIM () NÃO.

QUAL? _____

JÁ FEZ ALGUMA CIRURGIA? () SIM () NÃO.

ESPECIFIQUE: _____

JÁ TEVE CONVULÇÕES? () SIM () NÃO. QUANDO? COM QUE
FREQUÊNCIA? _____

HISTÓRIA DE DOR CRÔNICA? () SIM () NÃO. LOCAL DA DOR? FAZ USO DE
ALGUM MEDICAMENTO? _____

HISTÓRICO DE IST? () SIM () NÃO. QUAL? EVOLUÇÃO DA
DOENÇA: _____

DOENÇAS CRÔNICAS PRÉ-EXISTENTES: () SIM () NÃO. QUAL? HÁ QUANTO
TEMPO? MEDICAÇÕES QUE UTILIZA: _____

PESO: _____ ALTURA: _____ TAX.: _____

TA: _____ HGT: _____

QUEIXAS: _____

TESTES RÁPIDOS:

HIV: () REAGENTE () NÃO REAGENTE

SÍFILIS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE

HEPATITE B: () REAGENTE () NÃO REAGENTE

HEPATITE C: () REAGENTE () NÃO REAGENTE

SINAIS DE TUBERCULOSE: () SIM () NÃO

REALIZAR COLETA DE ESCARRO: () SIM () NÃO

TRIAGEM ODONTOLÓGICA

QUANDO FOI A SUA ÚLTIMA VISITA AO DENTISTA?

ALGUMA QUEIXA ODONTOLÓGICA?

FAZ USO DE PRÓTESE?

REFERÊNCIAS SOCIAIS

REFERÊNCIA FAMILIAR PARA CONTATO SE NECESSÁRIO:

NOME: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____

TELEFONE E/OU ENDEREÇO:

COMPOSIÇÃO FAMILIAR (CÔNJUGE, FILHOS, ETC): _____

A FAMÍLIA RECEBE ALGUM BENEFÍCIO DO GOVERNO?

REALIZOU OU REALIZA ALGUM ACOMPANHAMENTO EM SERVIÇOS DE SAÚDE OU ASSISTÊNCIA SOCIAL NO SEU MUNICÍPIO? () SIM () NÃO. ESPECIFIQUE MOTIVO, SERVIÇO UTILIZADO E TEMPO DE UTILIZAÇÃO:

HÁ QUANTO TEMPO ESTÁ PRESO?

RECEBE VISITAS DE FAMILIARES NA PRISÃO? DE QUEM?

HISTÓRICO OCUPACIONAL:

ESCOLARIDADE: () ANALFABETO () ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO

() ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO () ENSINO

MÉDIO INCOMPLETO () ENSINO MÉDIO COMPLETO () ENSINO SUPERIOR

INCOMPLETO () ENSINO SUPERIOR COMPLETO () PÓS GRADUAÇÃO

PROFISSÃO: _____

SITUAÇÃO ATUAL: () EMPREGADO () DESEMPREGADO () AUTÔNOMO

() COM REGISTRO () SEM REGISTRO

JÁ TRABALHOU OU TRABALHA EM UNIDADE PRISIONAL? () SIM () NÃO.

ESPECIFIQUE LOCAL, TEMPO E FUNÇÃO: _____

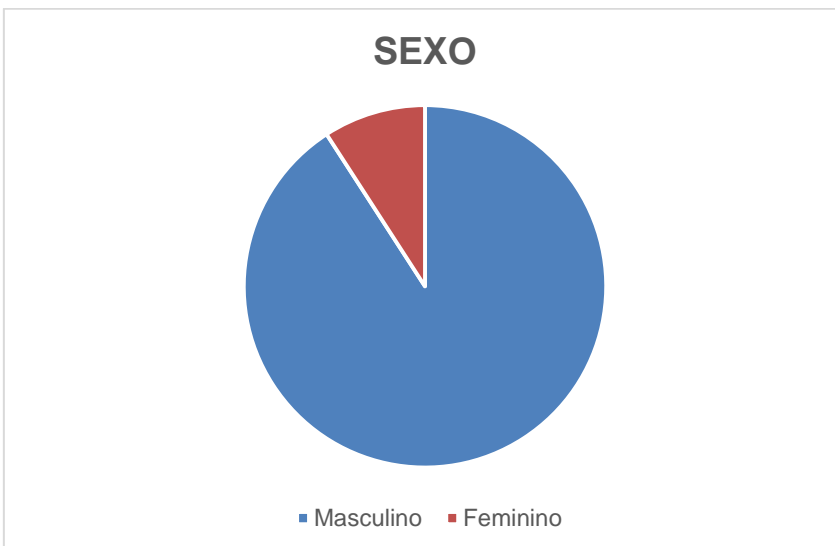
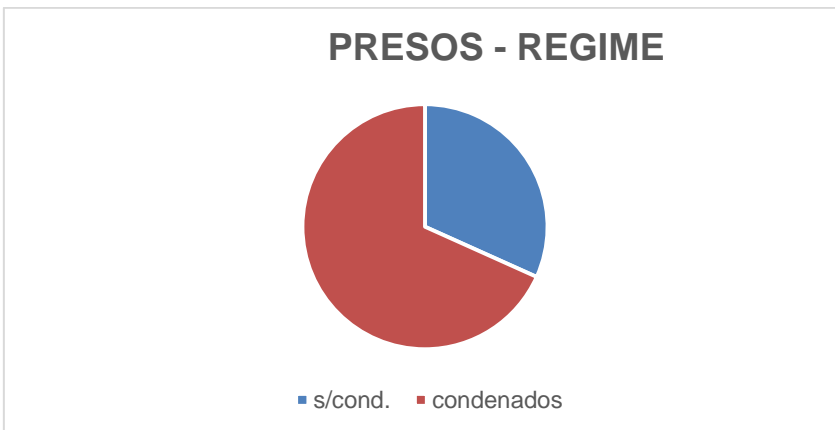
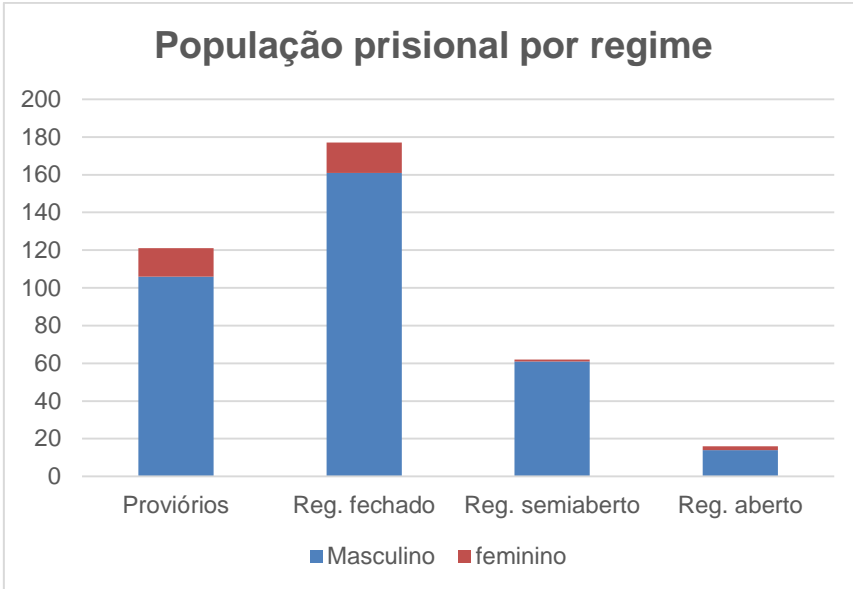
POSSUI INTERESSE EM ESTUDAR NA UNIDADE? () SIM () NÃO

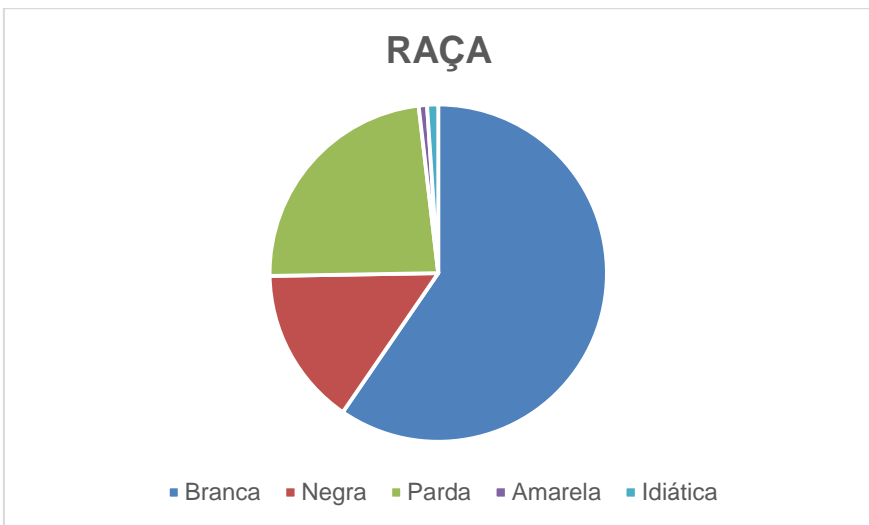
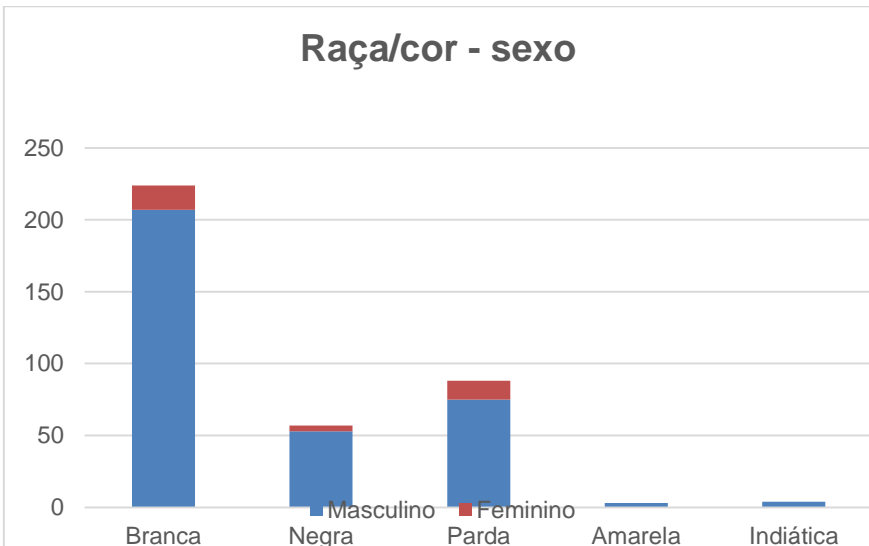
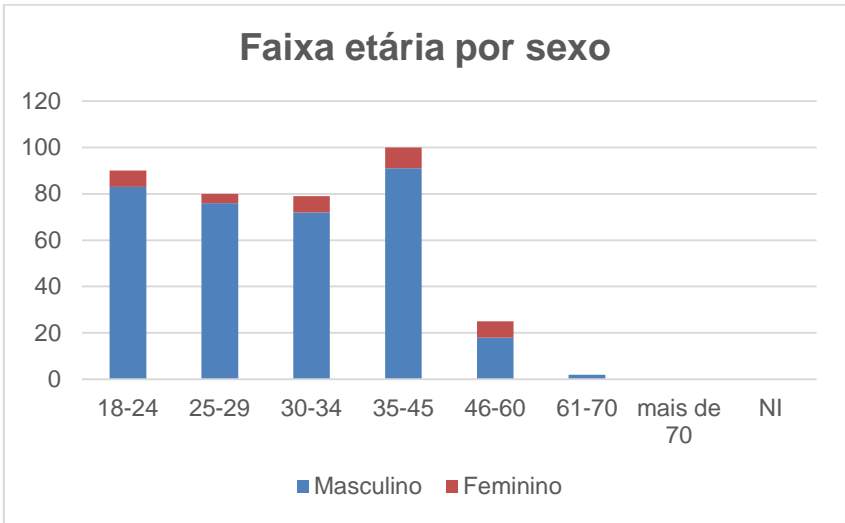
SAÚDE MENTAL:

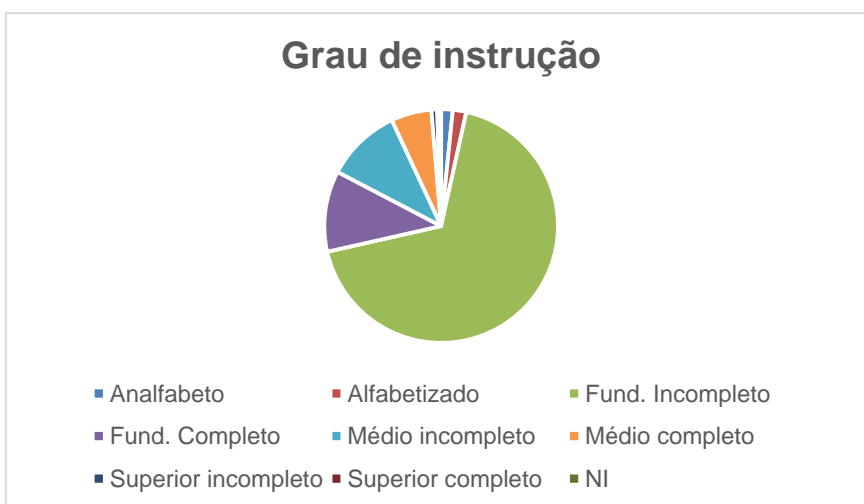
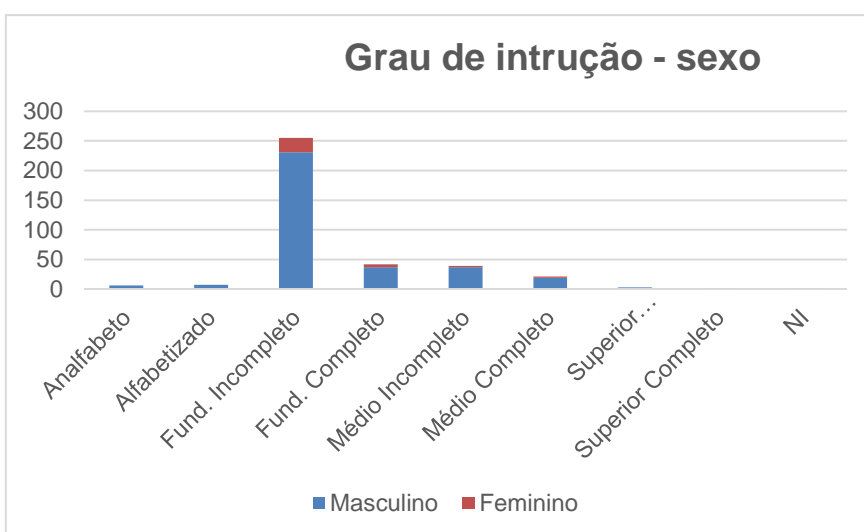
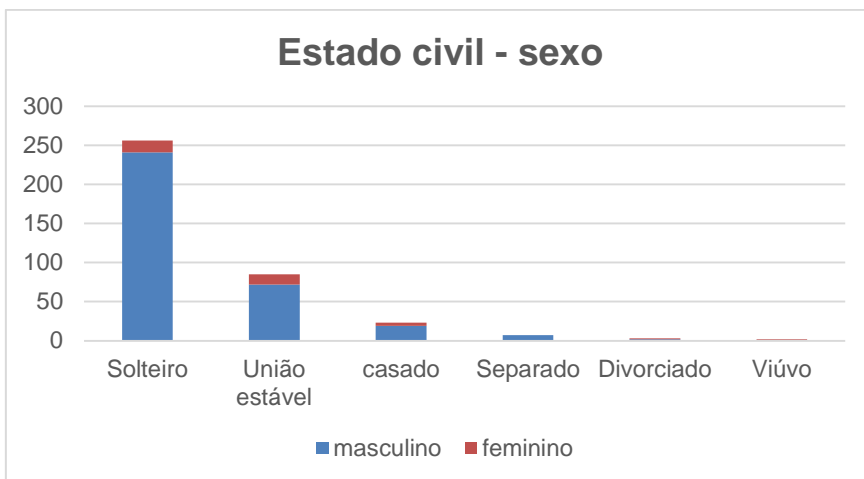
REFERE HISTÓRICO DE ALCOOLISMO OU USO DE OUTRAS DROGAS?

2. Perfil sócio demográfico da PPL

DADOS COLETADOS NA OFICINA DE DISPERSÃO

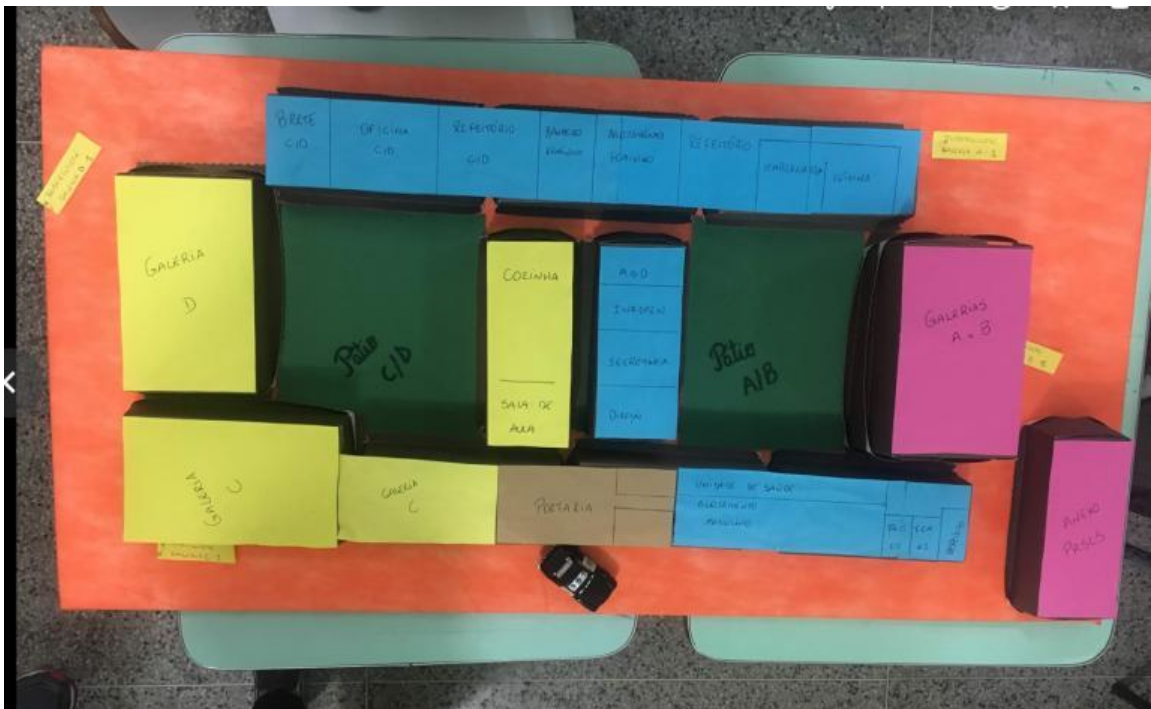




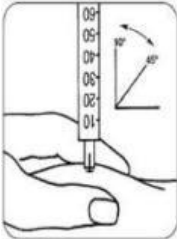
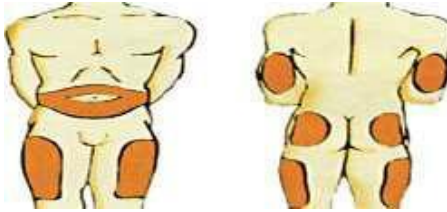


FONTE: Relatório semestral DPEN – MJ em 07/08/2019

3 Construção da maquete do território prisional (área de atuação)



4. Procedimento Operacional Padrão - Adaptados da Planificação das Redes de Atenção do Estado do Rio Grande do Sul

<p>PRESÍDIO REGIONAL DE SANTA CRUZ DO SUL UBSp</p>	<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP</p>	<p>Elaborado: Revisado: Validado: Data:</p>
<p>Atividade: Preparo e administração de medicação via subcutânea</p>		
<p>Executante: Profissional de enfermagem, médico</p>		
<p>Resultados esperados: Administrar medicação via SC usando técnica asséptica em 100% dos casos.</p>		
<p>Materiais necessários: Prescrição médica; medicação subcutânea prescrita; seringa de 1ml; agulhas 13x4,5; algodão; álcool a 70%; bandeja ou cuba rim; luva de procedimento.</p>		
<p>Principais atividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Verificar prescrição médica; 3. Separar a medicação, conforme prescrição; 4. Lavar as mãos antes de iniciar o procedimento; 5. Calçar luvas de procedimento; 6. Conferir o rótulo da medicação (data de validade), dose certa, via de administração certa, horário certo e o nome do paciente certo com a prescrição certa; 7. Fazer desinfecção da ampola com algodão embebido em álcool a 70%; 8. Aspirar conteúdo da ampola utilizando seringa e agulha adequadas a administração (1 ml – 13x4,5); <p>Retirar o ar da seringa;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Colocar a seringa no invólucro com o êmbolo protegido; ➤ Fazer anti-sepsia do local de aplicação com algodão embebido em álcool a 70% e conservar nova bola de algodão seco na mão; ➤ Fazer um coxim no local usando o dedo indicador e o polegar; ➤ Introduzir a agulha apropriada em ângulo de 90°; ➤ Aspirar o êmbolo verificando presença de sangue. (exceto heparina e vacinas); ➤ Injetar a medicação; ➤ Comprimir o local com algodão seco sem friccionar; ➤ Recolher o material; ➤ Desprezar material em local apropriado; ➤ Reorganizar a sala. <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">   </div> <p>OBSERVAÇÕES:</p> <p>A. Na administração de insulina não realizar massagem após aplicação, para evitar a absorção rápida;</p> <p>B. Locais de aplicação: Região deltóide no terço proximal; Face superior externa do</p>		

braço; Face anterior da coxa; Face anterior do antebraço.

Cuidados:

- Lavar sempre as mãos antes de iniciar o procedimento;
- Nunca se esquecer de conferir o rótulo da medicação, a dose, a via, o horário e o nome do paciente com a prescrição;
- Ter sempre o cuidado de proteger o êmbolo da seringa com o invólucro;
- Rodiziar local de aplicação.

Ações em caso de não conformidade:

- Caso ocorra quebra da ampola, fazer nova solicitação da medicação;
- Caso a seringa com medicação já preparada seja contaminada deve-se desprezá-la e fazer nova solicitação da medicação.

<p>PRESÍDIO REGIONAL DE SANTA CRUZ DO SUL UBSp</p>	<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP</p>	<p>Elaborado: Revisado: Validado: Data:</p>
<p>Atividade: Lavagem das mãos</p>		
<p>Executante: Todos os profissionais de saúde</p>		
<p>Resultados esperados: Reduzir a microbiota resistente e principalmente a microbiota transitória</p>		
<p>Materiais necessários: Sabonete líquido, papel toalha, dispensadores de sabonete e de papel toalha, antissépticos para mãos, álcool 70%, lixeira com pedal, saco plástico preto.</p>		
<p>Cuidados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Deve existir dentro dos consultórios uma pia apropriada para este fim, com dispensadores de sabonete líquido e de papel toalha. ➤ Manter o papel toalha sempre dentro do suporte, nunca em cima ou em outro local onde possa ser respingado pela água proveniente da lavagem das mãos 		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Usar papel toalha individuais e não de rolo. 		

Principais atividades:

A chegar ao local de trabalho e lavar as mãos antes de iniciar a jornada.

- As mãos devem ser lavadas antes e após contato com cliente; após remoção das luvas; entre um cliente e outro; entre um procedimento e outro ou em situação onde existe o risco de transferência de microorganismos para o cliente ou ambiente.
- Em unidades básicas de saúde, para pequenos procedimentos cirúrgicos, devem-se lavar as mãos com água e sabonete e friccionar antissépticos nas mãos, deixando secar espontaneamente, na falta de antissépticos pode-se friccionar as mãos com álcool 70%.
- Técnica de lavagem básica das mãos:
- Retirar acessórios (anéis, pulseiras, relógio e outros adereços das mãos e antebraços), uma vez que sob estes objetos acumulam-se microorganismos não removidos com a lavagem das mãos;
- Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se a e na pia;
- Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante);
- Ensaboar as palmas das mãos, friccionando entre si;
- Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa;
- Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais; Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimentos de vai-e-vem e vice-versa;
- Esfregar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando-se movimento circular e vice-versa;
- Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa;
- Esfregar o punho esquerdo, com auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa;
- Enxaguar as mãos começando não pelas pontas dos dedos para que a água escoe para os punhos, retire os resíduos de sabonete. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira;
- Secar as mãos com papel toalha, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos. No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilize papel toalha.
- A duração deste procedimento deve ser de 40 a 60 segundos.
- O papel toalha utilizados devem ser descartados em lixeiras com pedal com saco para lixo comum.

Ações em caso de conformidade: Nas situações onde não haja disponibilidade de pias e na ausência de secreção orgânica nas mãos, friccionar álcool glicerinado a 70% nas mesmas até secar espontaneamente.

- Usar papel toalha individuais e não de rolo.

<p align="center">PRESÍDIO REGIONAL DE SANTA CRUZ DO SUL UBSp</p>	<p align="center">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP</p>	<p>Elaborado: Revisado: Validado: Data:</p>
<p>Atividade: Prova do Laço Executante: Profissionais de saúde</p>		
<p>Resultados esperados: Verificar a fragilidade capilar no paciente suspeito de dengue</p>		
<p>Materiais necessários: Caneta; cartão de identificação do paciente suspeito de dengue; calculadora; esfigmomanômetro adulto e infantil.</p>		
<p>Principais atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Lavar as mãos; ➤ Desenhar um quadrado de 2,5cm de lado (ou uma área ao redor da falange distal do polegar) no antebraço da pessoa e verificar a pressão arterial (deitada <u>ou</u> sentada); ➤ Calcular o valor médio: (PAS+PAD)/2 ➤ Insuflar novamente o manguito até o valor médio e manter por cinco minutos em adultos (em crianças, 3 minutos) ou até o aparecimento de petéquias ou equimoses; ➤ Contar o número de petéquias no quadrado. A prova será positiva se houver 20 ou mais petéquias em adultos e 10 ou mais em crianças; ➤ Registrar no cartão de identificação; ➤ Acompanhar o usuário à consulta médica; ➤ Lavar as mãos. 		
<p>Cuidados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar a prova do laço na ausência de manifestações hemorrágicas; ➤ Realizar a notificação e investigação do caso; ➤ Registrar no prontuário as condutas prestadas; ➤ Pesquisar sinais de alarme (dor abdominal intensa, vômitos persistentes, hipotensão postural, hepatomegalia dolorosa, hemorragias importantes, sonolência ou irritabilidade, diminuição da diurese, hipotermia, aumento repentino do hematócrito, queda abrupta de plaquetas, desconforto respiratório) durante entrevista; ➤ Perguntar sobre presença de casos semelhantes no local de moradia ou de trabalho; ➤ Perguntar sobre história de deslocamento nos últimos 15 dias para área de transmissão de dengue; ➤ Comunicar o caso notificado ao coordenador de endemias; ➤ Lembrar que todo caso suspeito é para ser considerado possível. 		
<p>Ações em caso de não conformidade: Se o cliente não tiver condições de realização do exame, repassar ao profissional competente pela conduta do caso.</p>		

<p align="center">PRESÍDIO REGIONAL DE SANTA CRUZ DO SUL UBSp</p>	<p align="center">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP</p>	<p>Elaborado: Revisado: Validado: Data:</p>
<p>Atividade: Mensuração de peso e estatura Executante: Profissional de enfermagem, médico</p>		
<p>Resultados esperados: Verificar corretamente o peso e estatura</p>		
<p>Materiais necessários: Balança antropométrica e ou antropômetro e balança; fita métrica; maca com colchonete; caneta e papel ou prontuário eletrônico.</p>		
<p>Principais atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Lavar as mãos; ➤ Verificar se o cliente tem condições de ficar em pé; ➤ Certificar se a balança está calibrada antes do procedimento; ➤ Auxiliar o cliente a subir na balança, colocando-o no centro com os pés unidos e os braços soltos ao lado do corpo sem apoio; ➤ Mover o indicador de quilos da balança até a marca do peso aproximado do cliente; ➤ Mover o indicador de gramas até equilibrar o fiel da balança (adulto e pediátrico); ➤ Ler e anotar o peso indicado na escala; ➤ Deixar o cliente ereto de costas para o Antropômetro com os calcanhares unidos. Em caso de criança, utiliza-se antropômetro apropriado em posição deitada; ➤ Travar a régua do antropômetro e medir; ➤ Anotar o valor obtido. 		
<p>Cuidados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Manter o cliente parado durante a mensuração; ➤ Solicitar a retirada de excesso de roupas, bolsa etc. 		
<p>Ações em caso de não conformidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se não for possível o uso do antropômetro, ao utilizar a fita métrica, o cliente deve ficar com a cabeça, ombros, calcanhares e nádegas encostados à parede; 		

<p align="center">PRESÍDIO REGIONAL DE SANTA CRUZ DO SUL UBSp</p>	<p align="center">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP</p>	<p>Elaborado: Revisado: Validado: Data:</p>
<p>Atividade: Mensuração da circunferência abdominal Executante: Profissionais da enfermagem, médico</p>		
<p>Resultados esperados: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem na verificação da circunferência de cintura.</p>		
<p>Materiais necessários: Fita métrica; gaze umedecida com álcool 70%</p>		
<p>Principais atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Orientar o procedimento ao paciente; ➤ Orientar o paciente a permanecer ereto, de pé, abdômen relaxado, braços estendidos ao longo do corpo e os pés separados numa distância de 25-30 cm; ➤ Solicitar ao paciente que afaste a roupa, de forma que a região da cintura fique despida. A medida não deve ser feita sobre a roupa ou cinto; ➤ Mantenha-se de frente para o paciente, segure o ponto zero da fita métrica em sua mão direita e, com a mão esquerda, passar a fita ao redor da cintura ou na menor curvatura localizada entre a última costela e o osso do quadril (crista ilíaca), com cuidado para não comprimir a pele; ➤ Ajustar a fita métrica no mesmo nível em todas as partes com cuidado para não comprimir a pele, em seguida, solicite que o paciente expire totalmente; ➤ Realizar a leitura imediata antes que a pessoa inspire novamente; ➤ Realizar o registro com informações do valor da medida, horário e data, no local onde foi realizada a solicitação do procedimento, e/ou no prontuário do paciente; ➤ Registrar o procedimento em planilha de produção; ➤ Fazer limpeza da fita métrica com gaze umedecida em álcool 70%; ➤ Lavar as mãos; ➤ Manter a sala em ordem. 		
<p>Cuidados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ A fita métrica dever ser flexível e inelástica; ➤ Para localizar e marcar o ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca, solicitar ao indivíduo que inspire e segure a respiração por alguns segundos, apalpar lateralmente até encontrar a última costela. Em seguida, apalpar o ilíaco até encontrar o ponto mais elevado deste osso. Medir a distância entre os dois pontos e marcar o ponto médio. ➤ Posicionar-se lateralmente ao indivíduo a ser medido e verificar se a fita está alinhada em um plano horizontal, paralelo ao chão. A medida deve ser realizada colocando a fita horizontalmente ao redor da cintura sobre o ponto médio. Deve ser pedido para que a pessoa solte o ar e então se observa e 		

ajusta a fita. A tensão aplicada à fita deve ajustá-la firmemente em torno da cintura, sem enrugar a pele nem comprimir os tecidos subcutâneos.

Ações em caso de não conformidade:

- Caso o ambiente não apresente privacidade ao cliente para a realização do procedimento comunicar a coordenação para devidas providencias;
- Caso o cliente apresente resistência, o profissional deverá explicar a importância da medição no local e forma correta.

<p align="center">PRESÍDIO REGIONAL DE SANTA CRUZ DO SUL UBSp</p>	<p align="center">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP</p>	<p>Elaborado: Revisado: Validado: Data:</p>
<p>Atividade: Mensuração de pulso arterial Executante: Profissional de enfermagem, médico</p>		
<p>Resultados esperados: Conhecer e avaliar as condições do sistema cardiovascular contribuindo para o diagnóstico e tratamento de doenças.</p>		
<p>Materiais necessários: Relógio com ponteiro de segundos; caneta; papel.</p>		
<p>Principais atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Lavar as mãos; ➤ Reunir os materiais; ➤ Manter o cliente em posição confortável, deitado ou sentado; ➤ Apoiar o braço, se o pulso verificado for o radial; ➤ Colocar os dedos indicadores e médios sobre a pele, onde passa uma artéria, pressionando levemente sem comprimir o local; ➤ Contar a pulsação durante um minuto, observando ritmo e intensidade, evitando verificar o pulso, no caso de criança, se estiver chorando, após procedimento, manipulação ou após exercícios físicos, e se estiver dormindo não despertar; ➤ Registrar; ➤ Lavar as mãos. 		
<p>Cuidados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Não usar o dedo polegar, pois sua pulsação própria pode ser confundida com a do paciente; ➤ Os pulsos são detectados sobre as artérias: temporal, carótida, braquial, radial, femoral, poplítea, dorsal do pé e tibial posterior; ➤ Não palpar as artérias temporais ou carótidas ao mesmo tempo, porque é possível diminuir o fluxo sanguíneo para o cérebro; ➤ Comunicar qualquer alteração no ritmo cardíaco. 		
<p>Ações em caso de não conformidade: Em caso de pulso divergente nos membros superiores, encaminhar ao médico.</p>		

<p align="center">PRESÍDIO REGIONAL DE SANTA CRUZ DO SUL UBSp</p>	<p align="center">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP</p>	<p>Elaborado: Revisado: Validado: Data:</p>
<p>Atividade: Mensuração da frequência respiratória</p>		
<p>Executante: Profissional de enfermagem, médico</p>		
<p>Resultados esperados: Avaliar o funcionamento do sistema respiratório</p>		
<p>Materiais necessários: Relógio com ponteiro de segundos; caneta; papel.</p>		
<p>Principais atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Lavar as mãos antes e após o procedimento; <p>Posicione o cliente confortavelmente;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Coloque a mão no pulso radial do cliente, como se fosse controlar o pulso e observe os movimentos respiratórios (abaixamento e elevação do tórax); ➤ Conte a frequência respiratória (inspiração e expiração, ciclo completo em 1 minuto ou meio ciclo em 15 segundos, multiplicando por 4; ➤ Registrar o valor e as características da respiração, se necessário. 		
<p>Cuidados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Solicitar ao cliente não verbalizar durante aferição; ➤ Não contar a respiração logo após esforços do cliente. 		
<p>Ações em caso de não conformidade: No caso de criança chorando, aguardar acalmar-se.</p>		

<p align="center">PRESÍDIO REGIONAL DE SANTA CRUZ DO SUL UBSp</p>	<p align="center">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP</p>	<p>Elaborado: Revisado: Validado: Data:</p>
<p>Atividade: Mensuração da temperatura axilar Executante: Profissional de enfermagem, médico</p>		
<p>Resultados esperados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aferição da temperatura tecnicamente correta em 100% dos casos; ➤ Registro preciso no prontuário eletrônico e /ou impresso próprio do cliente. 		
<p>Materiais necessários: Bandeja contendo - termômetro, almotolia com álcool a 70% e algodão.</p>		
<p>Principais atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Lavar as mãos; ➤ Orientar que a axila esteja enxuta; ➤ Verificar se a coluna de mercúrio está abaixo de 35°C, em caso de termômetros não digitais; ➤ Colocar o termômetro na axila de forma que o bulbo fique em contato com a pele; ➤ Pedir para que o paciente comprima o braço de encontro ao corpo, de preferência colocando a mão no ombro oposto; ➤ Após cinco minutos retirar o termômetro; ➤ Fazer a leitura; ➤ Anotar e informar ao cliente o valor da temperatura; ➤ Limpar o termômetro com algodão embebido em álcool; ➤ Guardar o material; ➤ Desprezar o algodão sujo em lixo adequado; ➤ Lavar as mãos. 		
<p>Cuidados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Esta técnica de verificação de temperatura axilar é contraindicada nas queimaduras de tórax, fraturas de membros superiores, clientes muito magros e lesões axilares; ➤ Em caso de verificação em crianças atentar para que a mãe ou acompanhante segure o braço da criança para fixação correta do termômetro; ➤ Identificar a almotolia diariamente com data, nome da solução e do profissional que a preparou. 		
<p>Ações em caso de não conformidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Caso não haja subida na coluna de mercúrio na parte prismática do termômetro, identificá-lo e trocá-lo; ➤ Caso o termômetro quebre, providenciar sua reposição. 		

<p align="center">PRESÍDIO REGIONAL DE SANTA CRUZ DO SUL UBSp</p>	<p align="center">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP</p>	<p>Elaborado: Revisado: Validado: Data:</p>
<p>Atividade: Mensuração da Pressão Arterial Executante: Profissionais de Enfermagem, médico</p>		
<p>Resultados esperados: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem na aferição da pressão arterial</p>		
<p>Materiais necessários: Esfigmomanômetro aneróide ou de coluna de mercúrio; estetoscópio; algodão embebido com álcool 70%.</p>		
<p>Principais atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Explicar o procedimento ao cliente, questionar sobre uso de medicação, horário e queixas, anotá-las no prontuário do cliente; ➤ Pedir que o cliente esvazie a bexiga antes da aferição; ➤ Deixar o cliente em repouso de 5 a 10 minutos em ambiente calmo; ➤ Certificar-se de que o cliente, não praticou exercícios físicos de 60 a 90 minutos antes da aferição, não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumou até 30 minutos antes da medida; ➤ Fazer a desinfecção das olivas e do diafragma do estetoscópio com algodão embebido com álcool 70%; ➤ Posicionar adequadamente o cliente com pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso encostado na cadeira e relaxado; ➤ Orientar ao cliente a não falar durante a aferição; ➤ Expor um membro superior deixando-o livre para o procedimento, retirando qualquer roupa que cause compressão; ➤ Manter o braço do paciente na altura do coração, livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima e cotovelo ligeiramente fletido; ➤ Palpar a artéria braquial e posicionar o manguito 2,5 cm acima do local onde foi palpado o pulso braquial, e com o manômetro voltado a visualização do profissional; ➤ Utilizar manguito de tamanho adequado ao braço do cliente. A largura da bolsa de borracha deve corresponder a 40% da circunferência do braço e o seu comprimento e envolver pelo menos 80% do braço; ➤ Com o manguito vazio, enrolá-lo de forma uniforme e confortável ao redor do braço do cliente; ➤ Posicionar os olhos no mesmo nível da coluna de mercúrio ou do mostrador do manômetro aneróide; ➤ Sentir a pulsação da artéria radial; ➤ Inflar o manguito até cessar a pulsação da artéria radial. Esvaziar vagarosamente o manguito e observar o momento onde a pulsação reaparece; ➤ Desinsuflar o manguito rapidamente sem a necessidade de verificar valor; ➤ Colocar os receptores auditivos do estetoscópio (olivas) nas orelhas e certificar-se de que os sons estejam bem audíveis; ➤ Posicionar o diafragma do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, fossa antecubital, evitando compressão excessiva; 		

- Fechar a válvula de pressão do bulbo no sentido ate travar;
- Insuflar o manguito ate o valor encontrado na primeira medição acrescentar mais 20 mmhg, numa velocidade constante inicial de 2 a 4 mmhg por segundo. Após identificação do som que determina a pressão sistólica, aumentar a velocidade para 5 a 6 mmHg para evitar congestão venosa e desconforto para o paciente;
- Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som que é forte (fase I de Korotkoff), seguido de batidas regulares que se intensificam com o aumento da velocidade de deflação. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff). Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa. Quando os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff), anotar valores da sistólica/ diastólica;
- Registrar os valores das pressões sistólica e diastólica, complementando com a posição do cliente, e o braço em que foi feita a medida. Não arredondar os valores de pressão arterial para dígitos terminados em zero ou cinco;
- Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas;
- O paciente deve ser informado sobre os valores obtidos da pressão arterial e a possível necessidade de acompanhamento;
- Registrar procedimento em prontuário/mapa de controle, assinando e carimbando;
- Comunicar ao enfermeiro e/ou médico caso de alteração da PA;
- Registrar procedimento em planilha de produção;
- Lavar as mãos;
- Manter ambiente de trabalho em ordem.

Cuidados:

- Orientar para que o paciente descanse por 5 a 10 minutos em ambiente calmo antes da aferição e que não fale durante a execução do procedimento;
- Esfigmomanômetro deve ser periodicamente testado e devidamente calibrado a cada 6 meses;
- Gestante recomenda-se que a PA seja verificada na posição sentada;
- Atenção para as dimensões recomendadas da bolsa de borracha para braços de diferentes tamanhos:

Circunferência do braço (cm)	Denominação do Manguito	Largura do Manguito (cm)	Comprimento da bolsa (cm)
<= 6	Recém-nascido	3	6
06 a 15	Criança	5	15
16 a 21	Infantil	8	21
22 a 26	Adulto pequeno	10	24
27 a 34	Adulto	13	30
35 a 44	Adulto grande	16	38
45 a 52	Coxa	20	42

- Em pacientes obesos, deve-se utilizar o manguito de tamanho adequado à circunferência do braço;
- Na 1ª avaliação fazer a medida da PA com o paciente sentado e em posição ortostática, especialmente em idosos, diabéticos, alcoólicos, em uso de medicação anti-hipertensiva.

Ações em caso de não conformidade: Somente utilizar manguitos adequados a circunferência do braço. Utilizar Esfigmomanômetro e estetoscópio para a grupos etários correspondentes; ou seja, utilizar aparelhos para adultos e para crianças.

<p align="center">PRESÍDIO REGIONAL DE SANTA CRUZ DO SUL UBSp</p>	<p align="center">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP</p>	<p>Elaborado: Revisado: Validado: Data:</p>
<p>Atividade: Retirada de Pontos Executante: Profissional de enfermagem, médico</p>		
<p>Resultados esperados: Retirar pontos usando técnica asséptica evitando contaminação local.</p>		
<p>Materiais necessários: 1 pinça Kocker, 1 pinça Kelly, 1 pinça dente de rato e 1 anatômica; gazes esterilizadas; soro fisiológico; tesoura de Iris ou lâmina de bisturi; fita adesiva; saco plástico.</p>		
<p>Principais atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Lavar as mãos; ➤ Reunir todo o material; ➤ Receber cordialmente o cliente e explicar o procedimento a ser realizado; ➤ Colocar o cliente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada; ➤ Abrir o pacote de retirada de pontos com técnica asséptica; ➤ Colocar gazes em quantidade suficiente no campo estéril, evitando desperdício; ➤ Posicionar as pinças e tesoura ou lâmina de bisturi de forma que o cabo das mesmas fique voltado para fora do campo; ➤ Remover curativo anterior se houver com pinça dente-de-rato, soltar ou cortar caso o curativo esteja fixado com atadura tendo o cuidado para não agredir os tecidos recém-formados, podendo molhar o curativo com soro fisiológico; ➤ Faz-se a limpeza da incisão cirúrgica, obedecendo a técnica do curativo; Umedecer os pontos com jatos de solução fisiológica (SF 0,9%), tendo o cuidado para não lesar a incisão; ➤ Secar a incisão; ➤ Com a pinça anatômica, segura-se a extremidade do fio e com a tesoura ou lâmina de bisturi corta-se a parte inferior do nó; ➤ Coloca-se uma gaze próxima à incisão, para depositar os pontos retirados; ➤ Após o procedimento, fazer a limpeza local com técnica asséptica. ➤ Secar bem incisão e área adjacente ➤ Colocar a substância tópica prescrita e /ou padronizada e ocluir a incisão se necessário; ➤ Orientar ao cliente quanto a necessidade de retorno e conduta posterior; ➤ Lavar as mãos; ➤ Fazer anotações no prontuário eletrônico do cliente; ➤ Recolher o material contaminado; ➤ Fazer desinfecção do carrinho de curativo; ➤ Trocar lençol descartável; ➤ Reorganizar a sala. 		
<p>Cuidados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar técnica asséptica para evitar contaminação do local; ➤ Cobrir por 24h após a retirada dos pontos se necessário; 		

- Lavar as mãos antes e após o procedimento.
- Desprezar lâmina de bisturi em caixa de perfuro-cortantes.

Ações em caso de não conformidade: Solicitar ajuda da Enfermeira para auxiliar no procedimento.

PRESÍDIO REGIONAL DE SANTA CRUZ DO SUL UBSp	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	Elaborado: Revisado: Validado: Data:
Atividade: Baciloscopia		
Executante: Profissionais de Enfermagem		
Resultados esperados: Estabelecer rotinas de execução da coleta de escarro para baciloscopia de diagnóstico e de controle de tratamento da tuberculose pulmonar		
Materiais necessários: Bandeja; Pote plástico descartável com boca larga, transparente, com tampa de rosca; Etiqueta de identificação; Luva de procedimento; Máscara respiratória N95 ou PFF; Livro de protocolo; isopor e/ ou caixa térmica.		
Principais atividades: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Lavar as mãos; ➤ Verificar se o frasco está em perfeito estado, se a tampa fecha bem; ➤ Checar a etiqueta de identificação com nome completo do cliente e data; ➤ Verificar se a solicitação do exame está devidamente preenchida com nome completo do paciente, nome da mãe, data da coleta do exame; ➤ Explicar ao cliente sobre a importância da realização do exame; ➤ Orientar o cliente a coletar uma amostra satisfatória, forçando a tosse, tossindo profundamente para retirar a secreção da árvore brônquica (material coletado deve ter volume de 5 a 10 ml); ➤ Identificar o frasco com os dados do cliente, data e hora da coleta; ➤ Entregar ao cliente o pote para coleta (identificado) junto com papel toalha ou papel higiênico; ➤ Encaminhar o cliente a um ambiente arejado, de preferência ao ar livre ou em condições adequada de biosegurança. ➤ Informar que o pote deve ser tampado; ➤ Receber o pote após a coleta do escarro, verificar a quantidade e a qualidade da amostra, sem abrir o pote. Caso a amostra seja insuficiente, deve-se pedir para o cliente repetir o procedimento até obter a quantidade adequada; ➤ Acondicionar amostra em caixa térmica ou isopor; ➤ Orientar o cliente a lavar as mãos; ➤ Orientar o cliente quanto à segunda amostra que deve a ser coletada, em jejum, após enxaguar a cavidade bucal com água; ➤ Encaminhar o material ao laboratório; ➤ Registrar no livro de sintomáticos respiratório e no prontuário do cliente. 		
Cuidados:		

- Não é necessário que o paciente esteja em jejum, mas que esteja com a boca limpa e sem resíduos de alimentos;
- Conservar e transportar a amostra de escarro em caixa térmica até o laboratório;
- Nunca colocar a requisição de exames junto com o pote dentro do isopor.
- De acordo com o Ministério da Saúde (2011), para o transporte de amostras devem-se considerar três condições importantes: refrigeração, proteção contra a luz solar e acondicionamento adequado para que não haja risco de derramamento;
- Para se transportar os potes de escarro de uma Unidade de Saúde para outra, recomenda-se a utilização de caixas de isopor com gelo reciclável ou cubos de gelo dentro de um saco plástico. As requisições dos exames devem ser enviadas com o material, fora do recipiente de transporte;
- Enviar as amostras ao laboratório o mais rápido possível após a coleta

Ações em caso de não conformidade:

- Na impossibilidade de envio imediato da amostra para o laboratório, esta poderá ser conservada em geladeira comum até no máximo sete dias;
- Em caso de excesso de saliva no material coletado, o exame deverá ser repetido.

<p align="center">PRESÍDIO REGIONAL DE SANTA CRUZ DO SUL UBSp</p>	<p align="center">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP</p>	<p>Elaborado: Revisado: Validado: Data:</p>
<p>Atividade: Limpeza e desinfecção de almotolias</p>		
<p>Executante: Auxiliar/técnico de enfermagem, auxiliar/técnico de saúde bucal.</p>		
<p>Resultados esperados: Realizar a limpeza e desinfecção nas almotolias após o término da solução e/ou semanalmente.</p>		
<p>Materiais necessários: EPI (avental impermeável, gorro, máscara, óculos, e luvas de borracha); esponja macia de limpeza; escova de mamadeira (de preferência); solução de água e detergente; panos limpos e secos; balde ou bacia com tampa; hipoclorito de Sódio a 1% ou solução indicada pela instituição.</p>		
<p>Principais atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Esvaziar as almotolias, desprezando a solução na pia; ➤ Lavar externamente, incluindo a tampa, com solução de água e detergente usando a esponja de limpeza; ➤ Usar o mesmo processo internamente utilizando a escova de mamadeira; ➤ Enxaguar abundantemente por dentro e por fora em água corrente; ➤ Colocar as almotolias e tampas para escorrer sobre o pano limpo e seco, até secarem completamente; ➤ Imergir as almotolias em solução de Hipoclorito de Sódio a 1% por 30 minutos; ➤ Retirar o material da solução de hipoclorito, enxaguar rigorosamente em água corrente e deixar escorrer sobre pano limpo e seco; ➤ Guardar em recipiente com tampa ou reabastecer para uso. 		
<p>Cuidados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Nunca reabastecer as almotolias deve ser suficiente apenas para uso diário ou semanal; ➤ Nunca reabastecer as almotolias sem limpeza e desinfecção prévia. 		
<p>Ações em caso de não conformidade: Caso a almotolia não esteja devidamente identificada com: data, nome da solução e assinatura do profissional, desprezar a solução e providenciar o material devidamente identificado.</p>		

<p align="center">PRESÍDIO REGIONAL DE SANTA CRUZ DO SUL UBSp</p>	<p align="center">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP</p>	<p>Elaborado: Revisado: Validado: Data:</p>
<p>Atividade: Administração de medicação sublingual Executante: Profissional de enfermagem, médico</p>		
<p>Resultados esperados: Utilizar a mucosa oral como via de absorção para efeito mais rápido em situações em que o medicamento é inativado pelo suco gástrico.</p>		
<p>Materiais necessários: Bandeja; Medicamento prescrito; Copinho descartável.</p>		
<p>Principais atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Lavar as mãos; ➤ Conferir a prescrição; ➤ Reunir o material em uma bandeja; ➤ Colocar o medicamento no copinho sem tocá-lo; ➤ Entregar o medicamento ao paciente, orientando-o a colocá-lo sob a língua, sem mastigar ou deglutir; ➤ Observar para certificar-se que o paciente realizou a medicação de forma correta; ➤ Recolher o material e colocá-lo na bandeja; ➤ Encaminhar os resíduos para o lixo adequado; ➤ Lavar as mãos. 		
<p>Cuidados: De preferência, deixar o paciente em repouso após administração.</p>		
<p>Ações em caso de não conformidade: Caso o cliente degluta a medicação, repassar ao médico e aguardar orientação</p>		

<p align="center">PRESÍDIO REGIONAL DE SANTA CRUZ DO SUL UBSp</p>	<p align="center">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP</p>	<p>Elaborado: Revisado: Validado: Data:</p>
<p>Atividade: Administração da medicação intradérmica Executante: profissionais de enfermagem, médico</p>		
<p>Resultados esperados: Administrar solução de forma correta na via intradérmica.</p>		
<p>Materiais necessários: Bandeja; medicamento ou solução prescrita; luvas de procedimento; agulhas 25x7 para aspiração; agulhas 13x4,5; seringas de 1 ml; algodão; álcool à 70%.</p>		
<p>Principais atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Lavar as mãos antes e após o procedimento; ➤ Reunir todo material em uma bandeja; ➤ Aspirar, com agulha 25 x 7 na seringa de 1 ml sem deixar ar no interior; ➤ Trocar a agulha por uma de 13 x 4,5; ➤ Colocar o paciente na posição confortável e adequada ao procedimento; ➤ Calçar luvas de procedimento; ➤ Fazer antisepsia do local com algodão embebido em álcool a 70% com movimentos circulares, do centro para as extremidades (em caso de imunobiológicos não utilizar álcool); ➤ Estique a pele do local de aplicação, com o dedo indicador e polegar da mão oposta à que segura a seringa; ➤ Introduza a agulha (somente o bisel, voltado para cima) na pele, fazendo com esta um ângulo de 15 graus, com um movimento delicado, porém firme; ➤ Injete a solução, empurrando o êmbolo com a mão oposta à que segura a seringa, e observe a formação de uma pápula; ➤ Retire a agulha com um único movimento rápido e firme; ➤ Não fricção o local da pápula, com algodão nem com outro material; ➤ Recolher o material e colocá-lo na bandeja (não reencapar as agulhas); ➤ Retirar as luvas de procedimento; ➤ Descartar o material perfuro cortante em lixo adequado; ➤ Registrar o procedimento em prontuário eletrônico e/ ou livro de registro da sala. 		
<p>Cuidados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Orientar o cliente a não coçar nem esfregar o local da aplicação; ➤ Nunca reencapar as agulhas. 		
<p>Ações em caso de não conformidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se caso transfixar o local com a agulha: retirar a agulha do local, desprezar todo material e reiniciar o procedimento com o preparo de nova dose. ➤ Em caso de insegurança da técnica chamar outro profissional. 		

<p align="center">PRESÍDIO REGIONAL DE SANTA CRUZ DO SUL UBSp</p>	<p align="center">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP</p>	<p>Elaborado: Revisado: Validado: Data:</p>
<p>Atividade: Administração de medicação intramuscular Executante: Profissional de enfermagem, médico</p>		
<p>Resultados esperados: Aplicação de medicação no tecido muscular através da pele não gere nenhum processo adverso</p>		
<p>Materiais necessários: Bandeja; seringas (3, 5 e/ou 10ml); agulhas 40x12 para aspiração e/ou diluição de solução; agulhas IM (20x5,5; 25x7, 25x8); algodão; álcool 70%; medicamento prescrito.</p>		
<p>Principais atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Lavar as mãos; ➤ Calçar luvas de procedimentos; ➤ Escolher a seringa de acordo com o volume a ser injetado conforme prescrição médica; ➤ O comprimento e calibre da agulha variam de acordo com o grupo etário, espessura do tecido subcutâneo e solubilidade da droga; ➤ Preparar a medicação fazendo a antisepsia da ampola para a aspiração do medicamento; ➤ Trocar a agulha adequada para a administração da medicação; ➤ Orientar o paciente quanto ao procedimento; ➤ Fazer antisepsia da pele de cima para baixo removendo a sujidade para longe do local da punção; ➤ Administrar medicamento formando um ângulo de 90 graus; ➤ Aspirar antes de injetar o medicamento, certificando-se que nenhum vaso foi atingido; ➤ Administrar a medicação lentamente; ➤ Fazer leve compressão no local após administração; ➤ Registrar o procedimento em prontuário eletrônico e/ ou livro de registro da sala. 		
<p>Cuidados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Manter técnica asséptica; ➤ Trocar a agulha após a aspiração da solução na seringa ou se a solução for aspirada do frasco ampola; ➤ Utilizar agulha adequada para atingir o músculo escolhido; ➤ Assegurar a privacidade do paciente; ➤ Injetar lentamente as soluções; ➤ Rodiziar o local de aplicação; ➤ O volume ideal é de 2 a 3 ml; variando entre 2 e 5 ml, no máximo (depende do músculo escolhido); ➤ Injeções volumosas e dolorosas devem ser aplicadas na região glútea (ex: benzetacil); 		

Atenção aos locais de aplicação IM, conforme prescrição:

- Quadrante superior externo dos glúteos: dorso glúteo (é contra-indicada em crianças de 0 a 2 anos e adultos excessivamente magros);
- Região do músculo deltoide: Contraindicado em pessoas com pequeno desenvolvimento muscular local, substâncias irritantes, volume superior a 2ml e injeções consecutivas;
- Terço médio do músculo vasto lateral (pode ser aplicada em qualquer faixa etária, atentando para a localização em RN de 0 a 28 dias de vida);
- Região ventro glútea (hochestetter).

Ações em caso de não conformidade: Em caso de reações adversas locais ou sistêmicas, repassar ao médico e aguardar orientações

<p align="center">PRESÍDIO REGIONAL DE SANTA CRUZ DO SUL UBSp</p>	<p align="center">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP</p>	<p>Elaborado: Revisado: Validado: Data:</p>
<p>Atividade: Administração de medicação intravenosa Executante: Profissionais de enfermagem, médico</p>		
<p>Resultados esperados: Realizar punção venosa periférica com scalp assegurando punção asséptica, observando qualidade, calibre e profundidade na seleção do vaso.</p>		
<p>Materiais necessários: Prescrição médica; solução anti-séptica para a pele (álcool a 70%); seringa; scalp; garrote; luvas de procedimento; algodão em cuba; esparadrapo ou fita hipoalergenica; extensor; suporte de soro; equipo de soro; hidratação e/ou medicação prescrita; caixa coletora para descartar material perfuro cortante; etiqueta; caneta.</p>		
<p>Principais atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Lavar as mãos e/ou higienizar com álcool 70%; ➤ Preparar medicação conforme prescrição, se necessário; ➤ No caso de medicação: fazer desinfecção da ampola com algodão embebido em álcool a 70%, realizar a diluição quando necessário, aspirar ao conteúdo da ampola, retirar o ar da seringa, colocar a seringa com invólucro com embolo protegido; ➤ Conduzir a bandeja preparada; ➤ Informar ao paciente sobre procedimento e colocá-lo em posição adequada e confortável; ➤ Escolher a região de punção e uma veia de bom calibre; ➤ Garrotear o membro aproximadamente quatro dedos acima do local escolhido para punção; ➤ Calçar as luvas de procedimento; ➤ Fazer antisepsia da região da venopunção com movimentos amplos por três vezes em sentido único utilizando as várias faces do algodão; ➤ Solicitar ao cliente para abrir e fechar a mão algumas vezes e conservá-la fechada; ➤ Proceder à punção e a introdução do dispositivo venoso (jelco ou scalp) de acordo com o calibre da veia; ➤ Certificar-se da permeabilidade do acesso; ➤ Administrar medicação lentamente observando a reação do paciente; ➤ Em caso de hidratação conectar com equipo de soro, abrindo a torneira do sistema; ➤ Ajustar gotejamento; ➤ Fixar o dispositivo venoso com a fita hipoalergenica ou esparadrapo; ➤ Registrar em etiqueta e fixar no frasco: data e hora da punção, substância e assinar; ➤ Colocar o membro da punção em posição confortável e observar se há sinais de infiltração, extravasamento de líquidos ou hematoma no local da punção, além de queixas de dor ou desconforto; 		

- Retirar as luvas de procedimento;
- Recolher o material;
- Desprezar o lixo perfuro cortante em caixa coletora e o lixo contaminado em recipiente com saco branco;
- Lavar as mãos;
- Checar na prescrição médica o horário da instalação do soro;
- Após a administração da solução deve-se retirar o esparadrapo ou fita hipoalergenica umedecendo com solução fisiológica;
- Retirar a agulha com movimento único comprimindo o local com algodão seco.

Cuidados:

- Nunca se esquecer de lavar as mãos antes e após o procedimento;
- Assegurar técnica asséptica para evitar contaminação no momento da punção;
- Conferir o rotulo da medicação, a dose, a via, o horário e o nome do paciente conforme a prescrição;
- Sempre checar a correta presença do dispositivo na veia;
- Nunca se esquecer de verificar se o acesso continua pérvio;
- Nunca deixar de registrar no prontuário a hora e o local da punção;
- Sempre desprezar material em recipiente próprio, contaminado ou não;
- Após uma tentativa mal sucedida trocar o dispositivo de punção e solicitar o auxílio de outro profissional;
- Ter sempre o cuidado de proteger o êmbolo da seringa com invólucro;
- Ao perceber difíceis condições de acesso periférico e após 03 tentativas mal sucedidas, comunicar a enfermeira.

Ações em caso de não conformidade:

- Caso ocorra hematoma ou infiltração durante aplicação, suspender a administração, retirar o acesso e puncionar novamente;
- Caso o paciente queixe-se de dor, certificar-se de que o acesso está pérvio e administrar mais lentamente.

<p align="center">PRESÍDIO REGIONAL DE SANTA CRUZ DO SUL UBSp</p>	<p align="center">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP</p>	<p>Elaborado: Revisado: Validado: Data:</p>
<p>Atividade: Administração de medicação via oral</p>		
<p>Executante: profissionais de enfermagem, médico</p>		
<p>Resultados esperados: Produzir efeitos locais no sistema digestivo ou efeitos sistêmicos após sua absorção, auxiliando no tratamento de patologias.</p>		
<p>Materiais necessários: Bandeja; copos descartáveis para medicamento e água; medicamentos a serem administrados; seringa para medição líquida, se necessário; triturador de comprimidos, se necessário.</p>		
<p>Principais atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conferir os sete Certos: cliente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa, via certa, registro certo, diluição certa (se necessário); ➤ Lavar as mãos; ➤ Separar medicação; ➤ Colocar o paciente sentado ou em decúbito elevado; ➤ Fazer o rótulo de identificação do medicamento no copinho descartável; ➤ Retirar do frasco a quantidade de comprimido ou líquido que corresponda à dosagem prescrita, em copo descartável, tomando cuidado para que não entre em contato com as mãos; ➤ Explicar ao paciente o procedimento e a medicação que irá tomar; ➤ Recolher o material e desprezar em lixo adequado; ➤ Lavar as mãos. 		
<p>Cuidados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Caso seja necessário, macerar o medicamento em local apropriado; ➤ Esperar o paciente deglutir todos os medicamentos ➤ Respeitar o direito de recusa do paciente (indagar e registrar) ➤ Verificar e respeitar a validade do medicamento ➤ Anotar qualquer tipo de reação ➤ Caso a medicação seja em apresentação de cápsulas, nunca se deve abrir e administrar o conteúdo diluído 		
<p>Ações em caso de não conformidade: Caso haja episódio de vômito, repassar ao médico e aguardar orientação.</p>		

<p align="center">PRESÍDIO REGIONAL DE SANTA CRUZ DO SUL UBSp</p>	<p align="center">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP</p>	<p>Elaborado: Revisado: Validado: Data:</p>
<p>Atividade: Administração de medicação por via inalatória ou Aerossolterapia Executante: Profissional de enfermagem, médico</p>		
<p>Resultados esperados: Administrar medicação por via inalatória, em conformidade com prescrição e em tempo hábil;</p>		
<p>Materiais necessários: Compressor de ar comprimido; extensão de borracha estéril; máscara; copo para solução; solução fisiológica a 0,9%; bronco dilatador prescrito; seringa de 5 ml; luvas de procedimento.</p>		
<p>Principais atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Limpar mesas e bancadas com álcool a 70%; ➤ Lavar as mãos e colocar luvas descartáveis; ➤ Informar o procedimento ao paciente ou acompanhante; ➤ Preparar o inalador com a solução prescrita; ➤ Conectar o fio extensor ao inalador e a fonte de ar comprimido; ➤ Verificar se há saída de névoa do inalador; ➤ Adaptar máscara, sonda ou cateter no cliente; ➤ Ligar a válvula de ar comprimido de 4 a 5 litros por minuto; ➤ Colocar o cliente em posição confortável e orientá-lo ou ao seu acompanhante a segurar o inalador; ➤ Ao término da inalação, fechar a válvula do ar comprimido; ➤ Recolher o material; ➤ Retirar as luvas; ➤ Lavar as mãos; ➤ Ao final do expediente proceder a limpeza e desinfecção das máscaras, copinhos e extensão de borracha usada durante o turno: lavar, secar e submergir em solução de hipoclorito a 1% na concentração de 1:1 durante 30 minutos (ou conforme rotina instituída na unidade); ➤ Enxaguar com bastante água potável e secar com pano limpo; ➤ Armazenar em depósito plástico opaco com tampa; ➤ Trocar a solução clorada a cada 24 horas; ➤ Manter a solução em depósito plástico opaco e fechado; ➤ Lavar o recipiente diariamente com água e sabão, enxaguar e secar no momento da troca de solução; ➤ Identificar o recipiente com: nome, data e hora da troca; ➤ Descartar máscaras sempre que apresentarem falha em sua integridade; ➤ Lavar as mãos. 		
<p>Cuidados: Verificar se o cliente ou acompanhante mantém a posição correta do inalador junto à face.</p>		

<p>Ações em caso de não conformidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Caso o cliente recuse o procedimento, comunicar ao médico solicitante; ➤ Em qualquer sinal de falha do equipamento informar a coordenação da unidade 		
<p>PRESÍDIO REGIONAL DE SANTA CRUZ DO SUL UBSp</p>	<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP</p>	<p>Elaborado: Revisado: Validado: Data:</p>
<p>Atividade: Oxigeno terapia</p> <p>Executante: Profissional de enfermagem, médico</p>		
<p>Resultados esperados: Administrar uma quantidade de oxigênio superior a do ar, em conformidade com prescrição e em tempo hábil.</p>		
<p>Materiais necessários: Fluxômetro de oxigênio; extensão de borracha estéril; máscara; umidificador de oxigênio; solução fisiológica a 0,9% ou água destilada; luvas de procedimento.</p>		
<p>Principais atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Lavar as mãos e colocar luvas de procedimento; ➤ Informar o procedimento ao paciente; ➤ Verificar a saída de oxigênio; ➤ Preparar a máscara; ➤ Conectar o fio extensor à máscara; ➤ Ajustar a concentração de oxigênio a 3 a 7 l/min. e verifique se há saída de oxigênio; ➤ Fixar à máscara; ➤ Colocar o cliente em posição confortável; ➤ Ao término da inalação, fechar a válvula do fluxômetro; ➤ Recolher o material; ➤ Retirar as luvas; ➤ Lavar as mãos. 		
<p>Cuidados: Verificar se o cliente mantém a posição correta do inalador junto à face.</p>		
<p>Ações em caso de não conformidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Caso o cliente recuse o procedimento, comunicar ao médico solicitante; ➤ Em qualquer sinal de falha do equipamento informar a coordenação da unidade. 		

<p align="center">PRESÍDIO REGIONAL DE SANTA CRUZ DO SUL UBSp</p>	<p align="center">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP</p>	<p>Elaborado: Revisado: Validado: Data:</p>
<p>Atividade: Uso de nebulímetro e espaçador.</p>		
<p>Executante: Profissional de enfermagem, médico.</p>		
<p>Resultados esperados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Administrar medicação por via inalatória, em conformidade com prescrição e em tempo hábil; ➤ Na ausência de aerosolterapia na UAPS realizar uso de nebulímetro e espaçador. 		
<p>Materiais necessários: Espaçador universal; nebulímetro de bronco dilatador; máscara; luvas de procedimento, recipiente plástico opaco com tampa.</p>		
<p>Principais atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Limpar mesas e bancadas com álcool a 70%; ➤ Lavar as mãos e colocar luvas de procedimento; ➤ Informar o procedimento ao paciente ou acompanhante; ➤ Remover tampa de nebulímetro; ➤ Agitar o nebulímetro dez vezes (Figura 1); ➤ Acoplar o nebulímetro ao espaçador; ➤ Posicionar o cliente com o tronco ereto; ➤ Posicionar máscara na face ➤ Pressionar a parte superior do nebulímetro (Figura 2) e contar dez movimentos de inspiração e expiração, repetir procedimento conforme prescrição médica. ➤ Recolher o material; ➤ Retirar as luvas; ➤ Lavar as mãos; ➤ Ao final do expediente proceder a limpeza e desinfecção das máscaras, espaçadores usados durante o turno: lavar, secar e submergir em solução de hipoclorito a 1% na concentração de 1:1 durante 30 minutos (ou conforme rotina da instituição); ➤ Enxaguar com bastante água potável e secar com pano limpo; ➤ Armazenar em depósito plástico opaco com tampa; ➤ Trocar a solução clorada a cada 24 horas; ➤ Manter a solução em depósito plástico opaco e fechado; ➤ Lavar o recipiente diariamente com água e sabão, enxaguar e secar no momento da troca de solução; ➤ Identificar o recipiente com: nome, data e hora da troca; ➤ Descartar máscaras sempre que apresentarem falha em sua integridade; ➤ Lavar as mãos. 		

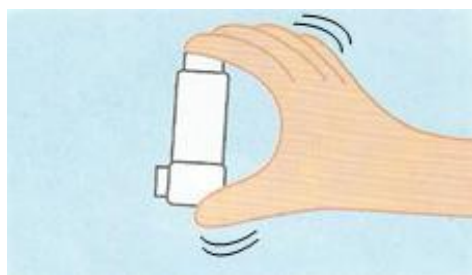


Figura 1



Figura 2

Cuidados:

- Verificar se o cliente ou acompanhante mantém a posição correta do inalador junto à face;
- Caso o médico solicite repetição do procedimento, obedecer a intervalo mínimo de 1 minuto;
- A qualquer sinal de reação anafilática, suspender inalação e comunicar ao Médico.

Ações em caso de não conformidade:

- Caso o cliente recuse o procedimento, comunicar ao médico solicitante;
- Em qualquer sinal de falha do equipamento, informar a coordenação da unidade

<p>PRESÍDIO REGIONAL DE SANTA CRUZ DO SUL UBSp</p>	<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP</p>	<p>Elaborado: Revisado: Validado: Data:</p>
<p>Atividade: Glicemia Capilar Periférica</p>		
<p>Executante: Profissional de enfermagem, médico</p>		
<p>Resultados esperados: Dosagem correta da glicose no sangue capilar.</p>		
<p>Materiais necessários: Bandeja; glicosímetro; fita teste para glicemia; lanceta ou agulha (13 x 4,5), e na inexistência desta usar agulha (25 x 7); algodão seco e embebido com álcool a 70%; luvas de procedimento.</p>		
<p>Principais atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Explicar ao cliente o procedimento a ser realizado; ➤ Selecionar o local da punção: lateral da polpa dos dedos (preferencialmente dedo anelar) ou lóbulos das orelhas, realizando sempre rodízio do local de punção, (conforme figura 1); ➤ Lavar as mãos; ➤ Calçar luvas de procedimento; ➤ Ligar o glicosímetro e certifica-se do seu perfeito funcionamento, bem como a calibragem; ➤ Realizar antissepsia com álcool a 70% no local da punção; ➤ Pressionar o local e puncionar com agulha ou lanceta; ➤ Fazer com que a área reagente da fita teste entre em contato com o sangue; ➤ Secar o local da punção, certificando-se da interrupção do sangramento; ➤ Aguardar o tempo de leitura da fita teste; ➤ Registrar o resultado no prontuário e informar ao cliente; ➤ Comunicar alterações dos valores a enfermeira ou médico. <div data-bbox="678 1366 1088 1601" data-label="Image"> </div> <p style="text-align: center;">Figura 1</p>		
<p>Cuidados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Não puncionar na polpa digital, mas sim lateral a esta para evitar lesão capilar; ➤ Realizar rodízio do local de punção para glicemia capilar; ➤ Em caso de paciente diabético deverá ser evitado o teste nos membros inferiores (MMII). 		
<p>Ações em caso de não conformidade: Caso a quantidade de sangue não seja suficiente ou apresentar erro na leitura, escolher outro local para punção.</p>		

<p align="center">PRESÍDIO REGIONAL DE SANTA CRUZ DO SUL UBSp</p>	<p align="center">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP</p>	<p>Elaborado: Revisado: Validado: Data:</p>
<p>Atividade: Realização de curativo Executante: Auxiliar de Enfermagem ou Enfermeira</p>		
<p>Resultados esperados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Promover meio ótimo para cicatrização; ➤ Manter ambiente e técnica ideal para a reparação tecidual; ➤ Prevenir infecção local; <p>Assegurar a tranquilidade e conforto do paciente.</p>		
<p>Materiais necessários: 1 pinça dente-de-rato;1 pinça de Kocher;1 pinça de Kelly; gaze estéril (quantidade de acordo com o tamanho e tipo de curativo); bandeja ou cuba rim (opcional); luva de procedimento; solução fisiológica (SF 0,9%); fita adesiva (esparadrapo ou fita adesiva hipoalergênica); atadura de crepom se necessário; mesa auxiliar; lixeira com saco branco leitoso; lixeira com saco preto.</p>		
<p>Principais atividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preparar o ambiente: limpar bancada e carrinho de curativo com pano limpo umedecido em álcool a 70%; lixeira com pedal para lixo comum (saco preto) e lixeira com pedal para lixo hospitalar (saco branco) 2. Realize a lavagem das mãos com água e sabão antes e após a realização de cada curativo mesmo que seja num mesmo cliente; 3. Utilizar somente material esterilizado (gaze, pinças, tesouras e etc.) 4. Reúna todo o material no carro do curativo: identificar soro fisiológico (desprezando-lo a cada 12/24 h) e almotolias (solução, data de preparo, identificação do profissional responsável pelo preparo), disponibilizar pacotes de gazes, de curativo e medicações tópicas indicadas; 5. Trocar lençol descartável da maca; 6. Receber cordialmente o cliente 7. Orientar o cliente sobre o procedimento tentando diminuir sua ansiedade; 8. Promova a privacidade do paciente fechando a porta 9. Colocar o cliente em posição confortável expondo a área a ser tratada; 10. Calce as luvas de procedimentos; 11. Abra o pacote de curativo com técnica asséptica, dispondo as pinças de forma que a parte que será pegue durante o procedimento fique com o cabo fora do campo para manuseio. Não tocar na parte interna do campo; 12. Se necessário abrir pacotinhos de gazes e colocar no espaço livre do campo evitando desperdício; 13. Com as pinças Kocher ou dente-de-rato fazer um chumaço de gaze, prendendo-o com a pinça de Kocher e embebê-la em solução fisiológica; 14. Retirar o curativo anterior (se houver), com uma pinça dente-de-rato ou luva de procedimento; soltar ou cortar caso o curativo esteja fixado com atadura tendo o cuidado para não agredir os tecidos recém-formados, podendo molhar o curativo com soro fisiológico; 15. Desprezar o chumaço de gaze e curativo contaminado na lixeira de lixo hospitalar e 		

pinça dente de rato em um recipiente com tampa. A pinça Kocher deve ser colocada no campo, em área mais distante da pinça Kelly e das gazes;

- Limpar a ferida com a pinça Kelly e um chumaço de gaze embebida em solução fisiológica, seguindo o princípio da técnica asséptica (do menos para o mais contaminado). Utilizar quantos chumaços umedecidos em soro fisiológico forem necessários;
- Observar: cor, umidade (secreção) e maceração ao redor da ferida, evasão e condições das mesmas;
- Secar toda a área adjacente com gaze seca para facilitar afixação do adesivo, renovando os chumaços de gaze conforme a necessidade, seguindo o mesmo princípio da técnica asséptica;
- Colocar a substância tópica padronizada e ocluir a ferida (se necessário);
- Colocar data e hora da realização do curativo, após oclusão;
- Lavar as mãos;
- Fazer registro do curativo e da evolução do processo de cicatrização para acompanhamento da ferida, presença de secreção e drenagem se houver;
- Fazer orientações ao cliente e /ou família;

16. Organizar a sala.

Cuidados:

- A realização do curativo deve seguir o princípio da limpeza mecânica diária da lesão, diminuindo a concentração de bactérias no local e basear-se no tipo de curativo, descritos a seguir (ESMELTZER; BARE, 2005).

4. **CURATIVO SIMPLES** – realizado por meio da oclusão com gaze estéril no local da lesão, mantendo-a seca e limpa.
5. **CURATIVO OCLUSIVO** – realizado na lesão com sua total cobertura, evitando o contato com o meio externo.
6. **CURATIVO ÚMIDO** – usado para proteger drenos e irrigar a lesão com determinada solução tópica.
7. **CURATIVO ABERTO** – limpeza da lesão mantendo-a exposta ao meio externo.
8. **CURATIVO COMPRESSIVO** – promovem a hemostasia local prevenindo a hemorragia.

- Não contaminar o material nem conversar sobre a lesão durante o procedimento.

Ações em caso de não conformidade: Em dúvidas durante a realização do curativo, chamar enfermeira ou médico.

<p align="center">PRESÍDIO REGIONAL DE SANTA CRUZ DO SUL UBSp</p>	<p align="center">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP</p>	<p>Elaborado: Revisado: Validado: Data:</p>
<p>Atividade: Realização de curativo de Úlcera de pressão Executante: Enfermeiro, médico ou técnico de enfermagem</p>		
<p>Resultados esperados: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de limpeza de feridas evitando infecções.</p>		
<p>Materiais necessários: bandeja de curativo; solução fisiológica 0.9% 500 ml para irrigação ou solução fisiológica com 100ml; agulha 40x12; solução antissépticas; máscara; gazes; luva estéril e de procedimento; fita hipoalergênica; cabo de bisturi e lâmina de bisturi; tesoura; lixeira.</p>		
<p>Principais atividades:</p> <p>Preparar o material;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Lavar as mãos; ➤ Comunicar o procedimento ao cliente; ➤ Posicionar adequadamente o cliente, respeitando sua privacidade; ➤ Abrir o pacote de curativo; ➤ Calçar luvas de procedimento; ➤ Remover a cobertura anterior de forma não traumática, irrigando abundantemente com solução fisiológica, quando a cobertura primária for de gaze; ➤ Inspeccionar a ferida quanto a sinais flogísticos; ➤ Realizar limpeza com técnica adequada; ➤ Proceder a antissepsia com gaze, sempre em movimentos circulatorios, de uma área de menor contaminação para uma área de maior contaminação; ➤ Retirar o excesso do antisséptico com gaze e solução fisiológica irrigando o leito da ferida; ➤ Manter o leito da ulcera úmido; ➤ Manter a área ao redor da ulcera sempre seca, evitando a maceração e facilitando a fixação da cobertura; ➤ Colocar o curativo convencional ou cobertura indicada após a avaliação; ➤ Utilizar o processo de cobertura adequada conforme o estagio da ferida; ➤ Fixar a gaze com fita adesiva hipoalérgica ou atadura; ➤ Deixar o ambiente em ordem e o paciente confortável; ➤ Recolher o material utilizado; ➤ Lavar as mãos; ➤ Registrar o procedimento no prontuário do cliente, descrevendo a situação atual da lesão. 		
<p>Cuidados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ A limpeza de feridas com tecido de granulação deve ser preferencialmente feita por meio de irrigação com jato de soro fisiológico com seringa de 20 ml e agulha de 20x12 ou 25x8 ou ainda frasco de soro perfurado; ➤ Proteger sempre as úlceras com gaze, compressas, antes de aplicar uma atadura; 		

- Não apertar atadura, devido o risco de gangrena, por falta de circulação;
- Iniciar o enfaixamento no sentido distal para o proximal para evitar garroteamento do membro;
- Observar sinais e sintomas de restrição circulatória como palidez, eritema, cianose, formigamento, insensibilidade ou dor, edema e esfriamento da área enfaixada;
- Realizar a troca do curativo convencional diariamente. Quando estiver utilizando outra forma de cobertura; Obedecer ao prazo de troca do fabricante ou quando observar excesso de exsudado;
- Evitar uso de fita hipoalergênica diretamente na pele de diabéticos, de preferência usar atadura para fixar
- O procedimento pode ser delegado ao técnico de enfermagem se o ferimento estiver no estágio I, II ou III após avaliação do enfermeiro/médico. Nos estágio IV, devem sempre ser realizados por enfermeiros e/ou médicos.

Ações em caso de não conformidade:

- Caso o profissional identifique que o colchão não é apropriado para o cliente, orientar à família quanto à troca do mesmo para o apropriado.
- Caso o profissional identifique a necessidade de desbridamento a nível cirúrgico, o mesmo deve encaminhar ao médico.

**Perfil de demanda - amostra dos meses de maio, junho, julho e agosto/2019
referente à solicitação de atendimento em saúde dos presos do PRSCS**

NOME iniciais	SEXO	DATA DE NASCIMENTO	IDADE	CELA/GALERIA	TIPO DE ATENDIMENTO	DATA DA SOLICITAÇÃO	TIPO DE QUEIXA	OBSERVAÇÃO
ACA	2	09/01/92	27	2 F	1	04/06/19	31	Atendido - médico
ACA	2	09/01/92	27	2 F	3	05/07/19	46	
ACA	2	09/01/92	27	2 F	1	06/06/19	24	Atendido - médico
AP	1	15/07/82	36	10 A.	1	11/06/19	2	Atendido - médico
AP	1	15/07/82	36	10 A.	N I	s/data	14 e 25	Atendido
AP	1	15/07/82	36	12 A.	1	s/data	37	atendido
AP	1	15/07/82	36	12 A.	1	03/06/19	1 e 37	Atendido
AB	1	30/09/98	20	4 C	1	14/06/19	43	"destroncou a mão"
AB	1	30/09/98	20	4 C	2	29/06/19	13 e 26	"não quis"
AB	1	30/09/98	20	4 C	1	19/06/19	43	"dedo fraturado"- Atendido médico
ACS	1	09/03/82	37	2 C	3	13/05/19	21 e 23	Atendido
AAT	2	10/06/79	40	2 F	3	05/07/19	49	
AAT	2	10/06/79	40	2 F	1	18/07/19	15 e 17	
AAT	2	10/06/79	40	2 ?	1	01/08/19	31	
AAT	2	10/06/79	40	2 F	1	29/08/19	17 e 31	Atendido - médico
AAT	2	10/06/79	39	2 F	1	06/06/19	1 e 15	"dormência na mão e lado esquerdo do corpo"- Atendida
AAT	2	10/06/79	39	2 F	2	30/05/19	15 e 17	
AM	1	25/08/76	42	3 C	2	10/05/19	22	Atendido
AM	1	25/08/76	42	3 C	2	27/05/19	13 e 22	Atendido
AM	1	25/08/76	42	3 C	2	13/06/19	22	
AM	1	25/08/76	42	3 C	2	29/06/19	22	Atendido - médico
AM	1	25/08/76	42	3 C	1	02/07/19	34	não passaram - não atendido
AM	1	25/08/76	42	3 C	1	05/08/19	23	
APM	1	19/11/89	29	3 D	N I	04/07/19	28 e 17	não passaram - não atendido
APM	1	19/11/89	29	3 D	1	11/07/19	18	
APM	1	19/11/89	29	3 D	1	15/07/19	18	Atendido - médico
AM	1	11/04/88	31	8 A.	2	13/06/19	25 e 28	
AM	1	11/04/88	31	8 A.	3	29/07/19	49	
AP	1	15/07/82	36	10 A.	1	s/data	15, 21, 24, 28 e 29	Atendido
AP	1	15/06/82	36	10 A.	1	04/06/19	38	Atendido
AC	1	29/11/86	32	2 C	2	18/07/19	17	Atendido - médico
AC	1	29/11/86	32	2 C	1	20/08/19	24	fly ok

AC	1	29/11/86	32	2 C	2	22/08/19	41	fly ok
AC	1	29/11/86	32	2 C	2	23/08/19	41	fly ok
ANS	1	29/07/88	31	3 A.	1	27/08/19	24	fly ok
ASM	1	24/09/76	42	triag 2	1	10/06/19	13, 23 e 26	
ALM	1	04/02/83	36	8 B	1	29/06/19	1	Atendido - médico
ALF	1	06/04/95	24	3 C	2	s/data	12 e 13	
ALF	1	06/04/95	24	7 B	2	13/06/19	21, 27 e 28	
ALF	1	06/04/95	24	6 B	1	01/07/19	1 e 13	
ALF	1	06/04/95	24	3 C	1	05/07/19	13	não passaram - não atendido
ALF	1	06/04/95	24	5 C	N I	08/07/19	1	"ernea estorou"- encaminhado
ALF	1	06/04/95	24	5 C	1	11/07/19	13	
ALF	1	06/04/95	24	3 C	1	15/07/19	1	
AM	1	24/09/78	40	Triag 2	1	16/05/19	13 e 21	"inflamação na axila" - atendido (data?)
AM	1	24/09/78	40	triag 2	N I	04/06/19	14	
ASJ	1	07/09/82	36	11 B	1	13/05/19	36	Atendimento - enc. Cirurgia - fratura
AM	1	04/09/77	41	3 A.	1	26/06/19	1	
ARC	1	03/06/87	32	7 D	2	28/08/19	12	
ASM	1	04/02/83	36	3 B	1	19/06/19	1	Atendido médico
AG	1	16/02/86	33	5 B	1	22/08/19	15, 23 e 28	fly ok
AMS	1	16/08/93	25	2 A.	1	s/data	9	entregue
AMS	1	16/08/93	25	8 A.	1	24/07/19	1	
AMS	1	16/08/93	25	8 A.	1	05/08/19	33	"bolinhas na parte íntima"
AMS	1	16/08/93	25	8 A.	1	01/06/19	38	
AMS	1	16/08/93	25	2 A.	2	24/05/19	14	em falta
ASL	1	16/11/95	23	8 B	1	27/05/19	1	Atendido (data ?)
ASL	1	16/11/95	23	8 B	1	30/05/19	13 e 25	Atendido (data ?)
ASL	1	16/11/95	23	8 B	1	31/05/19	20	
ASL	1	16/11/95	23	8 B	1 e 2	04/06/19	25	
ASL	1	16/11/95	23	8 B	1	06/06/19	13 e 25	não atendido
ASL	1	16/11/95	23	8 B	1	07/06/19	13 e 25	Atendido - médico
ASL	1	16/11/95	23	12 A.	1	17/06/19	25	
ASL	1	16/11/95	23	12 A.	1	24/06/19	2 e 15	
AE	1	06/06/87	32	2 D	2	19/06/19	13 e 25	fly ok
AJS	1	13/02/86	33	10 B	1	31/05/19	21	
ALM	2	12/09/67	51	1 F	N I	04/06/19	6 e 18	Fornecido
ALM	2	12/09/67	51	2 F	2	20/08/19	13	omeprazol - ok
ALM	2	12/09/67	51	1 F	1	16/05/19	13 e 21	Atendido
ALM	2	12/09/67	51	1 F	1	23/05/19	6	
ASR	1	04/10/95	23	2 C	1	31/05/19	13, 25 e	

							28	
ASR	1	04/10/95	23	2 C	1	24/06/19	13 e 28	Atendido - médico
AJS	1	24/10/85	33	12 B	1	23/05/19	28 e 30	Atendido
AJS	1	24/10/85	33	12 B	1	30/05/19	3	há 3 dias sem medicação - OK 30/05
AJS	1	24/10/86	32	12 B	2	28/06/19	36 e 37	Atendido - médico
AJS	1	24/10/86	32	12 B	1	15/07/19	1	pedido exames
AJS	1	24/10/86	32	12 B	1	29/07/19	36	
AJS	1	24/10/86	32	12 B	1	20/05/19	18	
AJS	1	24/10/86	32	12 B	2	07/06/19	23	
AJS	1	24/10/86	32	N I	1	05/07/19	19	Atendido - médico
AJS	1	24/10/86	32	12B	1	11/07/19	36 e 37	
AJS	1	24/10/86	32	12 B	N I	ago/19	18	
AJS	1	24/10/86	32	12 B	1	01/08/19	18 e 36	
AJS	1	24/10/86	32	12 B	1	18/07/19	18 e 38	
AVM	1	N I	N I	13 ?	1	11/07/19	13 e24	
AF	1	12/04/65	54	cozinha	1	27/05/19	13	Atendido
AF	1	12/04/65	54	cozinha	1	22/08/19	13, 15 e 25	fly ok
AF	1	12/04/65	54	cozinha	1	18/07/19	18	
ARS	1	17/02/81	38	cozinha	1	12/08/19	37	Não atendido – médico não compareceu
ARS	1	17/02/81	38	cozinha	1	15/08/19	37	
AB	1	21/03/81	38	5 C	2	13/05/19	9 e 36	Atendido
AJS	1	13/02/86	33	11 A.	2	30/07/19	13, 21 e 25	
ASL	2	10/09/90	28	2 F	1	14/05/19	19	Atendido - Litíase renal à esquerda
ASL	2	10/09/90	28	2 F	2	27/05/19	13 e 19	Atendido
ASL	2	10/09/90	28	N I	1	17/07/19	38	
ASL	2	10/09/90	28	2 F	3	05/07/19	45	
ASL	2	10/09/90	28	2 F	1	28/08/19	19 e 29	Atendido - médico
BM	1	06/10/96	22	6 C	3	29/08/19	45	Atendido
BM	1	06/10/96	22	7 C	3	27/08/19	45	Atendido
CSS	2	06/12/92	26	1 F	1	30/08/19	34 e 43	Dor no seio esquerdo - fly ok
CCG	2	14/07/94	25	1 F	1	19/07/19	1	Atendido - médico
CCG	2	14/07/94	24	1 F.	2 e 3	04/05/19	19 e 23	gestante - solicitado ecografia - aguarda cons. Ginecológica
CCG	2	14/07/94	24	1 F	1 e 3	16/05/19	19, 38 e 45	quer um teste de gravidez
CCG	2	14/07/94	24	1 F	1	20/05/19	19 e 13	quer remédio para segurar a gravidez "Já perdi 2, tenho útero fraco"
CSMS	2	21/12/75	43	2 F	1	06/06/19	12 e 31	Atendido - médico

CSMS	2	21/12/75	43	1 F	N I	25/06/19	15 e 31	Atendido - médico
C...	2	29/08/95	23	11 A.	1	25/06/19	1	
CASA	1	06/11/82	36	9 B	2	27/05/19	13, 18 e 27	não atendido
CFRP	1	20/11/76	42	10 B	1	02/07/19	1	
CFRP	1	20/11/76	42	3 C	3	15/07/19	47	
CFRP	1	20/11/76	42	3 C	3	09/08/19	47	
CHS	1	04/09/91	27	cozinha	1	06/06/19	31	Atendido - médico
CMP	1	29/03/95	24	11 A.	1	15/08/19	17, 25 e 26	
CT	1	02/08/89	30	6 C	1	12/08/19	15 e 36	Não atendido – Médico não compareceu
CT	1	02/08/89	30	6 C	1	13/08/19	15 e 36	Atendido - médico
CAM	2	25/11/89	29	2 F	1	18/07/19	12, 14 e 15	
CAM	2	25/11/89	29	2 F	1	16/08/19	21 e 43	" anemia"
CAM	2	25/11/89	29	2 F	1 e 3	04/07/19	18, 31 e 47	Atendido - médico
CP	1	07/01/78	41	7 C	1	09/07/19	17	não passaram - não atendido
CP	1	07/01/78	41	7 C	2	16/05/19	1	
CMC	1	09/09/78	40	cozinha	1	21/05/19	15, 25 e 28	Atendido
CMC	1	09/09/78	40	cozinha	1	30/05/19	13	Atendido
CMC	1	09/09/78	40	cozinha	1	11/07/19	10 e 37	Atendido - médico
CMC	1	09/09/78	40	cozinha	1	22/07/19	22	Atendido - médico
CMC	1	09/09/78	40	cozinha	1	29/08/19	2 e 8	
CRRS	1	02/11/92	26	4 A.	2	29/05/19	8	Uso contínuo - 30/05/19 (entregue)
CRRS	1	02/11/92	26	3 A.	N I	16/05/19	8	
CES	1	N I	N I	12 A.	3	20/08/19	45	ok
CES	1	N I	N I	12 A.	3	19/08/19	45	
CJ...	1	N I	N I	5 B	1	20/05/19	3	"tô sem remédio"
CN	1	07/04/62	57	2 D	1	31/05/19	2	entregue omeprazol
CN	1	07/04/62	57	2 D	1	24/05/19	13	Atendido
CN	1	07/04/62	57	2 D	1	10/06/19	2	Atendido - médico
CN	1	07/04/62	57	2 D	2	02/07/19	13 e 18	Entregue
CN	1	07/04/62	57	2 D	2	20/08/19	13 e 18	quer omeprazol - só em setembro
CN	1	07/04/62	N I	N I	N I	26/08/19	18	entregue omeprazol
CN	1	07/04/62	57	2 D	2	29/07/19	2	
CZS	1	11/08/77	42	2 C	2	16/08/19	17, 25 e 28	
CJCL	1	03/04/70	49	2 B	2	20/05/19	1	"gota" - Atendido
CJCL	1	03/04/70	49	2 B	3	15/08/19	47	ok
CAS	2	14/03/89	30	2 F	1	13/05/19	35	
CAS	2	14/03/89	30	1 F	1	04/06/19	2 e 38	At. médico (data ?)

CS	1	06/08/76	42	triag 2	2	20/05/19	13 e 19	"dor na Vesícula"
CS	1	06/08/76	42	Triag 2	1	27/05/19	13 e 19	Atendido (data ?)
CS	1	06/08/76	42	N I	N I	s/data	23	atendido (data ?)
CS	1	06/08/76	42	N I	2	07/06/19	19 e 33	Atendido - médico
CS	1	06/08/76	42	2 ?	1 e 2	14/06/19	19	Atendido - médico
CS	1	06/08/76	42	Triag 2	1	04/07/19	19	Atendido - médico
CS	1	06/08/76	42	Triag 2	1 e 2	09/07/19	13	Entregue medicação
CS	1	06/08/76	42	Triag 2	1	11/07/19	19	Atendido - médico
CS	1	06/08/76	42	triag 1	2	05/08/19	19	"não pode ser atendido"
CS	1	06/08/76	43	Triag 1	1	13/08/19	19	
CS	1	06/08/76	43	Triag 2	2	19/06/19	19	fly ok
CS	1	06/08/76	43	Triag 1	1	23/08/19	19	fly ok
CR	1	08/04/84	35	8 ?	1	13/05/19	21 e 25	
CR	1	08/04/84	35	8 ?	1	13/05/19	21, 25, 20 e 15	
CR	1	08/04/84	35	8 B	2	16/05/19	13	
CR	1	08/04/84	35	8 ?	2	17/05/19	13	
CR	1	08/04/84	35	8 ?	1	20/05/19	25 e 28	Atendido
CR	1	08/04/84	35	8 ?	2	30/05/19	13 e 14	Atendido
CR	1	08/04/84	35	8 B	2	03/06/19	40 e 13	Atendido
CR	1	08/04/84	35	8 ?	2	04/06/19	3 e 14	
CR	1	08/04/84	35	8 B	2	06/06/19	40 e 13	
CR	1	08/04/84	35	8 ?	1 e 2	07/06/19	25, 17 e 13	feito teste rápido
DB	1	15/08/57	51	cozinha	1	18/07/19	17	
DC	1	18/06/67	52	6 ?	1	28/06/19	37	Atendido - médico
DC	1	18/06/67	52	6 D	1	15/07/19	1	Atendido - médico
DA	1	17/02/77	42	N I	1	09/07/19	41	Atendido
DHH	1	27/01/76	43	cozinha	1	14/06/19	24	Atendido - médico
DJWT	1	09/09/99	19	3 B	2	18/07/19	16	
DJWT	1	09/09/99	19	4 B	2	08/08/19	16	
DJWT	1	09/09/99	19	4 B	1	22/08/19	26	não atendido - sem efetivo SUSEPE
DJS	1	N I	N I	12 B	1	10/05/19	41	Quebrei o nariz - Atendido (data?)
DRS	1	15/01/86	33	6 C	1	31/05/19	25, 26 e 27	
DRS	1	15/01/86	33	6 ?	1	10/06/19	13	Atendido - médico
DRS	1	15/01/86	33	6 C	2	02/07/19	41	entregue
DRS	1	15/01/86	33	6 C	2	28/08/19	38	Exames de hepatite C
DRS	1	15/01/86	33	6 C	1	15/08/19	15, 28 e 37	
DFD	1	14/09/79	39	8 B	1	29/06/19	5, 13 e 36	Atendido - médico
DJS	1	02/12/96	22	4 D	1	25/06/19	39	Entregue
DSS	1	17/05/96	23	7 D	1	20/05/19	23	Atendido

DSS	1	17/05/96	23	7 D	1	03/06/19	15	
DRL	1	22/11/99	19	9 ?	1	12/08/19	20	Não atendido – médico não compareceu
DAM	1	24/06/84	34	9 A.	1	16/05/19	17	
DAM	1	24/06/84	34	9 A.	2	21/05/19	17	Atendido
DV	1	01/09/97	21	3 C	1	29/05/19	13,28, 29 e 30	Atendido - médico
DSS	1	16/11/98	20	N I	2	10/05/19	15, 25 e 28	
DDS	1	30/09/92	26	10 A.	1	04/06/19	1	
DDS	1	30/09/92	26	N I	1	28/05/19	18	Atendido (data ?)
DDS	1	30/09/92	26	10 A.	1	30/05/19	18	"problema sério de ursera"
DDS	1	30/09/92	26	10 A.	1	31/05/19	18	reavaliação
DDS	1	30/09/92	26	10 A.	1	02/07/19	20 e 25	Atendido - médico
DAFS	2	22/11/89	29	N I	N I	14/06/19	37	
DB	1	18/05/96	23	2 A.	1	05/07/19	38	feito teste rápido
DB	1	18/05/96	23	2 A.	1	11/07/19	38	
DS	1	23/09/85	33	8 B	1	31/05/19	17, 20 e 21	
DSA	1	29/10/95	23	9 A.	1	11/06/19	1	Atendido – médico (data ?)
DSA	1	29/10/95	23	9 A.	1	29/08/19	21 e 23	fly ok
DTC	1	14/04/89	30	5 A.	1	11/07/19	43	"sinusite muito forte"- atendido médico
DTC	1	14/04/89	30	1 A.	1	05/08/19	1	
DTC	1	14/04/89	30	5 A.	1	21/05/19	25	Atendido (data ?)
DTC	1	14/04/89	30	1 A.	1	29/08/19	21	fly ok
DSL	1	13/02/94	25	7 D	1	22/07/19	1	Atendido - médico
DFS	1	06/07/90	29	6 D	2	23/08/19	13 e 28	Atendido - médico
DRE	1	30/07/93	25	6 B	N I	23/05/19	13	Não atendido
DRE	1	30/07/93	26	2 D	1	22/08/19	39	Entregue
DRE	1	30/07/93	26	2 D	1	30/08/19	21 e 27	
DR	1	04/08/95	23	3 D	1	15/07/19	39	Entregue
DB	1	01/03/85	34	10 ?	2	14/06/19	16	Atendido - médico
DM	1	12/04/96	23	6 D	1	12/08/19	34	Não atendido – médico não compareceu
DM	1	12/04/96	23	6 D	2	23/08/19	13 e 28	
DK	1	10/04/93	26	7 C	2	s/data	12	
DK	1	10/04/93	26	7 C	1	31/05/19	16	"enfequição do ouvido" atendido
DK	1	10/04/93	26	3 C	1	05/07/19	20 e 28	não passaram - não atendido
DK	1	10/04/93	26	3 C	2	22/07/19	20	Atendido - médico
DK	1	10/04/93	26	3 C	1	12/08/19	16	Não atendido – médico não compareceu
DK	1	10/04/93	26	2 C	1	15/08/19	16	

EAC	1	21/08/87	31	14 B	1	02/08/19	1	Atendido- médico
ESR	1	24/02/85	34	10 A.	N I	06/07/19	13 e 14	não passaram - não atendido
ESR	1	24/02/85	34	10 A.	1	20/05/19	8	
ESR	1	24/02/85	34	10 A.	N I	28/05/19	13	"tenho deformidade no osso do fermo" - não atendido
ESR	1	24/02/85	34	10 A.	N I	11/06/19	13	Atendido - médico
ESR	1	24/02/85	34	10 A.	1	jul/19	15	Atendido - médico
ES	1	30/06/96	23	triag 2	1	02/07/19	13, 17 e 25	
ESZ	1	30/06/96	23	triag 2	1	16/05/19	20,26 e 38	
ESZ	1	30/06/96	23	triag 2	2	04/06/19	13, 14 e 41	
ESZ	1	30/06/96	23	Ttiag 2	1	09/07/19	34	Atendido - médico
ESZ	1	30/06/96	23	triag 2	1	26/08/19	25, 26 e 31	
ESZ	1	30/06/96	23	triag 2	1	27/08/19	20, 26 e 38	fly ok
ESZ	1	30/06/96	23	triag 2	1	06/06/19	20 e 26	Atendido - médico
ESZ	1	30/06/96	23	triag 2	1	29/07/19	25, 26 e 28	
ESZ	1	30/06/96	23	triag 2	1	08/08/19	20, 25, 26 e 42	
ESZ	1	30/06/96	23	triag 2	1	19/06/19	15, 20,25, 26 e 40	Atendido - médico
ESZ	1	30/06/96	23	triag 2	1	21/08/19	20, 25 e 26	não atendido na data
ESZ	1	30/06/96	23	triag 2	1	22/08/19	20, 25, 26 e 38	não atendido - sem efetivo SUSEPE
ESZ	1	30/06/96	23	triag 2	1	23/08/19	20, 25, 26 e 38	fly ok
ELS	1	28/11/70	48	N I	1	27/08/19	13 e 24	Atendido - médico
ELS	1	28/11/70	48	2 ?	2	02/08/19	13	
EOB	1	21/01/88	31	5 C	1	10/05/19	12	
EOB	1	21/01/88	31	5 C	1	16/05/19	1	
EA	1	25/07/82	36	7 C	1	05/07/19	20, 25 e 28	não passaram - não atendido
EA	1	25/07/83	36	7 C	1	12/08/19	20 e 21	Não atendido – médico não compareceu
EF	1	19/11/82	36	5 A.	1	23/08/19	37	fly ok
ELA	1	25/07/82	36	7 C	2	28/05/19	15 e 28	não atendido
ELA	1	25/07/82	37	7 C	1	13/08/19	20 e 21	Atendido - médico
ELA	1	25/07/82	37	7 C	2 e 3	05/08/19	49 e 20	
ELA	1	25/07/82	37	7 C	3	15/08/19	49	ok
EMP	1	18/01/99	20	5 ?	N I	04/06/19	39	entregue

EMP	1	18/01/99	20	5 B	3	02/07/19	48	Atendido - dentista
ETC	1	15/06/91	28	9 B	N I	27/08/19	16	Atendido - médico
ES	1	N I	N I	N I	1	24/06/19	20, 25 e 26	
ESC	1	27/03/90	29	4 D	1	30/05/19	13	Atendido
EAP	2	18/07/87	31	2 F	1	24/05/19	11	
EAP	2	18/07/87	31	2 F	1 e 3	13/05/19	13 e 45	Atendido - médico
EAP	2	18/07/87	31	2 F	1	07/06/19	17 e 12	Atendido - médico
ES	2	27/12/83	35	1 ?	1	24/06/19	43	"dor nas gangulas e no pescoço"
ECSN	1	16/11/90	29	4 C	3	11/06/19	45 e 47	não atendido
ESS	1	11/09/89	29	1 C	2	24/05/19	13	Atendido (data ?)
ESS	1	11/09/89	29	1 C	2	31/05/19	13 e 38	Atendido (data ?)
ESS	1	11/09/89	29	N I	2	05/06/19	13, 16 e 23	At. médico (data ?)
ESS	1	11/09/89	29	1 C	2	11/06/19	16 e 23	não atendido
ESS	1	11/09/89	29	1 C	1	05/07/19	13 e 23	não passaram - não atendido
ESS	1	11/09/89	29	N I	1	29/07/19	17 e 28	Atendido - médico
ESS	1	11/09/89	29	1 C	1	20/08/19	28 e 34	
ESS	1	11/09/89	29	1 C	3	29/08/19	49	Atendido
ESS	1	11/09/89	29	1 C	1	30/08/19	16	fly ok
EF	1	N I	N I	9 A.	1	25/06/19	15	
EG	1	08/08/64	54	5 C	1	13/06/19	21 e 28	
EGS	1	08/08/81	37	5 C	2	13/05/19	9	Atendido
EGS	1	08/08/81	37	3 C	1	14/06/19	23	
ES	1	23/04/96	23	triag 2	N I	24/05/19	12	Atendido
ES	1	23/04/96	23	triag 2	1	07/06/19	23	Atendido - médico
ES	1	23/04/96	23	2 ?	1	13/06/19	37	
ES	1	03/11/90	28	10 B	1	31/05/19	36	
ES	1	03/11/90	28	cozinha	1	08/07/19	17 e 24	Atendido - médico
ES	1	03/11/90	28	cozinha	1	08/08/19	24	
EFK	1	17/03/80	39	cozinha	1	30/05/19	13	Atendido
EJF	1	22/06/91	27	9 B	1	31/05/19	13, 115 e 29	Atendido
EJF	1	22/06/91	28	9 B	3	08/07/19	49	
EJF	1	22/06/91	28	9 B	1	02/07/19	1	não passaram - não atendido
EJF	1	22/06/91	27	5 ?	1	10/05/19	4	refere estar em tratamento - foi atendido (data ?)
EJF	1	22/06/91	27	5 ?	1	14/04/19	18 e 19	Atendido (data ?) - Usa medicação tuberculose (evento adverso)
EJF	1	22/06/91	28	9 B	1	27/08/19	2, 10 e 18	Atendido - médico
ECS	1	07/10/89	29	2 C	1	11/06/19	17 e 20	não atendido

ECS	1	07/10/89	29	2 C	1	25/06/19	37	Atendido - médico
ECS	1	07/10/89	29	2 C	1	01/07/19	1 e 13	
ES	1	25/01/82	37	cozinha	1	17/05/19	8	
ES	1	25/01/82	37	cozinha	1	22/05/19	13	Atendido
ES	1	25/01/82	37	cozinha	1	24/05/19	13	Atendido
ES	1	25/01/82	37	cozinha	1	30/05/19	13	Atendido
ETF	2	07/01/74	45	1 F	1	25/06/19	34	Atendido - médico
ETF	2	07/01/74	45	1 F	1	24/07/19	34	
ETF	2	07/01/74	45	1 F	1	20/08/19	37	
EF	1	31/07/72	47	triag 2	1	27/08/19	13	fly ok
ELR	1	26/05/88	31	2 A.	2	21/05/19	8	Atendido (data ?)
ELR	1	26/05/88	31	2 A.	1	03/06/19	9	Fornecido
EIC	1	26/02/88	31	2 ?	1	15/05/19	13	Atendido (data ?)
EIC	1	26/02/88	31	N I	1	16/05/19	23	Atendido (data ?)
EIC	1	26/02/88	31	2 ?	1	24/05/19		Atendido (data ?)
EIC	1	26/02/88	31	triag 2	1	16/08/19	1	Atendido - médico
EIC	1	26/02/88	31	N I	3	30/08/19	49	Atendido
EO	1	02/05/89	30	8 B	1 e 2	29/07/19	13 e 23	Atendido - médico
EO	1	02/05/89	30	9 A.	1	ago/19	33	Atendido - médico
FAFS	1	17/07/74	44	12 ?	2	30/05/19	42	Atendido (data ?)
FAFS	1	17/07/74	44	11 A.	2	14/06/19	42	Atendido - médico
FAFS	1	17/07/74	45	11 A.	1	02/08/19	6 e 42	Atendido - médico
FAFS	1	17/07/74	45	11 A.	1	22/08/19	25 e 42	fly ok
FC	1	19/08/97	21	cozinha	1	03/06/19	13 e 14	Atendido médico (data ?)
FD	1	26/10/97	21	8 B	1	07/06/19	39	Entregue
FLM	1	07/03/78	41	7 D	1	05/07/19	15 e 6	não passaram - não atendido
FLM	1	07/03/78	41	7 D	2	02/05/19	1	
FLM	1	07/03/78	41	7 D	2	13/05/19	2	quer autorização para comprar remédios
FLM	1	07/03/78	41	7 D	1	23/05/19	20 e 12	Atendido
FLM	1	07/03/78	41	7 D	1	06/06/19	13, 20 e 26	Atendido - médico
FLM	1	07/03/78	41	7 D	1	08/08/19	1	
FLM	1	07/03/78	41	7 D	1	05/08/19	1	Atendido - médico
FCF	1	01/03/83	36	4 D	3	19/08/19	45	ok
FCF	1	01/03/83	36	3 C	1	04/07/19	26	não passaram - não atendido
FCF	1	01/03/83	36	3 C	?	10/05/19	3	
FCF	1	01/03/83	36	3 C	N I	15/05/19	3 e 18	remédio HIV
FSB	1	01/04/84	35	4 A.	1 e 2	28/05/19	13 e 28	verificado SV
FSB	1	01/04/84	35	4 A.	2	s/data	8 e 27	Falta remédio - não entregue
FSB	1	01/04/84	35	4 A.	1	06/06/19	8	Atendido - médico
FSB	1	01/04/84	35	4 A.	1	10/06/19	8	Atendido - médico

FSB	1	01/04/84	35	4 A.	1	18/07/19	8	
FSB	1	01/04/84	35	4 A.	1	29/05/19	8	Uso contínuo - 30/05/19 (entregue)
FSC	1	27/03/90	29	5 C	2	16/05/19	1	Atendido
FSC	1	27/03/90	29	3 A.	3	19/08/19	45 e 47	ok
FSC	1	27/03/90	29	3 A.	1	15/08/19	13, 14, 23	"remédio para o mau do puma"
FSC	1	27/03/90	29	4 D	2	28/05/19	18	não atendido
FRM	1	03/08/92	26	10 A.	N I	s/data	8	
FRM	1	03/08/92	26	6 A.	N I	13/06/19	20, 21 e 27	
FRS	1	17/08/87	32	3 B	1	19/06/19	38	Atendido - médico
FRS	1	29/12/97	21	N I	1	21/05/19	1	Atendido
FRS	1	29/12/97	21	7 C	3	jul/19	49	
FRS	1	29/12/97	21	7 C	1	20/05/19	13	Atendido
FRS	1	29/12/97	21	7 C	2	21/05/19	24	
FS	1	N I	N I	4 C	2	21/05/19	21 e 22	
FSS	1	31/01/94	25	9 B	1	11/06/19	21 e 22	Atendido - médico
FW	1	06/03/94	25	8 B	1	31/05/19	17 e 21	
FD	1	01/05/88	31	10 A.	1	06/06/19	17	Atendido - médico
FS	1	01/05/89	30	1 D	1	14/06/19	37	
FS	1	01/08/89	29	10 ?	1 e 2	24/06/19	26 e 37	Atendido - médico
FS	1	09/03/77	42	10 B	3	jul/19	45	
FS	1	01/05/89	30	1 D	1	08/08/19	37	
FFF	1	04/12/89	29	12 B	1	24/05/19	39	
FFF	1	04/12/89	29	1	N I	s/data	4	entregue
FFF	1	04/12/89	29	12 ?	1	s/data	4	
FFF	1	04/12/89	29	7 C	1	13/08/19	12	
FFF	1	04/12/89	29	7 C	1	16/08/19	12	
FPD	1	01/05/88	31	10 A.	1	20/05/19	24	"perna direita"
FPD	1	01/05/88	31	N I	N I	24/06/19	18	
FPD	1	01/05/88	31	6 B	1	02/07/19	18	Atendido - médico
FPD	1	01/05/88	31	6 B	1	06/07/19	27	Atendido - médico
FPD	1	01/05/88	31	6 B	1	18/07/19	16	
FPD	1	01/05/88	31	6 B	1	01/08/19	15, 29 e 30	
FPD	1	01/05/88	31	6 B	1	13/08/19	17 e 23	Atendido - médico
FPD	1	01/05/88	31	6 B	1	26/08/19	10 e 18	não atendido - sem efetivo SUSEPE
FPD	1	01/05/88	31	6 B	1	20/08/19	17 e 18	fly ok
FPD	1	01/05/88	31	6 B	1	27/08/19	18	fly ok
FSR	1	07/11/88	30	1 D	1	23/05/19	18	
FSR	1	07/11/88	30	4 D	1	04/06/19	13 e 28	
FSR	1	07/11/88	30	1 D	1	27/05/19	1	Atendido
FSR	1	07/11/88	30	4 D	1	04/07/19	20 e 43	"dor no coração e dormência no braço" -

								não atendido, não passaram
FSR	1	07/11/88	30	4 D	2	05/07/19	1	não passaram - não atendido
FSR	1	07/11/88	30	C/D	1	27/05/19	2	
FS	1	06/07/90	29	6 D	1	04/07/19	25 e 28	não passaram - não atendido
FS	1	04/03/77	42	11 B	1	23/08/19	25 e 28	Atendido - médico
FS	1	04/03/77	42	11 B	1	26/08/19	2	Atendido - médico
FW	1	23/08/88	30	12 B	2	14/05/19	37	
FW	1	23/08/88	30	6B	2	20/05/19	13 e 14	Atendido
FSA	1	29/05/81	38	7 A.	1	05/07/19	1	não passaram - não atendido
GSR	1	08/03/92	27	13 B	1	24/05/19	28, 29 e 30	saiu em liberdade
GF	1	24/11/90	28	10 A.	1	06/06/19	21 e 26	Atendido - médico
GF	1	24/11/90	28	10 A.	2	24/05/19	2	não atendido
GFN	1	24/11/90	28	14 B	1	02/08/19	21 e 28	Atendido - médico
GO	1	14/08/99	20	2 C	1	15/08/19	20	
GFL	1	14/10/89	29	triag 2	1	08/07/19	39	providenciado
GFL	1	14/10/89	29	triag 2	1	15/07/19	28	Atendido - médico
GFL	1	14/10/89	29	2 ?	1	24/07/19	13 e 15	
GFL	1	14/10/89	29	2 ?	1	12/08/19	13, 15 e 36	"dor na nuca"
GFL	1	14/10/89	29	N I	1	13/08/19	15 e 36	Atendido - médico
GFS	1	13/02/88	31	6 A.	1	13/mai	8	"remédio para asma transpirante"
GFS	1	13/02/88	31	6 A.	1	15/05/19	8	"pomada cectametazona pra asma traspirante"
GMC	1	11/03/74	N I	N I	1	24/06/19	43	"surto"
GMC	1	11/03/74	45	2 C	2	29/06/19	15 e 24	Atendido - médico
GMC	1	11/03/74	45	3 C	1	16/05/19	1	
GMC	1	11/03/74	45	3 C	1	04/06/19	24	
GMC	1	11/03/74	45	2 C	1	11/07/19	27	Atendido - médico
GMC	1	11/03/74	45	11 B	1 e 2	19/06/19	23	
GMC	1	11/03/74	45	N I	N I	20/08/19	23	
GAD	1	20/11/97	21	4 D	1	10/06/19	21	Atendido (data ?)
GAD	1	20/11/97	21	8 B	N I	11/07/19	13 e 24	
GAD	1	20/11/97	21	8 B	1	15/07/19	13, 24 e 27	Atendido - médico
GAD	1	20/11/97	21	8 B	N I	05/08/19	15, 21 e 22	
GAD	1	20/11/97	21	3 A.	1	29/08/19	13	fly ok
GB	1	06/04/63	56	4 C	1	29/06/19	13 e 28	Atendido - médico
GB	1	06/04/63	56	4 C	2	28/08/19	2	
GISO	1	14/08/88	30	2 C	1	16/07/19	16	Atendido - médico

GB	1	09/08/88	30	6 C	1	20/05/19	33	"Sífilis e feridas" - Atendido
GC	1	02/02/78	41	3 D	1	03/06/19	13, 6, 8 e 42	Atendido - médico
GC	1	02/02/78	41	3 D	1	10/06/19	13	Atendido - médico
GDC	1	05/07/92	27	3 C	3	15/07/19	47	
GDC	1	05/07/92	27	3 C	3	06/08/19	47	
GDC	1	05/07/92	26	3 ?	1	10/06/19	13 e 41	ok
GB	1	29/05/86	32	7 C	1	10/05/19	34	Atendido
GHFC	1	02/02/78	41	3 D	2	02/07/19	42, 6 e 22	não passaram - não atendido
GHFC	1	02/02/78	41	3 D	1	29/07/19	22 e 42	
GHFC	1	02/02/78	41	3 D	N I	24/06/19	13 e 42	Atendido - médico
GHFC	1	02/02/78	41	3 D	1	12/08/19	1	"dor na nuca"
GHFC	1	02/02/78	41	3 D	1	08/08/19	22	
GHFC	1	02/02/78	41	3 D	1	08/08/19	13	
GHFC	1	02/02/78	41	3 D	1	13/08/19	23	Atendido - médico
GHFC	1	02/02/78	41	3 A.	1 e 2	22/08/19	13 e 41	fly ok
GHFC	1	02/02/78	41	3 A.	1	23/08/19	13 e 41	fly ok
GHFC	1	02/02/78	41	3 A.	1 e 2	29/08/19	22, 23 e 36	fly ok
GHFC	1	03/02/78	41	3 A.	1 e 2	30/08/19	22 e 34	fly ok
GHFC	1	02/02/78	41	3 B	2	10/05/19	2	Atendido
GHFC	1	02/02/78	41	3 B	1	24/05/19	13	Atendido
HO	1	09/01/99	20	10 A.	1	10/06/19	25	
IG	1	23/03/89	30	7 C	1	15/07/19	37	Atendido - médico
IF	1	20/12/74	44	10 ?	N I	05/07/19	38	Está sendo providenciado
IF	1	20/12/74	44	10 ?	N I	28/06/19	40 e 3	Atendido - médico
IUF	1	N I	N I	1 D	1	04/06/19	7	ok (?)
ILM	1	08/09/97	21	4 A.	2	14/05/19	18, 29 e 30	
ILM	1	08/09/97	21	4 A.	1	24/05/19	29 e 30	Atendido
IBS	1	13/06/97	21	4 D	1	04/06/19	28, 13 e 17	
IBS	1	13/06/97	22	8 A.	1 e 2	28/06/19	38, 39 e 14	Atendido - médico
IM	1	21/04/84	35	12 ?	1	22/07/19	39	Entregue
IG	1	08/09/99	19	7 C	1	22/07/19	13 e 27	Atendido - médico
IMD	1	N I	N I	3 A.	3	15/07/19	49	
IT	1	02/02/66	53	2 C	1	03/06/19	37	
ID	2	20/12/83	35	1 F	1	14/06/19	20 e 27	
JFBM	1	25/07/57	61	8 A.	1	17/05/19	13	"Solicito remédio para mau de parkson" - Atendido (data ?)
JFBM	1	25/07/57	61	8 A.	1	20/05/19	12	Atendido (data ?) - Parkinson

JAS	1	09/04/88	31	4 C	1	22/07/19	21	Atendido - médico
JAS	1	09/02/75	44	2 A.	1	27/08/19	43	Dedo machucado
JS	1	?/1986	?	4 A.	1	14/05/19	24	"emfiguição na perna"
JS	1	20/06/94	25	12 A.	1	19/06/19	13	Atendido - médico
JMS	1	31/05/78	41	triag 1	1	26/06/19	24	"fratura no pé"- atendido
JMS	1	31/05/78	41	triag 2	1	17/07/19	1	Atendido - médico
JS	1	30/06/95	23	9 A.	1	21/05/19	21 e 23	Atendido
JS	1	30/06/95	23	9 A.	1	s/data	17	Atendido
JS	1	30/06/95	24	6 B	3	jul/19	45 e 47	
JKC	1	16/12/95	23	6 C	2	10/05/19	38	
JKC	1	16/11/95	23	6 C	1	25/06/19	20, 26 e 28	Atendido - médico
JAS	1	09/04/88	31	4 C	1	16/05/19	1	Atendido (data ?)
JAS	1	09/04/88	31	4 C	2	27/05/19	17	não atendido
JAS	1	09/04/88	31	4 C	1	07/06/19	17	"laringite crônica"
JAS	1	09/04/88	31	4 C	1	01/07/19	17 e 21	
JAS	1	09/04/88	31	4 C	2	13/06/19	14	
JAS	1	09/04/88	31	4 C	1	30/05/19	13 e 17	Atendido (data ?)
JAS	1	09/04/88	31	4 C	1	11/06/19	2 e 17	não atendido
JAS	1	09/04/88	31	4 C	1	14/06/19	17	
JAS	1	09/04/88	31	4 C	1	24/06/19	17	
JAS	1	09/04/88	31	4 C	1	11/07/19	17	
JAS	1	09/04/88	31	4 C	1	01/08/19	17, 21 e 23	
JAS	1	09/04/88	31	4 C	1	08/08/19	13, 17 e 21	
JAS	1	09/04/88	31	4 C	1	15/08/19	17 e 21	
JSL	1	11/02/97	22	7B	1	31/05/19	33	"verrugas parte íntimas" - ao CEMAS
JCSP	1	08/01/93	26	4 D	1	01/07/19	13 e 27	
JCD	1	24/11/75	43	cozinha	1	s/data	12 e 13	Atendido
JCD	1	24/11/75	43	cozinha	1	03/06/19	22	Atendido - médico
JG	1	19/02/88	31	2 D	1	11/07/19	13 e 17	Atendido - médico
JG	1	19/02/88	31	2 D	1	12/08/19	17	Não atendido – médico não compareceu
JHS	1	06/09/84	34	1 C	3	22/07/19	45	
JHS	1	06/09/84	34	4 C	3	30/07/19	45	
JHS	1	06/09/84	34	1 C	3	22/07/19	48	
JHS	1	06/09/84	34	1 C	3	09/08/19	49	ok
JLA	1	08/02/78	41	3 A.	2 e 3	16/05/19	3 e 13	"bactrin pois sem antivirais"
JLA	1	08/02/78	41	4 A.	3	31/05/19	13 e 45	
JLA	1	08/02/78	41	4 A.	2	10/06/19	3	ok
JLA	1	08/02/78	41	4 A.	1	14/06/19	40, 27 e 31	Atendido - médico
JLA	1	08/02/78	41	4 A.	2	25/06/19	26 e 14	

JLA	1	08/02/78	41	4 A.	1	01/07/19	26, 21 e 23	
JLA	1	08/02/78	41	4 A.	1	11/07/19	1	Atendido - médico
JLA	1	08/02/78	41	4 A.	1	28/07/19	8	
JMS	1	09/11/77	41	cozinha	1	05/07/19	13 e 23	Entregue medicação
JMS	1	09/11/77	41	cozinha	1	18/07/19	23	
JMS	1	09/11/77	41	cozinha	1	19/06/19	23	fly ok
JMS	1	09/11/77	41	cozinha	1	13/05/19	6	fornecido
JMS	1	09/11/77	41	cozinha	1	28/05/19	6	ok (?)
JTB	1	19/03/92	27	5 A.	1	29/07/19	28	Atendido - médico
JTB	1	19/03/92	27	N I	1	25/06/19	15 e 18	Atendido - médico
JTB	1	19/03/92	27	5 A.	1	26/06/19	13	Atendido - médico
JTB	1	19/03/92	27	5 A.	1	01/07/19	15, 17 e 18	
JTB	1	19/03/92	27	5 A.	1	05/07/19	1	não passaram - não atendido
JPV	2	06/12/96	22	1 F.	1	21/05/19	1	"orientada a buscar ajuda no posto"
JCL	1	08/05/51	68	triag 2	N I	07/06/19	1	Atendido - médico
JCL	1	08/05/51	68	triag 1	2	06/08/19	42 e 6	Verificada TA
JCL	1	08/05/51	68	triag 2	1 e 2	16/05/19	26 e 42	Atendido
JCL	1	08/05/51	68	triag 2	2	24/05/19	6	Atendido
JCL	1	08/05/51	68	triag 1	3	15/08/19	49	ok
JCL	1	08/05/51	68	triag 2	2	08/07/19	42	Atendido - médico
JCL	1	08/05/51	68	triag 1	2	05/08/19	42	
JCO	1	23/10/60	58	2 D	2	03/06/19	13	Atendido - médico
JCO	1	23/10/60	58	2 D	1	05/06/19	37	Atendido - médico
JCO	1	23/10/60	58	2 D	1	05/07/19	6	Entregue medicação
JCSR	1	17/06/74	44	2 F	1	03/06/19	13	Atendido - médico
JCSR	1	17/06/74	45	cozinha	3	22/08/19	45	ok
JCSR	1	17/06/74	45	cozinha	1	29/07/19	27 e 28	Atendido - médico
JCSR	1	17/06/74	45	cozinha	1	02/07/19	7 e 13	Atendido - médico
JCSR	1	17/06/74	45	cozinha	1	08/07/19	17 e 24	Atendido - médico
JCSR	1	17/06/74	45	cozinha	1	22/07/19	13 e 23	
JCSR	1	17/06/74	45	cozinha	1	23/07/19	23	Atendido - médico
JCSR	1	17/06/74	45	cozinha	1	29/07/19	1	Atendido - médico
JCSR	1	17/06/74	45	cozinha	1	12/08/19	10	OK
JCSR	1	17/06/74	45	cozinha	1	15/08/19	15, 19, 23 e 12	
JCSR	1	17/06/74	44	cozinha	1	14/06/19	23	
JGSR	1	17/11/74	44	triag 2	1	07/06/19	5 e 13	Atendido - médico
JG	1	N I	N I	7 C	3	12/07/19	49	"retirar o aparelho"
JLS	1	07/05/98	21	2 ?	1	22/07/19	31	Atendido - médico
JLRR	1	24/06/70	48	14 ?	1	21/05/19	13	Atendido
JLRR	1	24/06/70	48	14 ?	1	24/05/19	38	Atendido
JLRR	1	24/06/70	49	10 B	1 e 3	26/08/19	45	ok

JPS	1	18/05/99	20	7 D	1	02/07/19	38	Atendido - médico
JPS	1	18/05/99	20	7 D	1	04/07/19	15, 29 e 32	não passaram - não atendido
JPS	1	18/05/99	20	7 D	1	05/07/19	1	não passaram - não atendido
JPS	1	18/05/99	20	7 D	1	05/07/19	39	BK pedido
JPS	1	18/05/99	20	7 D	1	29/07/19	19	
JL	1	NI	NI	6 C	2	27/05/19	24	Atendido
JFL	1	28/02/95	24	4 C	1	05/08/19	20 e 27	Atendido - médico
JFL	1	28/02/95	24	4 C	1	14/06/19	27 e 8	
JFL	1	28/02/95	24	4 C	1	11/07/19	8	Entregue medicação
JAG	1	10/08/88	31	NI	2	20/08/19	36	
JAG	1	10/08/88	31	triag 1	1	29/08/19	12	Atendido
JFS	1	06/07/90	28	6 D	1	13/05/19	26 e 37	Atendido
JFS	1	06/07/90	28	6 D	1	20/05/19	1	Atendido
JFS	1	06/07/90	28	10 D	1	25/06/19	1	Atendido - médico
JFS	1	06/07/90	28	6 D	1	28/06/19	1	Atendido - médico
JS	1	06/07/79	40	6 D	1	08/08/19	37	
JSL	1	13/02/94	25	5D	1	03/06/19	26 e 39	Atendido
JSL	1	13/02/94	25	7 D	1	11/07/19	26	pedido exames
JSL	1	13/02/94	25	2 C	1 e 2	14/05/19	21	Atendido
JSL	1	13/02/94	25	5 D	2	10/06/19	42	Atendido - médico
JSL	1	13/02/94	25	7 D	1	08/07/19	6	Entregue medicação
JSL	1	13/02/94	25	7 B	1	16/07/19	1	Atendido - médico
JD	1	01/03/85	34	10B	2	09/07/19	16 e 24	não passaram - não atendido
JS	1	13/02/94	25	5 D	2	27/05/19	6	Fornecido
JCS	1	22/11/79	39	3 A.	1	16/05/19	18	
JSA	1	08/02/78	41	4 A.	1	03/06/19	20,27 e 28	Atendido
JAG	1	15/09/73	45	cozinha	1	03/06/19	2 e 13	entregue
JAG	1	15/09/73	45	cozinha	1	13/05/19	37	
JAG	1	15/09/73	45	triag 2	1	11/07/19	24	Atendido - médico
JAG	1	15/09/73	45	triag 2	2	05/08/19	24	Atendido - médico
JGS	2	08/01/99	20	1 F	1	04/05/19	2 e 11	Feito teste rápido - negativo - administrado AC injetável trimestral
JGS	2	08/01/99	20	1 F	1 e 3	06/06/19	19, 24 e 45	Atendido - médico
JGS	2	08/01/99	20	1 F	1	24/06/19	15 e 20	
JGS	2	08/01/99	20	1 F	1	25/06/19	15, 20 e 27	Atendido - médico
JS	1	25/06/86	32	6 ?	NI	27/05/19	23	Atendido
JS	1	25/06/86	32	6 A.	2	04/06/19	23	
JS	1	25/06/86	33	7 C	1	11/07/19	13 e 23	Atendido - médico
JMT	1	01/11/86	32	11 B	1	08/07/19	28	Atendido - médico

JMT	1	01/11/86	32	N I	2	22/07/19	1	
JMT	1	01/11/86	32	11 B	1	05/08/19	12	
JMT	1	01/11/86	32	11 B	1	14/06/19	15	
JAR	2	27/03/89	30	1 F	2	24/06/19	8, 11 e 12	
JAR	2	27/03/89	30	N I	1	05/07/19	35	Atendido - médico
JAR	2	27/03/89	30	N I	1	09/07/19	27	Atendido - médico
JFS	1	13/08/84	34	2 A.	1	16/05/19	7	"preciso fazer insulina" - atendido
JFS	1	13/08/84	34	triag 2	3	18/07/19	45	
JFS	1	13/08/84	35	triag 2	1	20/08/19	34	
JFS	1	13/08/84	35	triag 2	1	29/08/19	45	Atendido
JFS	1	13/08/84	34	2 A.	1	16/05/19	7	"insulina"
JFS	1	03/08/84	34	2 ?	1	s/data	1	Atendido
JFS	1	13/08/84	34	11 A.	1	s/data	7 e 21	"pontada e diabete" - atendido
JFS	1	13/08/84	34	3 A.	1	03/06/19	42 e 7	atendido
JFS	1	13/08/84	34	triag 2	3	08/07/19	46	
JFS	1	13/08/84	34	triag 2	1	11/07/19	42	Atendido - médico
JFS	1	13/08/84	34	triag 2	1 e 2	19/06/19	6 e 7	ok
JFS	1	13/08/84	35	N I	1	30/08/19	34 e 42	fly ok
JSM	1	04/11/82	36	5 C	1	03/06/19	2	Atendido - médico
JSM	1	04/11/82	36	5 C	1	12/08/19	13	
JSM	1	04/11/82	36	5 C	1	19/06/19	32	Fly ok
JSM	1	04/11/82	36	5 C	1	20/08/19	32 e 29	
JSM	1	04/11/82	36	3 D	1	11/07/19	20 e 27	Atendido - médico
JSM	1	04/11/82	36	3 D	1	06/08/19	28 e 29	Tenho tuberculose
JSM	1	04/11/82	36	5 C	1	13/08/19	13 e 32	Atendido - médico
JSM	1	04/11/82	36	5 C	2	23/08/19	1	
JSM	1	04/11/82	36	5 C	1	31/05/19	4	ok (?)
JSM	1	04/11/82	N I	5 C	1	22/08/19	32	fly ok
JCB	1	05/04/86	33	3 D	2	08/07/19	14	Atendido - médico
JCB	1	05/04/86	33	N I	N I	24/06/19	13, 25 e 28	
JCS	1	12/12/94	24	4 C	1	24/06/19	21	Atendido - médico
JCS	1	12/12/94	24	4 C	1	02/07/19	21	não passaram - não atendido
JCL	1	16/04/97	22	11 B	1	26/08/19	32	fly ok
JCL	1	16/04/97	22	11 B	1	02/07/19	22, 15, 29 e 42	Atendido - médico
JCL	1	16/04/97	22	11 B	1	08/07/19	13 e 38	Atendido - médico
JEF	1	06/06/57	61	cozinha	1	17/05/19	1 e 42	Refere ünheiro" - Atendido
JEF	1	06/09/57	61	cozinha	1	04/06/19	42 e 6	Atendido
JEF	1	06/09/57	61	cozinha	1	16/07/19	32	Atendido - médico
JMA	1	27/05/95	24	4 C	1	08/08/19	33	"ferida nos órgãos genitais"

KSF	2	04/11/82	36	2 F	3	17/07/19	45	
LL	1	02/03/75	44	5 D	1	02/07/19	1	não passaram - não atendido
LL	1	02/03/75	44	N I	1	05/08/19	17	
LL	1	02/03/75	44	5 D	2	20/08/19	18	
LR	1	20/09/75	43	triag 2	1	16/05/19	30	
LR	1	20/09/75	43	triag 2	1	23/05/19	44	"teve sangramento anal"- atendido (data ?)
LR	1	20/09/75	43	N I	N I	20/06/19	24	Atendido - médico
L R	1	20/09/75	43	triag 2	1	24/06/19	13	
L R	1	20/09/75	43	triag 2	1	13/08/19	33	"ferida na virilha"- atendido pelo médico
LV	1	21/06/84	34	11 B	1	20/05/19	20, 23 e 26	Atendido
LCJ	2	30/09/89	29	1 F	1	20/05/19	44	"tomei mais de 15 remédio, to mau" - Enc. para PA urgente
LAF	1	20/10/82	36	3 A.	1	28/05/19	7	Atendido
LAF	1	20/10/85	33	9 A.	1	06/06/19	7	
LAF	1	20/10/85	33	9 A.	1	13/06/19	7	
LFV	1	14/11/75	43	3 C	1	13/08/19	34	Atendido - médico
LS	2	27/12/83	35	1 F	1	20/05/19	20 e 38	Atendido
LS	2	27/12/83	35	1 F	1	14/06/19	17	
LS	2	27/12/83	35	1 F	1	25/06/19	43	"dor nas gangulas e no pescoço" - atendida
LES	1	10/04/87	32	cozinha	1	30/08/19	27	
LO	2	11/11/94	24	2 F	2	04/07/19	8, 10 e 18	entregue
LO	2	11/11/94	24	2 F	1	30/05/19	34 e 35	Atendido
LO	2	11/11/94	24	2 F	1, 2 e 3	03/06/19	13, 15 e 45	Atendido - médico
LLP	1	25/06/90	29	7 A.	1 e 2	15/08/19	33	quer a benzetacil já prescrita - Fly ok
LLP	1	25/06/90	29	7 A.	1	19/06/19	33	"sífilis"- Atendido médico
LNS	1	17/05/84	35	triag 2	1	23/08/19	13	
LAP	1	10/03/76	43	7 C	2	13/06/19	6	
LAP	1	10/03/76	43	7 C	2	23/08/19	2	fly ok
LAP	1	10/03/76	43	7 ?	2	10/05/19	2	Solicitou AAS infantil
LBS	1	18/02/93	26	N I	1	31/05/19	1	reavaliação - atendido
LBS	1	18/02/93	26	N I	1	27/05/19	1	Atendido
LBS	1	18/02/93	26	2 D	1	28/05/19	1	Atendido
LBS	1	18/02/93	26	2 D	1	29/05/19	22	Atendido - médico
LS	1	05/03/81	38	7 B	3	13/08/19	45	ok
LS	1	05/03/81	38	7 A.	1	05/07/19	1	não passaram - não atendido
LS	1	05/03/81	38	7 A.	1	08/07/19	1	Atendido - médico

LCS	1	16/05/87	32	triag 1	1	22/08/19	16	fly ok
LCF	1	04/08/63	56	4 C	1	16/08/19	17 e 25	
LFCL	1	25/10/97	21	10 B	1	15/08/19	20, 26 e 39	Atendido - médico
LAF	1	08/01/70	49	N I	N I	29/08/19	16	
LAF	1	08/01/70	49	4 B	1	11/07/19	1	Atendido - médico
LAF	1	08/01/70	49	4 B	1 e 2	15/07/19	38	feito
LCF	1	04/08/63	55	5 C	1	09/07/19	20	não passaram - não atendido
LFS	1	24/03/92	27	14 B	2	28/05/19	13 e 25	não atendido
LFS	1	24/03/92	27	10 A.	1	01/07/19	17	
LFS	1	24/03/92	27	3 ?	1	05/08/19	1	
LIB	1	19/10/92	26	2 C	1	05/07/19	6 e 25	não passaram - não atendido
LIB	1	19/10/92	26	2 C	1	15/07/19	21	Atendido - médico
MSA	1	16/02/92	27	8 B	1	13/05/19	21	"Comeso de pineumonia" - Atendido
MSA	1	16/02/92	27	8 B	1	29/06/19	5 e 20	Atendido - médico
MSA	1	16/02/92	27	8 B	1	18/07/19	37	Atendido - médico
MSA	1	16/02/92	27	4 B	1	30/08/19	25	fly ok
MVS	1	17/12/82	36	2 B	1	30/05/19	37	Atendido
MRS	1	09/09/85	33	11 B	2	20/08/19	41	não atendido na data
MRS	1	09/09/85	33	3 A.	1	21/05/19	44	"braço quebrado"- atendido
MRS	1	09/09/85	33	3 A.	N I	24/05/19	12	Atendido
MRS	1	09/09/85	33	11 B	1	31/05/19	38	
MRS	1	09/09/85	33	11 B	1	10/06/19	13, 38	
MRS	1	09/09/85	33	11 B	1	13/08/19	13 e 41	ok
MRS	1	09/09/85	33	11 B	N I	04/06/19	38 e 13	
MRS	1	09/09/85	33	11 B	2	26/08/19	13 e 41	ok
MA	1	05/03/96	23	7 C	2	16/05/19	1	
MD	1	30/08/98	20	3 D	1	05/06/19	38	Feito teste rápido - negativo - administrado AC injetável trimestral
MJF	1	08/01/84	35	4 B	1	03/06/19	13 e 15	Atendido
MJF	1	08/10/94	24	4 B	1	16/07/19	16	Atendido - médico
MJP	1	09/02/88	31	9 B	3	05/07/19	49	
MJP	1	09/02/88	31	9 B	1	04/06/19	16	Atendido - médico
MJP	1	09/02/88	31	N I	N I	ago/19	8	
MVS	1	17/12/81	37	2 B	2	13/05/19	13	quer injeção voltarem
MVS	1	17/12/81	37	2 B	2	16/05/19	8	
MVS	1	17/12/81	37	2 B	2	24/05/19	13	Atendido
MVS	1	17/12/81	37	2 B	2	06/06/19	13	Atendido - médico
MVS	1	17/12/81	37	2 B	2	10/06/19	14 e 17	Atendido - médico

MVS	1	17/12/81	37	2 B	1	13/06/19	25 e 26	
MVS	1	17/12/81	37	2 B	2	17/06/19	2 e 14	
MVS	1	17/12/81	37	12 B	1	02/07/19	13	
MVS	1	17/12/81	37	2 B	1	29/07/19	13	Atendido - médico
MVS	1	17/12/81	37	2 B	2	23/08/19	13	fly ok
MS	1	09/05/86	33	pensão	1	13/05/19	8 e 12	
MS	1	09/05/86	33	pensão	1	16/05/19	8 e 12	
MS	1	09/05/86	33	3 B	1	ago/19	38	
MSM	1	24/03/95	24	12 B	1	10/07/19	17	Atendido - médico
MRC	1	25/08/95	24	4 D	3	26/08/19	47	Atendido
MTP	1	12/10/87	31	triag 2	1	20/08/19	16	"cartilagem da audição quebrada"
MAM	2	25/11/89	29	2 F	1 e 3	01/08/19	25, 23 e 49	Atendido - médico
MAM	1	01/09/85	33	6 ?	1	24/07/19	27 e 23	
MAF	1	20/07/82	36	6 C	2	13/06/19	23	
MAF	1	20/07/82	36	6 C	1	04/06/19	22 e 23	
MAF	1	20/07/82	37	6 C	2	30/08/19	17	
MAT	1	20/07/82	36	6 C	1	01/07/19	23 e 25	
MAT	1	20/07/82	36	6 C	1	09/07/19	23 e 24	não passaram - não atendido
MAT	1	10/07/82	37	N I	1	11/07/19	23 e 24	Atendido - médico
MF	1	31/03/73	46	2 D	2	24/06/19	13	
MRF	1	N I	N I	N I	N I	s/data	1	Avaliação pós atendimento do SAMU
MVN	1	17/03/79	45	cozinha	1	02/07/19	17, 25 e 26	Atendido - médico
MVN	1	17/03/79	40	cozinha	1	11/07/19	17	
MVN	1	17/03/79	40	cozinha	1	02/08/19	19	
MVN	1	17/03/79	40	cozinha	1	16/05/19	12	Atendido
MC	1	16/08/74	44	1 A.	1	16/05/19	25 e 26	
MLO	1	09/03/76	43	10 A.	1	21/05/19	39	Atendido
MLO	1	09/03/76	43	10 A.	1	29/08/19	38	fly ok
MRS	1	25/08/99	19	3 B	1 e 2	14/06/19	17 e 37	Atendido - médico
MRS	1	25/08/99	20	3 B	1	25/08/19	38	
MWCN	1	14/09/92	26	7 A.	1 e 2	01/08/19	37	
MWCN	1	14/09/92	26	7 A.	1	14/06/19	37	
MWCN	1	14/09/92	26	7 A.	1	03/06/19	13 e 24	Atendido
MWCN	1	14/09/92	26	7 A.	1	24/06/19	1	
MTG	2	01/10/86	32	2 F	1	06/06/19	15 e 29	Atendido médico
MTG	2	01/10/86	32	2 F	3	05/07/19	46	
MTG	2	01/10/86	32	2 ?	3	18/07/19	45	
MD	2	15/07/??	N I	2 F	1	10/06/19	18, 29 e 23	Atendido - médico
MAF	1	20/07/82	38	5 C	2	13/05/19	3 e 17	" medicação CEMAS"- Atendido

MAM	1	09/07/64	55	5 ?	1	30/07/19	13 e 20	Atendido - médico
MAM	1	09/07/64	54	1 A.	1	28/05/19	6 e 42	Atendido
MAM	1	09/07/64	55	5 ?	1	01/08/19	15	
MCa	1	28/10/94	24	6 D	1	20/08/19	13	
MM	1	29/09/94	24	2 C	3	09/08/19	47	
MM	1	29/09/94	24	2 C	3	06/08/19	49	
MM	1	29/09/94	24	2 C	3	15/08/19	47	
MM	1	29/09/94	24	3 C	2	20/05/19	37	"sarna" - atendido
MMR	1	05/12/85	33	10 B	1	08/07/19	17	Atendido - médico
ME	1	23/10/96	22	5 D	1	29/07/19	1	não atendido
MGO	1	19/09/93	25	3 B	3	22/08/19	45	ok
MGO	1	19/09/93	25	3 B	1	16/08/19	8	
M	1	N I	N I	triag 2	2	28/06/19	41 e 13	não passou
MC	1	29/10/65	54	cozinha	1	12/08/19	13, 24	ok
MC	1	29/10/65	54	cozinha	1	19/06/19	1	Atendido - médico
MS	1	14/07/96	22	11 B	1	24/05/19	18 e 13	Atendido
MS	1	14/07/96	22	11 B	2	11/07/19	14	
M	1	01/11/90	28	10 A.	2	26/05/19	17	Atendido
NLS	1	26/09/73	45	triag 2	1	10/05/19	21, 6 e 42	Refere "pontada e pressão alta"- Atendido
NLS	1	26/09/73	45	triag 2	1	28/05/19	13 e 42	Atendido
NJSV	1	N I	N I	2 ?	1	06/06/19	17	Atendido - médico
NAS	1	22/07/91	27	9 B	3	04/07/19	49	
NAS	1	22/07/91	28	9 B	1	08/08/19	21 e 23	
NJS	1	09/02/60	59	triag 1	3	15/08/19	46	ok
NJS	1	09/02/60	59	triag 2	1	01/08/19	23	Sem efetivo SUSEPE
NJS	1	09/02/60	59	triag 1	1	22/08/19	13	fly ok
OJDS	1	01/05/74	45	11 A.	3	05/07/19	49	
OJDS	1	01/05/74	45	11 A.	3	15/08/19	46	ok
OJDS	1	01/05/74	45	9 A.	1	ago/19	18, 28 e 30	Atendido - médico
OJDS	1	01/05/74	45	11 A.	1	15/08/19	15	
OS	1	29/10/74	44	cozinha	3	11/07/19	47	
OS	1	29/10/74	44	cozinha	1	15/08/19	20, 25 e 26	
PJS	1	04/01/85	34	triag 2	1	16/05/19	43	"dor do lado esquerdo do corpo" - atendido
PJS	1	04/01/85	34	triag 2	1 e 3	27/05/19	13 e 45	"dor do lado esquerdo do corpo" - atendido - médico
PJS	1	04/01/85	34	triag 2	1	01/08/19	24	
PJS	1	04/01/85	34	triag 1	1	13/08/19	43	"não consegue fazer nessesates"- atendido médico
PSS	2	08/06/78	41	N I	1	11/07/19	1	impregnação pelo haldol - atendida médico

PSS	2	08/06/78	41	N I	N I	16/07/19	1	Atendido - médico
PSS	1	17/08/98	21	11 A.	1	20/08/19	20, 29 e 15	Atendido médico
PCG	1	24/01/89	30	12 B	1	02/07/19	15, 25, 26 e 27	Atendido - médico
PL	1	18/07/83	36	triag 1	1	05/08/19	31	
PL	1	18/07/83	35	cozinha	1	07/06/19	1	Atendido - médico
PRR	1	14/08/72	46	2 ?	2	10/05/19	12	
PRR	1	14/08/72	46	2 A.	2	13/05/19	12	Atendido
PRR	1	14/08/72	46	2 A.	1	s/data	2 e 8	Atendido
PRR	1	14/08/72	46	2 A.	1	18/07/19	38	
PSLF	1	10/09/88	30	cozinha	1	16/05/19	13	Atendido
PSLF	1	10/09/88	30	cozinha	1	23/05/19	13	Atendido
PSLF	1	10/09/88	30	cozinha	1	30/05/19	13	Atendido
PSLF	1	10/09/88	30	cozinha	1	06/06/19	13	Atendido - médico
PSLF	1	10/09/88	30	cozinha	1	02/07/19	13	Atendido - médico
PSLF	1	10/09/88	30	cozinha	1	05/07/19	13 e 23	Entregue medicação
PSLF	1	10/09/88	30	cozinha	1	11/07/19	13 e 23	
PSLF	1	10/09/88	30	cozinha	N I	18/07/19	23	
PSLF	1	10/09/88	30	cozinha	1	27/08/19	10 e 23	fly ok
PF	1	13/11/91	27	triag 2	1	09/07/19	1	Atendido - médico
PRF	1	19/02/86	33	2 D	1	20/05/19	13, 26 e 28	Atendido
PRF	1	19/02/86	33	N I	N I	21/05/19	13	Atendido
PRF	1	19/02/86	33	2 D	1	16/07/19	23 e 26	Atendido - médico
PRF	1	19/02/86	33	2 D	2	29/07/19	37	
PRS	1	09/05/94	25	4 D	1	05/08/19	21	Atendido médico
PRS	1	09/05/94	25	4 D	2	02/07/19	21	não passaram - não atendido
PRS	1	09/05/94	25	4 D	2	04/07/19	21	não passaram - não atendido
PRS	1	09/05/94	25	4 D	1	06/07/19	21	não passaram - não atendido
RD	1	21/09/99	19	N I	1	31/07/19	18	Atendido - médico
RMS	1	30/11/96	22	9 A.	1	29/08/19	27, 28 e 39	fly ok
RB	1	15/08/57	62	cozinha	1	19/06/19	17 e 26	fly ok
RB	1	15/08/57	62	cozinha	1	27/08/19	26	
RP	1	05/05/79	40	3 C	1	22/08/19	23	não atendido - sem efetivo SUSEPE
RS	1	17/03/97	22	3 D	3	22/07/19	45	
RS	1	17/03/97	22	3 D	3	09/08/19	45	
RS	1	17/03/97	22	3 D	3	19/08/19	47	
RS	1	17/03/97	22	3 D	1	01/08/19	26	
RC	1	11/11/62	56	triag 2	1	s/data	13, 15 e 25	Atendido
RC	1	11/11/62	56	triag 1	3	15/08/19	49	ok

RC	1	11/11/62	56	triag 2	1	11/07/19	20 e 23	
RC	1	11/11/62	56	triag 2		02/07/19	23 e 27	Atendido - médico
RA	1	06/06/79	40	cozinha	1	19/06/19	18	Atendido - médico
RMSS	1	21/12/93	25	4 A.	3	04/07/19	46	
RMSS	1	21/12/93	25	4 A.	3	18/07/19	46	
RDBS	1	12/07/97	21	8 A.	1	01/06/19	16	
RDBS	1	12/07/97	21	8 A.	1	28/06/19	38	feito teste rápido
RDBS	1	12/07/97	21	8 A.	1	24/07/19	1 e 30	
								há 10 dias sem medicação - já havia solicitado - Atendido (data?)
RB	1	22/09/88	30	2 C	1	10/05/19	3	
RM	1	24/05/83	36	3 B	3	18/07/19	45	
RRS	1	05/03/90	29	7 A.	2	24/06/19	10	
RRS	1	05/03/90	29	4 A.	1	13/05/19	13	Atendido (data ?)
RRS	1	05/03/90	29	4 A.	2	10/05/19	10	"Em falta"- descrito pela equipe
RRS	1	05/03/90	29	7 ?	1 E 2	21/05/19	18	Atendido (data ?)
RRS	1	05/03/90	29	4 A.	2	s/data	10	em falta
RRS	1	05/03/90	29	7 A.	2	07/06/19	10	Atendido - médico
RRS	1	05/03/90	29	7 A.	3	05/07/19	49	
RRS	1	05/03/90	29	7 A.	2	07/07/19	10	Entregue medicação
RLC	1	16/06/78	40	8 A.	1	13/05/19	17 e 27	
RL	1	09/11/81	37	10 B	3	26/08/19	49	ok
RMK	2	28/03/66	53	2 ?	1	13/06/19	16	
								medicamentos entregues
RMK	2	28/03/66	53	2 F	1 e 2	29/05/19	6	
RMK	2	28/03/66	53	2 F	2	01/08/19	6 e 14	Entregue medicação
RS	2	08/04/71	48	1 F	1	24/06/19	34 e 23	Atendido - médico
RJ	1	24/10/86	32	12 B	N I	25/06/19	18	Atendido - médico
RD	1	09/05/81	38	8 B	1	04/06/19	1	Atendido - médico
								"firidas na boca"- Atendido - Lauro
RD	1	09/05/81	38	4 C	1	01/08/19	43	
RF	1	15/03/86	33	6 C	1	10/05/19	18	Atendido - sol. Exames
RF	1	15/03/86	33	6 C	1	25/06/19	19	Atendido - médico
SGCR	1	16/06/98	20	4 B	1	21/05/19	44	"joelho torcido"
SA	2	17/12/72	46	1 F	1	14/06/19	2 e 37	
SSM	1	08/02/89	30	1 ?	1	29/08/19	12	Atendido - médico
SSM	1	08/02/89	30	N I	1	30/08/19	12	Atendido - médico
							13, 26 e	
SJM	1	26/09/90	28	5 C	1	08/07/19	28	Atendido - médico
SJM	1	26/09/90	28	5 C	1	09/07/19	14	Atendido - médico
SJM	1	26/09/90	28	7 C	1	22/07/19	23	Atendido - médico
SP	1	07/01/78	41	7 C	1	22/07/19	38	Atendido
SSR	1	28/10/58	60	2 C	3	14/07/19	49	
SSR	1	28/10/58	60	triag 2	3	22/07/19	49	

SRSA	1	14/03/85	34	cozinha	1	19/06/19	41	Atendido
SS	1	08/06/79	40	9 B	N I	01/08/19	14	Atendido médico
SS	1	08/06/79	39	9 B	1	13/05/19	18 e 29	Atendido
SS	1	08/06/79	39	9 B	2	21/05/19	27, 13 e 14	
SS	1	08/06/79	39	9 B	2	27/05/19	14 e 27	não atendido
SS	1	08/06/79	40	9 B	1	11/06/19	17 e 24	
SS	1	08/06/79	40	4 B	1	19/07/19	23	Atendido - médico
SS	1	08/06/79	40	9 B	N I	ago/19	8	
SS	1	08/06/79	40	9 B	2	16/08/19	17, 25 e 26	
SS	1	08/06/79	39	9 B	2	17/05/19	13, 14 e 27	
SB	1	21/07/83	35	4 A.	1	27/06/19	26, 28 e 23	Atendido - médico
TJPD	1	24/09/86	32	4 D	1	31/05/19	25, 26 e 27	
TJPD	1	24/09/86	32	4 D	1	05/06/19	1	Atendido - médico
TJPD	1	24/09/86	32	4 D	1	22/07/19	13	Atendido - médico
TSL	1	11/02/97	22	7 B	1 e 3	s/data	13, 25 e 45	
TSC	2	21/04/76	43	1 F.	1	04/05/19	17 e 26	Atendimento médico
TSC	2	21/04/76	43	1 F	1	20/08/19	17, 26 e 28	
TJPD	1	24/09/86	32	4 D	2	28/05/19	13 e 28	não atendido
TS	1	23/09/85	33	8 B	1	11/06/19	24	Atendimento médico
TRG	1	N I	N I	triag 2	1	12/08/19	15, 36 e 45	Não atendido - Lauro não veio
TA	2	27/12/91	27	2 ?	1	27/05/19	15, 24 e 12	Atendido (data ?)
TS	1	11/02/97	22	6 A.	1	30/08/19	38	fly ok
VMC	1	22/11/88	30	1 C	2	28/05/19	15 e 26	não atendido
VMC	1	22/11/88	30	1 C	1	16/08/19	1	
VMC	1	22/11/88	30	1 C	2	30/08/19	37	fly ok
VPB	1	31/07/86	32	7 A.	1	21/05/19	22	Atendido (data ?)
VPB	1	31/07/86	32	7 A.	1	03/06/19	22	Atendido (data ?)
VPB	1	31/07/86	32	7 A.	1 e 2	07/06/19	1	Atendido - médico
VPB	1	31/07/86	32	7 A.	1	10/06/19	13	uma vacina com dor"
VPB	1	31/07/86	32	7 A.	1	14/06/19	23	Atendido - médico
VPB	1	31/07/86	32	7 A.	3	08/07/19	46	
VPB	1	31/07/86	32	7 A.	1	04/07/19	21	não passaram - não atendido
VPB	1	31/07/86	32	7 B	1	24/07/19	15	
VPB	1	31/07/86	33	11 B	1	02/08/19	13	Atendimento médico
VS	1	25/11/76	42	4 D	1	04/06/19	25	
VS	1	25/11/76	42	4 D	1	05/06/19	1	Atendido - médico
VS	1	25/11/76	42	4 D	2	16/08/19	13	

VF	1	17/10/84	34	4 D	2	02/05/19	8 e 13	
VF	1	17/10/84	34	N I	2	02/07/19	13 e 14	não passaram - não atendido
VF	1	17/10/84	34	5 D	2	08/08/19	16	
VF	1	03/01/81	38	3 D	N I	24/06/19	27	
VF	1	03/01/81	38	3 D	1	25/06/19	27	Atendido - médico
VF	1	03/01/81	38	13 B	3	15/08/19	49	ok
VF	1	03/01/81	38	13 B	1	22/08/19	1	fly ok
VCR	2	08/10/98	20	1 F	N I	20/08/19	34	
VCR	2	08/10/98	20	1 F	2	27/08/19	12 e 10	não atendido - sem efetivo SUSEPE
VCR	2	08/10/98	20	1 A.	2	30/08/19	12 e 38	Quer teste de gravidez - atendida
VCR	2	08/10/98	20	1 F	1	16/05/19	24	Atendido
VCR	2	08/10/98	20	1 F	1	04/06/19	34	Atendimento médico
VCR	2	08/10/98	20	1 F	2	06/06/19	35	entregue remédio
VCR	2	08/10/98	21	1 F	1	25/06/19	13	"bola em cima do pulço" - atendida
VGS	1	27/04/99	20	12 A.	N I	26/08/19	28 e 36	Atendido - médico
VO	1	25/11/85	33	7 C	2	28/05/19	24	não atendido
VO	1	25/11/85	33	7 C	1	31/05/19	24	"com o pé quebrado"- Enc. p/ RX
VB	1	01/01/83	36	6 A.	1	13/05/19	13	
VB	1	01/01/83	36	6 A.	1	22/07/19	27 e 28	
VB	1	01/01/83	36	6 ?	1	29/07/19	43	"constipação"- Atendido médico
VLRG	1	15/10/89	29	1 D	2	28/05/19	13	não atendido
VLRG	1	15/10/89	29	1 D	1	20/05/19	19	Atendido
VLRG	1	15/10/89	29	1 D	1	05/06/19	33 e 13	entregue remédio
VLRG	1	15/10/89	29	1 D	1	05/06/19	34	não atendido
VLRG	1	15/10/89	29	1 D	1	24/06/19	34	Atendido - médico
VLRG	1	15/10/89	29	N I	N I	29/07/19	34	Atendido médico
VIRG	1	15/10/89	29	1 D	1	08/08/19	34	
WAS	1	18/02/93	26	3 B	1	22/07/19	28	Atendido médico
WC	1	17/09/84	34	4 C	1	01/08/19	37	sem efetivo SUSEPE
WC	1	17/09/84	34	4 C	2	23/08/19	37	Atendido - médico
WG	1	28/05/97	22	4 D	3	28/05/19	45	"dor e inflamação" - não atendido
WP	1	N I	N I	N I	N I	31/05/19	N I	Atendido
WPB	1	31/07/86	32	7 A.	1	30/05/19	13, 22 e 23	Atendido (data ?)
WPB	1	31/07/86	33	11 B	1	23/08/19	15, 22 e 23	fly ok
WPB	1	31/07/86	33	11 B	1	23/08/19	13 e 23	fly ok
WR	1	14/01/91	28	1 B	1 e 2	29/07/19	17 e 28	Atendido médico
W	1	14/05/83	36	9 A.	1 e 2	jul/19	13 e 41	Atendido
WS	1	09/09/99	19	13 B	N I	13/08/19	12	

WS	1	09/09/99	19	13 B	1	12/08/19	1	"Crise convulsiva" - não atendido, Lauro não veio
WS	1	18/07/98	20	14 B	1	10/05/19	1	ferimento na perna

Tabela - Legendas

2° coluna	6° coluna
1 - Feminino	1 – Médico
2 - Masculino	2 – Enfermagem
	3 – Cirurgião dentista

8° coluna		
1 – Sem queixa específica	17 - Dor de garganta	33 - Queixas compatíveis com IST
2 - Solicitação de medicação inespecífica	18 - Dor no estômago	34 - Queixas urinárias
3 - Solicitação de medicação para HIV/AIDS	19 - Dor abdominal	35 - Queixas ginecológicas
4 - Solicitação de medicação para tuberculose	20 - Dor no peito	36 - Queixas de problemas oculares
5 - Solicitação de medicação para hepatites	21 - Dor no pulmão	37 - Queixas de problemas de pele
6 - Solicitação de medicação para hipertensão	22 - Dor nos rins	38 - Solicitação de exames/exames alterados
7 - Solicitação de medicação para diabetes	23 - Dor nas costas/coluna	39 - Solicitação de exames para tuberculose
8 - Solicitação de medicação para asma	24 - Dor nos membros inferiores	40 - Solicitação de exames HIV (diagnóstico ou controle)
9 - Solicitação de medicação para verminose	25 - Gripe	41 - Curativo
10 - Solicitação de medicação para azia	26 - Tosse/catarro	42 - Verificação de TA/HGT
11 - Solicitação de anticoncepcional	27 - Dificuldade para respirar/falta de ar	43 - Outros
12 - Solicitação de medicação controlada	28 - Febre/mal-estar	44 - Dor de dente
13 - Solicitação de medicação para dor geral (VO/IM/EV)	29 - Náuseas/vômitos	45 - Obstrução
14 - Solicitação de xarope	30 - Diarreia/fezes com sangue	46 - Extração
15 - Dor de cabeça	31 - Ansiedade/depressão	47 - Gengiva inflamada
16 - Dor de ouvido	32 - Fraqueza/inapetência/emagrecimento	48 - Atendimento geral (odonto)

ANEXOS

ANEXO A – modalidades das equipes de atenção básica prisional - EABp

Descrição da equipe	Profissionais	Quantidade	Carga Horária semanal	Faixa de custodiados
EABp tipo I	Enfermeiro	1	6 horas	Até 100 custodiados
	Médico clínico geral	1		
	Aux/Téc. de enfermagem	1		
	Cirurgião dentista	1		
	Aux/Téc. em saúde bucal	1		
EABp tipo I com saúde mental	Enfermeiro	1	6 horas	Até 100 custodiados
	Médico clínico geral	2		
	Aux/Téc. de enfermagem	1		
	Cirurgião dentista	1		
	Aux/Téc. em saúde bucal	1		
	Terapêuta ocupacional ou Fisioterapêuta ou Psicólogo ou Assistente social ou Farmacêutico ou Enfermeiro	2	6 horas	
EABp tipo II	Enfermeiro	1	20 horas	De 101 à 500 custodiados
	Médico clínico geral	1		
	Aux/Téc. de enfermagem	1		
	Cirurgião dentista	1		
	Aux/Téc. em saúde bucal	1		
	Psicólogo	1		
	Assistente Social	1		
	Terapêuta ocupacional ou Psicólogo ou Fisioterapeuta ou Nutricionista ou Farmacêutico ou Assistente social	1	20 horas	
	Enfermeiro			
EABp tipo II com saúde mental	Enfermeiro	1	20 horas	De 101 à 500 custodiados
	Médico clínico geral	2		
	Aux/Téc. de enfermagem	1		
	Cirurgião dentista	1		
	Aux/Téc. em saúde bucal	1		
	Psicólogo	1		
	Assistente Social	1		
	Terapêuta ocupacional ou Psicólogo ou Fisioterapeuta ou Nutricionista ou Farmacêutico ou Assistente social	1	20 horas	
	Enfermeiro			
EABp tipo III	Enfermeiro	1	30 horas	De 501 à 1.200

	Médico clínico geral	2		custodiados
	Aux/Téc. de enfermagem	1		
	Cirurgião dentista	1		
	Aux/Téc. em saúde bucal	1		
	Psicólogo	1		
	Assistente Social	1		
	Terapêuta ocupacional ou	1	30 horas	
	Psicólogo ou			
	Fisioterapeuta ou			
	Nutricionista ou			
	Farmacêutico ou			
	Assistente social ou			
	Enfermeiro			
	Terapêuta ocupacional ou	2	30 horas	
	Fisioterapeuta ou			
	Psicólogo ou			
	Assistente social ou			
	Farmacêutico ou			
	Enfermeiro			

FONTE: Brasil, 2014b

ANEXO B – Normas para Submissão da Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde

ARTIGO 1

Diretrizes para Autores

FINALIDADE

A Revista Científica "RIES", do Grupo Interdisciplinar de Estudos em Saúde (GIES) da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe (UNIARP) tem por objetivo publicar Artigos Científicos originais, de Revisão, Comunicações e Resenhas das áreas de saúde e afins.

As linhas de pesquisa do GIES, que mantém a Revista Científica RIES, são:

- 1 - Investigação de compostos com atividade biológica;
- 2 - Promoção, prevenção e reabilitação em saúde;
- 3 - Gestão de serviços de saúde.
- 4 - Epidemiologia
- 5 - Saúde e qualidade de vida relacionado ao trabalho

PROCEDIMENTOS PARA ENCAMINHAMENTO E ACEITE PARA PUBLICAÇÃO

O procedimento para encaminhamento e aceite de artigos para publicação na RIES é o seguinte:

Fase 1: Submissão do artigo através da página eletrônica da revista (<http://www.periodicosuniarp.com.br/ries>). A revista também pode ser acessada a partir de <http://www.periodicosuniarp.com.br>.

Fase 2: Escolha dos artigos segundo critérios de relevância e adequação às diretrizes editoriais. A escolha é efetuada pelo Conselho Editorial da RIES subsidiada por uma equipe de consultores Ad Hoc.

Fase 3: Parecer emitido pelo Conselho Editorial da RIES, com auxílio de colaboradores "ad-hoc" especialistas e/ou mestres e/ou doutores. Os artigos terão um dos seguintes pareceres:

- aceitação na integra;
- aceitação com ajustes;
- recusa integral.

O autor, que encaminhou o artigo, receberá cópia por e-mail do parecer.

Fase 4 – Publicação dos artigos selecionados na RIES.

AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO

Será considerado autorizado o artigo enviado pelo(os) autor(es) que aceitar as normas de publicação da revista explicitadas ao longo do processo de submissão.

Trabalhos que contiverem partes de texto de outras publicações devem obedecer aos limites especificados para manter a originalidade do trabalho elaborado.

Antes de submeter o artigo para publicação, verifique se o mesmo atende às exigências para a publicação na RIES.

RESPONSABILIDADE PELAS IDEIAS E CONCEITOS

As ideias e conceitos constantes nos artigos são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es).

NORMAS GERAIS DE APRESENTAÇÃO

RIES aceita trabalhos nos seguintes idiomas: português, inglês e espanhol.

Todos os trabalhos apresentados à RIES devem seguir as seguintes normas gerais de apresentação:

- Margens superior e esquerda de 3 cm e direita e inferior de 2 cm;
- Título no idioma do texto e em inglês (caso o texto seja inglês, apresentar título também em português);
- Autor(es), alinhamento à direita, fonte arial 10, espaço simples. Em nota de rodapé devem constar a Nome, Titulação, Instituição de proveniência e Email para correspondência;
- Resumo no idioma do texto (máximo de 250 palavras). Fonte arial 12, espaço simples e justificado;
- Palavras-chave no idioma do texto (entre 3 e 5). Fonte arial 12, com espaço de uma linha antes e uma depois;
- Abstract (máximo de 250 palavras). Caso o idioma do texto seja inglês, fornecer resumo em português. Fonte arial 12, espaço simples e justificado;
- Keywords (entre 3 e 5), caso o idioma do texto seja inglês, fornecer palavras-chave em português. Fonte arial 12, com espaço de uma linha antes e uma depois;
- Títulos são alinhados à esquerda, sem recuo e/ou numeração, fonte arial 12 e caixa alta;
- Corpo texto em fonte arial 12, espaçamento 1,5 entre linhas e justificado;

Os **Artigos Científicos originais** devem ter um mínimo de 05 e máximo de 20 páginas e, além do que consta nas normas gerais, conter os seguintes tópicos:

- Introdução;
- Material e Métodos;
- Resultados e discussão;
- Considerações finais;
- Referências.

As **Comunicações Científicas** compreendem textos menores que contém resultados preliminares, novos e/ou relevantes, de uma pesquisa que está em andamento. São menos detalhados do que os artigos.

- Uma Comunicação também pode conter datas e locais para registrar onde e quando um resultado importante/relevante foi observado pelo(s) autor(es).
- Uma Comunicação pode ter entre 3 e no máximo 5 páginas e, além do que consta nas normas gerais, conter texto da comunicação, sem subdivisões, mas que inclua introdução, metodologia, resultados e conclusão, com ou sem tabelas e/ou quadros e/ou figuras.

Um **Artigo de Revisão** deve ter um mínimo de 05 e máximo de 20 páginas e, além do que consta nas normas gerais, conter os seguintes tópicos:

- Introdução;
- Desenvolvimento;
- Considerações finais;

- Referências.

Uma **Resenha** é a apresentação crítica de uma obra bibliográfica relevante nas áreas da saúde e afins, com no máximo 3 (três) anos de publicação no Brasil, que pode ter até 5 páginas. Ela deve conter os seguintes elementos:

- Título, segundo as normas gerais de apresentação.
- Nome do autor/es, segundo as normas gerais de apresentação.
- Referência completa da obra resenhada precedida da expressão “Resenha de:”
- Corpo do texto, segundo as normas gerais de apresentação.

CITAÇÕES

Citações diretas com menos de 3 (três) linhas são transcritas no corpo de texto entre aspas. Citações com mais de 3 (três) linhas devem figurar em parágrafo próprio, com fonte arial 10, entre linhas simples, com recuo de 4 cm da margem esquerda e espaços duplos em relação aos parágrafos anterior e posterior. Para todas as citações diretas deve-se mencionar autor, ano e página de onde foram extraídas conforme exemplos a seguir.

RIES adota o padrão autor/data para a elaboração de citações conforme exemplos abaixo:

Citações indiretas

Ex. 1: Conforme Silva (2013), a saúde...

Ex. 2: A saúde merece ... (SILVA, 2013).

Citações diretas

Ex. 1: Conforme Silva (2013, p. 999), “a saúde [...]”.

Ex. 2: “A saúde merece [...]” (SILVA, 2013, p. 999).

Citação de citação

Ex. 1: Conforme Silva apud Silva (2013), a saúde...

Ex. 2: A saúde merece ... (SILVA apud SILVA, 2013).

Ex. 3: Conforme Silva (apud SILVA, 2013, p. 999), “a saúde [...]”.

Ex. 4: “A saúde merece [...]” (SILVA apud SILVA, 2013, p. 999).

REFERÊNCIAS

RIES adota o modelo ABNT para a elaboração de referências conforme exemplos abaixo:

EXEMPLOS DAS REFERÊNCIAS MAIS COMUNS EM TRABALHOS ACADÊMICOS

A regra geral é: SOBRENOME, Prenome. **Título** [negrito]: subtítulo. Edição. Local: Editora, ano.

Monografia no Todo

Ex.:

CURY, Augusto Jorge. **Pais brilhantes, professores fascinantes**. 6. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2003.

Outra obra do(s) mesmo(s) autor(es)

Ex.:

CURY, Augusto Jorge. **Nunca desista de seus sonhos**. 7. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2004.

_____. **Dez leis para ser feliz**. São Paulo: Sextante, 2003.

De 1 a 3 Autores: Referencia-se todos, separados por ponto e vírgula.

Ex.:

DAMIÃO, Regina Toledo; HENRIQUES, Antonio. **Curso de português jurídico**. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

Se há mais de 3 autores, menciona-se o primeiro seguidos da expressão latina et al. (e outros).

Ex.:

ANDRADE, Carlos Drummond de. et al. **Cinco estrelas**. Rio de Janeiro: Ed. Objetiva, 2001.

Coordenador, Organizador, Compilador e Editor

Ex.:

AZEREDO, José Carlos de (coord.). **Escrevendo pela nova ortografia**: como usar as regras do novo acordo ortográfico da Língua Portuguesa. 3. ed. São Paulo: Ed. Houaiss, 2009.

MONOGRAFIAS, DISSERTAÇÕES E TESES

A regra geral é: SOBRENOME, Nome do autor. Ponto. **Título da obra** [em destaque]. Ponto. Ano da defesa. Ponto. Número de folhas [uso da abreviatura f.]. Ponto. Tipo do documento [monografia, dissertação, tese] (Mestrado ou Doutorado em [área de interesse]). Traço. Nome da instituição, vírgula, nome da instituição, vírgula, local.

Ex.:

BUBLITZ, Gustavo Gomes. **Contribuições de uma pesquisa de avaliação para o desenvolvimento de uma política de informatização de escolas públicas**: O caso do PROINFO/SC. 2003. 136 f. Dissertação (Mestrado em Administração - área de Gestão Estratégica das Organizações) - Curso de Mestrado em Administração. UDESC, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis.

DICIONÁRIOS, MANUAIS E ENCICLOPÉDIAS

Dicionário

Ex.:

HOUAISS, Antônio (Ed.). **Novo dicionário Folha Webster's**: Inglês/português, português/inglês. Co-editor Ismael Cardim. São Paulo: Folha da Manhã, 1996. Edição exclusiva para o assinante da Folha de São Paulo.

Manual

Ex.:

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Esportes e Turismo do Estado de São Paulo. Coordenadoria de Turismo. **Turismo no Código de Defesa do Consumidor**: manual de esclarecimentos. São Paulo, 1991.

Enciclopédias

Ex.:

KOOGAN, André; HOUAISS, Antônio (Ed.). **Enciclopédia e dicionário digital 98**. Direção geral de André Koogan Breikman. São Paulo: Delta: Estadão, 1998. 5 CD-ROM.

ENTIDADES COLETIVAS (ÓRGÃOS GOVERNAMENTAIS, EMPRESAS)

Se a entidade coletiva tiver denominação genérica entra-se pelo órgão superior (em maiúscula).

Ex.:

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria de Educação e Cultura. **Caderno de restauro**: Solar Lopo Gonçalves. Porto Alegre, 1987.

Se a entidade tiver uma denominação específica entra-se diretamente pelo seu nome (em maiúscula).

Ex.:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: Informação e documentação: referências – elaboração. Rio de Janeiro, 1989.

MONOGRAFIAS CONSIDERADAS EM PARTES

Quando o autor da parte é o mesmo do todo

Ex.:

SANTOS, Vilmar Pereira dos. **Manual de diagnóstico e reestruturação financeira de empresas**. São Paulo: Atlas, 1999. p. 11-19.

Quando o autor da parte não for autor do todo

RAPPAPORT, Alfred. Selecionando estratégias que criam valor para os acionistas. In: MONTGOMERY, Cynthia; PORTER, Michael. (Org.). **Estratégia**: a busca da vantagem competitiva. Rio de Janeiro: Campus, 1998. Cap. 9, p. 395-418.

TRABALHOS APRESENTADOS EM EVENTOS

Ex.:

CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 9., 1998, Goiânia. **Anais...** Goiânia: ABESS, 1998.

SONNENBURG, Cláudio. Um modelo de fluxo de dados e respectiva arquitetura. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE ARQUITETURA DE COMPUTADORES, 7, 1995, Canela. **Anais...** Porto Alegre: Instituto de Informática da UFRGS, 1995. p. 41-60.

MONOGRAFIA NO TODO SEM AUTORIA

Tem sua entrada pelo título com a primeira palavra em maiúscula.

Ex.:

DIAGNÓSTICO do setor editorial brasileiro. São Paulo: Câmara Brasileira do Livro, 1993. 64 p.

ATAS DE REUNIÃO

Ex.:

INSTITUTO DE PÓS-GRADUAÇÃO. Biblioteca, Curitiba. **Ata n. 7 da reunião de 5 de abr. de 1999**. Livro 1, p. 5-8.

PUBLICAÇÃO PERIÓDICA (revistas científicas)

Publicação periódica como um todo (coleção)

Ex.:

REVISTA BRASILEIRA DE GEOGRAFIA. Rio de Janeiro: IBGE, 1939-.

BOLETIM GEOGRÁFICO. Rio de Janeiro: IBGE, 1943-1978. Trimestral.

SÃO PAULO MEDICAL JOURNAL. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 1941-. Bimensal. ISSN 0035-0362.

Publicação periódica em partes (artigos publicados em revistas científicas)

Ex.:

WERNKE, Rodney. Contabilidade para a nova economia. **Revista Brasileira de Contabilidade**, Brasília, v. 40, n. 131, p. 31-43, bimestral, set./out. 2001.

Artigos e matérias de jornais

Ex.:

NAVES, P. Lagos Andinos dão banho de beleza. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 28 jun. 1999. Folha Turismo, Caderno 8, p.13.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE OUTROS DOCUMENTOS

Entrevistas

SOBRENOME DO ENTREVISTADO, Prenome. **Assunto ou título do programa**. Local do depoimento, entidade onde aconteceu o pronunciamento. Data. Nota indicando o tipo de depoimento e nome do entrevistador.

SUSSENKIND, Arnaldo. **Anteprojeto da nova CLT**. Porto Alegre, Televisão Guaíba. 29 abr.1979. Entrevista a Amir Domingues.

DOCUMENTOS JURÍDICOS

Legislação

SÃO PAULO (Estado). Decreto nº 42.822, de 20 janeiro de1998. **Lex**: coletânea de legislação e jurisprudência, São Paulo, v. 62, n. 3, p. 217-220, 1998.

BRASIL. **Código civil**. 46 ed. São Paulo: Saraiva, 1995.

BRASIL. Constituição (1988). Emenda constitucional nº 9, de 9 de novembro de 1995. **Lex**: legislação federal e marginalia, São Paulo, v. 59, p. 1966, out./dez. 1995.

DOCUMENTOS DE ACESSO EXCLUSIVO EM MEIOS ELETRÔNICOS

Ex.:

ÁCAROS no Estado de São Paulo. In: FUNDAÇÃO TROPICAL DE PESQUISAS E TECNOLOGIA "ANDRÉ" TOSELLO". **Base de dados Tropical**. 1985. Disponível em: <<http://www.bdt.fat.org.br/acaro/sp/>>. Acesso em: 30 maio 2002.

ALVES, Castro. **Navio negreiro**. Disponível em: <<http://www.bibvirt.futuro.usp.br/acervo/literatura/autores/castroalves/negreiro.html>>. Acesso em: 22 jul. 1999.

ZERO HORA DIGITAL. Diário. Disponível em: <<http://www.zh.com.br/capa/index.htm>>. Acesso em: 22 jul. 1999.

POLÍTICA. In: DICIONÁRIO da língua portuguesa. Lisboa: Priberam Informática, 2004. Disponível em: <<http://www.priberam.pt/dldlpo>>. Acesso em: 8 mar. 2004.

RIBEIRO, Pedro. Adoção à brasileira: uma análise sóciojurídica. **Dataveni@**, São Paulo, ano 3, n. 18, ago. 2005. Disponível em: <<http://www.datavenia.inf.br/frame.artig.html>>. Acesso em: 10 set. 2006.

ARRANJO tributário. **Diário do Nordeste Online**, Fortaleza, 27 fev. 2005. Disponível em: <<http://www.diariodonordeste.com.br>>. Acesso em: 28 fev. 2005.

VIEIRA, Cássio Leite; LOPES, Marcelo. A queda do cometa. **Neo Interativa**, Rio de Janeiro, n. 2, inverno 1994. 1 CD-ROM.

SILVA, M. M. L. Crimes da era digital. **Net**, Rio de Janeiro, Nov. 1998. Seção Ponto de Vista. Disponível em: <<http://www.brazilnet.com.br/contextos/brasilrevistas.htm>>. Acesso em: 28 nov. 1998.

IMPORTANTE!

Maior detalhamento das normas para a elaboração de referências pode ser encontrado na normalização de trabalhos acadêmicos da UNIARP disponível em: http://extranet.uniarp.edu.br/secretaria/Normalizacao/Normalizacao_corrigida_2013_pdf.pdf

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".
2. O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF.
3. URLs para as referências foram informadas quando possível.
4. O texto está em espaço entre linhas de 1,5 pontos; usa uma fonte de 12-pontos; emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL); as figuras e tabelas estão inseridas no texto, não no final do documento na forma de anexos.
5. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em [Diretrizes para Autores](#), na página Sobre a Revista.
6. Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em Assegurando a avaliação pelos pares cega foram seguidas.

Declaração de Direito Autoral

Autores que publicam nesta revista concordam com os seguintes termos:

- a. Autores mantém os direitos autorais e concedem à revista o direito de primeira publicação, com o trabalho simultaneamente licenciado sob a [Licença Creative Commons Attribution](#) que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial nesta revista.
- b. Autores têm autorização para assumir contratos adicionais separadamente, para distribuição não-exclusiva da versão do trabalho publicada nesta revista (ex.: publicar em repositório institucional ou como capítulo de livro), com reconhecimento de autoria e publicação inicial nesta revista.
- c. Autores têm permissão e são estimulados a publicar e distribuir seu trabalho online (ex.: em repositórios institucionais ou na sua página pessoal) a qualquer ponto antes ou durante o processo editorial, já que isso pode gerar alterações produtivas, bem como aumentar o impacto e a citação do trabalho publicado (Veja [O Efeito do Acesso Livre](#)).

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

Taxas para autores

Este periódico cobra as seguintes taxas aos autores.

Publicação de artigo: 800.00 (BRL)

Caso este documento seja aceito para publicação, será necessário o pagamento de uma taxa de publicação de artigo de **R\$ 800,00 reais** para auxiliar nos custos de publicação.

CONTA PARA DEPÓSITO

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AG 0572

CC 672006-0

OP 003

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE ALTO VALE DO RIO DO PEIXE

CNPJ: 82.798.828/0001-00

ISSN: 2238-832X

Universidade Alto Vale do Rio do Peixe (UNIARP)
Rua Victor Baptista Adami, 800 - Centro
CEP: 89500-000 - Cx. Postal 232 - Fone: (49) 3561-6200
E-mail: uniarp@uniarp.edu.br

Copyright © 2010 UNIARP. Todos os direitos reservados.

ANEXO C – Normas de submissão da Revista Brasileira de Enfermagem – Artigo

2

1. POLÍTICA EDITORIAL

A **REBEn** tem a missão de divulgar a Ciência da Enfermagem e da Saúde. Aceita manuscritos nos idiomas português, inglês e espanhol. É publicada somente na versão eletrônica por meio de fascículos regulares e números temáticos.

Manuscritos redigidos em português ou espanhol, deverão ser traduzidos para o inglês em sua versão **final**.

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à **REBEn**, não sendo permitida sua submissão simultânea a outro(s) periódico(s).

Declaração sobre Ética e Integridade em Pesquisa

Para a publicação, a **REBEn** considera condição *sine qua non* que os manuscritos submetidos tenham cumprido as diretrizes ético-legais que envolvem a elaboração de trabalhos acadêmicos e/ou técnico-científicos e a pesquisa com seres humanos ou com animais.

Em se tratando de pesquisa envolvendo seres humanos, e atendendo o disposto na Resolução CNS nº 466/2012 (<http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/login.jsf>), o(s) autor(es) deve(m) mencionar no manuscrito, a aprovação do projeto por Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, do Conselho Nacional de Saúde (CONEP-CNS), ou por órgão equivalente, quando tiver sido executada em outro país.

A **REBEn** adota a exigência da Organização Mundial da Saúde e do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas de registro prévio dos ensaios clínicos (estudos experimentais randomizados) em plataforma que atenda os critérios elaborados por estas duas organizações (Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos – REBEC <http://www.ensaiosclinicos.gov.br/>).

Na pesquisa experimental, envolvendo animais, deve ser respeitada a Lei nº 11.794, de 8 de outubro de 2008, que regulamenta o inciso VII do §1º do Art. 225 da Constituição Federal, estabelecendo procedimentos para o uso científico de animais; e as normas estabelecidas no *Guide for the Care and Use of Laboratory Animals (Institute of Laboratory Animal Resources, National Academy of Sciences, Washington, D.C., Estados Unidos)*, de 1996, e nos Princípios Éticos na Experimentação Animal (Colégio Brasileiro de Experimentação Animal – COBEA, disponível em: www.cobea.org.br), de 1991. Estas informações devem constar no método de acordo com a recomendação do ARRIVE (<https://www.nc3rs.org.uk/arrive-guidelines>).

A REBEn apoia as Recomendações para a Condução, Relatório, Edição e Publicação de Trabalhos Acadêmicos em Revistas Médicas (*Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals*), do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (*International Committee of Medical Journal Editors*). Essas recomendações, relativas à integridade e padrões éticos na condução e no relatório de pesquisas, estão disponíveis na URL http://www.icmje.org/urm_main.html.

Apoia, também, os padrões internacionais para publicação de pesquisa responsável, desenvolvidos pelo COPE (*Committee on Publication Ethics*) e destinados a editores e autores (disponíveis em: <http://publicationethics.org/international-standards-editors-and-authors>).

Conceitos, ideias ou opiniões emitidos nos manuscritos, bem como a procedência e exatidão das citações neles contidas, são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

A Revista Brasileira de Enfermagem adota o sistema *Ithenticate* para identificação de plágio. Práticas que ferem a integridade científica como plágio e autoplágio serão levadas para avaliação do Conselho Editorial para decisão das penalidades como: suspensão de publicar no periódico por período determinado pelo Conselho Editorial. Os autores serão imediatamente comunicados de todas as etapas deste processo.

2. CATEGORIAS DE MANUSCRITOS

Tipos de artigos considerados:

- **Editorial:** texto sobre assunto de interesse para o momento histórico ou a produção do conhecimento veiculada a um determinado fascículo, com possível repercussão Enfermagem e Saúde. Pode conter até **duas (2) páginas**, incluindo até **4 referências**, quando houver.
- **Artigos originais:** estudos que agreguem informações novas para a área da Enfermagem e da Saúde. Estão incluídos nesta categoria: ensaios clínicos randomizados, estudos de caso-controle, coorte, prevalência, incidência, estudos de acurácia, estudo de caso e estudos qualitativos. Os artigos originais devem conter um máximo de **quinze (15) páginas**, incluindo resumos e **no máximo 50 referências e até 7 autores**.
 - Os autores devem adotar as diretrizes do <https://www.equator-network.org/> para escrever todo o tipo de artigo. É obrigatório indicar no método em "**desenho do estudo**" qual

instrumento do Equator foi utilizado para nortear a metodologia. O não cumprimento dessa norma levará ao arquivamento do manuscrito.

- **Revisão:** utiliza métodos sistemáticos e critérios explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, e para coletar e analisar dados dos estudos incluídos na revisão. Estão incluídos nesta categoria: revisão sistemática com e sem meta-análises, revisão integrativa e *Scoping Review*. As revisões devem conter um máximo de **vinte (20) páginas**, incluindo resumos, com **no máximo 50 referências e até 6 autores**.
 - A REBEn requer que os protocolos das revisões sejam registrados no **PROSPERO**, <https://www.crd.york.ac.uk/prosperepo/>, ou disponibilizados em um site de acesso livre.
 - Os autores deverão respeitar as seguintes diretrizes para escreverem cada tipo de revisão (<https://www.equator-network.org/>):
 - Revisões sistemáticas da literatura e meta-análises: PRISMA
 - *Scoping Review*: PRISMA ScR

- **Reflexão** – Formulação discursiva aprofundada, focalizando conceito ou constructo teórico da Enfermagem ou de área afim; ou discussão sobre um tema específico, estabelecendo analogias, apresentando e analisando diferentes pontos de vista, teóricos e/ou práticos. Deve conter um máximo de **dez (10) páginas**, incluindo resumos, **no máximo 10 referências e até 4 autores**.

- **Relato de Experiência e/ ou Inovação Tecnológica** – Estudo em que se descreve uma situação da prática e ou **inovação tecnológica** (ensino, assistência, pesquisa ou gestão/gerenciamento), as estratégias de intervenção e a avaliação de sua eficácia, de interesse para a atuação profissional. Deve conter um máximo de **dez (10) páginas**, incluindo resumos, **no máximo 10 referências e até 4 autores**.

- **Carta ao Editor** - máximo **1 página**.

- **Resposta do autor** - máximo **250 palavras**.

3. PREPARO DOS MANUSCRITOS

Recomendamos a utilização dos *guidelines* disponíveis no <http://www.equator-network.org/> para consolidação do manuscrito. Informe nos métodos qual foi utilizado (exceção: Relato de Experiência e Reflexão).

A REBEn adota as recomendações de *Vancouver*, disponível na URL http://www.icmje.org/urm_main.html.

Os **manuscritos somente serão aceitos**, para avaliação, se estiverem rigorosamente de acordo com o modelo disponível no Template 1.

Os manuscritos de todas as categorias aceitos para submissão à **REBEn** deverão ser preparados da seguinte forma:

Arquivo do *Microsoft Office Word*, com configuração obrigatória das páginas em papel A4 (210x297mm) e margens de 2 cm em todos os lados, fonte *Times New Roman* tamanho 12, espaçamento de 1,5 pt entre linhas, parágrafos com recuo de 1,25 cm.

- O uso de negrito deve se restringir ao título e subtítulos do manuscrito.
- O itálico será aplicado somente para destacar termos ou expressões relevantes para o objeto do estudo, e
- Nas citações de autores, *ipsis litteris*:
 - Com até três linhas, usar aspas e inseri-las na sequência normal do texto;
 - Naquelas com mais de três linhas, destacá-las em novo parágrafo, sem aspas, fonte *Times New Roman* tamanho 11, espaçamento simples entre linhas e recuo de 3 cm da margem esquerda.
 - No caso de fala de depoentes ou sujeitos de pesquisa, destacá-las em novo parágrafo, **sem aspas**, fonte *Times New Roman* tamanho 11, espaçamento simples entre linhas e recuo de 3 cm da margem esquerda.
- As citações de autores no texto devem ser numeradas de forma consecutiva, na ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto;
 - Devem ser utilizados números arábicos, entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre o número da citação e a palavra anterior, e antecedendo a pontuação da frase ou parágrafo [Exemplo: cuidado(5),].
 - Quando se tratar de citações sequenciais, os números serão separados por um traço [Exemplo: cuidado(1-5).], quando intercaladas, separados por vírgula [Exemplo: cuidado(1,3,5).].
- As notas de rodapé deverão ser restritas ao mínimo indispensável.
- Apêndices e anexos serão desconsiderados.

Não numerar as páginas ou parágrafos no manuscrito.

3.1 Estrutura do texto

Não devem ser usadas abreviaturas no título e subtítulos do manuscrito, no resumo, em tabelas e figuras.

No texto, usar somente abreviações padronizadas. Na primeira citação, a abreviatura é apresentada entre parênteses, precedida pelo termo por extenso.

Artigos de **Pesquisa** e de **Revisão** devem seguir a estrutura convencional: Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusões (pesquisas de abordagem quantitativa) ou Considerações Finais (pesquisas de abordagem qualitativa) e Referências. Os manuscritos de outras categorias podem seguir estrutura diferente.

3.2 Documento Principal (Template 1)

O documento principal, **sem identificação dos autores**, deve conter:

- **Título do artigo:** até 15 palavras, no máximo, no idioma do manuscrito. Para compor, utilize pelo menos 3 descritores;
- **Resumo e os descritores:** resumo limitado a **150 palavras no mesmo idioma do manuscrito**. Deverá estar estruturado em **Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão ou Considerações Finais**.
- Logo abaixo do resumo, incluir cinco descritores no nos três idiomas (português, inglês e espanhol):
 - Português e espanhol devem ser extraídos do DeCS: <http://decs.bvs.br>;
 - Inglês cinco extraídos do MeSH: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>.
- **Corpo do texto:** consiste no corpo do manuscrito, propriamente dito;

A estrutura do manuscrito nas categorias pesquisa e revisão é: **Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão (para pesquisa quantitativa) ou considerações finais (pesquisa qualitativa); todos os subtítulos devem ser destacados em negrito no texto.**

As figuras, tabelas e quadros devem ser apresentadas no corpo do manuscrito.

Ilustrações (tabelas, quadros e figuras, como fotografias, desenhos, gráficos, etc.) serão numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem em que forem inseridas no texto, não podendo ultrapassar **o número de cinco**.

Qualquer que seja o tipo de ilustração, sua identificação aparece na parte superior, precedida da palavra designativa (tabela, figura, quadro) seguida do número de ordem de sua ocorrência no texto, em algarismos arábicos, travessão e do respectivo título (Ex.: Tabela 1 - título). Após a ilustração, na parte inferior, inserir a legenda, notas e outras informações necessárias à sua compreensão, se houver (ver: ABNT NBR 14724/2011 - Informação e documentação - Trabalhos acadêmicos - Apresentação). **A fonte consultada deverá ser incluída abaixo das imagens somente se for de dados secundários. Abreviações devem ser informadas em nota abaixo da figura.**

As tabelas devem ser padronizadas conforme recomendações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Normas de apresentação tabular. 3.ed. Rio de Janeiro, 1993, disponíveis em <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf> Os subtítulos do método e discussão deverão ser destacados em negrito conforme recomendação do *checklist*.

As ilustrações devem estar em boa qualidade de leitura em alta resolução. Tabelas, gráficos e quadros devem ser apresentados no formato .doc, de forma editável no corpo no manuscrito.

- **Fomento:** é obrigatório citar fonte de fomento à pesquisa (se houver). Esta informação deve ser inserida na página de títulos.
- **Agradecimentos:** são opcionais às pessoas que contribuíram para a realização do estudo, mas não se constituem autores e devem ser apresentados na página

de título até que a avaliação seja concluída por questão de sigilo.

- **Referências:** o número de referências é limitado conforme a categoria do manuscrito. As referências, apresentadas no final do trabalho, devem ser numeradas, consecutivamente, de acordo com a ordem em que foram incluídas no texto; e conforme o estilo indicado pelo Comitê Internacional de Editores Científicos de Revistas Biomédicas (ICMJE). Exemplos do estilo de Vancouver estão disponíveis por meio do site da *National Library of Medicine* (NLM) em *Citing Medicine* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>.
 - No mínimo, 50% das referências devem ser preferencialmente produções publicadas nos últimos 5 anos e destas, 20% nos últimos 2 anos. A REBEn sugere que 40% das referências sejam de revistas brasileiras, da coleção Scielo e RevEnf.
 - Para os artigos disponibilizados em português e inglês, deve ser citada a versão em inglês, com a paginação correspondente.
 - Evitar citações de teses, dissertações, livros e capítulos, jornais ou revistas não científicas (*Magazines*) e no prelo, exceto quando se tratar de referencial teórico (Ex: *Handbook Cochrane*).
 - A REBEn incentiva o uso do DOI, pois garante um link permanente de acesso para o artigo eletrônico.
 - Para artigos ou textos publicados na internet que não contenham o DOI, indicar o endereço da URL completa bem como a data de acesso em que foi consulta.

Exemplos mais comuns de referências:

Artigos com o identificador DOI:

Lavorato Neto G, Rodrigues L, Silva DARD, Turato ER, Campos CJG. Spirituality review on mental health and psychiatric nursing. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(suppl 5):2323-33. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0429.

Artigos Eletrônicos:

Polgreen PM, Diekema DJ, Vandenberg J, Wiblin RT, Chen YY, David S, et al. Risk factors for groin wound infection after femoral artery catheterization: a case-control study. *Infect Control Hosp Epidemiol* [Internet]. 2006 [cited 2018 Jan 5];27(1):34-7. Available from: <http://www.journals.uchicago.edu/ICHE/journal/issues/v27n1/2004069/2004069.web.pdf>

Artigos em outro idioma

Cruz MSD, Bernal RTI, Claro RM. [Trends in leisure-time physical activity in Brazilian adults (2006-2016)]. *Cad Saude Publica.* 2018. 22;34(10):e00114817. doi: 10.1590/0102-311X00114817 Portuguese.

Livro

Jenkins PF. *Making sense of the chest x-ray: a hands-on guide.* New York: Oxford University Press; 2005. 194 p.

Livro na Internet

Higgins JP, Green S, editors. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions [Internet]. Version 4.2.6. Chichester (UK): John Wiley & Sons, Ltd.; 2006 [cited 2018 Oct 15]. 257 p. Available from: <http://www.cochrane.org/resources/handbook/handbook.pdf>

4. PROCESSO DE SUBMISSÃO DO MANUSCRITO

Os manuscritos devem ser submetidos a **REBEn** por meio da URL <http://www.scielo.br/reben/>, acessando o link *Submissão Online*.

Para iniciar o processo, o responsável pela submissão deverá cadastrar-se previamente no sistema como autor. O sistema é autoexplicativo e, ao concluir o processo, será gerada uma ID para o manuscrito, com código numérico (Exemplo: REBEn 2019-0001).

O autor responsável pela submissão deve ter à mão toda a documentação necessária: O *checklist* para auxiliar os autores, na submissão está disponível para *download*.

- Página de Título ([Template 2](#));
- Documento Principal no Modelo Indicado ([Template 1](#));
- Declaração de Responsabilidade pela Autoria, Exclusividade e Transferência de Direitos Autorais e de Ciência das Instruções da REBEn aos autores [Modelo de Declaração](#);
- Carta ao Editor (*cover letter*);
- Comprovante de **aprovação** do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética;
- Comprovante de pagamento de taxa de avaliação;

O responsável pela submissão receberá uma mensagem informando a URL do manuscrito e um *login*, para que possa acompanhar, na interface de administração do sistema, o progresso do documento nas etapas do processo editorial.

Só serão verificados pelo escritório editorial quanto à adequação às normas, os manuscritos que estiverem formatados no modelo de submissão ([Template 1](#)). Antes de submeter o manuscrito os autores devem verificar as normas da REBEn, seguir rigorosamente o *checklist* e ter todos os documentos necessários para submissão. É obrigatório o preenchimento completo dos metadados no formulário de submissão.

Cada documento deve ser anexado, separadamente, no campo indicado pelo sistema.

Para iniciar o processo, o responsável pela submissão deverá cadastrar-se previamente no sistema como autor criando/associando o cadastro do ORCID (*Open Researcher and Contributor ID* - <https://orcid.org/signin>). Todos os autores devem ter o cadastro associado ao ORCID atualizado.

Os autores devem indicar quatro possíveis pareceristas para avaliação do manuscrito. Estes indicados deverão ser obrigatoriamente doutores, não ter conflito de interesses e não pertencer a instituições de qualquer dos autores. Os pareceristas podem ser acatados ou não pelos editores associados. Possíveis revisores podem ser localizados na [plataforma lattes](#) de acordo com a temática do manuscrito.

Os manuscritos que não se adequarem às normas na segunda rodada do *checklist* serão arquivados sem devolução da taxa de avaliação.

5. PROCESSO DE AVALIAÇÃO DE MANUSCRITOS

Após aprovação o manuscrito é enviado pelos Editores-Chefes aos editores associados e encaminhado para análise por pares (*peer review*), adotando-se a avaliação duplo-cega (*double-blind review*).

5.1 Processo de Revisão por Pares

Após avaliação pelos editores o manuscrito é encaminhado para análise por pares (*peer review*), adotando-se a avaliação duplo-cega (*double-blind review*). Os pareceres emitidos pelos avaliadores podem considerar o manuscrito aceito, rejeitado ou que requer revisões, seja de forma ou de conteúdo. Os pareceres emitidos pelos avaliadores são apreciados pelos Editores Chefes, e um parecer final é enviado aos autores.

Os pareceres emitidos pelos avaliadores podem considerar o manuscrito aceito, rejeitado ou que requer revisões, seja de forma ou de conteúdo. Após apreciação dos Editores-Chefes um parecer final, sustentado pelas revisões, é enviado para os autores.

Os artigos aceitos entram no fluxo contínuo de publicação não sendo possível informar o número e páginas até ser disponibilizado online no SciELO. Por esta razão, no aceite do manuscrito é informado somente o ano da publicação.

6. REVISÃO TÉCNICA DE LÍNGUA PORTUGUESA E TRADUÇÃO DE MANUSCRITOS

Quando o artigo for aceito, o autor receberá um email com a mensagem automática de artigo não submetido (*unsubmitted*). Essa mensagem libera o manuscrito para a tradução e revisão técnica de linguagem. Os tradutores e

revisores certificados pela REBEn estão relacionados neste documento. A devolutiva do manuscrito nas versões traduzidas, revisadas e certificadas bem como o comprovante de pagamento da taxa de editoração, deverão ser inseridos no sistema no prazo de **até 25 dias corridos**. Este prazo não atendido e a não conformidade com o modelo (Template 1), ocasionará o **arquivamento** do manuscrito.

7. TAXA DE AVALIAÇÃO E DE EDITORAÇÃO

TAXA DE AVALIAÇÃO	R\$ 300,00 (trezentos reais).	Comprovante do pagamento da taxa de avaliação
TAXA DE EDITORAÇÃO	R\$ 1.300,00 (um mil e trezentos reais).	Comprovante do pagamento após o aceite do manuscrito

Forma de pagamento: Exclusivamente pelo PAGSEGURO (<http://reben.web2341.uni5.net/revista/>)

PARA PAGAMENTOS INSTITUCIONAIS, ENTRAR EM CONTATO

COM: tesouraria@abennacional.org.br

Sem a comprovação dos pagamentos pelo sistema, o artigo será arquivado definitivamente.

A taxa de avaliação não será devolvida caso o manuscrito não seja aceito para publicação.

ATENÇÃO

As dúvidas quanto as normas, submissão e ressubmissão serão atendidas exclusivamente pelo e-mail FALE CONOSCO (faleconosco.reben@abennacional.org.br).

Previamente ao uso do FALE CONOSCO reveja cuidadosamente as normas acima. Somente serão respondidas questões não contempladas nas Instruções aos Autores.

Ao iniciar a submissão do manuscrito o autor está ciente e em concordância com as normas da Revista.

[[Home](#)] [[Sobre a revista](#)] [[Corpo editorial](#)] [[Assinaturas](#)]



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn
SGA Norte Quadra 603 Conj. B Av. L2 Norte
CEP 70830-102 Brasília-DF, Brasil
Tel.: (55 61) 3226-0653

ANEXO D – Normas da Revista Trabalho, Educação e Saúde – Artigo 3

Instruções aos autores

Escopo

Trabalho, Educação e Saúde publica contribuições originais com o intuito de desenvolver o estudo sobre temas relacionados à educação profissional em saúde.

Política Editorial

A política editorial da revista consiste em discutir a área da educação profissional em saúde sob a ótica da organização do mundo do trabalho, de uma perspectiva crítica, sistemática e interdisciplinar.

Não há cobrança de taxas de submissão de manuscritos, nem de publicação de artigos.

Cabe a todo pesquisador observar e zelar pela integridade ética em pesquisa. Pesquisas que envolvam seres humanos devem obrigatoriamente ter seguido os preceitos da resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e sido aprovadas por comitês de ética em pesquisa. Essa aprovação deve ser mencionada no corpo do texto, na seção sobre a metodologia empregada, incluindo o nome do comitê institucional, o número do processo e a data de aprovação. A *Trabalho, Educação e Saúde* é afiliada e segue orientações do Committee on Publication Ethics ([COPE - http://publicationethics.org](http://publicationethics.org)).

Segundo o International Committee of Medical Journals Editors (ICMJE), o conceito de autoria baseia-se na contribuição substancial de cada pessoa listada como autor no que se refere a: concepção do projeto de pesquisa; análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica; e concordar em ser responsável por todos os aspectos do trabalho ao assegurar que questões relacionadas à acurácia e integridade de quaisquer partes do trabalho sejam propriamente investigadas e resolvidas. Não se justifica a inclusão como autores de pessoas cuja contribuição não se enquadre nesses critérios; essas podem ser mencionadas nos Agradecimentos, juntamente com a breve descrição da colaboração ao artigo.

Os manuscritos devem ser submetidos pelo sistema de avaliação online da Revista, disponível na página: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br>. Primeiramente, o autor principal deve cadastrar-se no sistema e depois cadastrar seu texto.

Antes de submeter um manuscrito, é imprescindível a leitura e o atendimento das normas para publicação. Para informações adicionais, consultar os editores: revtes.epsjv@fiocruz.br

Trabalho, Educação e Saúde adota o sistema Turnitin para identificar plágio.

Trabalho, Educação e Saúde permite a publicação simultânea em sistemas de autoarquivamento ou repositórios institucionais, aplicando-se no que couber o disposto na Política de Acesso Aberto ao Conhecimento da Fundação Oswaldo Cruz, instituição mantenedora do periódico científico

<[https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/portaria - politica de acesso aberto ao conhecimento na fiocruz.pdf](https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/portaria_-_politica_de_acesso_aberto_ao_conhecimento_na_fiocruz.pdf)>.

Forma e preparação de manuscritos

A revista publica contribuições inéditas nas seguintes seções:

Ensaio A convite da editoria. Produção textual de amplo alcance teórico-analítico, não conclusivo e não exaustivo.

Artigos Apresentação de resultado de pesquisa de natureza empírica ou conceitual. Tamanho entre 4.000 e 7.000 palavras, sem contar referências bibliográficas, figuras e notas.

Revisão Artigos de revisão devem apresentar análises críticas, sistematizadas e metodologicamente consistentes da literatura científica sobre um tema prioritário para o periódico. Deverão explicitar objetivos, fontes pesquisadas, aplicações dos critérios de inclusão e exclusão. Tamanho: 4.000 a 7.000 palavras, sem contar referências bibliográficas, figuras e notas.

Debates Discussão sobre temas específicos, tanto encomendados pelos editores a dois ou mais autores, quanto advindos de colaboradores. Tamanho: até 5.000 palavras, incluindo referências bibliográficas, figuras e notas.

Entrevistas Opinião ou posição de entrevistado qualificado nas áreas de conhecimento da revista.

Resenhas Crítica de livro relacionado aos campos de confluência da revista, publicado ou traduzido nos últimos três anos. Esta contribuição deve ser enviada para o email da revista (revtes.fiocruz@fiocruz.br). Tamanho: até 1.500 palavras.

Manuscritos destinados às seções Artigos e Ensaio devem ser elaborados conforme instruções a seguir e submetidos pelo sistema online de avaliação (<http://www.sistemas.epsjv.fiocruz.br/revtes>).

Apresentação do manuscrito

Colaborações devem ser digitadas no Word, na fonte Times New Roman, em corpo 12, em espaço duplo. Artigos, ensaios e debates devem ainda conter um resumo em português e em inglês (abstract) de, no máximo, 200 palavras, e título em inglês, além do título na língua original. Os manuscritos podem ser apresentados em português, espanhol, inglês e francês. O título deve ser conciso e representativo do conteúdo do texto. O(s) autor(es) deve(m) indicar se a pesquisa é financiada, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado, se foi aprovada por Comitê de Ética da área e se há conflitos de interesse.

Palavras-chave Mínimo de três e máximo de cinco palavras-chave descritoras do conteúdo do trabalho, apresentadas na língua original, em espanhol (*palabras clave*) e em inglês (*keywords*).

Figuras Tabelas, quadros, diagramas, fotografias, gráficos e ilustrações não devem ultrapassar o máximo de seis por artigo, salvo exceções específicas ao campo temático do manuscrito, caso em que o autor deverá manter uma comunicação prévia com os editores. Todas as figuras, com exceção de fotografias, devem ser numeradas e ter título, estando apenas as iniciais do título em maiúsculas. As referências devem ser feitas por números (ex. Gráfico 3) e não por expressões como "a figura abaixo".

Notas As notas devem vir ao fim do texto, sucintas e numeradas de forma consecutiva. Não devem ser utilizadas para referências bibliográficas.

Grifos Solicita-se a não utilização de sublinhados e negritos. As aspas simples podem ser usadas para chamar a atenção para um item particular do texto. Palavras de outras

línguas, que não o português, devem ser italicizadas, assim como títulos de obras mencionadas.

Citações Citação no corpo do texto deve vir marcada com aspas duplas, com sobrenome do autor, ano e página, como no exemplo (Bourdieu, 1983, p. 126); citação com autor incluído no texto deve vir Gramsci (1982); citação com autor não incluído no texto será (Frigotto e Ciavatta, 2001). No caso de citação com três autores, todos devem ser nomeados; mais de três autores, somente o sobrenome do primeiro deverá aparecer no texto, como em Spink et al. (2001). Se a citação exceder três linhas, deverá vir com recuo à esquerda equivalente a um parágrafo, em corpo 11.

Referências Para elaboração das referências, *Trabalho, Educação e Saúde* baseia-se na norma NBR 6023, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), com modificações. Todas as referências citadas, inclusive nas notas, nos quadros e nas figuras, deverão compor as referências bibliográficas ao fim do texto, em ordem alfabética, sem numeração de entrada e sem espaço entre elas. Nas referências serão citados, no máximo, até três autores com todos os nomes. No caso de mais de três autores, citar apenas o primeiro, seguido da expressão et al. O primeiro nome dos autores deve ser escrito por extenso nas referências. Diferentes títulos de um mesmo autor publicados no mesmo ano deverão ser distinguidos, adicionando-se uma letra (a, b, c...) em minúscula após a data, tanto nas citações no corpo do texto quanto na lista de referências bibliográficas. Observem-se os exemplos a seguir:

Artigo

AROUCA, Antônio S. Quanto vale a saúde dos trabalhadores. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 243-265, dez. 1995-mar. 1996.

SPINK, Mary J. P. et al. A construção da Aids-notícia. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 851-862, 2001.

Livro e tese

GRAMSCI, Antonio. *Os intelectuais e a organização da cultura*. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo B.. *Medicina e história: raízes sociais do trabalho do médico*. 253fl. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, USP, São Paulo, 1979.

Capítulo de livro

BOURDIEU, Pierre. O campo científico. In: ORTIZ, Renato (Org.). *Pierre Bourdieu: sociologia*. São Paulo: Ática, 1983. p. 122-155.

Resumo de congressos

LAURELL, Asa C. O Estado e a garantia do direito à saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 8., 2006, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. 1 CD-ROM.

Dados fornecidos por agências governamentais (Secretarias, Ministérios, IBGE etc.)

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ). *Dados sobre acidentes ocupacionais com material biológico*. Rio de Janeiro: SMS-RJ, 2000.

Leis, decretos, portarias etc.

BRASIL. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Seção I, p. 27.839.

Relatórios técnicos

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 64 p. (Série A. Normas e manuais técnicos).

Relatórios final ou de atividades

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório final das atividades*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1999.

Jornal

a. Sem indicação de autoria: O GLOBO. Fórum de debates discute o projeto Educando o Cidadão do Futuro. *O Globo*, Rio de Janeiro, 6 jul. 2001. Caderno 1, p. 18.

b. Com autoria: TOURAINE, Alain. Uma resistência possível. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 3 jul. 2001. Mais, Caderno 7, p. 18-20.

Internet

a. Texto em periódico eletrônico: AZZARÀ, Stefano G. Crítica ao liberalismo, reconstrução do materialismo. Entrevista com Domenico Losurdo. *Crítica Marxista*, Campinas, n. 35, p. 157-169, 2012. Disponível em:

<http://www.ifch.unicamp.br/criticamarxista/arquivos_biblioteca/entrevista19Entrevista.pdf>. Acesso em: 7 out. 2013.

b. Texto em jornal eletrônico: NUBLAT, Johanna. 38,7% dos usuários de *crack* das capitais do país estão no Nordeste. *Folha de S. Paulo*, Seção Cotidiano, São Paulo, 19 set. 2013. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/09/1344256-40-dos-usuarios-de-crack-das-capitais-do-pais-estao-no-nordeste.shtml>>. Acesso em: 27 set. 2013.

c. Texto disponível (fora de revista ou jornal): Disponível em: BRASIL. Ministério da Educação. Portal Educação. *Educação profissional: referenciais curriculares nacionais da educação profissional de nível técnico - área Saúde*. Disponível em:

<<http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/saude.pdf>>. Acesso em: 3 out. 2013.

Copidesque

A revista se reserva o direito de sugerir alterações em usos informais da língua e de corrigir variantes não padrão do português.

A responsabilidade pela revisão profissional de idioma é dos autores, a ser realizada por profissional dentre uma lista de revisores habilitados pela revista. A tradução para outro idioma é opcional.

Processo de Avaliação

A primeira etapa de avaliação é realizada pelas editoras, que julgam a adequação temática e científico-metodológica, considerando o projeto editorial do periódico; esta etapa pode demorar de um até dez dias. Uma vez aceito nesta primeira fase, o texto passará pela avaliação por pares duplo cego (double blind peer review). Nesta fase, as editoras escolhem no mínimo dois pesquisadores de áreas correlatas ao tema para avaliar o manuscrito (pareceristas ad-hoc externos e internos à Fiocruz); os pareceristas têm até 20 dias para enviar o parecer. Depois de expirado o prazo de envio, enviamos até três lembretes, e se ainda não tivermos resposta, convidamos outro parecerista indicado pela editora. Os pareceres podem indicar uma das quatro opções:

- a) publicação na presente forma
- b) publicação condicionada à realização de pequenas alterações
- c) publicação condicionada à realização de importantes alterações
- d) não deve ser publicado neste periódico

No caso de divergência entre os pareceres, é solicitado um terceiro parecer para a decisão da Editoria, também com o prazo de 20 dias. Manuscritos que recebem a indicação de "importantes alterações" devem vir acompanhados, na versão reformulada, de uma carta resposta para cada recomendação dos pareceres e o tratamento que foi dado a elas pelos autores, em especial atenção as que não foram incorporadas. Cada parecer deve ser comentado separadamente.

Os autores podem acompanhar o processo de avaliação do manuscrito pelo sistema de avaliação online.

Os originais apresentados à *Trabalho, Educação e Saúde* não devem ter sido publicados e não devem ser submetidos simultaneamente a outra revista. Originais submetidos à revista não devem, sob hipótese alguma, ser retirados depois de iniciado o processo de avaliação.

Tempos de avaliação

A avaliação se dá primeiramente pelos editores, em uma pré-análise, cuja duração não deve exceder dez dias. Se aceitos na pré-análise, os editores designam ao menos dois revisores ad-hoc para avaliar o manuscrito. O tempo médio para avaliação por pares, com base no ano 2017, é de oito meses. A publicação do texto, após aprovado, também com base no ano de 2017, é de 13 meses.

A taxa de recusa de manuscritos, com base no ano 2017, foi de 72%.

Direitos autorais

Exceto nos casos em que estiver indicado o contrário, em consonância com a Política de Acesso Aberto ao Conhecimento da Fundação Oswaldo Cruz, ficam cedidos e transferidos, total e gratuitamente, à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e à Fundação Oswaldo Cruz, em caráter permanente, irrevogável e não exclusivo, todos os direitos autorais patrimoniais não comerciais referentes aos artigos científicos publicados na revista *Trabalho, Educação e Saúde*, inclusive os direitos de voz e imagens vinculados à obra. A cessão abrange reedições e traduções. Os textos assinados são de responsabilidade dos autores, não representando, necessariamente, a opinião dos editores e dos membros do Conselho Editorial da revista.

Submissão de manuscritos

Os manuscritos devem ser submetidos pelo sistema de avaliação de manuscritos da Revista, disponível na página <<http://sistemas.epsjv.fiocruz.br/revtes/>>. Primeiramente, o autor principal deve cadastrar-se no sistema e depois cadastrar o manuscrito. Solicitamos aos autores que observem e sigam as instruções para apresentação do manuscrito.

Para informações adicionais, consultar os editores:

<revtes.epsjv@fiocruz.br>

ANEXO E – APROVAÇÃO PARECER CAEEE



UNISC - UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA PRISIONAL: proposta de implantação em um

Presídio Regional do Rio Grande do Sul **Pesquisador:** RAQUEL CRISTINE BARCELLA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 03079418.5.0000.5343

Instituição Proponente: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC **Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.044.200

Apresentação do Projeto:

O trabalho visa qualificar a assistência e garantir a função de coordenação do cuidado da Atenção Básica (AB), por meio de oficinas de participação ativa aos trabalhadores que estão sendo implementadas em várias regiões do país. A essas se denominam de Planificação da AB, empoderando-a nos seus atributos, aumentando a sua resolubilidade, organização e possibilitando efetivar a gestão do cuidado dentro do seu território adscrito. Sendo assim, destaca-se o seguinte problema da pesquisa: A planificação da AB, aplicada à EABp pode contribuir para o aprimoramento da assistência à saúde? Com base nesse problema, cita-se como objetivos: Analisar aspectos pertinentes a equipe, serviço e assistência à saúde da EABp e agentes penitenciários do Presídio Regional de Santa Cruz do Sul/RS e implementar o processo de planificação da AB no intuito de contribuir com o aprimoramento da assistência à saúde. O estudo será realizado através de uma pesquisa ação, no contexto organizacional, de caráter prático. Ocorrerá em 3 fases que estão descritas no projeto.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar aspectos pertinentes a equipe, serviço e assistência à saúde da EABp e agentes penitenciários do Presídio Regional de Santa Cruz do Sul/RS e implementar o processo de planificação da atenção primária à saúde, no intuito de contribuir com o aprimoramento da

Endereço: Av. Independência, no 2293 -Bloco 6, sala 603

Bairro: Universitario

UF: RS Município: Telefone: (51)3717-7680

CEP: 96.815-900 SANTA CRUZ DO SUL

E-mail: cep@unisc.br

Página 01 de 04



UNISC - UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL

Continuação do Parecer: 3.044.200

assistência à saúde.

Objetivo Secundário:

- a) Conhecer a infraestrutura básica da Unidade Atenção Básica prisional (UABp);
- b) Identificar a oferta de serviços oferecidos pela EABp;
- c) Investigar os critérios e fluxos da rede de atenção à saúde do município conforme níveis de complexidade;
- d) Verificar a organização das agendas dos profissionais da saúde da EABp de acordo com as prioridades identificadas e competências de cada profissional;
- e) Adequar ações de vigilância em saúde de doenças transmissíveis como também dos imunobiológicos disponíveis para a PPL;
- f) Adaptar protocolos para atendimento de eventos agudos e condições crônicas de saúde, do Ministério da saúde, à realidade local;
- g) Elaborar ações relacionadas ao uso racional de medicamentos em conjunto com a assistência farmacêutica municipal;
- h) Realizar avaliação, em equipe, das ações desenvolvidas através das oficinas e propor ajustes quando necessário;
- i) Identificar mudanças relativas aos atendimentos das demandas da população adscrita após as oficinas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O programa de intervenção trará riscos mínimos aos participantes, e é possível que alguns desconfortos aconteçam, como é o caso de cansaço durante as atividades, falta de algumas informações/dados que possam subsidiar as atividades propostas ou dificuldade na adesão ao programa, pois o mesmo deve estender-se ao longo de 6 meses.

Benefícios:

Vários benefícios poderão acontecer na área da atenção básica prisional, tais como: melhora da qualidade e resolubilidade da assistência prestada ao usuário, estabelecimento de vínculo mais sólido entre profissional- usuário propiciando o cuidado integral e possibilitando a co-responsabilização do usuário através do autocuidado, além da satisfação da equipe de saúde por trabalhar de forma mais eficaz e coesa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O trabalho atende aos critérios de avaliação do CEP, que não delibera sobre a pesquisa em si.

Endereço: Av. Independência, no 2293 -Bloco 6, sala 603

Bairro: Universitario

UF: RS Município: Telefone: (51)3717-7680

CEP: 96.815-900 SANTA CRUZ DO SUL

E-mail: cep@unisc.br

Página 02 de 04



CEP
COMITÊ DE ÉTICA
EM PESQUISA
DA UNISC



UNISC - UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL

Continuação do Parecer: 3.044.200

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados estão de acordo, não exigindo modificação alguma.

Recomendações:

Para o presente trabalho não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Por apresentar todos os documentos exigidos e de acordo com o solicitado, a conclusão é pela aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado e em condições de ser executado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1230859.pdf	19/11/2018 09:47:13		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Presidio.pdf	19/11/2018 09:44:48	RAQUEL CRISTINE BARCELLA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Aceite_SMS_b.pdf	19/11/2018 09:44:31	RAQUEL CRISTINE BARCELLA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Aceite_SMS_a.pdf	19/11/2018 09:44:18	RAQUEL CRISTINE BARCELLA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_apresentacao.pdf	05/10/2018 10:51:29	RAQUEL CRISTINE BARCELLA	Aceito
Orçamento	Orcamento_projeto.pdf	05/10/2018 10:48:12	RAQUEL CRISTINE BARCELLA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	05/10/2018 10:39:07	RAQUEL CRISTINE BARCELLA	Aceito

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_mestrado_Raquel_cep.pdf	05/10/2018 10:38:51	RAQUEL CRISTINE BARCELLA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Raquel.pdf	05/10/2018 10:28:05	RAQUEL CRISTINE BARCELLA	Aceito

Endereço: Av. Independência, no 2293 -Bloco 6, sala 603

Bairro: Universitario
UF: RS Município: Telefone: (51)3717-7680

CEP: 96.815-900 SANTA CRUZ DO SUL

E-mail: cep@unisc.br

Página 03 de 04



UNISC - UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL

Continuação do Parecer: 3.044.200

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA CRUZ DO SUL, 28 de Novembro de 2018

Assinado por:

Renato Nunes (Coordenador(a))

Endereço: Av. Independência, no 2293 -Bloco 6, sala 603

Bairro: Universitario
UF: RS Município: Telefone: (51)3717-7680

CEP: 96.815-900 SANTA CRUZ DO SUL

E-mail: cep@unisc.br

Página 04 de 04