

**OFICINA DE TRABALHO:
CRIAÇÃO DE PROPOSTA DE ALTA RESPONSÁVEL EM
UNIDADE DE INTERNAÇÃO – MATERNIDADE**

Autores:

Isabella Messias de Andrade - <https://orcid.org/0009-0007-3517-9257>

Mara Quaglio Chirelli - <https://orcid.org/0000-0002-7417-4439>

Maria Elizabeth da Silva Hernandes Correa - <https://orcid.org/0000-0003-2301-714X>

Marcio Mielo - <https://orcid.org/0000-0003-0220-4480>

**MARÍLIA
2023**

APRESENTAÇÃO

Este trabalho contou com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior -Brasil (CAPES) -Código de Financiamento 001, e foi desenvolvido no âmbito do Mestrado Profissional “Ensino em Saúde” da Faculdade de Medicina de Marília (Famema), aos quais expressamos nossa gratidão.

Esta estratégia educacional resultou de pesquisas realizadas no Hospital Materno Infantil de Marília com residentes e profissionais sobre os desafios da alta responsável na instituição, levando em conta os referenciais disponíveis e também os pontos fortes e fracos identificados.

Acreditamos que sua aplicação possa ocorrer em diversos contextos, como graduação e pós-graduação, e com qualquer ator desta área, sejam eles discentes, docentes, técnico-administrativos, profissionais dos cenários de prática ou qualquer grupo que precise elaborar um plano de alta responsável juntamente a equipe de saúde, ou que necessite desenvolver atividades que possam intervir na gestão do cuidado, utilizando a estratégia do Grupo Estratégico Local (GEL) proposto no Projeto ÁpiceOn.

Nossa proposta é que essa estratégia tenha flexibilidade suficiente para que quem a utilize possa produzir seus próprios materiais e/ou utilizar outros que estejam à sua disposição.

Esperamos que possibilite novos aprendizados e modos de abordagem das necessidades de saúde, contribuindo para o cuidado universal e integral.

Isabella Messias de Andrade

Mara Quaglio Chirelli

Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial-Compartilha Igual 4.0 Internacional. Isso significa que você pode usar, modificar ou combinar da forma que desejar, desde que cite a fonte e mantenha a mesma licença original. Considerando que este material foi construído dentro de ensino e de saúde públicos e gratuitos, não poderá ser usado para fins comerciais.

A554o Andrade, Isabella Messias de.
Oficina de trabalho : criação de proposta de alta responsável em unidade de internação - maternidade / Isabella Messias de Andrade. – Marília, 2023.
16 f.

Orientadora: Profa. Dra. Mara Quaglio Chirelli.
Produto Técnico (Programa de Pós-graduação em Saúde e Envelhecimento) - Faculdade de Medicina de Marília.

1. Alta do paciente. 2. Transição para assistência do adulto. 3. Continuidade da assistência ao paciente. 4. Cuidado transicional. 5. Administração dos serviços de saúde.

Link plataforma Zenodo: <https://zenodo.org/record/8250606>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	5
2	FINALIDADE.....	7
3	METODOLOGIA.....	8
4	APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	10
5	AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DAS OFICINAS.....	14
	REFERENCIAS.....	15

1 INTRODUÇÃO

O princípio da integralidade implica oferecer aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) um cuidado em que considere as suas necessidades de saúde em todos os níveis de complexidade, em suas dimensões biológicas, psicológicas, socioculturais e espirituais.¹

O conceito de integralidade é amplo e desafiador, pois envolve diferentes aspectos e significados, como a integração dos serviços de saúde em rede, para haver uma articulação entre os diferentes níveis de atenção, profissionais e setores envolvidos no cuidado. Outro aspecto é a crítica à medicina reducionista e fragmentada, que se baseia em uma visão anatomo-fisiológica do corpo humano e em uma especialização excessiva dos médicos, assim como das profissões da área da saúde que também têm trilhado este caminho, dificultando o olhar ampliado para as necessidades de saúde dos usuários.²

Considera-se que a integralidade é uma diretriz que orienta as práticas dos profissionais de saúde, para poderem cuidar dos usuários de forma mais humana, holística e resolutiva. Para isso, é preciso que eles reconheçam a pessoa como um sujeito integral, com direito a um cuidado desde a promoção da saúde, a recuperação frente as suas necessidades e demandas, que participa ativamente do seu processo de saúde-doença-cuidado.

Uma das possibilidades de se viabilizar a integralidade está ligada ao processo de reconstrução do modelo de organização dos serviços. A proposta da Rede de Atenção à Saúde (RAS) surge como uma forma de estabelecer como os serviços de saúde podem organizar o cuidado de forma integrada.³

As RAS foram criadas no final de 2010, por meio da Portaria N° 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que define as diretrizes para a sua organização. Para o SUS, as RAS são estruturas organizacionais compostas por diferentes níveis de serviços de saúde, com distintas tecnologias, integradas por meio de sistemas de suporte técnico, logístico e de gestão, visando garantir a integralidade do cuidado.³⁻⁴

Os hospitais que oferecem serviços no âmbito do SUS atuam como pontos de atenção na RAS, sendo que a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) assegura a universalidade de acesso, equidade e integralidade no atendimento. Devem estabelecer a missão e o perfil de cuidado aos usuários com base no perfil demográfico e epidemiológico da população pertencente a uma determinada área geográfica, levando em consideração o desenho da RAS loco-regional. Esses hospitais garantem acesso ordenado e cuidado por demanda referenciada ou espontânea.⁵⁻⁶

Para alcançar a integralidade no cuidado hospitalar, é fundamental compreender como os hospitais têm promovido a alta dos pacientes em relação a esse conceito de integralidade. Uma forma de promover a integralidade no âmbito hospitalar se dá por meio da continuidade do cuidado. Surge, então, a alta responsável como uma alternativa e modalidade de desospitalização, que busca agilizar a alta e incentivar a continuidade do cuidado em casa.⁶

A Portaria do Ministério da Saúde nº 3.390, publicada em dezembro de 2013, estabelece a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNAH), que pela primeira vez conceituou o termo “alta responsável”. Esta é um processo planejado, articulado e seguro, que envolve a equipe multiprofissional, a pessoa e sua família, que visa garantir a continuidade do cuidado após a saída do hospital. Ela é um processo de transferência dos cuidados de um usuário que sai do hospital para outro ponto de atenção da rede de saúde.⁶

A implementação da alta responsável gera benefícios notáveis para os pacientes, instituições e sistema de saúde, como redução das taxas de reinternação, diminuição dos custos, dos riscos de morte do usuário e do tempo médio de internação hospitalar.

Reconhecem-se os desafios na implementação da alta responsável em muitos hospitais no Brasil. Alguns obstáculos como a falta de comunicação, de planejamento, de capacitação e de profissionais precisam ser superados. Sugere-se, assim, algumas estratégias que visam facilitar a realização da alta responsável, como o uso de protocolos, fluxogramas, instrumentos padronizados e sistemas informatizados.

A alta responsável é uma prática a ser incorporada na cultura organizacional dos hospitais e na formação dos profissionais de saúde. Defende-se que apesar do modelo de atenção vigente, voltado para práticas com enfoque biomédico, é possível realizar a alta responsável. Ela é uma forma de humanizar o cuidado hospitalar e de promover a qualidade e a segurança do paciente.

A partir de investigação sobre a alta hospitalar realizada em enfermaria de obstetrícia em hospital público do interior do estado de São Paulo, que já teve o desenvolvimento do Projeto ÁpiceOn, identificou-se que há desafios na organização do cuidado e no processo de alta para a constituição da corresponsabilização junto as gestantes e puérperas, tendo proposição dos trabalhadores entrevistados de se trabalhar com a formação na lógica da educação permanente em saúde.

2 FINALIDADE

Nota-se que o processo de trabalho nas instituições hospitalares não possuem uma proposta de organização do cuidado pactuada pela cogestão, nem um processo contínuo de formação dos profissionais.

Este contexto é influenciado por outros problemas como dimensionamento de pessoas, insumos e infraestrutura, sobrecarga, burocracia, e atritos entre os profissionais. Observa-se que no processo de alta não há uma construção conjunta com as usuárias, seus familiares, nem a participação ativa delas na tomada de decisão sobre seu cuidado. Compreende-se, assim, que a alta hospitalar é centrada muitas vezes na decisão médica.

A ideia de elaborar o produto técnico surgiu em virtude da necessidade de pactuar a alta responsável junto dos profissionais que lidam diretamente com o cuidado e com a gestão. Dessa forma, tem-se como objetivo trabalhar com produto técnico na perspectiva de apoiar estes profissionais para a reorganização de processo e cuidado hospitalar na maternidade.

Nas maternidades há uma característica de rotatividade na internação e alta das gestantes e/ou puérperas, uma vez que há protocolos para gestantes sem e com alto risco frente às suas condições de saúde. Portanto, um plano de alta responsável poderia ser priorizado pela equipe, frente às situações que forem pactuadas pela instituição.

Diante deste contexto, surge a proposição do desenvolvimento de atividades que possam intervir na gestão do cuidado, retomando a estratégia do Grupo Estratégico Local (GEL) proposto no Projeto ÁpiceOn com a inclusão dos integrantes da equipe multiprofissional, o qual conduz os processos de mudanças no cuidado e na formação dos profissionais de saúde. O enfoque será na formação do GEL, inicialmente, para que este proponha estratégia de reorganização do trabalho na unidade de cuidado hospitalar, incluindo a alta hospitalar.⁷

O Projeto ApiceOn, que faz parte da estratégia Rede Cegonha, ocorre em hospitais de ensino por meio da organização do GEL, os membros deste grupo discutem sobre planos para operacionalizar as atividades propostas pelo projeto por meio de um Plano Operacional Anual (POA) nas vertentes relacionados a atenção, gestão e formação tendo em vista um modelo humanizado e seguro para o parto, nascimento, abortamento, planejamento reprodutivo e mulheres em situação de violência.⁷

3 METODOLOGIA

A proposta está centrada no planejamento participativo, por meio de oficinas de trabalho que possam oportunizar a reflexão sobre os resultados da investigação e propor estratégia de intervenção por meio de ferramentas analisadoras do processo de trabalho em saúde.

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) é um método de planejamento elaborado pelo chileno Carlos Matus, na década de 1970, para melhor enfrentar os problemas sociais. No PES, o plano se adapta conforme a situação se altera. Nesse método, o futuro não é determinado e a realidade é constantemente monitorada. Neste modelo quem planeja, é quem governa, quem toma decisões e quem tem a responsabilidade de conduzir os profissionais no processo de trabalho. Destaca-se que este planejamento é centrado na ação e utiliza o futuro como recurso para conferir racionalidade à mesma. Assim, o planejamento é o cálculo que antecede e orienta a ação, pois cálculo e ação são inseparáveis e recorrentes.⁸

O PES é uma ferramenta de gestão que permite identificar e resolver problemas, contando com a participação ativa dos atores sociais que fazem parte da situação. Ele busca construir planos a partir da complexidade da realidade, considerando a inserção dos atores envolvidos, sendo a explicação sobre a realidade múltipla, incluindo as dimensões de capacidade administrativa, o poder e o conhecimento dos atores envolvidos.⁸

Ele se desenvolve por meio dos seguintes momentos⁹⁻¹⁰:

- Momento Explicativo: examinar a situação atual, reconhecer os problemas e suas origens, e estimar os atores envolvidos e seus interesses;
- Momento Normativo: estabelecer os objetivos, as metas e as estratégias para resolver os problemas, levando em conta os recursos existentes e as limitações presentes;
- Momento Estratégico: elaborar um plano de ação, com as atividades, os responsáveis, os prazos, os custos e os indicadores de acompanhamento e avaliação e
- Momento Tático-Operacional: implementar, monitorar e avaliar o plano de ação, fazendo as correções necessárias conforme os resultados alcançados.

Com esse planejamento se observa benefícios, desde a melhora da qualidade e da produtividade dos serviços até a ampliação do acesso e a equidade no cuidado. Nota-se a redução de custos e desperdícios. Fortalece-se a participação e o controle social,

promovendo a inovação e a transformação digital, em consonância com as normas e as políticas públicas de saúde.

Analisando esse modelo de realizar o planejamento em saúde, opta-se por elaborar capacitações com a gestão hospitalar em prol de desenvolver uma equipe apta para tomar decisões baseados neste referencial teórico apresentado. Para isto, planeja-se realizar oficinas de trabalho com a proposta da Educação Permanente em Saúde (EPS).¹¹

A oficina de trabalho é uma atividade educativa que envolve a participação ativa dos profissionais de saúde em um processo de reflexão, troca de experiências e construção coletiva de conhecimentos sobre uma determinada temática. Ela pode ser utilizada como uma estratégia de educação permanente em saúde, visando aprendizagem contínua e significativa dos trabalhadores da saúde, tendo como referência as necessidades dos usuários, dos serviços e do sistema de saúde na totalidade.¹¹

Na área da saúde, a EPS é concebida como um processo educativo que problematiza o dia a dia do trabalho em saúde ou da formação, baseando-se na ideia da aprendizagem relevante que possibilita a análise pelos próprios profissionais de saúde da realidade vivenciada e dos modelos de atenção em saúde em que estão inseridos, bem como dos desafios enfrentados.¹²

Essa política de saúde tem como objetivo mudar as práticas profissionais e a organização do trabalho conforme as necessidades e dificuldades do sistema, tendo como referência teórica uma concepção de trabalho no SUS como aprendizagem diária e comprometida com os coletivos. Ela foi criada pela Portaria n.º 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004, e normatizada pela Portaria GM/MS n.º 1.996, de 20 de agosto de 2007.¹³⁻¹⁴

Assim, entende-se que a EPS tem, no cenário das práticas, o processo de trabalho como alvo de transformação, partindo da reflexão crítica dos profissionais sobre o que está ocorrendo no cotidiano dos serviços e buscando soluções em conjunto com a equipe para os problemas encontrados.¹³⁻¹⁴

De acordo com o conceito da EPS, a análise das práticas dos profissionais nos serviços de saúde é essencial, e quando fica em segundo plano ou não ocorre, a EPS não é efetivada, dando espaço para a reprodução de práticas de cuidado e formas de pensar individuais e enraizadas no modelo tradicional de atenção.¹³⁻¹⁴

Existe, portanto, uma intencionalidade permanente de mudança a partir das reflexões originadas do cotidiano do próprio serviço e de que a formação esteja articulado à realidade das ações e dos serviços, a partir de espaços e temas capazes de gerar

autoanálise, autogestão e mudança institucional e de práticas profissionais que gerem processos de pensamentos e transformação de práticas.

No entanto, esta intencionalidade para se construírem os processos de mudança precisam ser pactuados com os gestores das instituições de saúde e de formação, uma vez que cada gestão tem seus projetos e suas propostas de ação, as quais estão influenciadas, de acordo com o referencial do PES, com as diversas formas de inserção e visões de mundo dos atores na realidade institucional.

Durante o processo de pesquisa foi possível verificar a necessidade de discussão do problema da implementação da alta hospitalar responsável, sinalizada pelos profissionais que se relacionam com o setor de obstetrícia, considerando que este necessita de um olhar por parte de toda a equipe da unidade de internação.

Com base no descrito acima foi estruturado este produto técnico em que os resultados da pesquisa conduzida no mestrado profissional neste setor hospitalar, terão o objetivo de gerar debate, reflexão, possibilidades de propostas e sua viabilidade para a mudança da prática profissional.

4 APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A oficina de trabalho foi planejada para ser realizada por meio da estratégia de EPS, ao estimular o aprendizado relevante e a análise crítica sobre o cotidiano dos profissionais da saúde, visando uma formação integral e contínua, favorecendo transformações no modo de trabalhar.

Ela ocorrerá em momentos distintos e integrados, durante quatro dias de trabalho, com um grupo de participantes escolhidos previamente no contato com o gestor institucional.

Objetiva-se trabalhar com um grupo composto por profissionais de diferentes categorias e funções dentro da instituição hospitalar, como exemplo, profissionais que atuam no setor de obstetrícia, coordenadores e gestores da instituição, além de representantes do setor saúde do município e do Departamento Regional de Saúde (DRS) do Estado. Se utilizará o critério de composição equilibrada no grupo, entre trabalhadores e representantes da gestão hospitalar, município e região, assim como proposto para o GEL no *ÁpiceOn*, tendo no máximo de 6 a 10 integrantes.

É previsto que no **primeiro encontro** seja realizada a apresentação dos profissionais que conduzirão as atividades, da proposta dos encontros e a realização de dinâmica para exposição das expectativas a fim de iniciar a constituição do grupo. A apresentação dos resultados de diagnóstico institucional sobre o trabalho desenvolvido na enfermaria, neste encontro, tem como objetivo a reflexão sobre o contexto do trabalho na unidade de internação da maternidade e como o processo de trabalho e da alta hospitalar é percebida pelos trabalhadores ali envolvidos, além dos seus desafios. No final do primeiro encontro será apresentada e pactuada com os integrantes do grupo a proposta e as atividades dos próximos encontros.

No **segundo encontro**, será sistematizada a percepção dos integrantes do grupo a partir da ferramenta do Fluxograma Analisador do modelo de atenção da prática acerca da realização do cuidado e da alta responsável às gestantes/puérperas. Espera-se que os profissionais possam juntos construir como se desenvolve o processo de trabalho na sua instituição.¹⁵

Almeja-se que a construção desse fluxograma seja um disparador para suscitar as discussões iniciais em torno de cada problema apresentado a partir de investigação já realizada, por meio de pesquisa, ou diagnóstico situacional desenvolvido pela instituição e as experiências vivenciadas por cada integrante possa colaborar e contribuir para a compreensão do resultado do produto da oficina de trabalho.

O grupo escolherá um coordenador e um relator auxiliar, definidos previamente antes da entrega do material. O coordenador será responsável por mediar a discussão e o relator será responsável pela realização manual do fluxograma, elencando os desafios identificados. Para finalizar este encontro, será lido e registrado o produto final construído pelo grupo, criando um registro de memória de todo o trabalho produzido pelo grupo.

No **terceiro encontro**, o mesmo grupo se reunirá desta vez para discutir estratégias de superação para os desafios identificados. Será lembrado o fluxograma criado no encontro anterior, e a partir da discussão se realizará a criação de uma proposição de diretrizes para o cuidado e de alta responsável para poder ser uma referência para a instituição hospitalar. Será acordado entre o grupo as possibilidades que cada profissional pode, na prática, exercer para chegar ao objetivo comum, isto é, a realização efetiva da alta responsável. E se finalizará com a criação conjunta de um fluxograma que será avaliado pelos gestores para ser, então, inserido na prática profissional daquele setor por meio de estratégia a ser construída pelo GEL.

No **quarto encontro**, espera-se que o fluxograma esteja finalizado. De modo que este momento possa se destinar a elaborar e fundamentar uma nova proposta de trabalho com o grupo GEL, envolvendo a equipe para retomar a função deste grupo importante para a prática profissional. Busca-se preparar os gestores para a recompor este grupo.

Eixos Organizativos da Oficina

Os eixos organizativos da Oficina foram definidos a partir das contribuições de pesquisas realizadas em hospital materno infantil do interior paulistano.

Para cada um dos eixos, o grupo será incentivado a propor ações, e examinar suas consequências e implicações em relação à formação dos profissionais da equipe, ao formato e ao modo de acesso às informações.

Apresentam-se os seguintes temas/problemas para o desenvolvimento do trabalho com o GEL:

Eixo 1 - Processo de trabalho na maternidade e seus desafios (quadro 1)

Eixo 2 – Construção do Fluxograma Analisador do processo de alta hospitalar e seus desafios (Quadro 2)

Eixo 3 – Construção de Diretrizes para o processo de trabalho e alta hospitalar na maternidade e planejamento de atividades e estratégias de como viabilizá-las na unidade de internação da maternidade (Quadro 3)

Quadro 1 – Descrição das atividades a serem desenvolvidas no primeiro encontro

Atividades	Ação	Tempo
Apresentação	Dinâmica de apresentação dos integrantes e expectativas para o trabalho	30 min
Exposição dos resultados e debate	Apresentação das pesquisadoras e orientadores, e proposta das oficinas. Contrato de participação e consenso sobre a tarefa Trabalho em grupo: Apresentação dos resultados da pesquisa (tema 1 e tema 2).	60 min
Pactuação da Proposta	Apresentar a propostas das demais oficinas e pactuação dos próximos encontros	20 min
Avaliação	Avaliação da atividade	10 min

Quadro 2 – Descrição das atividades a serem desenvolvidas no segundo encontro

Atividades	Ação	Tempo
Apresentação	Apresentação das atividades a serem realizadas no dia	10 min
Construção do Fluxograma analisador	Trabalho em grupo: Desenvolvimento fluxograma analisador do cuidado as gestantes/puérperas na unidade de internação da maternidade	90 min
Avaliação	Avaliação da atividade	10 min

Quadro 3 – Descrição das atividades a serem desenvolvidas no terceiro e quarto encontros

Atividades	Ações	Tempo
Apresentação	Apresentação das atividades a serem realizadas em dois encontros	10 min
Construção de diretrizes	Discutir estratégias de superação para os desafios identificados. Será lembrado o fluxograma criado no encontro anterior, e a partir da discussão se realizará a criação de uma proposição de diretrizes para o cuidado e de alta responsável para que possa ser uma referência para a instituição hospitalar. Construção do processo de construção de indicadores de avaliação para a implementação das diretrizes	90 min
Avaliação	Avaliação da atividade e dos quatro encontros	10 min

5 AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DAS OFICINAS

Planeja-se retornar ao serviço após um ano para verificar se o protocolo criado para implementação da alta responsável foi efetivamente aderido pela instituição e seus profissionais. Busca-se averiguar isto, ao analisar o planejamento de alta hospitalar de dois pacientes, um considerado de pouca complexidade e o outro de alta complexidade, afim que avaliar como se deu a realização da alta responsável em ambos os casos.

Será aplicado também o questionário individual para profissionais do setor que não participou das oficinas de modo a compreender a prática profissional baseado nessa temática estudada. Pretende-se comparar os resultados obtidos com este questionário com os resultados anteriores, e analisar se houve melhora.

REFERENCIAS

1. Souza AM, Aita KMSC, Corrêa VAC. A compreensão da pessoa biopsicossocial e espiritual como recurso aos cuidados integrais: direitos humanos assegurados no planejamento e ações em saúde coletiva. In: Souza AM, Aita KMSC, Corrêa VAC. Saúde Coletiva: avanços e desafios para a integralidade do cuidado [Internet]. São Paulo (SP): Científica Digital; 2021 [citado 17 Jun 2023]. p. 208-23. Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.com.br/articles/210303851.pdf><http://www.editoracientifica.com.br/articles/code/210303851>
2. Mattos RA. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde [Internet]. 8a ed. Rio de Janeiro (RJ): CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO; 2009 [citado 17 jun 2023]. Disponível em: <http://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>
3. Nakata LC, Feltrin AFDS, Chaves LDP, Ferreira JBB. Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: uma revisão de escopo. Esc Anna Nery. 2020;24(2):e20190154.
4. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 31 dez 2010; Seção 1:88. [citado 22 jul 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
5. Brasil. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 24 out 2011; Seção 1:48-55. [citado 22 jul 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
6. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Portaria n. 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 31 dez 2013; Seção 1:70-86. [citado 22 jul 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno.

- Apice On: aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia. Brasília: MS; 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/08/Revista-Apice-ON.pdf?undefined=undefined>
8. Tancredi FB, Barrios SRL, Ferreira JHG. Planejamento em saúde. In: Tancredi FB, Barrios SRL, Ferreira JHG, organizadores. Gestão em saúde: conceitos, experiências e desafios. São Paulo: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde; 1998. p. 15-32.
 9. Universidade Federal de Santa Catarina. Núcleo UNA-SUS/UFSC. Top 3: Atenção à saúde da pessoa idosa. [Internet]. [citado 20 Jul 2023]. Disponível em: https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/33878/mod_resource/content/1/un2/top3_1.html**
 10. Rivera FJU, Artmann E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2010Aug;15(5):2265–74. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500002>
 11. Campos RTO, Miranda L, Gama CAP da, Ferrer AL, Diaz AR, Gonçalves L, et al. Oficinas de construção de indicadores e dispositivos de avaliação: uma nova técnica de consenso. Estudos e Pesquisas em Psicologia. 2010 abr 1;10(1).
 12. Ferreira L, Barbosa JS de A, Esposti CDD, Cruz MM da. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. Saúde debate [Internet]. 2019;43(120):223–39. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>
 13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília (DF); 2004.
 14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2007 ago 21; Seção 1: 43-5.
 15. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. CiencSocHumanas [Internet]. 2015 [citado 20 Jul 2023];47(1):29-50. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/sociais/humanas/article/view/832/570>