



SISTEMA DE SAÚDE DA AERONÁUTICA



*Reestruturando no presente
a sustentabilidade do futuro*



editora
BENEDICTUS

SISTEMA DE SAÚDE DA AERONÁUTICA

Reestruturando no presente a sustentabilidade do futuro

Organização:

Major-Brigadeiro Médico Cloer Vescia Alves
(Diretor de Saúde da Aeronáutica)

Prefácio:

**Tenente-Brigadeiro do Ar R1 Luis Roberto do Carmo
Lourenço**
(Comandante-Geral do Pessoal da Aeronáutica no período
2018 a 2021)

Tenente-Brigadeiro do Ar Ricardo Reis Tavares
(Comandante-Geral do Pessoal da Aeronáutica desde 2021)



Título: SISTEMA DE SAÚDE DA AERONÁUTICA: reestruturando no presente a sustentabilidade do futuro.

Editora Benedictus

Editor: Gilcemar Hohemberger

Diagramação: Rafael Frota

Revisão do texto: Wanderlei Valadares

www.livrariabenedictus.com.br

Dados Internacionais de Catalogação na Publicidade (CIP)

Sistema de Saúde da Aeronáutica: reestruturando no presente a sustentabilidade do futuro / Cloer Vescia Alves (organizador) – Rio de Janeiro-RJ: DIRSA, Rio Bonito-RJ: Benedictus, 2024.

328 p.

Inclui Bibliografia

ISBN 978-85-53019-83-0

1. Medicina e Saúde. 2. Aeronáutica. I. Alves, Cloer Vescia (Organizador). II. Título.

Índice para catálogo sistemático:

I. Medicina e Saúde

CDD 610

Todos os direitos reservados e protegidos pela Lei n 9.610, de 19/02/1998. Nenhuma parte desta obra poderá ser reproduzida ou transmitida (mediante quaisquer meios, sejam eles eletrônicos ou mecânicos, o que inclui fotocópia e gravação) e nem arquivada em qualquer sistema ou banco de dados sem permissão escrita da Editora ou do Autor.



Patrocínio:
Comando da Aeronáutica
Diretoria de Saúde da Aeronáutica

Organização: *Coordenação:*

MAJ BRIG MED **TC PSC**
Cloer Vescia Alves Ana Beatriz de Mota e Souza

Revisão de textos: **2TEN ADM**
Mariana de Lima Miguez

MAJ BRIG MED
Cloer Vescia Alves *Apoio:*

MAJ PDN **TC PSC**
Marcela Ferraz Catramby Ana Beatriz de Mota e Souza

PROFESSORA DOUTORA **MAJ MED**
Lívia Aparecida de Almeida e Souza Lissandra Hiotte Pacheco

PROFESSOR DOUTOR **MAJ PDN**
André de Costa Gonçalves Marcela Ferraz Catramby

PROFESSORA MESTRA **1TEN INT**
Catarina Labouré Madeira Barreto Sandro Luis Pauferro de Souza

2TEN MRM **2TEN ADM**
Danielle Cristina Santos Moura Mariana de Lima Miguez

2TEN MRS **2TEN BIB**
Bruna Ribeiro Lemos Tatiane Lira Freire Lopes

2TEN BIB *Capa:*
Tatiane Lira Freire Lopes

2S QTA TAR
Fábio Rogério da Graça Hasmann

SISTEMA DE SAÚDE DA AERONÁUTICA

Reestruturando no presente a sustentabilidade do futuro

ANOS
1941 - 2021
SAÚDE



1ª Edição – Rio de Janeiro – 2024

Agradecimento

Agradecemos a todos que participaram do Grupo de Trabalho da Reestruturação do SISAU e que, de uma maneira ou outra, contribuíram para a realização desta obra. Uma conquista como esta é fruto de grande dedicação e elevado comprometimento de profissionais diferenciados, tanto por experiência quanto por competência nas mais diversas áreas.

Palavras iniciais

Na Diretriz do Comandante da Aeronáutica consta destacadamente a valorização das mulheres e dos homens que compõem a Força Aérea Brasileira:

Compreender que a missão da FAB e o seu capital humano são elementos indissociáveis: eis aqui nosso mais sublime compromisso! A missão da FAB deve ser a missão de cada um de seus integrantes. Todos somos engrenagens essenciais ao perfeito funcionamento deste conjunto de todo eficaz denominado Comando da Aeronáutica, e, com esse pensamento, devemos estar voltados para os mesmos objetivos. Conscientes da relevância e do alcance de nossos atos e do destacado papel da Força Aérea Brasileira no contexto nacional, conclamo todos os que voam, que fazem voar e que apoiam essa atividade, para que se dediquem, de forma voluntária, sinérgica e, sobretudo leal, em prol do cumprimento da missão que nos foi confiada. Para tanto, ao sermos levados aos limites extremos de nossas capacidades e possibilidades, voluntariando-nos a responder prontamente aos mais elevados níveis de responsabilidade e de exigência, fazem-se indispensáveis a priorização e a disponibilização do suporte e dos meios de apoio a todo o efetivo, no desempenho de cada uma das atividades profissionais.

Em consonância com esse pensamento norteador, encontra-se a área da saúde, cuja inserção ocorreu em dezembro do mesmo ano em que foi criado o Ministério da Aeronáutica (1941). Inicialmente, o arranjo organizacional criou a Divisão de Saúde da então Diretoria de Pessoal. Em sequência, em 1944, foi criada a Diretoria de Saúde da Aeronáutica e, posteriormente, ao longo de três décadas, foi sendo moldado o Sistema de Saúde da Aeronáutica (SISAU), estruturado como tal a partir de 1976.

No entanto, como todo sistema, o aprimoramento fez-se necessário no decorrer do tempo, visando à melhoria contínua, frente ao cenário do Século XXI. Assim, esta obra dá concretude ao processo de transformação do SISAU, o que vem ao encontro não somente de anseios e expectativas do Comando da Aeronáutica, mas, sobretudo, da afirmação de uma nova etapa com resultados que se associam aos melhores sistemas de saúde no mundo.

Os relevantes serviços de saúde prestados são evidentes em apoio à atividade fim da FAB e ao bem-estar da Família Aeronáutica, contribuindo cada vez mais para “A Nossa Força onde o Brasil precisar”.

Tenente-Brigadeiro do Ar MARCELO KANITZ DAMASCENO

Comandante da Aeronáutica

Sumário

Lista de abreviaturas e siglas	15
---------------------------------------	-----------

Prefácio	21
-----------------	-----------

Tenente-Brigadeiro do Ar R1 Luis Roberto do Carmo Lourenço
Tenente-Brigadeiro do Ar Ricardo Reis Tavares

Capítulo 1	25
-------------------	-----------

Qualidade com sustentabilidade: premissa para um sistema de saúde no século XXI

Cloer Vescia Alves

Capítulo 2	73
-------------------	-----------

O planejamento da oferta de serviços: da observação das demandas ao conhecimento das necessidades

Luís Eduardo Teixeira de Macedo

Capítulo 3	83
-------------------	-----------

Estratégia de Atenção Integral à Saúde no Sistema de Saúde da Aeronáutica

Caroline dos Santos Marques de Carvalho
Rachel Lima Salgueiro Vasconcellos

Capítulo 4	97
-------------------	-----------

A coordenação do cuidado na Reestruturação do SISAU: um olhar sobre os Centros de Atenção Integral à Saúde

Caroline dos Santos Marques de Carvalho
Renan Vasconcelos Pessanha

Capítulo 5	113
-------------------	------------

Implementação do Acolhimento na operacionalização da Atenção Primária à Saúde

Caroline dos Santos Marques de Carvalho

Capítulo 6 **125****Consulta de enfermagem: uma ferramenta de cuidado integral na APS**

Caroline dos Santos Marques de Carvalho
Aline Mariano da Silva

Capítulo 7 **139****Saúde Bucal: do gerenciamento de dados à integralidade da assistência**

Luiza Miguel Haicki Wendling Pimentel

Capítulo 8 **151****Regulação em saúde como ferramenta de gestão**

Luciano de Almeida Botelho
Gerson Antonio Aguiar de Carvalho
Adelaide Flávio Sena

Capítulo 9 **171****A Psicologia Clínica no contexto da Atenção Integral à Saúde**

Ana Beatriz de Mota e Souza
Camila de Carvalho Machado

Capítulo 10 **185****A atuação do farmacêutico na perspectiva das linhas de cuidado em saúde**

Isabela Azevedo Mota
Jéssica Gabriela Fonseca da Silva
Elaine Cristina Xavier Ferreira

Capítulo 11 **207****Perícia Médica no contexto da Reestruturação: rumo à modernização**

Janiny Mancini Rodrigues Silva de Paiva Valente
Ana Paula Jandre Boechat

Capítulo 12 **225****Saúde Operacional e de Campanha no contexto da Reestruturação**

Michelle Abati Bordeaux Rego Ronconi
Claudia Pellegrino
Juliana Vandestein
Carla Isabel dos Santos Silvestre

Capítulo 13 **237****A implementação da qualidade em saúde no SISAU**

Cloer Vescia Alves
Sérgio Marques Dantas Júnior
Marcelo Gomes de Almeida
Marcela Ferraz Catramby
Mariana de Lima Miguez

Capítulo 14 **263****Saúde Digital**

Cloer Vescia Alves
Amauri Ribeiro Destri Junior

Capítulo 15 **281****Laboratório Químico-Farmacêutico da Aeronáutica**

Cloer Vescia Alves
Luiz Carlos Mendes Bonoto

Anexo **293****Centro de Atenção Integral à Saúde como instrumento de vínculo:
um estudo qualitativo empregando a Tenda do Conto**

Aarão Carajás Dias dos Santos
Danillo Monteiro Porfírio
Erika Denise de Vasconcelos Florentino

Considerações finais **311**

Cloer Vescia Alves

Lista de abreviaturas e siglas

ABP	Aprendizagem Baseada em Problemas
AGHUse	Aplicativo de Gestão de Hospitalar
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Atenção Integral à Saúde
AMP	Agente Médico Pericial
AMPA	Associação Médica do Paraná
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AO	Atestado de Origem
APAC	Autorização de Procedimento de Alta Complexidade
APS	Atenção Primária à Saúde
ATCO	Controlador de Tráfego Aéreo
BI	Business Intelligence
CAAIS	Curso de Aperfeiçoamento em Atenção Integral à Saúde
CADSAU	Curso de Auditoria em Saúde
CAIS	Centro de Atenção Integral à Saúde
CC	Centro Cirúrgico

CCA-BR	Centro de Computação da Aeronáutica de Brasília
CCA-RJ	Centro de Computação de Aeronáutica do Rio de Janeiro
CCA-SP	Centro de Computação da Aeronáutica do São Paulo
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde
CCMP	Curso de Capacitação em Medicina Pericial
CECOMSAER	Centro de Comunicação Social da Aeronáutica
CEMAL	Centro de Medicina Aeroespacial
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CGABEG	Centro Gerontológico de Aeronáutica Brigadeiro Eduardo Gomes
CGAM	Comitê de Gestão, Avaliação e Monitoramento
CGS	Curso de Gestão em Saúde
CIAAR	Centro de Instrução e Adaptação da Aeronáutica
CIAP	Classificação Internacional da Atenção Primária
CID	Classificação Internacional de Doenças
CMAE	Curso de Medicina Aeroespacial
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COMAER	Comando da Aeronáutica
COMGEP	Comando Geral do Pessoal
CPM	Curso de Perícia Médica
DALY	Disability Adjusted Life Years
DAS	Divisão de Atenção em Saúde
DCA	Diretriz do Comando da Aeronáutica
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DEPI	Divisão de Ensino e Pesquisa
DIRSA	Diretoria de Saúde da Aeronáutica
DM	Diabetes Mellitus
DPCLIN	Divisão de Psicologia Clínica
DRS	Divisão de Regulação em Saúde
EAD	Ensino a Distância
EAS	Elementos Anormais do Sedimento
EVAM	Evacuação Aeromédica
FAB	Força Aérea Brasileira
FUNSA	Fundo de Saúde da Aeronáutica
GAB	Guia de Apresentação de Beneficiários

GABAER	Gabinete do Comandante da Aeronáutica
GAB	Guia de Apresentação de Beneficiário
GEAM	Guia de Encaminhamento para Assistência Médica
GCC	Gerenciamento das Condições Crônicas
GF	Grupo Focal
GSAU	Grupo de Saúde
GSAU-LS	Grupo de Saúde Lagoa Santa
GSAU-YS	Grupo de Saúde de Pirassununga
GTE	Grupo de Transporte Especial
HAAF	Hospital de Aeronáutica dos Afonsos
HABE	Hospital de Aeronáutica de Belém
HB1AC	Hemoglobina Glicada
HACO	Hospital de Aeronáutica de Canoas
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HCA	Hospital Central da Aeronáutica
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HFA	Hospital das Forças Armadas
HFAB	Hospital de Força Aérea de Brasília
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
FHIR	Fast Healthcare Interoperability Resources
ICA	Instrução do Comando da Aeronáutica
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
IE	Inquérito Epidemiológico
IGISC	Instruções Gerais para a Inspeção de Saúde de Conscritos nas Forças Armadas
IMAE	Instituto de Medicina Aeroespacial
IMC	Índice de Massa Corporal
IOM	Institute Of Medicine
IPA	Instituto de Psicologia da Aeronáutica
ISO	Inquérito Sanitário de Origem
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
JSL	Junta de Saúde Local
JSS	Junta Superior de Saúde
JST	Junta de Saúde Transitória
LAQFA	Laboratório Químico-Farmacêutico

MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MAPA	Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial
MCA	Manual do Comando da Aeronáutica
MCCP	Método Clínico Centrado na Pessoa
MDSS	Modelo dos Determinantes Sociais de Saúde
MPI	Medicamentos Potencialmente Inapropriados
MRPA	Medição Residencial da PA
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NGAM	Núcleo de Gestão, Avaliação e Monitoramento
NHS	National Health Service
NSCA	Norma de Sistema do Comando da Aeronáutica
OABR	Odontoclínica de Aeronáutica de Brasília
OACI	Organização da Aviação Civil Internacional
OARF	Odontoclínica de Aeronáutica de Recife
OASD	Odontoclínica de Aeronáutica Santos-Dumont
OC	Organizações Credenciadoras
OEA	Operadores de Estação Aeronáutica
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
OPS	Operadoras de Planos de Saúde
OSA	Organização de Saúde da Aeronáutica
PACS	Picture Archiving and Communication System
PASIN	Programa Assistencial Integrado
PDCA	Plan-Do-Check-Act
PDP	Parcerias para Desenvolvimento Produtivo
PIB	Produto Interno Bruto
PNH	Política Nacional de Humanização
POC	Prova de Conceito
PTS	Plano Terapêutico Singular
PUC-RJ	Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro
QOCON	Quadro de Oficiais da Reserva de 2ª Classe Convocados
RAC	Recepção de Acolhimento e Risco
RAM	Reações Adversas a Medicamentos

RAS	Rede de Atenção à Saúde
RES	Registro Eletrônico em Saúde
RNDS	Rede Nacional de Dados em Saúde
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SARAM	Subdiretoria de Atenção à Saúde e Regulação da Assistência Médico-Hospitalar
SCE	Sistemas Computacionais e Engenharia
SCP	Sistema de Controle de Processos
SDAP	Subdiretoria de Pagamento de Pessoal
SDLOG	Subdiretoria de Logística
SDPOG	Subdiretoria de Planejamento, Orçamento e Gestão
SDPP	Subdiretoria de Pagamento de Pessoal
SDSOP	Subdiretoria de Saúde Operacional
SIFE	Sentimentos, Ideais, Funcionamento e Expectativas
SIGPES	Sistema de Gestão de Pessoas da Aeronáutica
SILOMS	Sistema Integrado de Logística de Material e de Serviços
SIMP	Sistema Informatizado de Medicina Pericial
SISAU	Sistema de Saúde da Aeronáutica
SISAUC	Sistema da Saúde Complementar
SISPA	Sistema de Psicologia da Aeronáutica
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SMRJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SSFA	Sistemas de Saúde das Forças Armadas
SUS	Sistema Único de Saúde
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TC	Tenda do Conto
TFG	Taxa de Filtração Glomerular
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UNIFA	Universidade da Força Aérea
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

Prefácio

O Sistema de Saúde da Aeronáutica tem uma história rica e diversificada desde sua criação em 1941. Ao longo das décadas, passou por reformulações para atender às necessidades em diferentes momentos. Inicialmente, adotou uma abordagem verticalizada e hierárquica na distribuição de serviços em todo o território nacional. Posteriormente, após sua estruturação como Sistema de Saúde em 1976, a organização seguiu um modelo escalonado (do 1º ao 4º Escalão) para gerenciar sua rede de serviços, abrangendo desde as unidades de base até os maiores hospitais.

O Comando-Geral do Pessoal (COMGEP), no seu papel de tornar tangível a Diretriz do Comandante da Aeronáutica para a área da saúde, manteve olhar atento sobre o cenário geral e alcance de suas ações. Essa ação ensejou mudanças significativas quanto à gestão econômico-financeira entre os anos de 2010 a 2015. Nesse contexto, em 2018, demandou um estudo preliminar a respeito da conjuntura e sustentabilidade do SISAU.

A visão do Tenente-Brigadeiro do Ar Luis Roberto do Carmo Lourenço, à época, à frente do COMGEP, foi decisiva para tal, conforme demonstrado em seu discurso.

O voo da Saúde: o compromisso da Força Aérea Brasileira!

Ao folhear as páginas deste livro, somos guiados por uma narrativa envolvente que se desdobra ao longo dos anos, revelando o compromisso inabalável da Diretoria de Saúde da Aeronáutica em cuidar do que há de mais precioso em nossas vidas: a saúde.

Desde a criação da Força Aérea Brasileira em 1941, testemunhamos a evolução contínua de nosso sistema de saúde, com aprimoramentos e renovações que refletem um esforço incessante para fornecer

um serviço de excelência aos nossos militares e seus dependentes. Reconhecemos que a nossa capacidade de desempenhar atividades cruciais depende intrinsecamente da saúde de cada indivíduo que compõe essa Força.

Com o aumento da população e a expectativa de vida em ascensão, este livro destaca as medidas implementadas para atender às crescentes necessidades, especialmente daqueles que alcançam idades mais avançadas. Os avanços tecnológicos impressionantes e os desafios financeiros exigem estratégias dinâmicas, e estamos empenhados em adaptar-nos constantemente para cumprir as demandas em constante evolução.

O preparo dos profissionais, tanto tecnicamente quanto humanamente, é um pilar essencial. Buscamos a excelência, alinhando-nos aos padrões internacionais, sempre cientes da importância de uma gestão eficiente dos recursos. Este livro não apenas documenta as realizações significativas, mas também exala a motivação e o entusiasmo que permeiam cada ação em prol da saúde de nossos usuários.

Ao final desta jornada, pelas conquistas e pelos compromissos, fica evidente o firme propósito do Sistema de Saúde da Aeronáutica: oferecer o melhor tratamento possível, reafirmando que a saúde é, sem dúvida, nosso bem mais precioso. Este livro é um testemunho inspirador do constante esforço em direção a um futuro onde a saúde prospera nas asas protetoras da Força Aérea Brasileira.

Tenente-Brigadeiro do Ar R1 Luis Roberto do Carmo Lourenço

*(Comandante-Geral do Pessoal da Aeronáutica no período
2018 a 2021)*

A continuidade do gerenciamento de todo o movimento de implementação e consolidação de uma nova diretriz foi facilitada à medida que o então Chefe do Estado-Maior do COMGEP, Major-Brigadeiro do Ar Ricardo Reis Tavares, tornou-se Comandante-Geral do Pessoal, no processo sucessório desse importante Órgão de Direção Setorial. Em seu discurso direcionado a este livro, diz:

Parabenizo inicialmente esta iniciativa da DIRSA, na pessoa de seu Diretor, MB Cloer, pela qualidade do trabalho registrado neste instrumento de comunicação, seja técnico, seja histórico, deste Sistema tão fundamental para a FAB no cumprimento de sua missão.

Ao mesmo tempo, registrar meus agradecimentos a toda a equipe da Saúde pelo exemplo de dedicação, entrega, profissionalismo e visão. Inserido neste processo da Reestruturação do SISAU, além de coadunar com as palavras de nosso Comandante da Aeronáutica, ratifico o papel importantíssimo que meus antecessores à frente do Comando do COMGEP, em especial, o TB Lourenço, tiveram para esta transformação. Em 2018, no Comando do TB Lourenço, grande gestor e amigo, foram iniciados os estudos para conhecermos a Saúde, de como ela estava e para onde ela iria.

Ao debruçar na proposta de estudo realizado para esta transformação, foi dado o *start* e, como de costume em qualquer implantação, tivemos que mudar alguns rumos e inovar procedimentos.

Nesse processo de mudança, para esses desafios, foi fundamental contar com uma equipe inteligente, motivada e focada, como a da Diretoria de Saúde.

Todos os obstáculos foram superados com esta equipe, buscando resultados para os beneficiários e construindo bases para o cumprimento da missão constitucional da FAB. A grandeza deste efetivo nos enche de orgulho e satisfação, pois estamos ombreados com pessoas cheias de energia e vontade de avançar.

Nos passos desta atualização, após o CONHECER, foi dada a largada para o TRANSFORMAR. Planos de investimentos, Plano de infraestrutura, ajustes de pessoal, plataformas de TI etc. foram as frentes lançadas até 2021, quando, paralelamente, teve início o AVANÇAR.

A marca de trabalho lançada o “QUALI SISAU 100”, com os diversos Projetos estruturados, foi também outra iniciativa espetacular da DIRSA para a continuidade de crescimento deste Sistema tão complexo que é o SISAU.

Os avanços significativos em nossa Saúde refletem a priorização na alocação de pessoal administrativo nos hospitais, visando proporcionar maior disponibilidade aos médicos no atendimento. O Acolhimento e a busca por conceder mais dignidade a cada paciente, juntamente com os processos aprimorados na Atenção Primária e Pericial, evidenciam a qualidade do empreendimento, a visão estratégica e a capacidade de mudança que nossa Saúde foi e continua sendo capaz de desenvolver.

Os atuais indicadores destacam os progressos alcançados, as padronizações implementadas, o elevado grau de satisfação e o patamar atingido. Nesse contexto, olhamos para o futuro, concentrando nossos esforços na melhoria da gestão hospitalar, na Saúde Operacional e Mental, e na Saúde Digital. O futuro já começou, e nosso Sistema está atento aos próximos degraus. Os eixos estruturantes, fundamentais para o sucesso, devem ser mantidos, respaldados pelo foco, determinação e vontade que caracterizam nossa Saúde.

Parabéns a todo efetivo do SISAU, vocês são um orgulho da nossa Força Aérea. Que Deus abençoe a todos e os iluminem nesta nobre missão de se doar, se entregar e salvar vidas.

Tenente-Brigadeiro do Ar Ricardo Reis Tavares
(Comandante-Geral do Pessoal da Aeronáutica desde 2021)

***Qualidade com sustentabilidade:
premissa para um sistema de saúde
no século XXI***

Cloer Vescia Alves¹

1. Médico, Gestor, Professor e Consultor. Major-Brigadeiro do Quadro de Oficiais Médicos da Aeronáutica. Diretor de Saúde da Aeronáutica. MBA em Gestão de Serviços de Saúde. Especialização em Medicina Aeroespacial. MBA em Altos Estudos de Política e Estratégia. Pós-graduação em Gestão da Atenção Primária à Saúde. Mestre em Engenharia Elétrica. E-mail: cloercva@fab.mil.br.

1 A percepção de cenário como oportunidade de mudança

A era da informação vem impulsionando mudanças significativas em diferentes setores, ao mesmo tempo que expõe a situação crítica de ameaça à sustentabilidade dos sistemas de saúde, principalmente daqueles que ainda não se adaptaram às novas condições impostas por um cenário em transição. Se a transformação neste século é frenética e repleta de inovações disruptivas, segue a busca por atualização dos conceitos e por melhoria dos processos na saúde, de modo a se tornar menos reativa e, cada vez mais, proativa.

Há diversos estudos comparativos e classificatórios sobre sistemas de saúde em diferentes países e continentes (*The Commonwealth Fund*) que apontam para a evidência de um conjunto de iniciativas (políticas, estratégias, modelos assistenciais, entre outras) associadas a melhores resultados, entre aqueles com melhor posição nesse *ranking*. Por outro lado, existem países cujo anacronismo e dissintonia da atenção à saúde traz reflexos negativos e perpetuam uma crise assistencial e de gestão que se arrasta há décadas, desde meados do Século XX, seja no âmbito público ou privado.

Ao se observarem os determinantes e condicionantes da saúde, sob a ótica matricial e na perspectiva de uma análise combinada destes com outros aspectos interdependentes, observa-se que há ainda um grande hiato entre investimento e resultado global alcançado em saúde, seja em indicadores assistenciais ou em qualidade de vida dos beneficiários.

Figura 1 – Agenda 2030 da ONU

Os cinco P's da Agenda 2030



Fonte: ONU, 2017.

Nesse sentido, ao se lançar um olhar sobre os Cinco P's da Agenda 2030 proposta pela Organização das Nações Unidas (ONU), evidenciam-se cinco dimensões, cuja interação abre a perspectiva para um futuro alicerçado em compromissos maiores, de modo sinérgico e simultâneo, voltados ao desenvolvimento sustentável: Pessoas, Prosperidade, Paz, Parcerias e Planeta.

Os cinco elementos ensejam integração dos países para enfrentamento do cenário que se apresenta ao Século XXI, a serem alcançados até o ano de 2030, sem prejuízo de outras atividades e engajamentos próprios de cada país (figura 1).

O alcance de cada meta “P” depende de um conjunto de medidas integradas e intersetoriais que se relacionam, também, com a saúde, à medida que os determinantes sociais e condicionantes impactam diretamente nos indicadores de saúde, seja de um país ou de uma comunidade, na saúde pública ou privada. Ao se aprofundar no estudo dessa agenda, depara-se com a priorização de 17 objetivos, entre eles, a saúde e o bem-estar, além de outros elementos interdependentes (figura 2). A lógica intersetorial serve como base para diversos tipos de análise, especialmente no tocante à saúde e, sobretudo, ao relacioná-la à qualidade de vida (Alves, 2017).

Figura 2 – Objetivos do desenvolvimento sustentável – Agenda 2030



Fonte: ONU, 2017.

O desenvolvimento sustentável aponta que o investimento de recursos na saúde é fundamental para o alcance de seus objetivos específicos, em articulação intersetorial com os demais, o que remete a uma lógica macroeconômica, partindo-se do Produto Interno Bruto (PIB) e de seus desdobramentos. Prover saúde é algo complexo e multifatorial, seja no contexto de um país ou no âmbito do sistema de saúde de uma instituição, pública ou privada.

As ações na área da saúde necessitam de sólido financiamento, contínuo e crescente, acompanhando não somente as demandas da população, mas avançando prospectivamente em prol do desenvolvimento sustentável e do bem-estar, como *feedback* (retroalimentação), especialmente em retorno ao investimento, à medida que uma população saudável reúne melhores condições também para produzir, o que impacta no produto interno bruto.

Ressalta-se que diferentes entidades internacionais vêm alertando sobre o problema onde “a escala planetária, as políticas governamentais e os diferentes Sistemas de Saúde estão sendo rudemente testados e desafiados de forma contínua e crescente” (WHO Report, 2008). O aprofundamento nessa questão aponta que não há solução única, pois o tema é complexo, multifatorial em suas causas, exigindo abordagens que permeiam a macroeconomia e apontam para a capacidade de planejamento, de implantação das políticas e

de mobilização dos indivíduos e das populações em convergência aos objetivos propostos. O ecossistema da saúde segue desarticulado e com alto desperdício, oferecendo percursos assistenciais labirínticos e pouco cuidadores!

Um dos autores contemporâneos que bem descreveu esse contexto foi Michael E. Porter (2007), quando afirmou que “a prestação de cuidados de saúde está em rota de colisão com aquilo que são as necessidades dos doentes e a realidade econômica.” Sob a ótica do referido autor, “aumento de custos, aumento dos problemas de qualidade e um aumento crescente de cidadãos, sem acesso aos cuidados de saúde necessários, é inaceitável e insustentável.”

Se o problema é, todavia, conhecido e suas causas reconhecidas, por que tamanha dificuldade em fazer-se o adequado enfrentamento? Tal indagação, entre tantas outras, vem instigando profissionais da saúde e estudiosos a aprofundarem as discussões, na busca por caminhos que aproximem de melhores resultados a atenção e a gestão em saúde.

2 Ameaças à sustentabilidade e fraquezas ainda a serem superadas

Entre os principais fatores externos que interferem na saúde encontram-se mudanças que vêm acontecendo mundialmente, sob a forma de transições (demográficas, epidemiológicas e tecnológicas), mescladas com elementos que determinam e condicionam a saúde, fortemente influenciados também pelo grau de autocuidado. Nesse sentido, o comportamento do indivíduo frente aos fatores de risco e de proteção à saúde exerce papel preponderante, especialmente quanto às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que já representam mais de 80% da carga total de doença na população, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) 2020. Certamente, a biologia humana, o ambiente e a estruturação dos sistemas de saúde compõem juntamente e influenciam a matriz da saúde.

A maior parte dos impactos à sustentabilidade na saúde ecoa globalmente, principalmente sob a ótica da transição demográfica, sendo que, no Brasil, a população com mais de sessenta anos de idade dobrou em apenas vinte e cinco anos e assim haverá de ser até 2050, enquanto os países mais desenvolvidos da Europa (Alemanha, França) tiveram seus ciclos de aumento de longevidade acomodados ao longo de seis, oito ou mais décadas.

No contexto epidemiológico, a área da saúde enfrenta no Século XXI uma crescente prevalência das denominadas “condições crônicas” – como fenômeno também mundial – que se desenvolve há décadas, desde as alterações significativas na forma de adoecimento, tanto dos indivíduos quanto das populações, que ocorre cada vez mais por esse conjunto de agravos.

Trata-se de um agrupamento de doenças que se caracterizam por apresentar, de uma forma geral, um longo período de latência, tempo de evolução prolongado, etiologia não elucidada totalmente, lesões irreversíveis e complicações que acarretam graus variáveis de incapacidade, respondendo também pelo maior impacto na produtividade da população, tanto em morbidade quanto em mortalidade. Compreendem em sua maior parte as doenças cerebrovasculares, renais, cardiovasculares, neoplasias, diabetes, doenças respiratórias obstrutivas e osteoarticulares, cujos fatores de risco, em boa parte, decorrem de aspectos comportamentais (Fletcher, 2014). As DCNT demandam assistência continuada, com longos períodos de supervisão, observação e cuidado, visto que não oferecem a oportunidade de cura.

Essa mudança de perfil epidemiológico aconteceu na maior parte dos países em meados do Século XX e igualmente no Brasil, quando se observou, em ordem inversa ao crescimento das condições crônicas, a diminuição das doenças infecciosas e parasitárias como principal causa de morbimortalidade. Credita-se a esse fenômeno uma forte associação com o desenvolvimento dos países e melhoria nos indicadores socioeconômicos e culturais da população.

As doenças infectocontagiosas já não representam a maior carga de doença nos países desenvolvidos, mas ainda tais condições permanecem em caráter endêmico e/ou epidêmico em diversas regiões do mundo. No Brasil, continuam a assolar as populações não somente nas regiões mais precárias em termos sanitários, mas também nos grandes centros, sob a forma de endemias (malária, febre amarela) e epidemias diversas (dengue), o que aumenta enormemente a pressão sobre os serviços de saúde. Cabe ressaltar que nesse país há, ainda, outra expressiva carga de agravos, representada pelas causas externas, em que o trauma é elemento marcante, originado pela violência interpessoal e pelas ocorrências de trânsito. Enquanto em muitos países as causas externas jamais ocuparam posição alarmante, vê-se no Brasil uma escalada da violência, cujos reflexos alcançam a saúde e outras áreas.

Os índices relacionados às diversas formas de violência alcançaram níveis insustentáveis na sociedade brasileira, com perda de produtividade e prejuízos à previdência, à medida que afetam os mais jovens, subtraindo-lhes anos de vida produtiva. Tais situações vêm exigindo que os sistemas de saúde, públicos e privados, arquem com pesada carga adicional de custo assistencial.

As raízes desse somatório de fatores localizam-se em diferentes setores, mas francamente associadas às desigualdades sociais, às carências na área de Educação e ao baixo nível socioeconômico e cultural da população, que em parte ainda aguarda o adoecimento para buscar o cuidado, em detrimento da promoção à saúde e prevenção de riscos e doenças (Alves, 2013).

O aumento da expectativa de vida ao nascer significa avanço e conquista, mas, no caso do Brasil e de muitos outros países, associa-se a um desmensurado e excessivo gasto com saúde. Ao se somar longevidade às

DCNT, chega-se a um elevado e crescente custo de manutenção da saúde nas etapas finais da vida, muito acima do que deveria ser e do que pode ser suportado sob o ponto de vista econômico e financeiro (Alves, 2013).

A longevidade, por si só, é um excelente indicador e sinônimo de desenvolvimento humano, porém, quando associada ao viver sob a influência de elevada carga de DCNT, cria uma condição que se mostra insustentável, em qualquer parte do mundo. Não há recursos disponíveis ao custeio de tal carga de doença como reflexo da falta de políticas adequadas e de cuidado dos indivíduos e das populações, nas etapas iniciais da vida. As repercussões em termos sociais e previdenciários afetam a macroeconomia, sendo que a situação poderá agravar, à medida que houver carência de financiamento, restringindo ainda mais possibilidade de resposta satisfatória da saúde (Alves, 2013).

Somam-se a esse panorama da saúde os avanços da Ciência e da Medicina, francamente marcados pela incorporação tecnológica, que traz conquistas fantásticas, porém, provocando uma elevação do custo em saúde, muitas vezes sem a possibilidade da provisão de recursos e com resultados questionáveis, numa lógica perversa, em que os sentidos dos profissionais vêm sendo substituídos pelos caros sensores dos aparelhos (Alves, 2013).

A inserção tecnológica na saúde caracteriza-se por ser do tipo não substitutiva e com custo sempre crescente, tanto para o novo componente quanto elevando o da geração anterior. Curiosamente, não se encontra paralelo em nenhum outro segmento, nem mesmo na indústria de ponta. Cabe a pergunta: os avanços tecnológicos na saúde servem mais aos pacientes ou aos interesses corporativos? Há de se ter atenção com o excessivo avanço do tecnicismo em detrimento do acolhimento e do humanismo (Alves, 2013).

De um lado, há um forte apelo à geração de ganho financeiro com máquinas, medicamentos e procedimentos de alta complexidade, associados aos interesses de fortes grupos econômicos; de outro, um tímido estímulo à promoção da saúde, assim como insuficientes políticas de prevenção de riscos e de doenças evitáveis, visto que estão associadas, em sua maior parte, a fatores de risco comportamentais, por conseguinte, modificáveis (Alves, 2013).

A sociedade brasileira conseguiu grandes avanços no combate à miséria e à fome nas últimas décadas, no entanto houve expressivo aumento da prevalência de sobrepeso e da incidência de obesidade na população. Tais agravos avançam rapidamente, sendo que a ocorrência desse fenômeno também tem sido observada de forma semelhante em outros países em que houve rápida melhoria dos indicadores econômicos e sociais.

Outro aspecto a ser enfrentado é a regulação do setor de saúde suplementar, que necessita avançar muito além dos aspectos circunstanciais e de mercado, voltando-se à valorização e estímulo às mudanças mais profundas e necessárias, não apenas no modelo de atenção, mas viabilizando a geração de valor no ecossistema. Os cálculos atuariais ainda

têm na faixa etária a sua principal referência, em um contexto em que a remuneração da cadeia prestadora se dá de maneira dissociada da qualidade, privilegiando a produção pela doença. Certamente, há divergências no tocante ao custeio de despesas com saúde, justamente nas faixas etárias em que os gastos nos últimos anos de vida podem ser muito maiores que as contribuições de uma vida inteira (Alves, 2013).

A dificuldade na prestação do cuidado contínuo segue na área pública e na área privada, com crescente número de Operadoras de Planos de Saúde (OPS) com mais de 20% do total de usuários com idade acima de 60 anos. Com referência a esse índice, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ressalta que a OPS necessita atentar para o percentual de idosos acima de 15% do total de beneficiários. O setor, no entanto, tarda em promover uma transformação profunda, limitando-se às ações isoladas com programas de gerenciamento de condições crônicas, de casos complexos, entre outras iniciativas, nitidamente, relacionadas apenas à atenção secundária e terciária.

Nesse contexto, com tantas lacunas assistenciais e hiatos regulatórios, surgem muitas vezes decisões judiciais à margem da evidência científica e sem estudos de custo-efetividade. Mesmo que a interpretação ao se abordar a situação de um indivíduo seja a de que “a vida não tem preço”, há de se compreender que o custeio da saúde e da doença determinam altos custos. Assim, segue a expectativa por um profundo debate na sociedade quanto à responsabilidade compartilhada, sob a ótica da equidade, de modo a melhor acomodar as tensões e as demandas judicializadas, cada vez mais usuais frente ao confuso cenário regulatório do setor. A soma de todos esses elementos eleva a sinistralidade e ameaça ainda mais a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

O resultado dessa equação passa a apontar para um grande desequilíbrio entre receita e orçamento, custo e despesa, cuja relação tende a agravar o déficit, em decorrência de resultados pouco expressivos, obtidos com um modelo de atenção à saúde predominantemente assistencial (ações curativas e com foco na atenção hospitalar), denominado “hospitalocêntrico”.

No Brasil, seja no segmento público ou privado, a população, de modo geral, aguarda pela ocorrência de fator desencadeante de agravo à saúde, transformando os serviços de urgência e emergência em porta de atenção primária! Tal realidade distorcida quanto à finalidade e contrária à lógica de cuidado vem determinando, ao longo de décadas, a predominância de ações reativas por parte dos sistemas de saúde, estruturados para atender a demanda gerada, em boa parte, espontaneamente e sem qualquer mecanismo de regulação, em interminável ciclo vicioso e que impõe filas, quando não deveriam existir se houvesse um adequado cuidado primário (primordial) (Alves, 2013).

Na saúde suplementar, por sua vez, o beneficiário, ao adquirir um plano de saúde com base no modelo vigente, passa a ter acesso a um “cartão ilimitado” em sua possibilidade de crédito, visto que as condições de

agravo à saúde podem impor situações em que despesas podem ser muito maiores que as contribuições. O cuidado em saúde justamente trabalha no sentido de se buscar a melhor solução possível para essa equação, no entanto há no país uma percepção equivocada quanto ao que significa “valor agregado em saúde”, pois os indivíduos mantêm, em boa parte das vezes, expectativa de acesso à tecnologia como resposta principal à carência de serviços com qualidade (Alves, 2013).

Essa condição traz recorrência e submete os usuários à peregrinação – de uma área de especialidade a outra – sem que seja percebida e compreendida a integralidade do “ser”, frente a um aglomerado de recortes assistenciais e de intervenções descoordenadas e que, em muitas vezes, trazem até mesmo prejuízo sobre o diagnóstico e hipermedicalização, em detrimento à prevenção quaternária. Ao mesmo tempo, há tímida responsabilização das pessoas sobre a sua própria saúde, o que fragiliza ainda mais os sistemas de saúde, cuja transformação e adaptação não aconteceram no tempo certo (Alves, 2013).

A discussão em torno desse tema segue em efervescência no mundo, sendo que há um movimento nas últimas décadas de resgate e de valorização dos princípios voltados aos cuidados primários, já descritos na década de 1920, no Reino Unido (Relatório Dawson), e reforçados nas décadas subsequentes, com o Informe Lalonde, no Canadá (1974), e na Conferência de Alma-Ata (1978).

Chama a atenção, todavia, o fato de que, mesmo com todo o conhecimento disponível para definir a tomada de decisão, entraves e dificuldades sistêmicas seguem obstaculizando o processo de mudança na saúde (figura 3).

Figura 3 – Ciclo vicioso da hiperutilização e elevação de custo na saúde.



Fonte: O autor, 2018.

Tais aspectos exercem forte pressão sobre um sistema de saúde, ao provocarem hiperutilização dos serviços, pois prepondera a fragmentação da atenção à saúde e a falta de comunicação entre os diversos pontos da rede, em um modelo hospitalocêntrico e reativo, sendo de alto custo ao longo do tempo e incapaz de solucionar os grandes problemas populacionais (Rose, 2010).

Intrinsecamente, na cadeia de valor da saúde, fatores interferentes obstaculizam melhores respostas frente à alta sinistralidade, visto que decorrem da oferta determinada pela demanda, alavancada pela lógica *fee for service* (do inglês, pagamento por produção). Quanto maior o volume de doença, maior é a produtividade dos elos e mais expressivo é o ganho distribuído na cadeia prestadora, independentemente da qualidade do que está sendo oferecido, o que se traduz em custo desmensurado e, por certo, insustentável. Tal lógica produz grande quantidade de serviços, mas com pífios resultados, sejam em saúde ou mesmo em qualidade de vida, evidenciando a dissintonia entre cenário e realidade dos sistemas de saúde mundo afora, uma vez que estes levam muito tempo para promover as transformações necessárias (Mendes, 2011).

A situação ao longo do tempo passou a requerer medidas urgentes e a crise generalizada na saúde a exigir reformas estruturantes, capazes de promoverem soluções adequadas para enfrentar esse crítico panorama, pois tais condições impõem restrições e carências de acesso e de resolutividade.

Na Aeronáutica, enquanto sistema de saúde que também se estrutura com base no mutualismo, os efeitos sofridos são semelhantes aos encontrados no setor suplementar, agravado pelas oscilações deste segmento, de onde compra serviços em complementação à capacidade da sua rede própria.

A falta de informação eletrônica estruturada no setor saúde afeta a interoperabilidade e prejudica a gestão sistêmica, perpetuando um modelo com alto desperdício e, em grande parte, com registros ainda feitos em papel, o que compromete até mesmo a análise de custo-efetividade e dificulta a regulação.

Agrava esse panorama o fato de que os beneficiários dos sistemas de saúde no país ainda mantêm a percepção de valor agregado, atrelada ao acesso à alta complexidade, sem se preocupar com o fortalecimento dos cuidados primários, e sem que exista um modelo de rede integrada de serviços de saúde com adequado compartilhamento dos históricos dos beneficiários e conexão entre os diversos pontos de atenção à saúde (Starfield, 2002).

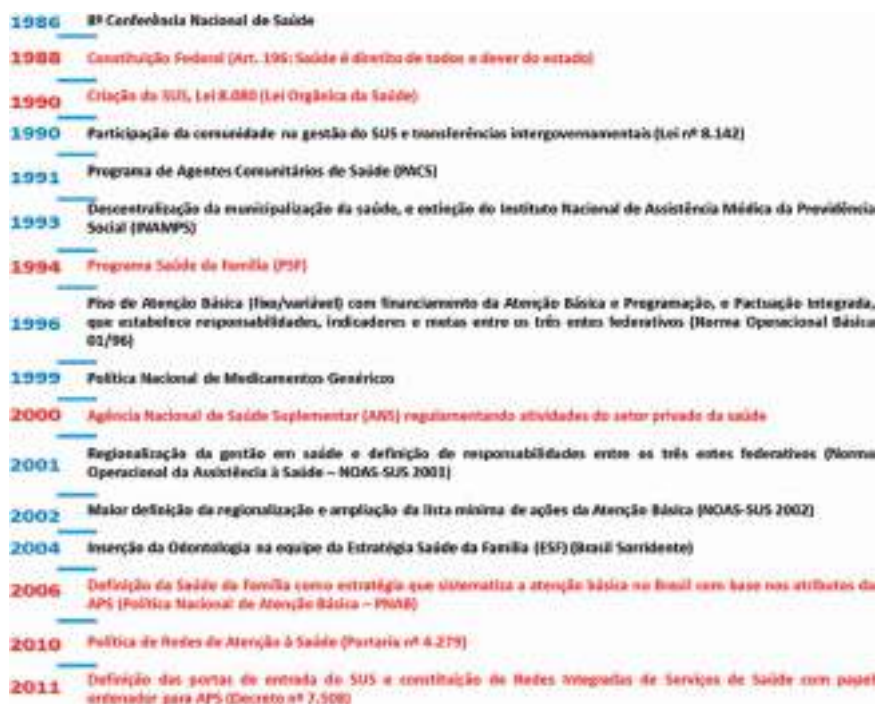
Entre os requisitos fundamentais para estruturação e funcionamento adequado dos sistemas de saúde estão a adoção de políticas e estratégias que apontem para o delineamento da rede e para o modelo de atenção à saúde como eixos estruturantes, potencializados pela interconectividade e pelo intercâmbio de informações de saúde entre os diversos níveis da atenção (primária, secundária e terciária), de modo a garantirem a interoperabilidade e, por conseguinte, a completa funcionalidade de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS), seja na área pública ou privada, tanto do ponto de vista clínico quanto de gestão (Mendes, 2011).

Há de se compreender que ainda prevalece a cultura enviesada na população da busca por resolver o que é imediato e agudo, esquecendo-se de que a maior parte dos agravos é de natureza crônica e de que o

cuidado à saúde necessita ser contínuo, integral, longitudinal e coordenado (Mendes, 2012).

Ao se observarem os principais movimentos e avanços na organização sistêmica da saúde no Brasil, identifica-se que tudo é muito recente (figura 4).

Figura 4 – Cronologia dos principais marcos regulatórios na saúde.



Fonte: Tratado de Medicina de Família e Comunidade, 2012, adaptado pelo autor.

Nesse recorte cronológico, encontram-se expressos alguns indutores e vetores dos Sistemas de Saúde das Forças Armadas (SSFA), que seguiram imersos em uma situação crítica, especialmente pelos altos custos decorrentes da hiperutilização dos serviços de saúde pelos beneficiários, em função da rede desarticulada e de modelos de atenção à saúde ainda bastante fragmentados, alicerçados no componente hospitalar e na alta especialização.

Na atual situação dos SSFA percebe-se, também, nítida inadequação do modelo de atenção, pois permanecem fortemente estruturados para atendimento de condições agudas e de condições crônicas agudizadas, ainda que existam ações voltadas à promoção à saúde e à prevenção nos diversos níveis, mas tênues. De forma geral, adotam uma distribuição geográfica com escalonamento sistêmico e hierarquizado, regionalizado, e sem o necessário suporte de um robusto sistema de Registro Eletrônico de Saúde (RES).

3 A percepção da carência de Registro Eletrônico de Saúde e a decisão

O cenário descrito trouxe problemas e dificuldades também ao Sistema de Saúde da Aeronáutica (SISAU) até 2013, tanto pela fragmentação da atenção quanto pela falta de articulação dos diversos serviços em rede. Em 2014, no entanto, por meio de um processo de mudança de gestão da saúde com centralização da decisão das ações econômico-financeiras no Comando-Geral do Pessoal (COMGEP), houve a adoção de uma outra lógica (credenciamento direto) para contratação da rede terceirizada, o que abriu caminho para novas iniciativas.

Em virtude de o Diretor do Hospital de Aeronáutica de Canoas (HACO), Cel Cloer, ter sido designado para empreender essa nova modalidade de credenciamento para serviços externos à rede própria, criaram-se condições favoráveis para ações transformadoras com o objetivo de dar melhor suporte à nova sistemática. Havia carência de ferramentas e sistemas informatizados para adequado apoio à pretendida operação. Desse modo, o gestor optou por uma Prova de Conceito (POC) para melhor compor o registro eletrônico de saúde e de gestão, decidindo em favor do sistema adotado pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) – o AGHUse (Aplicativo de Gestão Hospitalar). Em função desse marco, a situação do HACO começou a mudar, em prol do desenho de melhores processos, tanto para atendimento do beneficiário na ponta do sistema quanto para a tomada de decisão pela alta gestão. O estudo empreendido em Canoas apontou para ganhos sistêmicos e melhoria de práticas que poderiam ser multiplicadas no SISAU, à medida que a utilização do AGHUse se deu sob uma ótica ampliada de seu potencial, tendo aquele gestor vislumbrado uma espinha dorsal para a gestão de saúde como um todo na Aeronáutica.

A carência de RES compartilhado no HACO afetava a eficiência e os resultados, pois a assistência era desprovida de interoperabilidade e de interconectividade, o que gerava desperdício de meios e de recursos. Além disso, tal condição comprometia a qualidade dos serviços, à medida que dificultava o monitoramento e o controle, bem como enfraquecia a auditoria. Por analogia, a falta de um RES integrado no SISAU trazia, também, desperdícios e perdas ainda maiores, tanto em eficiência quanto em resultados, à medida que a informação clínica, nos diversos pontos de atenção dessa desarticulada rede, ficava retida em papel e inacessível à gestão (Alves, 2017).

4 Dissintonia entre objetivo e resultado dos serviços prestados na saúde

Ao se considerar o objetivo de cuidar da saúde das pessoas e o arranjo de custos dos diversos serviços num sistema de saúde, observa-se que o impacto provocado pelos gastos com internações ainda prepondera

em relação aos demais custos, pois um volume transacional pequeno (1%) pode significar mais de 40% do total das despesas em um sistema de saúde. Tal equação tende a piorar à medida que os sistemas fortalecem aspectos da prestação de serviços, calcada nos hospitais em detrimento de cuidados primários, cujos atributos buscam oferecer uma porta mais ampla para acesso com resolução de primeiro contato, integralidade das ações dos serviços oferecidos, continuidade da atenção à saúde e coordenação das necessidades de cuidado, com melhores resultados e adequado equilíbrio econômico-financeiro (figura 5).

Figura 5 – Composição genérica das despesas em um sistema de saúde.



Fonte: O autor, 2017.

Segundo Starfield, uma das maiores referências mundiais em estratégias de atenção à saúde e apropriação de cuidados primários, todo sistema de serviços de saúde possui duas metas principais; a primeira é otimizar a saúde da população por meio do emprego do estado mais avançado do conhecimento sobre a causa das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde; a segunda meta, e igualmente importante, é minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde.

1

5 De uma publicação histórica à realização presente

Há de se compreender que o atual panorama do Século da Informação impõe a necessidade de acesso a conteúdos importantes também à área da saúde, em que o histórico clínico dos indivíduos que utilizam um sistema de saúde necessita ser compreendido como o seu maior ativo, a fim de que a tomada de decisão seja oportuna e assertiva, com base em dados e informações relevantes – atualizadas – e, se possível, em tempo real (Alves, 2017).

O fato de as pessoas passarem a viver por mais tempo, dada a longevidade crescente, impõe a responsabilidade do cuidado contínuo à saúde, sob diferentes aspectos e em todos os ciclos, desde a gestação até o final da vida, sob uma visão integral do ser, especialmente pela promoção à saúde e evitando-se agravos que possam ser prevenidos, ao invés de simplesmente se aguardar o adoecimento como uma espécie de determinismo inevitável.

A tônica de um sistema “verdadeiramente” de saúde reside em políticas e estratégias capazes de enfrentar a transições, sejam demográficas, epidemiológicas ou tecnológicas, de modo a acrescentar vida aos anos e, a partir dessa condição, contribuir para um viver com qualidade, o que difere da situação de luta interminável de simples combate às doenças, como sinônimo da “inexorável velhice adoecida”. Quanto mais tênues forem as macrodefinições e marcos regulatórios, maiores os impactos e tensionamentos oriundos de diferentes interesses das partes que compõem o confuso ecossistema da saúde.

Evidencia-se na saúde um ciclo vicioso que corrói a sua capacidade de prestar adequado cuidado e oportunos serviços, pois os problemas não enfrentados ou ainda não resolvidos perpetuam demandas reativas e que frustram a consolidação de melhorias. O ritmo das transformações segue intenso e, muitas vezes, acrítico, desprovido de necessidade técnica, dando margem à mera expectativa individual e servindo de pano de fundo para uma inversão de valores, com adoção de práticas muitas vezes afastadas de critérios com boa base de evidência científica. Em um mundo cada vez mais digital, o RES assume forte protagonismo como ferramenta capaz de propiciar adequado substrato à tomada de decisão, seja assistencial ou de gestão. Se a *internet* das coisas já chegou, a saúde necessita também adotar soluções inovadoras para alavancar as ações em prol da melhoria do cuidado, seja individual ou coletivo.

Ao se observar o contexto histórico, identifica-se que existem modelos de organização que protagonizaram melhores resultados ao nortear sistemas de saúde organizados em rede integrada de serviços, o que segue em desafio, decorridos mais de cem anos de uma de suas primeiras concepções: o Relatório Dawson, publicado em 1920 (figura 6).

Figura 6 – Modelo dos preceitos de Dawson.



Fonte: Relatório Dawson, 1920.

Entre os aspectos mais marcantes da publicação histórica feita pelo Médico Militar Inglês, Dr. Bertrand Edward Dawson, destacam-se aspectos relacionados às características de integração dos pontos de atenção, o que pode ser considerado um marco na concepção do que se entende atualmente por Rede de Atenção à Saúde (RAS) e seus elementos constitutivos:

- Território;
- Populações adstritas;
- Porta de entrada;
- Vínculo/ acolhimento;
- Referência;
- Atenção primária como coordenadora do cuidado.

Na RAS o registro do histórico clínico é essencial, entre outros:

- *“Para maior eficácia e progresso do conhecimento, deveria estabelecer-se um sistema uniforme de histórias clínicas; no caso de um paciente ser encaminhado de um centro a outro para fins de consulta ou tratamento, deve ser acompanhado de uma cópia de sua história clínica.”*
- *“Com a expansão do conhecimento, as medidas necessárias para resolver os problemas de saúde e as enfermidades se tornam mais complexas, reduzindo-se o âmbito da ação individual e exigindo, ao contrário, esforços combinados.”*
- *“A medicina preventiva e a curativa não podem separar-se em virtude de nenhum princípio sólido e em qualquer plano de serviços médicos devem coordenar-se estreitamente.”*
- *“Serviços domiciliares apoiados por centros de saúde primários e auxílio de laboratórios, radiografias e internação”.*
- *“Nas cidades maiores, centro de saúde secundários, com serviços especializados no mínimo, clínica, cirurgia, gineco, oftalmo, otorrino.”*
- *“Localização de acordo com a distribuição da população e dos meios públicos de transporte e com as correntes naturais de fluxos comerciais e de tráfego, variando em tamanho e complexidade, segundo as circunstâncias”.*
- *“Os centros secundários vinculam-se a um hospital docente [...] isto é conveniente, primeiro, em benefício do paciente [...] e, segundo, em benefício do pessoal adstrito aos centros de saúde, que poderiam assim acompanhar o processo em que interferiram desde o começo, familiarizar-se com o tratamento adotado e apreciar as necessidades do paciente depois de seu regresso ao lar”.*
- *“Considerando-se uma grande região, outros serviços especializados – saúde mental, por exemplo – se relacionariam com os centros de saúde primários e secundários.”*
- *“Todos os serviços – tanto curativos como preventivos – estariam intimamente coordenados, sob uma única autoridade de saúde para cada área”.*

- “É indispensável a unidade de ideias e propósitos, assim como a comunicação completa e recíproca entre os hospitais, os centros de saúde secundários e primários e os serviços domiciliares, independentemente de que os centros estejam situados no campo ou na cidade.”

Certamente, há de se ter a compreensão dos conceitos e do modelo proposto por Dawson à luz do seu contexto histórico, visto que, à época, houve a divulgação do Relatório Flexner, cujos reflexos ainda são percebidos nas áreas de formação e de graduação profissional, especialmente na Medicina, com influência e repercussões também na adoção de iniciativas voltadas à estruturação dos sistemas de saúde, porém sob expectativa obscurecida por incontáveis distorções provocadas pela desarticulação da rede, fragmentação da atenção e do cuidado à saúde, acentuando até a elevação do custo da saúde.

6 Do conceito aos princípios norteadores de um sistema de saúde

Ao descrever a APS como “atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação”, a autora influenciou decisões mundo afora a respeito desse complexo tema (figura 7).

Figura 7 – Atributos essenciais e derivados da APS.



Starfield B, 1992. Primary Care: concept, evaluation and policy.

Fonte: STARFIELD, 1992.

Em histórico pronunciamento na Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1978, Starfield (1992, p. 30-31) acrescentou que a atenção primária “é parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde”.

O entendimento a respeito dos atributos essenciais pode ser assim descrito:

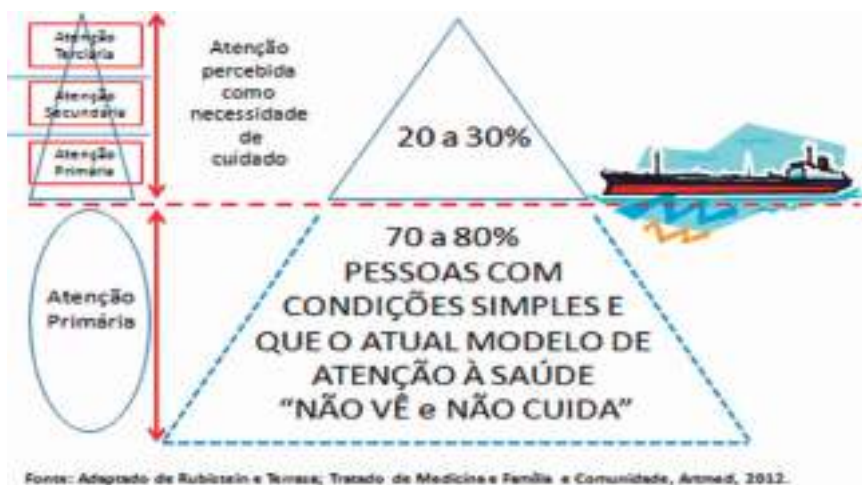
- Acesso de primeiro contato pressupõe a utilização do serviço de saúde como fonte de cuidados a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas.
- Longitudinalidade traz à tona a existência de uma prestação permanente de cuidados de saúde, que é utilizada ao longo do tempo, contínua.
- Coordenação inclui a articulação das ações relativas ao cuidado, sem interrupções, de forma contínua, seja por parte do mesmo profissional, seja por meio dos registros médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração desses cuidados no cuidado global ao indivíduo.
- Integralidade abrange um leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de cuidados de saúde primários, especialmente ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os utilizadores recebam cuidados globais, tanto no ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequados ao contexto dos cuidados de saúde primários, mesmo que algumas ações envolvam encaminhamentos para outras especialidades, hospitais, entre outros pontos de atenção da rede.

Adicionalmente, os chamados atributos derivados trazem as seguintes definições:

- Orientação Familiar para avaliar a necessidade individual e cuidado, devendo-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, nesse ambiente.
- Orientação Comunitária para reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade por meio de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; a sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços.
- Competência Cultural compreende a capacidade de adaptação do prestador de cuidados (equipe multidisciplinar e profissionais de saúde) em moldar-se às características culturais, especiais da população, para facilitar a relação e a comunicação com a mesma.

Assim, à medida que um sistema de saúde carece de orientação para APS surgem mais entraves e dificuldades, cujos reflexos podem inviabilizar a sua sustentabilidade, pois passa a existir um abismo entre as necessidades de cuidado à saúde e as medidas capazes de prover adequadas soluções no cenário do Século XXI, pressionado pela carga crescente de DCNT (figura 8).

Figura 8 – Hiato entre a necessidade de cuidado e a atenção à saúde.



Fonte: Tratado de Medicina de Família e Comunidade, 2012, adaptado pelo autor.

Ao se observar uma população, à luz do modelo da pirâmide de risco (*iceberg*), identifica-se que a ocorrência de um naufrágio traz uma analogia adequada, à medida que a maior parte das pessoas convive com fatores de risco e em condições simples de agravamento à saúde, numa condição ainda não emergente, enquanto estas não se manifestam acentuadamente, portanto sem gerar preocupação a ponto de os indivíduos buscarem entender ou mesmo prevenir tais agravos, visto que estes não repercutem de modo significativo na sua saúde (70 a 80% da população encontram-se na base da pirâmide).

Quanto mais grave o problema de saúde (movimento em direção ao ápice representado por 20 a 30% da população), mais recursos passam a ser necessários e maior é a preocupação das pessoas com o cuidado e as intervenções decorrentes do adoecimento. Outra constatação é de que, na base da pirâmide, o autocuidado encontra melhor substrato que na parte superior, onde passa a existir maior dependência do cuidado profissional.

O paradoxo que se estabelece é de que a maior demanda per capita de recursos para atenção à saúde está na ponta da pirâmide, enquanto o maior número de expostos ao adoecimento está na base, mas onde a percepção de risco é menor, daí a perda de oportunidade de prevenção e de reforço aos fatores de proteção. Tal condição, quando bem equacionada entre paciente e equipe, amplia o autocuidado em prol da obtenção de melhores resultados em saúde, conforme delineado no modelo proposto por Wagner (figura 9).

Figura 9 – Modelo de organização da atenção à saúde

Fonte: MENDES, 2011.

7 Da estratégia à orientação para cuidados primários à saúde e bem-estar

Do inglês, *Primary Health Care* traz um conceito polissêmico, cujo entendimento varia conforme o contexto de emprego. Sob a ótica sistêmica, abrange os princípios e os atributos para a governança e a organização das redes de atenção à saúde; na perspectiva assistencial, compreende o primeiro nível de atenção e a porta de entrada do sistema de saúde, com acesso e demais atributos compatíveis com as necessidades da população adstrita. Ao ser traduzido para a língua portuguesa, Atenção Primária à Saúde, acentua-se a dificuldade de entendimento e de seu emprego, visto que há, também, correntes de pensamento na saúde que trazem a compreensão em torno de uma “atenção básica”, caracterizando os serviços que compõem o primeiro nível de atenção à saúde, especialmente na área da saúde pública brasileira.

Nesse sentido, seguem estudos e publicações originadas em inúmeros debates e discussões, sobretudo na saúde complementar e suplementar, em que existe uma forte corrente de aprovação quanto a caracterizar a Atenção Primária como assistência e cuidado à saúde, enquanto a Atenção Integral se volta para a perspectiva sistêmica delineando a estratégia (política) (figura 10).

Figura 10 – Atenção Integral (AIS) e Atenção Primária à Saúde (APS).



Fonte: WHO, 2015, adaptado pelo Autor.

Cabe ressaltar que os sistemas de saúde se caracterizaram, ao longo de décadas, como reativos, hierarquizados e hospitalocêntricos, com serviços desarticulados e fragmentados, ofertando, muitas vezes, acesso para atender expectativas e interesses dos prestadores, com carência de elementos de comunicação na rede e colocando o indivíduo como sujeito passivo. Com a adoção de novos modelos voltados à Atenção Integral, a saúde passou a contar com melhor organização em rede e com forte incentivo aos usuários para adotarem postura mais proativa e focada no autocuidado, além de priorizar práticas com base em evidência e voltadas à gestão de fatores de risco e à adoção de planos de cuidado coordenado, valorizando, também, a remuneração. Enquanto o primeiro sistema esteve centrado na doença e caracteriza o passado, o segundo passou a estar centrado na pessoa e traz a perspectiva da mudança (figuras 11 e 12).

Figura 11 – centrado na doença. **Figura 12** – centrado na pessoa.



Fonte: Kanavos, 2011. Fonte: Mendes, 2009.

Ao mesmo tempo em que estratégia e modelo de atenção à saúde ganharam destaque nas discussões mundo afora, uma nova sistemática de gestão também passou a ser difundida, com base em quatro dimensões alinhadas a um Quádruplo Objetivo (*Quadruple Aim*) (figura 13), atualmente já ampliado para cinco (*quintuple*), incluída a equidade na saúde.

Figura 13 – Diagrama do Quádruplo Objetivo.



Fonte: Institute for Healthcare Improvement (IHI).

A compreensão em torno das quatro dimensões assinala:

1. Melhoria da experiência do paciente (usuário) no cuidado (qualidade/satisfação), desde a percepção até sentimentos compartilhados (segurança, eficácia, eficiência, entre outros), seja presencial ou virtual, fortalecendo o vínculo.
2. Melhoria das condições gerais da saúde coletiva com base na lógica deque o cuidado individual pode ser ampliado a toda a população (ganho em escala).
3. Redução nos custos per capita dos cuidados em saúde pela melhoria contínua dos cuidados prestados, combinada à aplicação do conhecimento científico (redução de desperdício de recurso no cuidado à saúde e elevação da eficiência econômica), favorecendo melhor regulação sistêmica.
4. Satisfação da força de trabalho à medida que equipes engajadas produzem melhores resultados e reforçam os componentes positivos do relacionamento, por meio de um cuidado ampliado aos profissionais e a seu ambiente de trabalho.

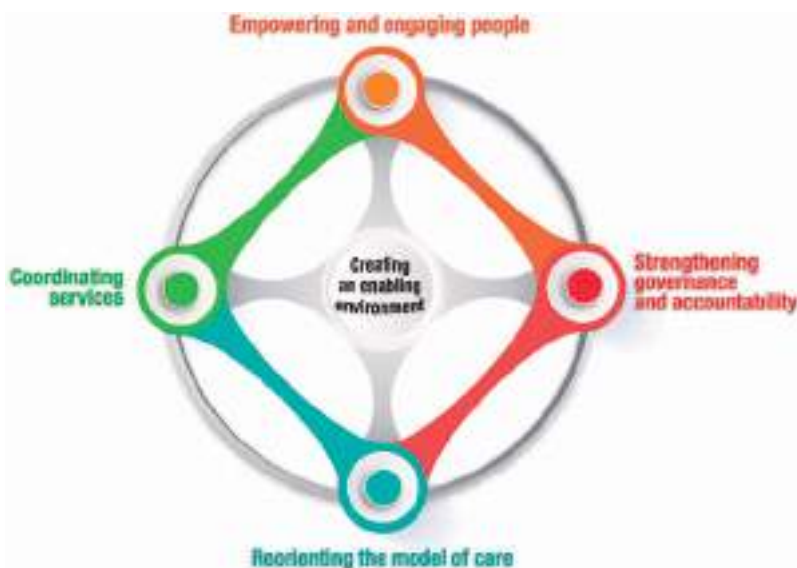
8 Tendência global: cuidado centrado na pessoa e integração dos serviços de saúde

O cenário da atenção à saúde é desafiador. Cada vez mais, as instituições do setor necessitam atuar de forma assertiva e sinérgica, pois não há mais espaço para estratégias isoladas em uma transformação, cuja tendência se apresenta como global (Alves, 2019).

O Século XXI trouxe reflexões e propostas de mudança do setor saúde, com base na adoção de uma estratégia global de suporte ao processo de mudança, em prol do cuidado centrado na pessoa e da integração dos serviços de saúde, destacando-se, assim, nestes quatro itens, cinco elementos interdependentes:

- a. Empoderamento e engajamento das pessoas (do inglês, *empowering and engaging people*);
- b. Fortalecimento da governança e prestação de contas (do inglês, *strengthening governance and accountability*);
- c. Reorientação do modelo de cuidado (do inglês, *reorienting the model of care*);
- d. Coordenação de serviços (do inglês, *coordinating services*); e criação de ambiente favorável (do inglês, *creating an enabling environment*) (figura 14).

Figura 14 – Estratégia global para mudança na saúde.



Fonte: WHO, 2015.

9 Panorama da saúde na Aeronáutica e a necessidade de mudança

No aprofundamento de uma análise do contexto que envolve a saúde no país, observa-se que, além das situações globais conhecidas, coexistem circunstâncias peculiares que o colocam em posição permeada por contrastes e desigualdades. Grandes avanços aconteceram no combate à miséria e à fome nas últimas décadas, mas com aumento da prevalência de sobrepeso e a incidência elevada da obesidade na população (Jenkins, 2011). Persistem, ainda, doenças infectocontagiosas que já deveriam ter sido controladas.

Desde os anos 2000, a sinistralidade crescente passou a tensionar fortemente os sistemas de saúde, públicos e privados, o que já vinha, em final do século, demandando medidas e iniciativas de enfrentamento, porém, ainda muito reativas, e pouco eficazes, em sua maioria.

A Saúde da Aeronáutica já havia feito um primeiro movimento em prol da mudança da modalidade de contratação da rede externa, mas seguia com lacunas e hiatos em sua organização sistêmica interna, por conta do modelo hospitalocêntrico e desarticulado, em um paralelismo com a saúde suplementar brasileira, com altos e baixos, dependendo do volume de financiamento.

No início de 2018, o Subdiretor Técnico da DIRSA, ao ter sido escolhido para promoção ao Generalato, o Brigadeiro Cloer, foi designado Diretor do Hospital de Força Aérea de Brasília (HFAB), o que o levou a deixar o Rio de Janeiro em transferência para a Capital Federal. Ao assumir aquela direção, passou a analisar o substrato das séries históricas do hospital em comparação com o HACO (2014), por ter sido também seu diretor. Esse gestor, então, estabeleceu estudo comparativo no tocante aos desempenhos e, por extrapolação, delineou cones de tendência com base nos resultados, que acumulavam crescente déficit sistêmico, e este, ao acentuar-se, comprometia cada vez mais a qualidade dos serviços, o que tornaria o sistema insustentável.

Tais constatações passaram a ocupar a pauta central de inúmeras conversas e discussões em encontros de gestores, em torno de possíveis soluções para se obter melhor equilíbrio do Sistema de Saúde da Aeronáutica, considerando-se que em 2010 já havia sido criado um Programa Assistencial Integrado (PASIN), cujos resultados foram limitados por conta do escopo restrito à organização de fluxos ambulatoriais, o que levou ao abandono da iniciativa.

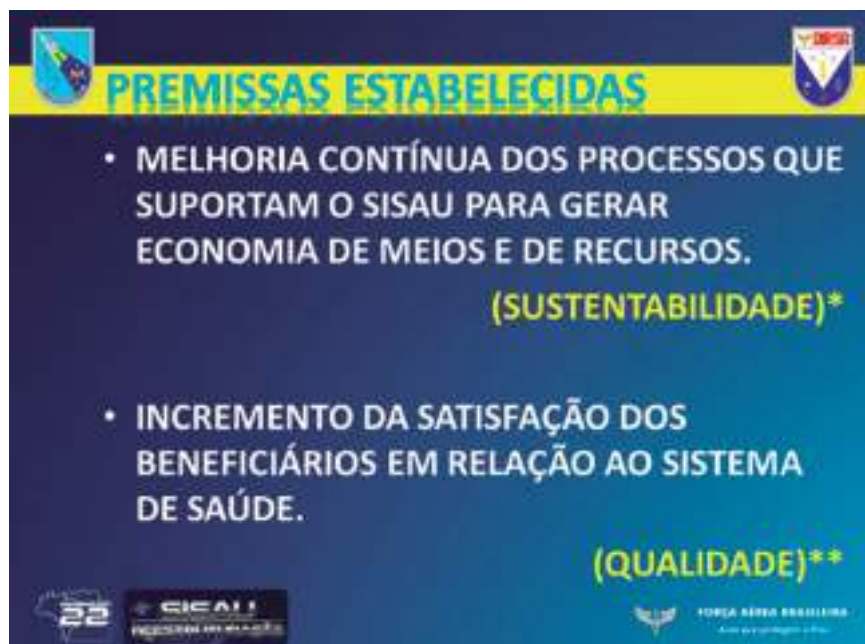
Nesse contexto, o Comandante-Geral do Pessoal demandou, ao final de 2018, um estudo preliminar sobre o tema ao então Diretor do Hospital de Força Aérea de Brasília. A escolha deu-se pelo engajamento daquele Oficial General Médico na gestão da saúde, pelas mudanças empreendidas no HFABe, sobretudo, pelos debates que vinha propondo. O notório conhecimento técnico do Brigadeiro Médico foi decisivo, pois, enquanto Major,

ficara dois anos no Ministério da Saúde (2008 e 2009), atuando também como Consultor da Organização Panamericana da Saúde (OPAS). Além disso, esse profissional já atuava na docência e produzia publicações sobre gestão em saúde, redes de atenção à saúde e modelos de atenção à saúde, o que contribuiu para a decisão.

A demanda instigou o gestor a ampliar e aprofundar o estudo estatístico das séries históricas (produção, custo, entre outras) dos quatro anos anteriores, além de pesquisa documental (relatórios econômico-financeiros, de gestão, entre outros), agregando também uma revisão da literatura. A metodologia adotada contemplou ferramentas como Matriz SWOT, GUT, *Balanced Scorecard*, entre outras, buscando aproximar-se de estudo transversal. Com a obtenção de modelos com base no tratamento das informações coletadas nos diversos sistemas informatizados, tornou-se possível traçar linhas de ação.

Ressalta-se que duas premissas foram estabelecidas: sustentabilidade e qualidade (figura 15).

Figura 15 – Premissas norteadoras do estudo preliminar.



Fonte: O autor, 2018.

O autor traçou uma linha do tempo e idealizou cinco ondas distintas: as quatro primeiras afirmaram o legado e a última apontaria para o futuro, tendo como meta alcançar uma RAS clássica. O contexto histórico da FAB, dados os avanços exemplificados pelos principais vetores de combate, dá a dimensão do processo de atualização e melhoria contínua também da saúde (figura 16).

Figura 16 – Linha do tempo considerando-se a história do SISAU e a FAB.

Fonte: O autor, 2018.

A proposta feita pelo autor terminaria por apontar o substrato para as mudanças que seriam propostas como vetores da reestruturação, estando descrito que, desde 2021, lançar-se-ia um olhar prospectivo sobre os vinte anos vindouros, culminando com os 100 anos de sua criação, em 2041 (figura 16).

A conclusão foi apresentada ao Comandante-Geral do Pessoal ao final de noventa dias (março de 2019), em que constam descritos quatro eixos estruturantes: novo modelo de Governança; estratégia orientada para Atenção Integral à Saúde; organização em Rede de Atenção à Saúde; e implementação da gestão por processos e por resultados. Em sequência, o trabalho foi apresentado na Reunião de Oficiais Gerais do COMGEP (abril de 2019) para, em seguida, ser levado ao Comandante da Aeronáutica e ao Alto Comando, para apreciação e validação. Posteriormente, criou-se um Grupo de Trabalho (GT) no âmbito do COMGEP, com representantes deste e da Diretoria de Saúde, do Hospital de Força Aérea de Brasília, além de profissionais de saúde convidados.

1

10 A elaboração da proposta de Reestruturação da Saúde da Aeronáutica

O resultado do GT foi publicado em outubro de 2019 e culminou com a publicação da Diretriz do Comando da Aeronáutica (DCA 11-126), definindo três fases distintas para a Reestruturação da Saúde da Aeronáutica (figura 17).

Figura 17 – Descrição das três fases da reestruturação.

Esta Diretriz visa delinear horizontes e mostrar rotas que permitam sedimentar, no COMAER, a **Estratégia da Atenção Integral à Saúde no SISAU** e provocar grandes mudanças:

- **Conhecer para transformar:** curta etapa caracterizada em 2019 pelo momento de diagnóstico, de estudo, de pesquisa e de intensa discussão técnica, em prol da formulação de uma proposta e de um plano de ação;

- **Transformar para avançar:** etapa de curta à média duração que será desencadeada nos próximos dois anos (2020 e 2021), momento em que a implantação e coleta de indicadores acontecerão simultaneamente, sob a ótica da melhoria contínua e do ciclo PDCA; e

- **Avançar para conquistar:** período futuro, de médio prazo (2022), quando os primeiros ciclos completos de análise de desempenho serão avaliados, tanto sob a ótica comparativa quanto em prol da sustentabilidade à frente.

Finalmente pretende-se proporcionar melhor eficácia e eficiência ao processo decisório, baseando-se no perfil institucional, no contexto jurídico-administrativo, na estrutura organizacional, missão, competências, funções e atividades de todos os elos do SISAU. Devendo ainda estar articulada às demais políticas existentes no COMAER.

Fonte: DCA 11-126, 2019.

A Diretriz apontou o rumo da transformação e desencadeou um intenso trabalho técnico para detalhamento dos novos processos (figura 18).

Figura 18 – eixos estruturantes da reestruturação.

Fonte: O autor, 2019.

As Subdiretorias da Diretoria de Saúde da Aeronáutica foram delimitadas para ampliar a abrangência e incrementar a Governança sistêmica:

- **SDSOP:** Subdiretoria de Saúde Operacional;
- **SARAH:** Subdiretoria de Atenção à Saúde e Regulação da Assistência Médico-Hospitalar;
- **SDLOG:** Subdiretoria de Logística;
- **SDPOG:** Subdiretoria de Planejamento, Orçamento e Gestão.

Ainda que o tema central da reestruturação tenha sido a atenção à saúde, sob a ótica assistencial e de gestão, priorizaram-se, também, áreas que compõem a estrutura e o emprego de uma Força Armada, bem como a Saúde Operacional. Os grupos temáticos passaram a elaborar os regulamentos, regimentos, normas sistêmicas e instruções, cujo somatório de dezenas desses documentos ultrapassou 5.000 laudas com o detalhamento e atribuições.

As equipes técnicas da DIRSA desdobraram a Estratégia da Atenção Integral à Saúde nos três níveis de atenção à saúde (primária, secundária e terciária), com ênfase no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), composto por: Pirâmide de Riscos, *Cronic Care Model* (Wagner) e Determinantes Sociais da Saúde (Dahlgren e Whitehead) (figura 19).

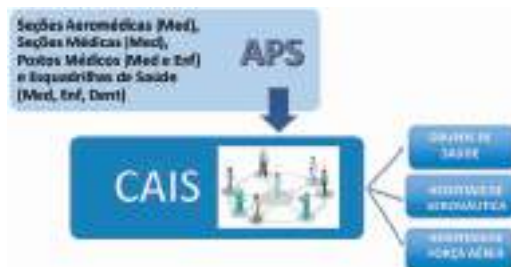
Figura 19 – Modelo de Atenção às Condições Crônicas.



Fonte: MENDES EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da saúde, 2011.

A apropriação dos modelos definiu ações estruturantes de modo a alcançar todos os pontos de atenção nas diferentes regiões do país, com base na adoção de conceitos norteadores que passaram a permear a rede de atenção à saúde. Nesse sentido, a concepção estratégica do Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS) aglutinou os princípios da APS e permitiu a organização sistêmica do cuidado no SISAU, cujo esforço de implantação aconteceu ao longo de 2020 e 2021, concomitantemente com a Pandemia COVID-19. Obviamente, as viagens e atividades de implementação do novo modelo tiveram de ser adaptadas àquela realidade (figura 20).

Figura 20 – O CAIS como porta de entrada e elemento de comunicação na rede.



Fonte: O autor, 2021.

A organização em Rede de Atenção à Saúde apontou para a melhoria da qualidade da atenção, da qualidade de vida dos beneficiários, dos indicadores de saúde, da eficiência na utilização dos recursos com equidade (Mendes, 2011). A concepção hierarquizada preexistente no SISAU foi substituída por uma lógica poliárquica e de integração sistêmica pela horizontalidade, enfatizando que todos os pontos de atenção são igualmente importantes, sejam na primária, secundária ou terciária, apenas diferenciando-se em função do adensamento tecnológico que os caracterizam (baixa, média e alta complexidade). Tais preceitos passaram a compor as ações sistêmicas da DIRSA, de modo a alcançar desde a ponta do sistema até os hospitais maiores.

A adoção do georreferenciamento como ferramenta para estudo do adensamento populacional e definição da capacidade instalada para cada unidade de saúde representou uma inovação no contexto da gestão da saúde na Aeronáutica.

A organização dos pontos de atenção em níveis de complexidade crescente propiciou a alocação de pessoal e de recursos tecnológicos de modo mais assertivo e calcado num modelo de gestão por processos e por resultados, cujas verificações passaram a ocorrer simultaneamente em diferentes dimensões: assistencial, econômico-financeira, operacional, pericial, entre outras (figura 21).

Figura 21 – RAS e respectivos níveis de complexidade no SISAU.



Fonte: O autor, 2019.

A reestruturação gerou um choque de gestão e estabeleceu cinco dimensões para gestão sistêmica da saúde (governança, planejamento, pessoal, estrutura funcional, e materiais e equipamentos), considerando que as diversas unidades estão dispersas nas diferentes regiões no território nacional, sob distintos Comandos Militares. Desse modo, as diretrizes emanadas da DIRSA passaram a alcançar todos os pontos de atenção da rede, independentemente de onde estejam situados, em um perfeito sincronismo e sinergia enquanto sistema organizado em Rede de Atenção à Saúde.

O SISAU opera na modalidade de autogestão, com financiamento público e contribuições dos beneficiários. Oferece cobertura a cerca de 300.000 vidas, distribuídas nas diferentes regiões do país, tendo a DIRSA como órgão central. A rede assistencial própria conta com uma força de trabalho composta por mais de 8.500 profissionais da saúde atuando em 110 unidades assistenciais organizadas por níveis de complexidade, além de sete Organizações Especiais, compreendendo três Odontoclínicas de Aeronáutica (OASD, OARF e OABR), um Centro de Medicina Aeroespacial (CEMAL Pericial), um Laboratório Químico-Farmacêutico (LAQFA), um Instituto de Medicina Aeroespacial (IMAE) e um Centro Gerontológico (CGABEG) (figura 22).

Figura 22 – Rede própria do SISAU.



Fonte: O autor, 2020.

O Coordenador da Reestruturação, ao deixar a Direção do HFAB e reassumir a Subdiretoria Técnica da DIRSA, em 2020, passou a nortear, também, o aprimoramento da matriz de gestão e da cesta de indicadores, definindo quatro níveis de estratificação: macro, meso, micro e nano. Em virtude da coexistência entre o modelo anterior e o novo estabelecido pela reestruturação, implantou também o conceito de Organização Ambidestra (figura 23).

Figura 23 – Quatro níveis de estratificação dos indicadores.



Fonte: O autor, 2020.

A periodicidade (em dias) para efetuar o giro dos ciclos de coleta e de processamento das informações foi definida para cada nível, assim como a ferramenta PDCA, adotada para controle e melhoria contínua dos processos.

Ao se observar o modelo de gestão adotado na saúde depreen-
de-se que foram estabelecidas também quatro importantes instâncias de análise e de tomada de decisão: Comitê de Governança Clínica (responsável pela análise dos nanoindicadores nas equipes da ponta); Organização de Saúde da Aeronáutica (responsável pela análise dos microindicadores); Comitê de Gestão, Avaliação e Monitoramento (CGAM) na DIRSA, responsável pela análise dos mesoindicadores; e Núcleo de Gestão, Avaliação e Monitoramento (NGAM), no COMGEP, responsável pela análise dos macroindicadores. Cada instância, respectivamente, ficou responsável por apresentar os resultados compilados, tanto em *dashboards* quanto em relatórios específicos definidos no Pacto de Gestão celebrado entre a DIRSA e as OSA. Mensalmente, ao longo de dois anos (2020 a 2021), o Coordenador da Reestruturação apresentou os resultados no âmbito do NGAM, em Brasília/DF.

A organização da coleta dos indicadores, de acordo com os diversos ciclos e instâncias, foi decisiva para a melhoria contínua, observando-se um fluxo sinérgico de transformação de processos, de cima para baixo, desde a governança corporativa em direção às equipes, e, no sentido inverso, de baixo para cima, a verificação de resultados, da governança clínica até a governança corporativa (figura 24).

Figura 24 – Ciclos de coleta para os quatro níveis de estratificação dos indicadores.



Fonte: O autor, 2020.

O Pacto de Gestão viabilizou a aplicação dos conceitos e verificação de desempenho de cada OSA com base na avaliação dos indicadores, sob a ótica da Tríade Donabedian: estrutura – processo – resultado. Criou-se uma interface dinâmica entre o Quádruplo Objetivo e a Governança Clínica. Simultaneamente, foram criadas oficinas para capacitação e treinamentos dos profissionais, à medida que as ações passaram a demandar cada vez mais conhecimento em áreas específicas nos diferentes níveis da gestão.

A oficialização do pacto aconteceu por meio de Portarias editadas pelo Diretor de Saúde, onde constaram todas as orientações, os objetivos, os indicadores e as metas para cada OSA, de acordo com o seu nível de complexidade e de população adstrita. Tais iniciativas apontaram melhores resultados na gestão da saúde, de modo inovador no SISAU (figura 25).

Figura 25 – Pacto de Gestão – Quádruplo Objetivo e Governança Clínica.



Fonte: O autor, 2020.

O Modelo de Gestão por Processos e por Resultados passou a gerar ciclos voltados à melhoria contínua, tendo como substrato o conceito de qualidade em saúde do *Institute Of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos, estruturado em seis dimensões: cuidado seguro, efetivo, centrado na pessoa, no tempo certo, eficiente e equânime (figura 26).

Figura 26 – Conformação da RAS e interface com os modelos de gestão.



Fonte: O autor, 2020, adaptado de MENDES (2012).

A aplicação desses preceitos no processo de gestão clínica proporcionou alavancagem sistêmica da gestão da saúde como um todo, desde a atenção primária, passando pela secundária e alcançando a terciária (figura 27), difundindo-se os princípios da Governança Clínica na rede própria.

Figura 27 – Diagrama com os princípios de Governança Clínica.



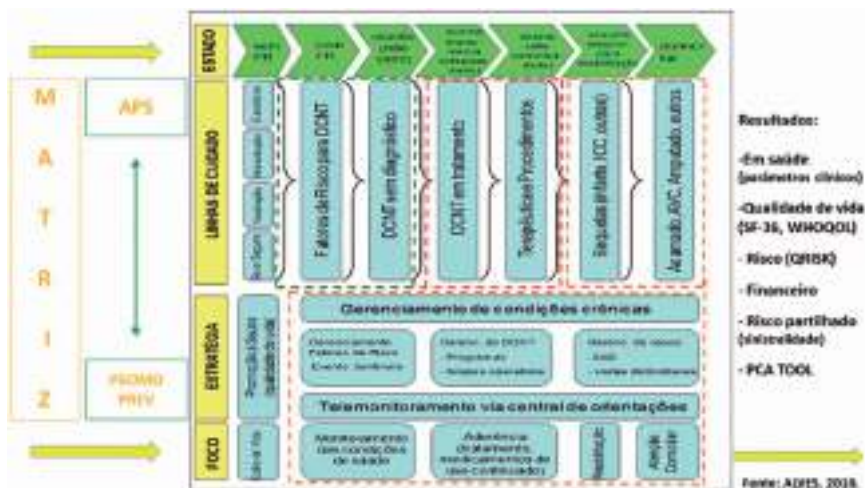
Fonte: National Health Service (NHS).

Os processos alcançados pela gestão clínica alinham-se à garantia de se proporcionar uma atenção integral, coordenada e centrada no paciente, com base nos seguintes conceitos-chave: qualidade e efetividade, objetivos comuns para todos os agentes envolvidos na prestação de serviços, descentralização progressiva, autonomia e responsabilização na obtenção de resultados.

O conjunto de boas práticas adotado na reestruturação trouxe a aplicação de um conjunto de tecnologias voltadas à microgestão da saúde, tendo sido escolhidos indicadores com essa finalidade (nanoindicadores). Desse modo, identificam-se a convergência e a sinergia entre as diversas vertentes técnicas e científicas que constituíram o arcabouço de transformação da Saúde na Aero-náutica, enfatizando a atenção à saúde de qualidade, centrada nas pessoas, efetiva, com base em evidências científicas, segura, que não cause danos às pessoas e aos profissionais de saúde, eficiente, provendo ótimos recursos, oportuna, prestada no tempo certo, equitativa, de forma a reduzir desigualdades e ofertada de forma humanizada (Mendes, 2001).

O norteamento da execução do modelo se deu pela adoção de uma matriz para delineamento dos principais processos na área assistencial, criando uma ponte entre a abordagem anterior (modelo hospitalocêntrico, centrado na doença e reativo) e a estratégia voltada à Atenção Integral à Saúde (poliárquico, centrado na pessoa e proativo). O sistema de registro eletrônico de saúde (AGHUse) passou a oferecer um conjunto de informações estruturadas, em tempo real, incluindo-se indicadores clínicos, de modo a permitir o cruzamento entre múltiplas variáveis e a demonstração das análises em *dashboards* dinâmicos, obtidos a partir de ferramentas de *Business Intelligence* (BI) (figura 28).

Figura 28 – Matriz de transição entre o modelo anterior e a estratégia AIS.



Fonte: O autor, 2010 adaptado de Campos, 2010.

As informações de estratificação de risco e proposições para coordenação do cuidado (linhas de cuidado, projetos terapêuticos, entre outras abordagens) puderam ser registradas e monitoradas longitudinalmente,

com observação dos diversos tipos de desfecho (clínico, qualidade vida, econômico-financeiros, entre outros), abrindo novas oportunidades para ciclos de melhoria da gestão.

A gestão do risco em saúde passou a nortear o gerenciamento das principais condições de saúde dos indivíduos e da população como um todo, a partir de uma adequada estratificação com base nas condições de saúde. Destaca-se que o Gerenciamento das Condições Crônicas (GCC) passou a auxiliar a gestão da saúde, já a partir da porta de entrada da APS, com a identificação dos eventos-sentinela (desfecho durante a história natural da doença) e de outros fatores impactantes. Assim, por meio das linhas de cuidado e planos de cuidado orientado, o GCC deixou de ser um recorte assistencial e passou a ocupar dupla dimensão: atenção à saúde e diretriz de gestão. No âmbito da atenção à saúde, voltou-se ao cuidado integral, contínuo e articulado, oferecido de forma oportuna ao paciente, até a recuperação ou melhoria de sua autonomia no cotidiano; em relação à gestão, induziu a organização necessária para viabilizar o cuidado do indivíduo, à luz do fluxo em cada nível de atenção.

A compilação das principais informações e resultados num *dashboard* da área assistencial passou a ser utilizada sob a ótica de ferramenta de apoio à decisão da alta gestão, tendo sido idealizada pela equipe da DIRSA e disponibilizada ao COMGEP e também para o Comandante da Aeronáutica. Dessa forma, o monitoramento contínuo das ações passou a ser priorizado nos processos de gestão da saúde na Aeronáutica (figura 29).

Figura 29 – *Dashboard* com informações gerenciais da área assistencial.

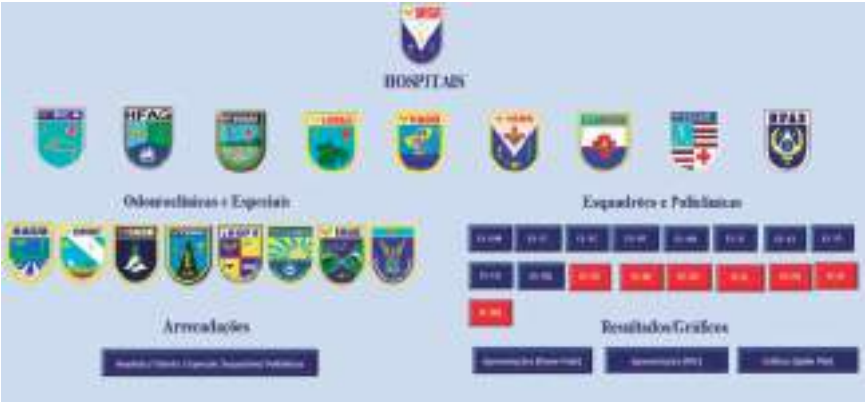


Fonte: SARAM, 2020.

Do mesmo modo, a compilação das principais informações e resultados econômico-financeiros, em um *dashboard* dinâmico da área de planejamento e orçamento, passou a ser utilizada como ferramenta de gestão, tendo sido também idealizada na DIRSA e disponibilizada ao

COMGEP. Tal iniciativa, ampliou a aplicação do conceito de *Accountability* (do inglês, responsabilidade, prestação de contas) na gestão da saúde da Aeronáutica (figura 30).

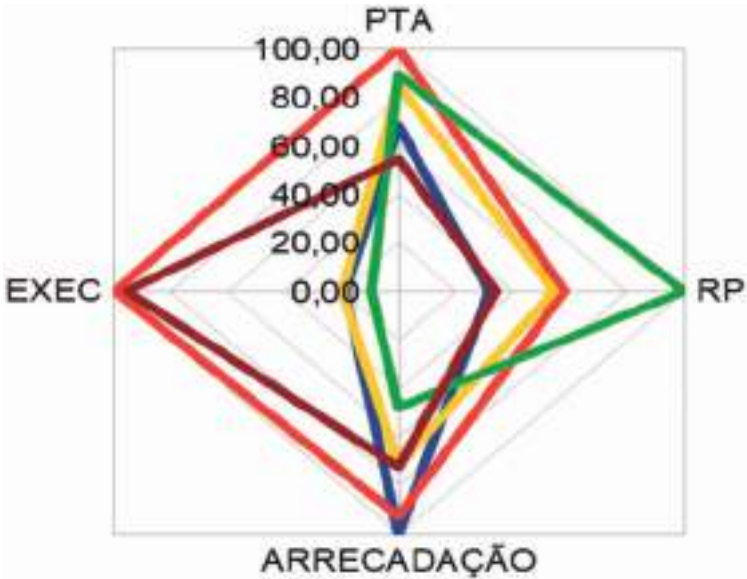
Figura 30 – Dashboard com informações econômico-financeiras da saúde.



Fonte: SDPOG, 2020.

A modelagem gráfica do tipo *spiderplot* passou a ser utilizada como ferramenta de monitoramento contínuo e atrelado ao Pacto de Gestão, por meio do qual se estabeleceu um *ranking* entre as Organizações de Saúde (matriz de dispersão), estimulando o *benchmarking* e o melhor desempenho (figura 31).

Figura 31– Gráfico *spider plot* utilizado no Pacto de Gestão.



Fonte: SDPOG, 2020

11 A Educação Continuada e Permanente como vetor da Reestruturação

A capacitação das equipes e dos profissionais nos diferentes níveis da gestão e nas diversas áreas de atuação foi decisiva e constou desde o início do processo de implementação das ações voltadas à reestruturação, tendo sido utilizadas as modalidades presencial e a distância, com aplicação de inúmeros recursos e ferramentas didáticas, em formatos variados para cada tipo de conteúdo. As iniciativas foram disponibilizadas em atividades síncronas e assíncronas, conforme o escopo e a natureza do conhecimento (figura 32).

Figura 32 – Diagrama direcionador para nortear as iniciativas de Educação.



Fonte: O autor, 2020.

1

Em função da experiência em docência e capacitação em Ensino a Distância (EAD), o Coordenador da Reestruturação propôs e desenvolveu parte dos conteúdos utilizados em diversos formatos: palestras, cursos, oficinas, apostilas, videoaulas, entre outras abordagens. Diferentes áreas foram criadas, como de aperfeiçoamento e pós-graduação (lato sensu). Entre as iniciativas, cabe destacar: Curso de Aperfeiçoamento em Atenção Integral à Saúde (CAAIS) e Curso de Gestão em Saúde (CGS).

Os cursos preexistentes foram ampliados: Curso de Auditoria em Saúde (CAAdSau), Curso de Perícia Médica (CPM) e Curso de Medicina Aeroespacial (CMAE). Ao todo, no primeiro ano (2021) de edição dos novos cursos foram capacitados mais de 500 profissionais, tendo sido estipuladas metas para os anos subsequentes. Nos hospitais, foram intensificados os programas de Residência Médica e de Internato, buscando-se a ampliação tanto do número de vagas quanto das especialidades ofertadas, em

alinhamento às necessidades voltadas a um sistema de saúde reestruturado, mais resolutivo e mais eficiente, e com vocação para a melhoria contínua. A mudança cultural seguiu em desafio e demandando iniciativas e ações voltadas também aos beneficiários.

12 Plano de comunicação da reestruturação

A estratégia de comunicação foi elaborada pelo Centro de Comunicação Social da Aeronáutica (CECOMSAER) e gerou um movimento sinérgico para alcançar diferentes públicos, em prol da percepção de valor agregado em saúde. Diferentes meios, mídias e veículos foram utilizados para tal, com temáticas que se alternaram na linha do tempo (figuras 33, 34 e 35).

Figura 33 – Logotipo criado para o período de implantação da reestruturação.



Fonte: CECOMSAER, 2020.

Figura 34 – Material informativo sobre o CAIS.



Fonte: CECOMSAER, 2020.

Figura 35 – Banner eletrônico com informações sobre a reestruturação.

SISAU
SISTEMA DE
SAÚDE DA
AERONÁUTICA

REESTRUTURAÇÃO:

A transformação do SISAU iniciou em 2020 e traz a Atenção Integral à Saúde (AIS) como estratégia, com o foco na Atenção Primária, gerando melhoria assistencial e no cuidado geral à saúde dos beneficiários, a partir de incrementos como o CAIS, a TELEMEDICINA e a implantação do AGHUse (prontuário eletrônico integrado).

O acesso ao atendimento foi ampliado. Além do telefone e presencialmente, agora também pelo Portal do Militar.

CAIS


CAIS

Centro de Atenção Integral à Saúde. O atendimento é agendado pelo Portal do Militar, telefone e presencialmente.

TELEMEDICINA


TELEMEDICINA

Atendimento remoto que possibilita a solução de diversas demandas, como prescrições, verificações de resultados de exames, dentre outras, com encaminhamento e agendamento online para clínicas especializadas.

SISTEMA DE TI


SISTEMA DE TI

AGHUse - Prontuário Eletrônico

FEEDBACK

Para otimizar os processos administrativos e continuar trazendo melhorias para o nosso Sistema de Saúde, o seu feedback é essencial.

Entre em contato conosco, tire suas dúvidas e dê sugestões:

 ouvidoria.saude@tab.mil.br

Fonte: CECOMSAER, 2020.

Simultaneamente, o Coordenador da reestruturação realizou reuniões com as equipes locais durante as visitas técnicas de implementação, assim como efetivou encontros com beneficiários residentes nas diferentes localidades visitadas. Tais atividades alternaram-se por meio presencial e remoto, à medida que a COVID-19 impactou a programação. Além de tais iniciativas, o Coordenador desencadeou videoconferências semanais da DIRSA com os principais gestores do SISAU, cujo conteúdo foi sendo moldado em função das diferentes etapas do cronograma de trabalho. Obviamente, por meio de um processo de transformação tão abrangente e profundo, houve resistências, fruto da natureza humana, e, muitas vezes, também, incompreensões, frente a eventual lacuna de comunicação ou de entendimento. No intuito de se mitigar tais situações, o Coordenador ampliou a coleta de informações no tocante à satisfação dos beneficiários, sendo que foram intensificadas as abordagens informativas com os diferentes públicos. A mudança cultural ocupou a pauta central das discussões, de modo a se detectarem e reduzirem eventuais barreiras à comunicação. (figura 36).

Figura 36 – Compreensão do processo de mudança cultural.



Fonte: O autor, 2014.

A percepção do beneficiário é fundamental para o êxito de um sistema de saúde que busca qualidade e sustentabilidade, em que o engajamento e a satisfação são imprescindíveis, sobretudo com base no empoderamento pelo autocuidado, orientado e apoiado, o que foi pensado e executado como diretriz central.

A DIRSA desenvolveu para os beneficiários conteúdos informativos (e-book) que passaram a ser disponibilizados, tanto nos atendimentos quanto por busca nas páginas (web) das OSA (figura 37).

Figura 37 – Publicações voltadas ao estímulo do autocuidado.

Fonte: O autor, 2022.

13 A metodologia de implementação da Atenção Integral à Saúde na ponta

Um dos elementos mais importantes de um processo de mudança reside na metodologia escolhida, pois dela partem ações que delineiam tempos e movimentos em um universo extramente complexo, como é o caso da saúde. Nesse sentido, o Coordenador da Reestruturação escolheu um método capaz de agregar pertencimento, especialmente entre os profissionais da saúde, com ênfase entre os médicos, enfermeiros, odontólogos e farmacêuticos, de modo a centrar nas pessoas uma parcela da responsabilidade pela mudança.

Entre as questões direcionadoras, definidas pelo Coordenador, têm-se:

- Que processos poderiam ser modificados em prol da melhoria e da qualidade do cuidado em saúde?
- Que resultados poderiam ser demonstrados a curto prazo, a fim de serem utilizados como *feedback* positivo?
- Que profissionais poderiam ser convidados a atuar como líderes da transformação nas instâncias locais e regionais?
- Que tópicos seriam priorizados para melhor comunicação?

Ao buscar responder às questões, entre outras, sob a ótica do planejamento e do delineamento do plano de ação, o *Safety Net Medical Home Initiative* foi sendo ajustado para nortear as quatro principais etapas da transformação (figura 38).

Figura 38 – Metodologia utilizada para implementação da AIS na RAS.

Fonte: **Safety Net Medical Home Initiative, 2014.**

14 O registro eletrônico de saúde como ferramenta de melhoria da gestão

A AIS tornou mais assertiva e homogênea a prestação de serviços na RAS do SISAU, com ênfase à interconectividade e à interoperabilidade. Um dos alicerces para melhor controle dos processos foi o desenvolvimento do primeiro *layout* do Sistema da Saúde Complementar (SISAUC), por meio de modelagem com base nas planilhas criadas pela gestão do Fundo de Saúde (FUNSA) do HACO, ainda em 2014, quando lá foi iniciado Credenciamento Direto.

A Prova de Conceito realizada no HACO, em 2014, demonstrou que o AGHUse ensejou padronização, integração e conectividade, o que potencializou a troca de informações em tempo real, contribuindo para alavancar tanto a gestão da clínica quanto a parte organizacional, além de ter gerado economia de meios e de recursos em diferentes áreas. Houve redução de desperdício e otimização de processos, com ênfase ao apoio à decisão, auditoria facilitada, supervisão tempestiva e mais adequado controle (Alves, 2016).

O registro eletrônico abriu espaço para uma abordagem orientada aos diversos serviços em diferentes setores, à medida que passou tanto a oferecer quanto a coletar informações “de saúde” e “sobre a saúde” dos beneficiários, disponibilizando-as, em tempo real, para uso clínico e gerencial. Nesse sentido, o AGHUse proporcionou a integração dos processos e favoreceu a interação dos diferentes níveis da gestão: macro (COMGEP), meso (DIRSA), micro (OSA) e nano (EQUIPE), o que reforçou o propósito da Rede de Atenção à Saúde, em sem sentido mais amplo.

A reestruturação propôs mudança no processo de implantação do AGHUse, em reforço ao conceito de que os sistemas de saúde necessitam de dados e informações atualizadas, oriundas de todos os pontos de atenção, o que demandou a adoção da lógica de propagação horizontal.

As diferentes fases idealizadas foram fruto de amplo e pormenorizado planejamento, sendo que a implantação transcorreu durante a Pandemia de COVID-19, o que impactou muitas atividades e fez com que processos tivessem de ser alterados, conforme as normas sanitárias. Mesmo assim, a equipe de campo executou um trabalho primoroso, acompanhado pelo Coordenador da Reestruturação em visita a todas as Organizações de Saúde ao longo de dois anos consecutivos (2020 e 2021) (figura 39).

Figura 39 – Principais etapas da expansão do AGHUse na reestruturação.



Fonte: O autor, 2020.

1

15 O avanço da Telessaúde na Reestruturação do SISAU

A Pandemia de COVID-19 fortaleceu algumas iniciativas e ferramentas delineadas no escopo da diretriz de reestruturação do SISAU, à medida que impôs uma nova realidade nas relações entre pacientes e profissionais de saúde, especialmente no âmbito da Saúde Digital. Nesse sentido, buscou-se dotar imediatamente as organizações de meios e recursos voltados à Telessaúde, nas diversas áreas: Telemedicina, Telenfermagem, Telepsicologia, entre outras.

Nesse sentido, diversas modalidades foram utilizadas: Teleconsulta, Teleinterconsulta, Telemonitoramento e Teleorientação.

O Comando da Aeronáutica, atento às demandas, prontamente disponibilizou 200 salas virtuais para videoconferência em ambiente próprio para tais demandas, sendo que a DIRSA desenvolveu soluções para marcação de consultas *online* e modelo prescricional para emissão de receita digital. A economia de meios e de recursos com deslocamentos evitados foi significativa, além de ter proporcionado importante avanço na inclusão digital e melhoria de acesso aos serviços de saúde (figura 40).

Figura 40 – Avanço em Telessaúde proporcionado pela reestruturação do SISAU.



Fonte: O autor, 2020.

16 A Saúde Digital como alavanca para melhoria contínua da saúde

A Reestruturação trouxe a utilização intensiva de meios e de recursos digitais em alinhamento à tendência global, com ênfase à inovação e com mudanças disruptivas. Cabe aos atuais gestores garantir a continuidade das ações estruturantes e buscar soluções criativas para aperfeiçoamento e atualização constante de tudo o que foi gestado e realizado em quatro anos.

Num cenário cada vez mais digital e permeado pela *internet* das coisas (IoT), torna-se fundamental na saúde a participação de todos os *stakeholders* (do inglês, partes envolvidas em um processo de transformação), tornando importante também a busca por maior inclusão e acesso igualitário à tecnologia.

O futuro passa pelo exercício de se pensar a saúde e desenvolvê-la como um ecossistema, em que interconectividade e interoperabilidade ganham força e se tornam essenciais, em um universo cada vez mais voltado à interação e ao domínio da informação clínica em tempo real, com a adoção de inúmeros dispositivos móveis e vestíveis, ampliando a fronteira do possível rumo ao inimaginável em cuidado à saúde, com melhoria da qualidade de vida e bem-estar, já sob influência dos avanços e contribuições da inteligência artificial.

17 A perspectiva da qualidade com sustentabilidade: QUALI SISAU 100!

Ao alcançar oitenta anos de história em 2021, a Saúde da Aeronáutica reafirmou o legado deixado pelos antecessores e se renovou, à medida que iniciou uma nova etapa de modo a estabelecer uma ponte para o ano de 2041, quando completará 100 anos de existência! Ressalta-se que inúmeros desafios foram superados ao longo dos quatro anos da reestruturação.

As demandas por orçamento, financiamento, investimento com solidez e continuidade seguem na pauta dos gestores da Aeronáutica, todavia, agora sob a ótica prospectiva e em alinhamento com o desenvolvimento sustentável.

Nesse sentido, renovaram-se, também, os ânimos e as vontades de todos em reforço ao compromisso com a qualidade: aprimoramento da AIS, incremento da RAS, prospecção de novas soluções para RES e melhoria contínua da gestão. As conquistas e os resultados alcançados são promissores e serão apresentados, de modo comparativo, no capítulo final desta obra.

1

Referências

ALVES, C. V. Atenção Integral à Saúde no Segmento de Saúde Suplementar. In: OLIVEIRA, Karla Regina Dias de; RODRIGUES JÚNIOR, Valdmário (Org.).

Auditoria em saúde: contextualizando a auditoria e as boas práticas na saúde. São Paulo: Unimed do Brasil, 2013, p. 35-45. V. 2,

ALVES, C. V. Atualizações e Perspectivas na gestão da saúde. In: **1ª Jornada de Atenção Integral à Saúde.** Canoas: Hospital de Aeronáutica de Canoas, 2014. 1 CD-ROM.

ALVES, C. V. **Carta ao leitor.** Unimed Ciência, p. 195, 1 jul. 2017.

ALVES, C. V. (Coordenador). **Manual de Atenção Integral à Saúde.**

Remodelamento da área de Promoção à Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças. São Paulo: Unimed do Brasil, 2013. V. 1.

ALVES, C. V. (Coordenador). **Manual de Atenção Integral à Saúde.** Atenção Primária à Saúde. São Paulo: Unimed do Brasil, 2014. V. 2.

ALVES, C. V. **Medicina Preventiva e Gerenciamento de Condições Crônicas no Hospital de Aeronáutica de Canoas.** 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Escola de Comando e Estado-Maior da Aeronáutica) – Universidade da Força Aérea, Rio de Janeiro, 2010.

ALVES, C. V. **Registro Eletrônico:** melhoria na gestão e incremento da interoperabilidade na Rede de Atenção à Saúde. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso – Escola Superior de Guerra, Rio de Janeiro, 2017.

ALVES, C. V.; CARVALHO, L. C.; CASSIAS, A. L. A atenção integral à saúde no sistema Unimed. **Revista Científica Faculdade Unimed**, v. 1, p. 19-38, 2019.

ALVES, C. V.; CRUZ, K. D. F. **O Samu 192 no cenário das urgências:** desafios da Política Nacional de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde no Brasil. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, v. 1, p. 205-219.

ALVES, C. V.; MARTINS, S. C. O.; SEEWALD, R. A.; BRONDANI, R. Doença cerebrovascular. In: ALBERT BRASIL; ALESSANDRO FINKELSZTEJN; MARCO ANTONIO STEFANI; MÁRCIA L. F. CHAVES. (Org.). **Rotinas em neurologia e neurocirurgia.** Porto Alegre: Artmed, 2008, v. 1, p. 93-96.

BRASIL. Comando da Aeronáutica. Gabinete do Comandante da Aeronáutica. **Diretriz que estabelece a Reestruturação do Sistema de Saúde da Aeronáutica:** DCA 11-126. Rio de Janeiro, RJ, 2019.

BRASIL. Comando da Aeronáutica. Gabinete do Comandante da Aeronáutica. **Manual do CAIS:** MCA 160-10. Rio de Janeiro, RJ, 2023.

BRASIL. Comando da Aeronáutica. Gabinete do Comandante da Aeronáutica. **Norma de Sistema que dispõe sobre a Estratégia de Atenção Integral à Saúde (AIS):** NSCA 160-19. Rio de Janeiro, RJ, 2021.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2024.

CAMPOS, E. F. (Org.). **Desenvolver a saúde:** modelo cuidador da Federação das UNIMEDS de Minas Gerais. Belo Horizonte: Federação das UNIMEDS de Minas Gerais, 2008.

CAMPOS, E. F. (Org.). **Cadeia de valor em saúde:** uma proposta para a saúde suplementar. Belo Horizonte: Federação das UNIMEDS de Minas Gerais, 2009.

CAMPOS, E. F. (Org.). **Inovação e prática no gerenciamento de condições**

crônicas. Belo Horizonte: Federação das UNIMEDS de Minas Gerais, 2010.

CHRISTENSEN, C. **Inovação na Gestão da Saúde:** soluções disruptivas para reduzir custos e aumentar qualidade. Tradução de André de Godoy Vieira, Mariana Belloli Cunha, Ronaldo Cataldo Costa. Porto Alegre: Bookman, 2009.

DAWSON, Berthran Edward. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920.** Washington, Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica, n. 93, 1964.

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J.; DUNCAN, M. S.; GIUGLIANI, C. **Medicina Ambulatorial: condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W. **Epidemiologia Clínica:** Elementos Essenciais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

FRIEDBERG, M. W.; HUSSEY, P. S.; SCHNEIDER, E. C. Primary Care: A Critical Review Of The Evidence On Quality And Costs Of Health Care. **Health Affairs.** 2010.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030:** diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro, 2012.

GÉRVAS, J.; PÉREZ, F. M.; STARFIELD, B. H. **Primary care, financing and gatekeeping in western Europe.** Fam Pract. 1994, sep. v. 11, n. 3, p. 307-17.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 951-963, 2006.

GUSSO, G. D. F.; LOPES, J. M. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade:** princípios, formação e prática. Porto Alegre: ARTMED, 2012.

HARZHEIM, Erno et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade.** Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 274-284, out./dez. 2013.

HOSPITAL DE AERONÁUTICA DE CANOAS. **Material de trabalho utilizado nas apresentações sobre Projeto Piloto do Registro Eletrônico de Saúde.** Canoas, RS, 2014.

HOSPITAL DE AERONÁUTICA DE CANOAS. **Plano de Trabalho para o projeto de implantação do Sistema Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários.** Canoas, 2015.

JAMOULLE, M.; GOMES, L. F. Prevenção Quaternária e limites em medicina. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade,** 2014, v. 9, n. 31, p. 186-91. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(31\)867](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(31)867). Acesso em: 12 jan. 2023.

JENKINS, C. D. **Construindo uma saúde melhor.** Organização Pan-Americana da Saúde. Porto Alegre: Artmed, 2007.

KILO, Charles M.; WASSON, John H. Practice redesign and the patient-centered medical home: history, promises, and challenges. **Health Affairs,** v. 29, n. 5, p. 773-778, 2010.

LANGLEY, G.J.; MOEN, R.D.; NOLAN, K.M.; NOLAN, T.W.; NORMAN, C.J.; PROVOST, L.P. **Modelo de Melhoria: uma abordagem prática para melhorar o desempenho organizacional**. Campinas: Mercado de Letras, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

PAIM, Jairnilson et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PAPANICOLAS, Irene; CYLUS, Jonathan; SMITH, Peter C. An analysis of survey data from eleven countries finds that 'satisfaction' with health system performance means many things. **Health Affairs**, v. 32, n. 4, p. 734-742, 2013.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Repensando a Saúde**. Estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. São Paulo: Bookman, 2007.

PORTER, M. E.; LEE, THOMAS H. A estratégia que irá corrigir os serviços de saúde. **Harvard Business Review**, 2013.

ROEHR, Bob. Health care in US ranks lowest among developed countries, Commonwealth Fund study shows. **British Medical Journal**, v. 337, n. 7663, p. 193, 2008.

ROSE, G. **Estratégias da Medicina Preventiva**. Porto Alegre: ARTMED, 2010.

SALTMAN, R. B.; RICO, A.; BOERMA, W. G. W. (Ed.). **Atenção Primária conduzindo as redes de atenção à saúde: reforma organizacional na atenção primária europeia**. Berkshire: Open University Press/McGraw-Hill Education, 2006. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2532.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2023.

SCHOEN, Cathy; DOTY, Michelle M. Inequities in access to medical care in five countries: findings from the 2001 Commonwealth Fund International Health Policy Survey. **Health Policy**, v. 67, n. 3, p. 309-322, 2004.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, 2002.

STEWART, M.; BROW, J. B.; WESTON, W. W.; McWHINNEY, I. R.; McWILLIAN, C. L.; FREEMAN, T. R. **Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

THE COMMONWEALTH FUND 2010. **International Health Policy Survey in Eleven Countries**. Mirror, Mirror on the wall, 2010.

THE COMMONWEALTH FUND 2013. **International Health Policy Survey in Eleven Countries**. 2013.

UNIMED DO BRASIL. **Manual de Atenção Integral à Saúde**. São Paulo, 2018.

UNIMED DO BRASIL. **Revista Unimed Ciência**, v. 1, n. 1, p. 1-188, São Paulo, 2016.

UNIMED DO BRASIL. **Revista Unimed Ciência**, v. 1, n. 2, p. 189-304, São Paulo, 2017.

WELCH, H.G.; SCHWARTZ; L.M.; WOLOSHIN, S. O. Making people sick in the pursuit of health. Wilsted e Taylor Publishing, Boston, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The conceptual framework for the International Classification for Patient Safety**. Version 1.1. Final technical report. Geneva: World Health Organization, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Strategy on people-centred and integrated health services**. Geneva: World Health Organization, 2015.

***O planejamento da oferta de serviços:
da observação das demandas ao
conhecimento das necessidades***

Luís Eduardo Teixeira de **Macedo**¹

1. Médico, Mestre em Saúde Pública. Doutor em Saúde Coletiva/Epidemiologia. Tenente Coronel Médico do Quadro de Oficiais Médicos da Reserva Remunerada da Aeronáutica. Diretoria de Saúde da Aeronáutica (DIRSA). Email: macedo letm@fab.mil.br

A teoria da transição epidemiológica no mundo (OMRAN, A., 1971) tenta correlacionar as modificações nos padrões de saúde e de doença que acompanharam a transição demográfica, estágios sucessivos de transição epidemiológica foram descritos. Em uma perspectiva histórica, observamos primeiro, a era da pestilência e da fome, quando a alta mortalidade impedia crescimentos populacionais e a expectativa de vida ao nascer oscilava entre 20 e 40 anos. Nesta era, na Inglaterra de meados do século XVII, três quartos de todas as mortes eram atribuídas às doenças infecciosas, desnutrição ou complicações da maternidade, enquanto as doenças cardiovasculares e o câncer respondiam por menos de 6% do total.

Em seguida, um declínio progressivo da mortalidade passou a ser observado como decorrência de epidemias menos frequentes, o que determinava algum crescimento populacional e expectativa de vida entre 30 e 50 anos.

Por fim, observamos a era das doenças então chamadas de degenerativas, aquelas causadas pela ação do homem, momento em que a mortalidade seguiu em declínio até se estabilizar em patamares baixos, o que permitiu que a expectativa de vida ultrapassasse os 50 anos. Foi durante este estágio que a fertilidade se tornou um fator crucial no crescimento populacional.

Durante a transição epidemiológica as mudanças mais profundas nas taxas de mortalidade se deram entre as crianças e as mulheres jovens – aquelas em período reprodutivo – provavelmente porque a vulnerabilidade destes grupos às doenças infecciosas e deficiências nutricionais era relativamente maior. O aumento na probabilidade de sobreviver ocasionou incremento das taxas de fertilidade nos estágios iniciais da transição.

O padrão de adoecimento se modificou marcadamente, na medida em que a expectativa de vida aumentou. O entendimento das causas da transição entre estes padrões de morbidade não é simples, mas alguns de seus principais determinantes podem ser identificados. Os determinantes ecobiológicos referem-se a modificações no complexo balanço entre características do próprio agente causador de doenças, de características pertinentes ao ambiente – que lhe conferem maior ou menor hostilidade – e aquelas próprias do hospedeiro e de sua resistência natural. Os determinantes socioeconômicos, políticos e culturais incluem o modo de vida, hábitos de saúde, de higiene e de nutrição. Por fim, os determinantes médicos e de saúde pública referem-se a medidas preventivas e curativas específicas de combate às doenças, tais como a imunização e o desenvolvimento de medicamentos.

A transição demográfica brasileira (Vasconcelos, 2012) teve início no começo da década de 1950, quando a população do país era de pouco mais de 50 milhões de habitantes e a expectativa de vida, ao nascer, era de 45 anos. À época, e durante a década seguinte, observou-se a queda sustentada da mortalidade, descenso da mortalidade infantil e aumento da expectativa de vida ao nascer. Combinado com a manutenção em níveis elevados da fecundidade e da natalidade, observou-se taxas de

crescimento populacional anual em torno de 3% ao ano. A população era predominantemente jovem, com mediana da idade igual a 18 anos e com menos de 5% da população com 60 anos ou mais. A partir de 1970 as mudanças se acentuaram, evidenciando, além da manutenção da queda da mortalidade e da mortalidade infantil, descenso também da fecundidade e da natalidade. Em 1980 a população era de 120 milhões de pessoas, com expectativa de vida ao nascer de 63 anos. O tamanho populacional mais que dobrou em apenas três décadas. Mas a taxa de crescimento populacional já começava a reduzir – 2,5% entre 1970 e 1980, e 1,9% na década seguinte. Em 2010 já éramos mais de 190 milhões de pessoas, com expectativa de vida ao nascer maior do que 73 anos, mas, em contrapartida, apenas 1 em cada 4 brasileiros tinha menos do que 15 anos e 10,8% da população já tinha 60 anos ou mais. As alterações demográficas descritas não ocorreram simultaneamente e nem homogeneamente em todas as regiões do Brasil, sendo mais tardias nas regiões norte e nordeste. Isto tudo ocorreu paralelamente a um processo de urbanização da população brasileira. Em 1970 metade dos habitantes ainda situava-se nas áreas rurais e, em 2010, 84% já residia em área urbana.

A transição epidemiológica no Brasil tem acontecido de forma prolongada, criando um contexto em que a alta prevalência das DCNT, em uma população que experimenta rápido envelhecimento, coexiste com alta ocorrência de doenças infecciosas, quer endêmicas (como tuberculose, malária e hanseníase), quer reintroduzidas (como a dengue). As chamadas causas externas de morte e incapacidades, decorrentes de violência e de acidentes, também são responsáveis por uma perda importante de DALY – soma dos anos perdidos por morte prematura aos anos vividos com incapacidades, ajustados ao peso de sua severidade. Acrescentando complexidade ao cenário, aparecem ainda alta a prevalência dos transtornos mentais e, mais notadamente, a depressão, que responderam, no estudo de cargas de doenças, a 10,8% da perda de DALY, em ambos os sexos (Schramm, 2004).

Estima-se que hoje, 25% da população norte-americana esteja acometida por pelo menos uma condição clínica crônica. Os custos diretos com tratamentos ultrapassam 1 trilhão de dólares ao ano. Indivíduos portadores de DCNT têm maior probabilidade de sofrer prejuízos na capacidade e no desempenho funcional. Nesse grupo populacional a interrupção das atividades escolares e laborativas é o dobro daquela observada no grupo que tem apenas a doença, mas sem prejuízos no desempenho funcional. O gasto anual per capita com saúde aumenta conforme a presença de uma, duas, três ou quatro comorbidades crônicas: US\$ 1900, US\$ 3400, US\$ 5600 e US\$ 8900, respectivamente (MEDICAL EXPENDITURE PANEL SURVEY, 2015).

No Brasil, no ano de 2009, as DCNT foram responsáveis por uma proporção maior de óbitos do que o observado no restante do mundo – 72,4% do total – seguindo o mesmo padrão de destaque para as doenças cardiovasculares, o câncer, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes,

que responderam por 80,7% destas. Em 1998 respondiam por 66% das perdas de DALY (soma dos anos perdidos por morte prematura aos anos vividos com incapacidades, ajustados ao peso de sua severidade) (Duncan, 2012), sendo as doenças cardiovasculares a principal causa de morte (Schmidt, 2011).

A OMS estimou para as próximas duas décadas um aumento de 70% no número de novos casos de câncer. Cerca de um terço das mortes relacionadas ao câncer são decorrentes de cinco fatores, hábitos e comportamentos de risco: fumo, consumo excessivo do álcool, consumo insuficiente de frutas e vegetais, inatividade física e obesidade. O fumo é associado a 20% do total de mortes por câncer. Nos países de baixa e média renda, 20% das mortes por câncer estão associadas a infecções virais crônicas como a hepatite B e C, e ao papilomavírus humano. Cerca de 30% das mortes por câncer poderiam ser evitadas evitando-se ou modificando-se situações de risco. Mais de 60% do total mundial de novos casos e de 70% do total de mortes ocorrem na África, Ásia e Américas Central e do Sul (Mendes, 2011).

Uma nova categorização de doenças tem sido considerada, com base no conceito de condição de saúde (Von Korff, 1997). Teóricos ligados aos modelos de atenção às condições crônicas (Holman, 2000) têm proposto uma categorização que vá além das doenças infectocontagiosas versus doenças crônicas não transmissíveis: as condições agudas e as condições crônicas. A proposta encontra boa acolhida na OMS. Essa tipologia está orientada, principalmente, por algumas variáveis-chave contidas no conceito de condição de saúde:

- Primeiro, o tempo de duração da condição de saúde, se breve ou longo;
- Segundo, a forma de enfrentamento pelo sistema de atenção à saúde, se episódica, reativa e voltada para a queixa principal, ou se contínua, proativa e realizada por meio de cuidados, contidos num plano de cuidado elaborado conjuntamente pela equipe de saúde e pelos pacientes;
- Por fim, o modo como se estrutura o sistema de atenção à saúde, se fragmentado ou integrado.

As condições agudas, em geral, apresentam um curso curto, inferior a três meses de duração, e tendem a se autolimitar; ao contrário, as condições crônicas têm um período de duração mais ou menos longo e nos casos de algumas doenças crônicas, essas tendem a apresentar-se de forma definitiva e permanente (Singh, 2008). As condições agudas, em geral, são manifestações de doenças transmissíveis de curso curto, como dengue e gripe, ou de doenças infecciosas, também de curso curto, como apendicite ou amigdalites, ou de causas externas, como os traumas. As doenças infecciosas de curso longo são consideradas condições crônicas.

Os sistemas de atenção à saúde constituem respostas sociais, deliberadamente organizadas, para responder às necessidades, demandas e preferências das sociedades. Nesse sentido, eles devem ser articulados

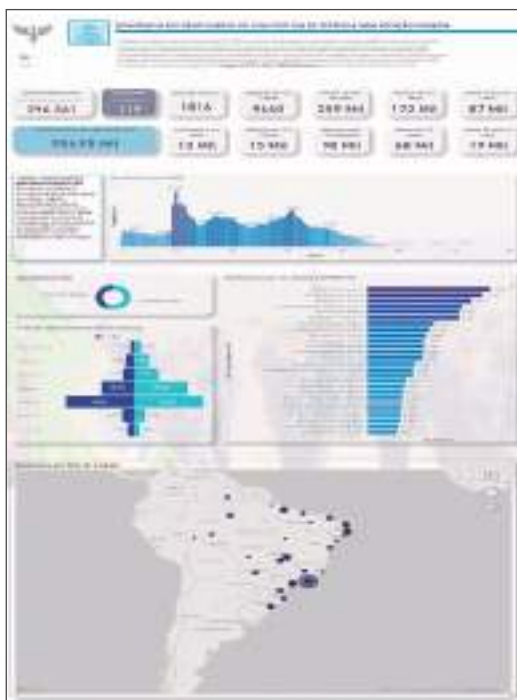
pelas necessidades de saúde da população que se expressam, em boa parte, em situações demográficas e epidemiológicas singulares (Von Korff, 1997). Há, portanto, uma relação muito estreita entre a transição das condições de saúde e a transição dos sistemas de atenção à saúde (Schramm, 2004).

Isto posto, é importante enfatizar que o primeiro elemento de uma RAS – e sua razão de ser – é a população colocada sob sua responsabilidade sanitária. O conhecimento da população de uma RAS envolve um processo complexo, estruturado em vários momentos: o processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos socio-sanitários; a vinculação das famílias à Atenção Primária; a identificação de subpopulações com fatores de risco; a identificação das subpopulações com condições de saúde estratificadas por graus de riscos; e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas. O conhecimento da população é, então, o conhecimento de suas necessidades de saúde (Mendes, 2011). No modelo de um Sistema de Saúde organizado como RAS, a oferta de serviços deve ser planejada a partir deste conhecimento, e não na observação da demanda, isso porque existem necessidades que vivem ocultas na sociedade e, sendo assim, não geram procura por assis-

tência. No sentido oposto, existem procuras indevidas, visto que não traduzem necessidades.

No momento em que a reestruturação do SISAU foi pensada e, posteriormente, iniciada, ainda existia a impossibilidade de conhecimento da carga de doenças na população de beneficiários, dada a inexistência de uma plataforma de registro médico eletrônico. É sabido que, ao longo de sua história, a instituição nunca conduziu um estudo epidemiológico que permitisse atingir esse propósito. Assim sendo, fez-se uma opção estratégica pelo conhecimento da distribuição da população de beneficiários pelo território nacional, assim como de suas características demográficas, conforme apresentado ao lado (Figura 1).

Figura 1 – A distribuição pelo território nacional da população dos beneficiários do Sistema de Saúde da Aeronáutica



Fonte: Divisão de Redes da SDLOG/
DIRSA, 2023

Se tomarmos como exemplo os parâmetros de prevalência total e por estrato de risco de indivíduos com Diabetes mellitus na APS, para a previsão do total de fotocoagulações a laser dos vasos da retina, teremos (Quadro 1):

POPULAÇÃO ALVO: 18 anos e mais (adultos) **DIABÉTICOS:** prevalência média Brasil = 6,9% da população de 18 anos e mais

Risco baixo: 20% dos diabéticos;

Risco médio: 50% dos diabéticos;

Risco alto: 25% dos diabéticos; e

Risco muito alto: 5% dos diabéticos.

Quadro 1 – Relação entre o nível de risco do paciente diabético e o número de fotocoagulações a laser esperado

Expectativa de realização de Fotocoagulação a laser de vasos da retina	Baixo 1 a cada 5 anos	Médio 1 a cada 5 anos	Alto 1 a cada 5 anos	Muito alto 2 a cada 5 anos
--	------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	---

Fonte: BRASIL. 2015.

Um outro bom exemplo é o planejamento da oferta de serviços na especialidade de Oftalmologia pelo período de um ano, conforme a seguir (Tabela 1):

Tabela 1 – Expectativa de uso de Serviços de Saúde (Oftalmologia) por 100.000 habitantes

Médicos, consultas e exames especializados	Número de profissionais, consultas ou exames por 100.000 habitantes
OFTALMOLOGIA	
Quantidade de médicos 40 horas semanais- Oftalmologista	4
Consulta Médica Oftalmologia	13800
Paquimetria ultrassônica	410
Ultrassonografia do globo ocular/orbita monocular	210
Biometria Ultrassônica (monocular)	460
Biomicroscopia de fundo de olho	1450
Campimetria Comp. ou manual com gráfico	560
Ceratometria	120
Curva Diária de Pressão Ocular CDPO	530
Gonioscopia	380
Mapeamento de retina com gráfico	2200
Microscopia especular de córnea	5
Potencial de acuidade visual	40
Retinografia Colorida Binocular	1120
Retinografia Fluorescente Binocular	560
Teste de visão de cores	1
Teste ortóptico	530
Topografia computadorizada de córnea	175
Fundoscopia	1450
Tonometria	3530

Fonte: BRASIL. 2015.

Considerações finais

Dessa forma pudemos refletir acerca da tecnologia que deveria estar presente em cada ponto de atenção à saúde. Consequentemente, passamos a contar também com um balizamento da literatura no que diz respeito ao uso dos serviços suplementares àqueles da rede própria.

No entanto, esse modo de planejamento não deverá ser definitivo. Na medida em que o sistema AGHUse for sendo progressivamente implantado e suas potencialidades forem sendo assimiladas pelos profissionais da RAS, isso permitirá registrar os atendimentos tanto com base nos CID quanto nos CIAP-2. Os registros permitirão a elaboração e emissão de relatórios estruturados (sumários clínicos) e o planejamento de filtros alinhados aos interesses da Governança. Assim, quando todos os beneficiários tiverem suas histórias clínicas registradas no AGHUse teremos completado a transição e, então, será possível o planejamento da oferta de serviços com base nas nossas necessidades reais, expressas pelas taxas de prevalência e incidência de doenças, agravos e riscos.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Crítérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2020: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2020**. Brasília, 2021.

DUNCAN, B. B. et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, supl. 1, p. 126-134, 2012.

HOLMAN, H.; LORIG, K. Patients as partners in managing chronic disease. Partnership is a prerequisite for effective and efficient health care. **BMJ**, v. 320, n. 7234, p. 526-7, 26 feb. 2000.

MEDICAL EXPENDITURE PANEL SURVEY, Agency for Healthcare Research and Quality. **Health Expenditures for Adults by Number of Treated Chronic Conditions, Race/Ethnicity, and Age, 2012**. Rockville, 2015.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

OMRAN, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **The Milbank Quarterly**, v. 49, n. 4, p. 509-538, 1971.

SCHIMIDT, M. I. et al. Chronic non communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011.

SCHRAMM, J. M.A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SINGH, D. Regional Office for Europe of the World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, **How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers?** Copenhagen, 2008.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 21, n. 4, p. 539-548, 2012.

VON KORFF, M. et al. Collaborative management of chronic illness. **Ann Intern Med**. v. 127, n. 12, p. 1097. 15 dec. 1997.

***Estratégia de Atenção Integral à
Saúde no Sistema de Saúde
da Aeronáutica***

Caroline dos Santos Marques de Carvalho¹

Rachel Lima Salgueiro **Vasconcellos**²

1. Enfermeira, Mestre em enfermagem em Saúde Coletiva (UERJ). Primeiro Tenente do Quadro de Oficiais Temporários da Aeronáutica. Diretoria de Saúde da Aeronáutica (DIRSA). Email: carolinemarquescmc@fab.mil.br

2. Médica, Especialista em Medicina de Família e Comunidade. Primeiro Tenente do Quadro de Oficiais Médicos da Aeronáutica. Diretoria de Saúde da Aeronáutica (DIRSA). Email: vasconcelosrlsv@fab.mil.br

1 Rumo à excelência: estratégias inovadoras para atenção integral à saúde no âmbito do SISAU

No cenário dinâmico da saúde contemporânea, a estratégia de atenção integral à saúde emerge como um elemento central na reconfiguração do SISAU. Com entusiasmo é abordado neste capítulo os pilares essenciais que fundamentam a implementação dessa estratégia inovadora e indispensável.

A atenção integral à saúde transcende a mera abordagem curativa, direcionando-se para a promoção da saúde e prevenção de doenças ao considerar o paciente em sua totalidade. Diante da evolução demográfica, epidemiológica e tecnológica, a necessidade imperativa de transformação do SISAU surge como um chamado urgente para a adaptação a essas mudanças estruturais e paradigmáticas.

Abordaremos os diversos tipos de sistemas de saúde existentes, destacando a eficácia dos sistemas organizados em rede integrada. Nesse contexto, o modelo de atenção integral à saúde se revela como um guia fundamental, promovendo uma visão holística e proativa, alinhada com as demandas complexas do século XXI.

A gestão da clínica e a governança clínica surgem como elementos-chave para a efetividade desse modelo, garantindo uma abordagem coordenada e centrada no paciente. Além disso, investigaremos o método clínico centrado na pessoa como uma ferramenta essencial para personalizar a prestação de cuidados, respeitando as singularidades de cada indivíduo.

Exploraremos ainda a abordagem de atenção integral por áreas específicas e ciclos de vida, reconhecendo a diversidade de necessidades ao longo do tempo. Ao fazê-lo, é proposta uma análise crítica, embasada em evidências, que orientou a reestruturação do SISAU de acordo com os princípios da atenção integral à saúde.

Este capítulo tem como objetivo ser uma contribuição significativa para a compreensão e implementação de estratégias eficazes de atenção integral à saúde no contexto singular do SISAU. Através dessa jornada, almejamos não apenas informar, mas também inspirar inovações que promovam uma abordagem mais humanizada e eficiente, garantindo a saúde e o bem-estar de toda a comunidade Aeronáutica.

3

2 A reconstrução do SISAU para uma saúde integral

O entendimento profundo dos sistemas de saúde é essencial para contextualizar as transformações necessárias no SISAU, considerando a dinâmica complexa e interconectada do cenário atual. Exploramos a imperativa demanda por mudanças estruturais, visando uma abordagem mais holística e integrada, alinhada aos princípios da atenção integral à saúde.

Ao desdobrar a análise, abordamos aspectos cruciais como gestão da clínica, governança clínica e o método clínico centrado na pessoa. Estas dimensões se entrelaçam no aprimoramento dos cuidados de saúde, proporcionando uma base sólida para a reconfiguração do SISAU. Neste contexto, examinamos de maneira crítica o papel das linhas de cuidado no panorama da atenção integral à saúde, reconhecendo sua importância na promoção da continuidade e efetividade dos serviços. A abordagem fundamentada em evidências busca orientar a construção de um modelo de assistência à saúde mais eficiente e adaptado às reais demandas das famílias e comunidades.

No desenrolar deste capítulo, destacamos não apenas a urgência da reconfiguração do SISAU, mas também a necessidade premente de alinhamento com práticas contemporâneas embasadas em evidências. Ao oferecer uma análise crítica e abrangente, visamos contribuir para o avanço do sistema de saúde, promovendo uma assistência mais humanizada, integrada e eficaz.

2.1 A imperativa demanda pela reconfiguração do SISAU

O modelo de atenção à saúde do SISAU, vigente por mais de oito décadas, mostrou-se inadequado para enfrentar os desafios contemporâneos do século XXI. A transição demográfica, epidemiológica e tecnológica, juntamente com fatores históricos e condições do mercado da saúde, tornaram o SISAU obsoleto para atender às atuais demandas de saúde.

A transição demográfica, o aumento da expectativa de vida e a prevalência crescente de doenças crônicas geram desafios financeiros significativos. O envelhecimento da população, sem uma adequada “reserva de saúde”, intensifica a dependência de recursos complexos e de alto custo.

O SISAU enfrenta desafios financeiros e tecnológicos como uma autogestão de saúde. A rápida evolução tecnológica na medicina aumenta os custos sem uma adequada provisão de recursos. O modelo hospitalocêntrico e a falta de alinhamento dos cálculos atuariais com o mercado contribuem para desequilíbrios financeiros.

O panorama brasileiro apresenta desafios únicos, como a regulação do setor de saúde suplementar e a tripla carga de doenças. Esses fatores acentuam o desequilíbrio financeiro do SISAU, aumentando a demanda por serviços de saúde.

O impacto combinado dessas questões cria um cenário devastador, com ênfase na geração de ganho financeiro através da tecnologia, enquanto a promoção da saúde e a prevenção são negligenciadas. Esse contexto exige uma revisão fundamental do modelo de atenção à saúde no SISAU para enfrentar os desafios emergentes.

A proposta de AIS e APS surge como uma solução consolidada na Europa. Esse modelo, baseado em uma Rede de Atenção à Saúde, incorpora princípios como acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. A APS, central no sistema, utiliza a epidemiologia clínica e um robusto RES para gerenciamento proativo do risco em saúde.

A evolução de práticas no SISAU busca integrar a promoção da saúde, prevenção de riscos e doenças, até a reabilitação. A AIS não apenas converge essas abordagens, mas também promove uma nova percepção de valor agregado nos serviços de saúde, com foco prospectivo e colocando a pessoa no centro da atenção à saúde.

Com a reestruturação do SISAU buscou-se alinhar as melhores evidências com as boas práticas para qualificar a rede como um todo. Em sintonia com a reorganização da FAB, o SISAU prepara-se para atingir 100 anos de existência de maneira sustentável e renovada, destacando o compromisso com a excelência na prestação de serviços de saúde.

2.2 Sistemas de Saúde

Dentro dos sistemas de serviços de saúde, a organização assume múltiplas formas, sendo as mais prevalentes os sistemas fragmentados e as redes de atenção à saúde.

Os sistemas fragmentados se destacam pela desorganização e falta de comunicação entre os pontos de atenção à saúde, resultando em uma prestação de cuidados desconexa, incapaz de garantir atenção contínua à população. Geralmente, a ausência de uma responsabilização específica para os pontos de atenção prejudica a integração fluida da atenção primária à saúde com os níveis secundário e terciário. Esses sistemas fragmentados adotam uma perspectiva hierárquica, enraizada em uma compreensão equivocada de complexidade, gerando desafios significativos. Essa visão hierarquizada subestima a importância da atenção primária à saúde, ao passo que superestima as práticas tecnologicamente avançadas nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde.

Ao contrário, os sistemas integrados de atenção à saúde são caracterizados pela organização em uma rede integrada de pontos de atenção à saúde, proporcionando uma assistência contínua e abrangente a uma população específica, com comunicação fluida entre os diversos níveis de atenção à saúde. Nas RAS, adotadas na Reestruturação do SISAU, a tradicional concepção hierárquica é substituída pela abordagem de poliarquia, configurando o sistema como uma rede horizontal de atenção à saúde. Os diferentes pontos de atenção à saúde apresentam distintas densidades e complexidades tecnológicas, adaptando-se conforme necessário para atender às particularidades de cada população adstrita, sem estabelecer ordens ou graus de importância entre eles. AAPS assume o papel de principal porta de entrada e coordenadora do cuidado entre os demais pontos de atenção da rede.

2.3 A Atenção Integral à Saúde

A AIS configura-se como a estrutura lógica fundamental para a organização de um Sistema de Saúde, especialmente quando este é concebido como uma RAS. Este modelo singular articula as relações entre os

componentes da rede e as intervenções sanitárias, orientando-se pela visão prevalente da saúde, pelas condições demográficas e epidemiológicas, e pelos determinantes sociais da saúde em uma determinada sociedade e período.

No âmago da AIS está a abordagem específica às condições agudas e crônicas, reconhecendo suas singularidades e exigindo abordagens distintas por parte dos serviços de saúde. O desafio contemporâneo reside na superação da crise dos modelos tradicionais, que frequentemente tratam as condições crônicas de maneira análoga às agudas, negligenciando a necessidade crucial de atenção contínua nos momentos menos evidentes dos agravos.

A reestruturação do SISAU adotou a AIS, centrada no MACC proposto por Mendes (2012). Essa abordagem incorpora a pirâmide de riscos, o Modelo de Atenção às Condições Crônicas de Wagner (1998) e o MDSS de Dahlgren (1991).

Figura 1 – Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)



Fonte: Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana, 2011.

Figura 2 – Modelo da Pirâmide de riscos



Fonte: Department of Health, 2005; Porter e Kellogg, 2008.

Figura 3 – Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead.



Fonte: DAHLGREN and WHITEHEAD, 1991.

Na AIS, a coordenação das ações do Sistema é atribuída à APS, que desempenha um papel central na RAS ao estabelecer percursos assistenciais através das Linhas de Cuidado. Essas ações englobam uma variedade de necessidades ao longo da história natural das doenças, desde a educação em saúde até a oferta de cuidados paliativos, com atendimentos presenciais ou não presenciais.

Essa abordagem amplia a visão de saúde, considerando-a uma força motriz intrínseca, que contempla aspectos físicos, psicológicos, mentais, materiais, energéticos e espirituais. Enfatiza a interconexão entre aspectos individuais, familiares, comunitários e sociais, reconhecendo a vida como uma experiência que vai além do indivíduo, e a saúde como parte integrante desses processos complexos da existência.

É singular a necessidade de se perceber cada vez mais a integralidade como princípio em vários níveis de discussões e das práticas na área de saúde, apoiado em um novo paradigma preparado para ouvir, compreender e, a partir daí, atender às demandas e necessidades dos indivíduos, grupos e coletividades.

Ao adotar uma abordagem integral, os profissionais da área da saúde são capazes de avaliar e tratar não apenas os sintomas físicos, mas também os aspectos psicológicos e sociais que podem influenciar a saúde de um indivíduo. Isso permite um tratamento mais abrangente e eficaz, levando em consideração as necessidades únicas de cada paciente. Além disso, a visão integral em saúde enfatiza a prevenção e o autocuidado, incentivando as pessoas a adotarem estilo de vida saudáveis e a buscar uma maior conscientização sobre sua saúde. Isso pode resultar em uma melhor qualidade de vida e na redução de risco de desenvolver doenças crônicas.

É fundamental que o elemento integralidade esteja inserido no olhar crítico dos profissionais de saúde e dos usuários, para que partindo de um contexto complexo e com o qual estão em constante interação, possibilitem ações transformadoras e recíprocas.

É necessário buscar compreender as relações que se estabelecem entre a formulação de políticas assistenciais, construção do conhecimento e a aplicação de práticas no setor saúde. Quando se busca a solução para um problema de saúde, seja por meio de um médico, de uma Unidade de Baixa Complexidade, de um Hospital, o resultado obtido é fruto dessa complexa e interligada relação. Os diversos aspectos que atuam mutuamente concorrem, por um lado, para a disponibilidade de um determinado conjunto de ações e serviços ou, por outro, para as dificuldades no acesso.

2.4 Gestão da clínica, governança clínica e método clínico centrado na pessoa

A Gestão da Clínica e a Governança Clínica representam elementos cruciais para promover a eficácia e a qualidade nos serviços de saúde. A Gestão da Clínica refere-se ao modo como organizamos e otimizamos os cuidados clínicos, priorizando a coordenação e a integração dos serviços. É uma abordagem que se concentra na promoção de práticas clínicas baseadas em evidências, na gestão eficiente de recursos e na melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

A Governança Clínica, por sua vez, estabelece a estrutura de liderança e responsabilidade para garantir que as decisões clínicas se alinhem com os objetivos estratégicos da instituição de saúde. Envolve a participação ativa dos profissionais de saúde na tomada de decisões, o monitoramento da qualidade dos serviços prestados e o estabelecimento de diretrizes que assegurem a segurança e a eficácia dos cuidados.

A integração desses dois conceitos é fundamental para proporcionar uma abordagem coordenada e centrada no paciente. A Gestão da Clínica permite uma melhor compreensão das necessidades dos pacientes, promovendo a personalização dos cuidados de acordo com suas condições específicas. Enquanto isso, a Governança Clínica estabelece a estrutura para garantir que essas práticas clínicas se alinhem aos objetivos institucionais, garantindo a eficiência operacional e a prestação de cuidados seguros e de qualidade.

Essa abordagem integrada contribui não apenas para a efetividade dos tratamentos, mas também para uma melhor gestão de recursos, redução de custos e uma abordagem mais holística da saúde da população assistida. A Gestão da Clínica e a Governança Clínica tornam-se, assim, instrumentos essenciais para promover uma prestação de cuidados mais eficiente, centrada no paciente e alinhada com as necessidades da comunidade a que servimos.

Tem-se no MCCP uma abordagem essencial na promoção da atenção à saúde. O MCCP vai além da simples avaliação de sintomas e diagnósticos, buscando compreender o paciente em sua totalidade, considerando não apenas os aspectos físicos, mas também os psicológicos, sociais e culturais que influenciam sua saúde.

O cerne do MCCP reside na construção de uma relação médico-paciente sólida, baseada na confiança e na comunicação aberta. Ao envolver

ativamente o paciente nas decisões sobre seu tratamento, o método busca promover a autonomia e o *empowerment*, reconhecendo o papel crucial que o indivíduo desempenha em seu próprio processo de saúde e bem-estar.

No contexto da Gestão da Clínica e Governança Clínica, o MCCP destaca-se como uma ferramenta indispensável. Ao personalizar a prestação de cuidados de acordo com as necessidades específicas de cada pessoa, o método contribui para a efetividade das práticas clínicas, alinhando-as aos objetivos institucionais e garantindo uma abordagem centrada no paciente.

Além disso, o MCCP complementa a perspectiva mais ampla da saúde pública, permitindo uma compreensão mais profunda das necessidades da população. Ao considerar não apenas os aspectos biológicos, mas também os determinantes sociais da saúde, o método fortalece a capacidade de intervenção e promoção de saúde em níveis populacionais.

Em resumo, o MCCP é uma ferramenta valiosa na promoção de uma atenção à saúde integral e humanizada. Ao integrar essa abordagem na Gestão da Clínica e na Governança Clínica, podemos fortalecer ainda mais a qualidade dos cuidados oferecidos, promovendo uma abordagem mais holística e eficiente na busca pela saúde e bem-estar da população.

2.5 As linhas de cuidado no contexto da Atenção Integral à Saúde

O acompanhamento por Linhas de Cuidado representa uma abordagem estruturada e contínua na prestação de serviços de saúde, que visa promover a integralidade e efetividade no cuidado ao paciente. Essa metodologia busca garantir uma atenção coordenada ao longo do tempo, considerando as necessidades específicas do indivíduo em diferentes fases da vida e diante de distintas condições de saúde.

O conceito de Linhas de Cuidado fundamenta-se na ideia de oferecer assistência que ultrapasse a simples resolução de problemas pontuais, abrangendo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico precoce, o tratamento adequado e a reabilitação, quando necessário. Cada Linha de Cuidado é direcionada a uma condição específica, grupo populacional ou ciclo de vida, proporcionando uma abordagem personalizada e adaptada às características de cada pessoa.

Essa abordagem é particularmente relevante na APS, onde o acompanhamento por Linhas de Cuidado é um componente-chave. A APS não se concentra apenas na resolução de problemas agudos, mas também na gestão de condições crônicas, na promoção da saúde e na prevenção de doenças. A implementação eficaz de Linhas de Cuidado na APS envolve a criação de protocolos e diretrizes clínicas, o envolvimento ativo dos pacientes no planejamento do seu cuidado e uma comunicação eficiente entre os diversos profissionais e pontos de saúde envolvidos.

Para implantar uma Linha de Cuidado, é crucial que as estratégias de gestão abranjam tanto as práticas clínicas e de saúde coletiva quanto a organização dos serviços e a Rede de Atenção à Saúde.

94



Figura 5 – Exemplo de Linha de Cuidado para acompanhamento da Hipertensão Arterial Sistêmica.



Ao adotar essa abordagem, é possível promover a continuidade e a coordenação do cuidado, evitando a fragmentação dos serviços de saúde. Isso contribui não apenas para a eficiência dos serviços, mas também para a melhoria da experiência do paciente, resultando em melhores desfechos de saúde a longo prazo. Em suma, o acompanhamento por linhas de cuidado é uma estratégia essencial para garantir uma abordagem holística e eficaz no cuidado à saúde, alinhada com os princípios da atenção integral.

3 Considerações finais

No dinâmico contexto da saúde contemporânea, a imperativa demanda pela reconfiguração do SISAU surgiu como uma resposta necessária e urgente diante das transformações estruturais e paradigmáticas. Em consonância com as evoluções demográficas, epidemiológicas e tecnológicas, este capítulo se dedicou a explorar os fundamentos da Estratégia de AIS como peça central na adaptação do SISAU a esse cenário desafiador.

Ao analisar os diferentes modelos de sistemas de saúde, destaca-se a eficácia dos sistemas organizados em rede integrada, onde o modelo de atenção integral à saúde se revela como uma orientação essencial, alinhada com as complexidades do século XXI. A gestão da clínica, a governança clínica e a aplicação do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) são trazidos como pilares fundamentais para a efetividade desse modelo, assegurando uma abordagem coordenada e centrada no paciente.

A exploração das Linhas de Cuidado se destaca como uma estratégia vital na promoção da integralidade no cuidado à saúde. A atenção integral vai além do enfoque curativo, incorporando a promoção da saúde e a prevenção de doenças, considerando o paciente em sua totalidade. A análise crítica, fundamentada em evidências, proposta neste capítulo, visa demonstrar a qualidade assistencial intimamente atrelada aos princípios da abordagem segunda à atenção integral à saúde.

Em síntese, neste capítulo, buscou-se contribuir significativamente para a compreensão e implementação de estratégias eficazes de AIS no contexto específico da Aeronáutica. Além disso, buscou ainda ir além da mera informação, inspirando inovações que promovam uma abordagem mais humanizada e eficiente, garantindo a saúde e o bem-estar da comunidade Aeronáutica em consonância com os ideais da APS.

Referências

ARAÚJO, Carla Luzia França. A prática do aconselhamento em DST/AIDS e a integralidade. In: **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 2003. p. 145-168. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Constru%C3%A7%C3%A3o-da-Integralidade-cotidiano-saberes-e-pr%C3%A1tica-em-sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2024.

BRASIL. Comando da Aeronáutica. Gabinete do Comandante da Aeronáutica. **Diretriz que estabelece a Reestruturação do Sistema de Saúde da Aeronáutica**: DCA 11-126. Rio de Janeiro, RJ, 2019.

BRASIL. Comando da Aeronáutica. Gabinete do Comandante da Aeronáutica. **Norma de Sistema que dispõe sobre a Estratégia de Atenção Integral à Saúde (AIS)**. NSCA 160-19. Rio de Janeiro, RJ, 2021.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **XI Conferência Nacional de Saúde**: o Brasil falando como quer ser tratado [...]. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 09 jan. 2024.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & saúde coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/lj/csc/a/HN778RhPf7JNSQGxWMjdMxB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 09 jan. 2024.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/lj/csc/a/kKSVP8p46sNFLPG43Pfbf8B/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 09 jan. 2024.

FRANCO, Camilla Maia; FRANCO, Túlio Batista. **Linhas do Cuidado Integral**: uma Proposta de Organização da Rede de Saúde. [S. l.: s. n.], 2004. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/445762/mod_resource/content/1/LINHAS_DO_CUIDADO_INTEGRAL.pdf. Acesso em: 09 jan. 2024.

DONATO, Ausônia Favorito; MENDES, Rosilda. Relação educativa da equipe de saúde da família com a população. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 4, n. 1, p. 35-38, 2003. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/113/105>. Acesso em: 09 jan. 2024.

HENRIQUES, R. L. M.; PINHEIROS, R. Integralidade na produção de serviços de saúde e as políticas de educação. **Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem**, v. 3, n. 1, p. 8, 2004.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & saúde coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/630/63012206.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2024.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 433-444, 2004. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63042999019>. Acesso em: 08 jan. 2024.

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

MENDES, Eugênio Vilaça. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1999.

MERHY, Emerson Elias. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994. p. 117-60.

MOURA, Escolástica Rejane Ferreira; RODRIGUES, Maria Socorro Pereira. Comunicação e informação em saúde no pré-natal. **Interface-comunicação, saúde, educação**, v. 7, n. 13, p. 109-118, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Dmr55w6JSC9CHpZFbYXHtcq/?format=html>. Acesso em: 09 jan. 2024.

NIETSCHE, Elisabeta Albertina; LEOPARDI, M. T. Tecnologia emancipatória: uma perspectiva de transformação da práxis de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 9, n. 1, p. 25-41, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Carta de Ottawa**. In: Promoção da Saúde e Saúde Pública. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, 1986. p. 158-162.

PATRÍCIO, Zuleica Maria. Métodos qualitativos de pesquisa e de educação participante como mediadores na construção da qualidade da vida novos paradigmas, outros desafios e compromissos sociais. **Texto & contexto enferm**, v. 8, n. 3, p. 53-77, 1999.

PINHEIRO, Roseni; LUZ, Madel Therezinha (org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Constru%C3%A7%C3%A3o-da-Integralidade-cotidiano-saberes-e-pr%C3%A1tica-em-sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2024.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. Superintendência de Atenção Primária. **Hipertensão: manejo clínico em adultos**. – 1ª ed. Rio de Janeiro: SMS, 2016. 24 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) (Coleção Guia de Referência Rápida, nº 6) ISBN 978.

SCHALL, Virgínia T.; STRUCHINER, Miriam. Educação em saúde: novas perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, p. S4-S6, 1999. Suplemento 2.

TRAVERSO-YÉPEZ, Martha; MORAIS, Normanda Araújo de. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n.1, p. 80-88, 2004. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v20n1/22.pdf. Acesso em: 12 jan. 2024.

***A coordenação do cuidado na
Reestruturação do SISAU: um olhar
sobre os Centros de Atenção
Integral à Saúde***

Caroline dos Santos Marques de Carvalho¹

Renan Vasconcelos Pessanha²

1. Enfermeira, Mestre em enfermagem em Saúde Coletiva (UERJ). Primeiro Tenente do Quadro de Oficiais Temporários da Aeronáutica. Diretoria de Saúde da Aeronáutica (DIRSA). Email: carolinemarquescmc@fab.mil.br

2. Enfermeiro, Mestre em Atenção Primária à Saúde (UFRJ). Segundo Tenente do Quadro de Oficiais Convocados da Aeronáutica. Diretoria de Saúde da Aeronáutica (DIRSA). Email: renanpessanharp@fab.mil.br

Introdução

A coordenação do cuidado no âmbito da saúde é crucial para garantir uma assistência integrada e contínua ao paciente, sendo esta uma preocupação especialmente relevante no contexto do SISAU, dada a especificidade e complexidade dos serviços oferecidos a uma população com características únicas, marcadas pelo contexto militar.

Este texto visa apresentar as estratégias e ferramentas empregadas no fortalecimento da coordenação do cuidado no SISAU, com ênfase na reestruturação bem-sucedida e na implementação efetiva dos CAIS dentro das OSA. O CAIS destaca-se como um elemento fundamental na transformação da assistência à saúde na Aeronáutica, consolidando a APS como ponto central na integração dos diversos níveis assistenciais.

Durante a implementação dos CAIS em diversas unidades pelo Brasil, o Comando da Aeronáutica destacou a importância vital da APS. Reconheceu-se que, ao fortalecer esses serviços em aspectos fundamentais, eles se tornam altamente adequados para liderar a coordenação dos serviços no SISAU. Além disso, a implementação de ferramentas de integração entre os diferentes níveis de atenção foi identificada como crucial para a coordenação efetiva das práticas assistenciais, marcando um ponto importante na Reestruturação do SISAU.

Este capítulo detalhará as iniciativas realizadas, os desafios enfrentados e as lições aprendidas na transformação do SISAU, com foco na coordenação do cuidado e na integração dos serviços de saúde.

1 Navegando pelos caminhos da coordenação do cuidado no SISAU: desafios, avanços e perspectivas

No complexo cenário do SISAU, a constante busca por melhorias e reestruturações é uma demanda essencial para promover a qualidade dos serviços e garantir o bem-estar da população. No âmbito dessa transformação, a Coordenação do Cuidado surge como elemento-chave na efetivação de uma assistência integral e centrada no paciente. Este capítulo explora os intrincados caminhos da coordenação do cuidado no contexto da reestruturação do SISAU, abordando aspectos cruciais como os conceitos fundamentais da coordenação do cuidado, a expansão da APS na FAB, a informatização do SISAU por meio do Aplicativo de Gestão Hospitalar, as linhas de cuidado e os marcadores de acompanhamento, além da Gestão do Cuidado embasada em indicadores de saúde.

Este capítulo visa não apenas analisar os elementos teóricos relacionados à coordenação do cuidado, mas também apresentar experiências práticas e inovações que moldam a efetividade do sistema de saúde na

Aeronáutica. A abordagem integrada da Atenção Primária à Saúde, aliada à modernização tecnológica proporcionada pelo AGHUse, destaca-se como uma estratégia promissora para alcançar a tão almejada coordenação do cuidado, contribuindo para resultados mais eficazes e satisfatórios para os usuários do sistema.

Ao longo deste capítulo, exploraremos os desafios enfrentados, os avanços conquistados e as perspectivas futuras no processo de qualificação do SISAU, com especial atenção aos aspectos relacionados à coordenação do cuidado. O objetivo é oferecer uma visão abrangente e fundamentada, enriquecida pela experiência prática e pela busca contínua por uma saúde de qualidade para a comunidade da FAB.

2 O cuidado na Atenção Integral à Saúde

2.1 Coordenação do cuidado

Diversas obras exploram o conceito de coordenação do cuidado. De acordo com Almeida (2010), ela pode ser definida como a articulação entre os diferentes serviços e ações relacionadas à atenção em saúde, visando à sincronização e ao direcionamento para um objetivo comum, independentemente do local onde são prestados. Por sua vez, Aleluia et al. (2017) conceituam a coordenação do cuidado como um processo que busca integrar ações e serviços de saúde em diferentes níveis, envolvendo profissionais que utilizam mecanismos específicos para planejar a assistência, definir fluxos, trocar informações sobre usuários, referenciar, contrarreferenciar e monitorar pacientes com diversas necessidades de saúde. Esse processo visa facilitar a prestação do cuidado contínuo e integral, em local e tempo oportunos.

Estudos indicam que a coordenação do cuidado resulta em maior qualidade assistencial, maior eficiência e menores custos tanto para o indivíduo quanto para o sistema de saúde, refletindo em maior satisfação dos pacientes e dos profissionais que percebem uma abordagem assistencial mais consistente.

Num sistema de saúde organizado em redes, a APS tem na coordenação do cuidado, um de seus atributos essenciais, um papel primordial. No direcionamento para uma atenção longitudinal, integral e integrada, a coordenação busca, de maneira sincronizada, articular ações de saúde voltadas para um mesmo propósito: garantir a continuidade da atenção. Isso assegura a continuidade da assistência nos diferentes pontos de atenção da rede, considerando as diversas densidades tecnológicas presentes em cada nível de atenção.

Nesse contexto, coordenar significa estabelecer relações de modo a alcançar o propósito ideal do cuidado, atrelando eficácia e eficiência na

assistência prestada em tempo oportuno, elevando, assim, a qualidade do cuidado. A prática da coordenação envolve ações ordenadas por duas ou mais partes, que podem incluir profissionais, serviços e/ou usuários do serviço de saúde, juntamente com a gestão eficiente de recursos na busca pelo cuidado adequado às necessidades do usuário.

Quanto mais atores e serviços envolvidos na prestação do cuidado e quanto mais complexas forem as intervenções necessárias para resolver o problema do paciente, maior será o nível de coordenação exigido para alcançar o resultado desejado. A coordenação do cuidado deve ser compreendida como um movimento dinâmico do sistema de saúde, considerando em seus arranjos as linhas de cuidado e a normatização de processos em cada nível de atenção, a fim de integrar ações e serviços de saúde (McDonald et al., 2014).

É imprescindível destacar que a coordenação do cuidado supõe que as equipes de APS não podem responder por todas as demandas da população, pois têm limites no campo técnico e tecnológico; mas devem organizar as linhas de cuidado na rede e, ao mesmo tempo, assegurar que o vínculo e o cuidado aos usuários sejam permanentes no primeiro nível de atenção (Franco; Magalhães Júnior, 2003).

A fluidez da informação e a continuidade informacional entre todos os estratos da atenção no sistema de saúde devem fundamentar-se em uma rede de comunicação orientada para fornecer conhecimento sobre o histórico de saúde do usuário. Questões anteriores de saúde, intervenções terapêuticas realizadas, resultados de exames, direcionamentos para serviços especializados (referências), contrarreferências e todas as informações relacionadas ao perfil de saúde e à trajetória assistencial do usuário no sistema de saúde devem circular e estar acessíveis a todos os agentes envolvidos na prestação de cuidados. É crucial destacar a contribuição significativa dos prontuários eletrônicos integrados no que concerne à disseminação das informações clínicas dos usuários dos serviços de saúde na rede de atenção.

Os Sistemas de Informação Clínica têm como objetivo central a organização eficiente de dados, tanto da população em geral quanto dos indivíduos, a fim de aprimorar a prestação de cuidados de saúde. Para atingir esse propósito, é crucial adotar a prática rotineira de prontuários clínicos informatizados. Além disso, é fundamental providenciar alerta, lembretes e *feedbacks* oportunos tanto para os profissionais de saúde quanto para os usuários do sistema.

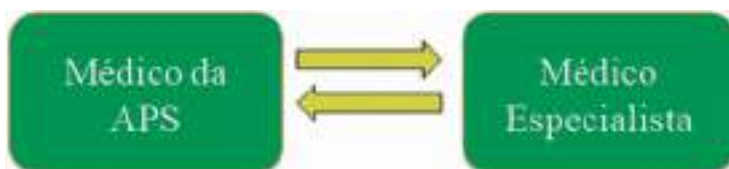
A identificação de subpopulações relevantes, levando em consideração fatores de risco, é uma abordagem essencial para promover uma atenção à saúde proativa e integrada. Nesse contexto, a elaboração de planos de cuidado individualizados para cada usuário se torna uma ferramenta valiosa.

A promoção do compartilhamento de informações clínicas entre profissionais de saúde e usuários emerge como uma prática crucial para possibilitar a coordenação efetiva da atenção à saúde. Por fim, o monitoramento constante do desempenho da equipe de saúde e do sistema de atenção à saúde é fundamental para garantir a qualidade e eficácia do serviço, conforme destacado por Mendes (2012).

À medida que o cuidado é oferecido ao usuário, objetivando atender com qualidade às suas necessidades de saúde, desenvolvem-se relações interpessoais e interorganizacionais entre a APS, responsável pela coordenação do cuidado, e os demais pontos de atenção à saúde. De maneira didática, Contandriopoulos et al. (2001) categorizam três tipos de coordenação do cuidado: a Coordenação Sequencial, a Coordenação Recíproca e a Coordenação Coletiva.

A Coordenação Sequencial refere-se a uma abordagem linear e sequencial no processo de cuidado, onde diferentes profissionais ou serviços atuam em etapas distintas, garantindo uma continuidade lógica no atendimento. Por outro lado, a Coordenação Recíproca envolve uma interação mais intensa e colaborativa entre os diversos pontos de atenção à saúde, promovendo a troca de informações e a colaboração direta entre os profissionais envolvidos.

Figura 1– Coordenação do Cuidado Sequencial



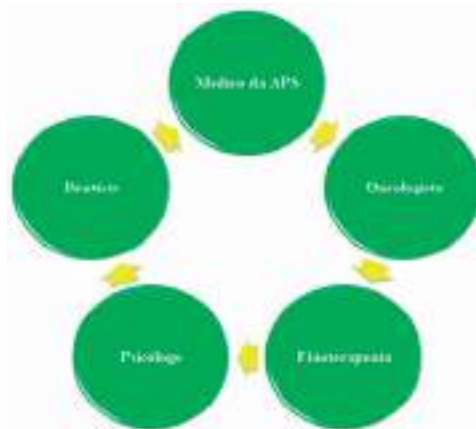
Fonte: Marques, 2023.

Figura 2 – Coordenação do Cuidado Recíproca



Fonte: Marques, 2023.

Já a Coordenação Coletiva destaca-se pela integração de esforços de uma equipe multidisciplinar, trabalhando de forma conjunta e harmonizada para oferecer uma atenção abrangente e eficaz ao usuário. Esses modelos de coordenação do cuidado proporcionam diferentes abordagens, cada uma com suas vantagens e desafios, na busca por uma prestação de cuidados mais integrada e centrada nas necessidades individuais do usuário.

Figura 3 – Coordenação do Cuidado Coletiva

Fonte: Marques, 2023.

2.2 Expansão da APS na FAB

Explorando os conceitos abordados, direcionamos nosso foco ao SISAU para entender como a APS é integrada através da coordenação do cuidado.

Na estrutura atual do SISAU, destacam-se 26 CAIS, operando em conjunto com unidades maiores como Hospitais de Força Aérea, Hospitais de Aeronáutica e Grupamentos de Saúde, estes divididos entre Esquadrões e Policlínicas. Estas unidades coexistem com uma variedade de serviços, incluindo ambulatorios de especialidades, centros de imagem e reabilitação.

Conforme dados recentes do Sistema de Gestão de Pessoas da Aeronáutica – SIGPES (2023), cerca de 290 mil beneficiários estão cobertos

pelo SISAU, englobando militares ativos, inativos e seus dependentes em todo o Brasil. A maioria reside em cidades onde os serviços de CAIS estão disponíveis ou em localidades próximas, facilitando o acesso às equipes de APS. A demografia do SISAU é composta majoritariamente por adultos de 18 a 44 anos (42%), predominância feminina (57%) e uma parcela significativa de idosos, alcançando 87 mil indivíduos, sendo que um terço dos beneficiários possui 60 anos ou mais.

Figura 4 – Distribuição dos beneficiários do SISAU por cidade de residência.

Fonte: SIGPES, 2023.

Figura 5 – Distribuição dos beneficiários do SISAU por Sexo.

Fonte: SIGPES, 2023.

Figura 6 – Distribuição dos beneficiários do SISAU por faixa etária.

Fonte: SIGPES, 2023.

Nos CAIS, que funcionam como serviço-chave da APS no SISAU, os beneficiários encontram a principal via de acesso ao sistema. Entretanto, outras equipes também oferecem suporte crucial, principalmente para atendimentos urgentes e emergenciais, de maior gravidade clínica, mesmo quando as equipes do CAIS não estão operacionais.

Além disso, existem unidades de saúde com menor densidade tecnológica, como Seções Aeromédicas, Seções Médicas, Postos Médicos e Esquadrilhas de Saúde, onde as ações da APS são implementadas por equipes locais em colaboração com os centros de referência.

Em agosto de 2020, tivemos a inauguração do primeiro CAIS do Brasil, no Hospital de Força Aérea de Brasília, e em abril de 2022 o último foi implementado no Hospital de Força Aérea do Galeão, entre 2020 e 2022 foram 26 CAIS implantados. Atualmente, mais de 700 profissionais militares, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e cirurgiões dentistas, além de especialistas de outras áreas, compõem as equipes de APS no SISAU.

A regulamentação das atividades dos CAIS foi formalizada pelo documento Manual do CAIS (MCA 160-10 de 2023), uma diretriz essencial

do COMAER. Este manual estabelece as normas e padrões que devem ser seguidos pelos gestores responsáveis e profissionais de saúde envolvidos neste serviço. Entre esses padrões, estão incluídos uma ampla gama de ações ofertadas – carteira de serviços, horários de funcionamento adequados, uma composição ideal das equipes de APS e das Equipes de Apoio ao CAIS – que são multiprofissionais e adaptadas ao tamanho da população servida. Além disso, o manual detalha as responsabilidades específicas de cada categoria profissional, garantindo assim a eficácia e qualidade no atendimento.

No início de suas operações, as equipes de APS foram encarregadas de realizar estudos territoriais detalhados para promover a vinculação efetiva dos beneficiários ao serviço de saúde. Este processo incluiu a identificação e mapeamento da área de abrangência dos CAIS e a elaboração de listas de pacientes, com informações de contato como telefone e e-mail. Levantamentos e análises dos dados epidemiológicos e demográficos da população atendida foram realizados, identificando os principais problemas de saúde e priorizando a atenção a grupos vulneráveis, como idosos, crianças, gestantes e pessoas com condições crônicas de saúde.

A implementação local das linhas de cuidado nas unidades de saúde, tendo como ponto de partida os CAIS, foi um passo crucial para a melhoria do atendimento e a promoção da saúde da população. Esse processo envolve a construção de fluxos assistenciais, a qualificação de profissionais e a utilização exclusiva do prontuário eletrônico AGHUse, trazendo avanços significativos na gestão e na qualidade do cuidado ofertado.

A construção de fluxos assistenciais foi e é uma etapa essencial desse processo, pois visa organizar de maneira eficiente o percurso do paciente desde a sua entrada na unidade de APS até a resolução do seu problema de saúde. Esses fluxos devem contemplar desde a recepção e acolhimento inicial até a continuidade do tratamento, integrando os diferentes níveis de atenção à saúde de forma articulada e eficaz.

A qualificação dos profissionais é outro ponto fundamental. É necessário investir na capacitação das equipes de saúde, proporcionando atualizações constantes sobre as linhas de cuidado específicas, as melhores práticas clínicas e a utilização adequada das ferramentas tecnológicas, como o prontuário eletrônico AGHUse. Identificando a necessidade de capacitação profissional, a SDAP em abril de 2021 formulou e iniciou o primeiro Curso CAAIS e o primeiro curso CGS, com turmas rotineiras em 2022 e 2023, agora em parceria com o CIAAR. Entendendo que a formação continuada contribui para o aprimoramento dos profissionais, garantindo um atendimento mais resolutivo e alinhado às diretrizes estabelecidas, em três anos foram mais de 700 militares capacitados nos referidos cursos.

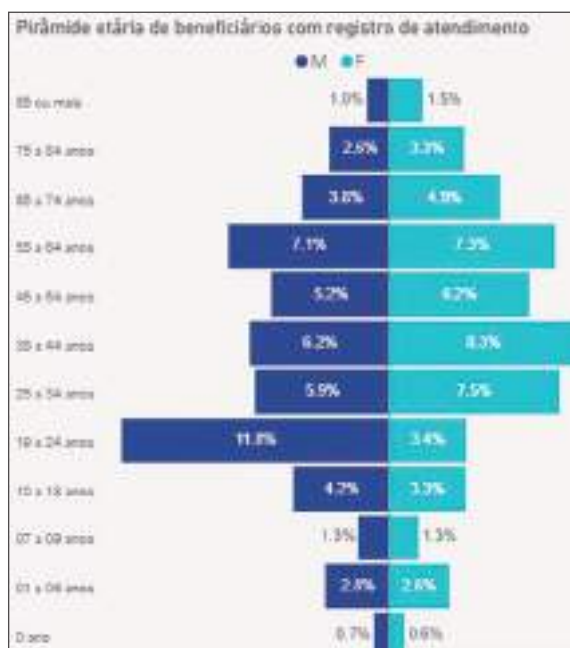
A utilização do prontuário eletrônico AGHUse foi um passo crucial para a integração e a eficiência no registro e compartilhamento de informações clínicas. Esse sistema permite o acompanhamento detalhado do histórico de saúde do paciente, facilitando a tomada de decisões clínicas, a comunicação entre profissionais de saúde e a otimização dos processos

administrativos. Além disso, contribui para a redução de erros, o aumento da segurança do paciente e a melhoria da eficiência operacional das unidades de saúde.

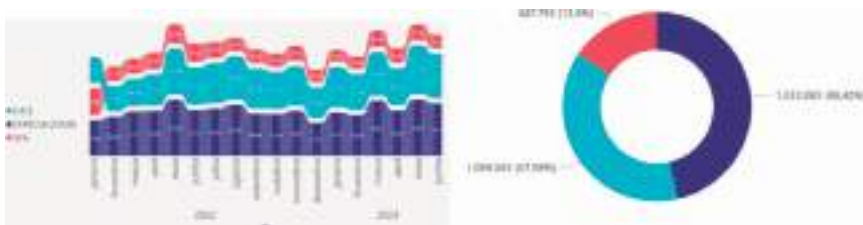
A implementação dessas medidas contribui a cada dia para a solidificação de uma APS mais resolutiva, centrada no paciente e alinhada com as diretrizes do SISAU. A atuação integrada das equipes de saúde, aliada ao uso de tecnologias como o prontuário eletrônico AGHUse, fortalece o papel da Atenção Primária como porta de entrada preferencial do sistema de saúde, promovendo a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento eficiente das doenças.

A análise da pirâmide etária da população beneficiária cadastrada e atendida (fig. 3 e 4) revelou um padrão de envelhecimento notável. Este fenômeno implica em um aumento na prevalência de doenças crônicas, demandando um acompanhamento mais intensivo e especializado. A Figura 5 ilustra claramente a progressão nos atendimentos realizados pelo CAIS em comparação aos demais serviços, destacando que, embora a atenção especializada ainda represente a maioria dos atendimentos, há um aumento crescente na procura pelos serviços do CAIS. Este cenário ressalta a importância da APS como um pilar fundamental no sistema de saúde do SISAU, oferecendo uma abordagem mais holística e integrada no cuidado aos beneficiários.

Figura 7 – Distribuição dos beneficiários atendidos no SISAU por faixa etária.



Fonte: AGHUse, atendimentos ocorridos entre 2022 e o primeiro semestre de 2023.

Figura 8 – Distribuição dos atendimentos no SISAU por tipo de serviço, por mês.

Fonte: AGHUse, atendimentos ocorridos entre janeiro de 2022 e junho de 2023.

2.3 A informatização do SISAU

A Reestruturação do SISAU previu uma ampla informatização de suas unidades com o uso inovador de um sistema de gestão hospitalar capaz de registrar os processos administrativos, assistenciais e de apoio ao setor de saúde de forma integrada e unificada, intitulado AGHUse. Trata-se de um software gratuito, de código aberto e formato colaborativo desenvolvido pelo Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA), que tem sido adotado por diversas instituições de saúde de todo o país, entre hospitais universitários, do Exército, da Marinha e da Força Aérea Brasileira.

A adoção do AGHUse representou um avanço tecnológico crucial para aprimorar a coordenação do cuidado no SISAU. Com a integração dos prontuários eletrônicos em uma base de dados unificada, os profissionais de saúde passaram a ter acesso a um histórico completo dos registros eletrônicos de seus pacientes. Isso facilitou significativamente a tomada de decisões clínicas e assegurou uma transição eficiente entre os diferentes níveis de cuidado, abrangendo desde a atenção primária nos CAIS até os procedimentos mais complexos, como exames laboratoriais, de imagem, internações e cirurgias em ambientes hospitalares.

Além disso, a interação do AGHUse com a ferramenta Webex® revolucionou a comunicação entre equipes e pacientes. Esta solução de telessaúde permitiu a realização de consultas à distância, incluindo o registro e armazenamento seguro das videochamadas. A introdução das teleconsultas ampliou a acessibilidade dos serviços do SISAU, especialmente em grandes centros urbanos como Rio de Janeiro e São Paulo, onde a distância e o tempo de deslocamento são barreiras significativas ao acesso dos beneficiários. Com essa inovação, os pacientes passaram a ter a comodidade de se conectar com suas equipes de saúde sem sair de casa, além de terem acesso a especialidades concentradas em unidades de alta complexidade, evitando deslocamentos desnecessários e o uso de serviços contratados externos à FAB.

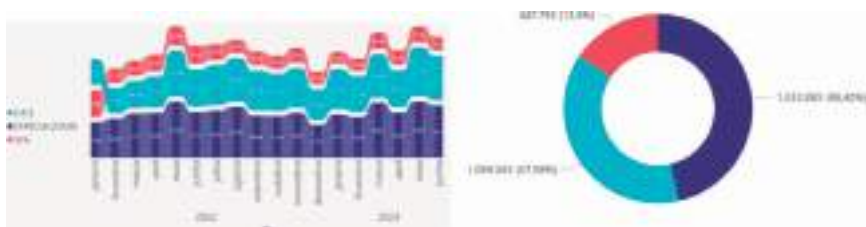
A coordenação do cuidado no SISAU vem sendo a cada dia mais fortalecida com a implementação de práticas como teleinterconsulta e teleconsultoria. Essas modalidades de atendimento à distância possibilitaram a troca de informações e opiniões entre profissionais do CAIS e outros

especialistas ou gestores do sistema, oferecendo suporte diagnóstico, clínico, terapêutico e esclarecimentos sobre procedimentos administrativos.

No âmbito da vigilância em saúde, o telemonitoramento emergiu como uma estratégia eficaz, contribuindo significativamente para a coordenação do cuidado. Essa abordagem envolve o monitoramento ativo de vulnerabilidades, principalmente realizado pela equipe de enfermagem do CAIS, em áreas estratégicas como doenças crônicas, doenças infecciosas imunopreveníveis, cuidados com gestantes, crianças, idosos, e promoção de hábitos de vida saudáveis.

O crescimento progressivo dos atendimentos à distância, como demonstrado na figura 6, tanto no CAIS quanto na atenção especializada, reflete o sucesso e a aceitação dessas inovações. Essas práticas não apenas melhoram a eficiência e a qualidade do cuidado, mas também representam um avanço significativo na forma como o SISAU atende às necessidades de saúde de seus beneficiários, reafirmando seu compromisso com a excelência em assistência à saúde.

Figura 9 – Distribuição de Teleconsulta e Teleinterconsulta no SISAU por tipo de serviço, por mês.



Fonte: AGHUse, atendimentos ocorridos entre janeiro de 2022 e junho de 2023.

O AGHUse, como uma inovação tecnológica no SISAU, trouxe uma agilidade sem precedentes aos processos de agendamento de consultas e exames. Por meio de uma plataforma interativa, o beneficiário pode selecionar as datas mais convenientes para suas consultas, enquanto os profissionais de saúde têm a capacidade de acessar e gerenciar agendas em diferentes pontos do sistema.

Esta funcionalidade interconectada assegura que, ao procurar um serviço de emergência, o beneficiário seja prontamente acolhido, avaliado e, se necessário, encaminhado diretamente para sua equipe do CAIS.

Neste contexto, o médico do CAIS pode agendar consultas com especialistas na presença do paciente, permitindo que este último indique sua disponibilidade, o que contribui significativamente para a redução do absenteísmo. Além disso, o retorno à APS é facilitado pelo mesmo sistema de agendamento, promovendo uma fluidez que otimiza a coordenação coletiva do cuidado.

2.4 Linhas de Cuidado e marcadores de acompanhamento

A introdução de marcadores para o monitoramento de pacientes através das Linhas de Cuidado nas equipes de Atenção Primária do CAIS é uma inovação notável na coordenação do cuidado no SISAU. Esta estratégia, com a Atenção Primária no papel de gestora dos fluxos assistenciais, é fundamental para a organização e coordenação do cuidado em todos os níveis de atenção à saúde. As Linhas de Cuidado, definidas por padrões técnicos e protocolos clínicos, detalham as rotinas e itinerários terapêuticos dos beneficiários, abrangendo promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Estas ações são desenvolvidas tanto pelas equipes do CAIS quanto por profissionais multidisciplinares de serviços especializados.

Os mais de 200 marcadores criados para serem registrados no AGHUse durante os atendimentos individuais ou coletivos das equipes de APS, ou pelos profissionais especialistas, permitem acompanhar o desempenho dos cuidados ofertados através da identificação das ações previstas de cada linha de cuidado, bem como permite gerar listas de pacientes em certo grau de risco.

Tais informações de saúde de oito Linhas de Cuidado foram criados para registro no AGHUse, tanto em atendimentos individuais quanto coletivos, pelas equipes de APS ou por especialistas. Esses dados permitem o acompanhamento da eficácia dos cuidados prestados, identificando as ações previstas em cada linha de cuidado e gerando listas de pacientes em diferentes graus de risco.

Cada paciente atendido pelo CAIS é inserido em uma ou mais linhas de cuidado específicas e assim estratificado e classificado, a partir daí, “tarefas” baseadas em diretrizes, protocolos clínicos e perfil do indivíduo são geradas em cada linha de cuidado. Durante o atendimento, os profissionais de saúde marcam as ações (tarefas) realizadas, facilitando o acompanhamento e a continuidade do cuidado. Por exemplo, na primeira consulta de um recém-nascido, são realizadas várias ações, como o Acolhimento Família Bebê, avaliação clínica e de risco, coleta para o teste do pezinho, entre outras, que são registradas como marcadores no prontuário.

Para gerenciar eficientemente essa vasta quantidade de dados, foi implementado um *dashboard*, denominado Portal Gestão do Cuidado SISAU 100. Esta ferramenta permite o resgate e análise da base de dados, aprimorando a visão dos gestores das equipes de APS e facilitando a tomada de decisões estratégicas. A abordagem proporciona uma visão holística e contínua do paciente, garantindo que todos os aspectos de sua saúde sejam monitorados e acompanhados de forma sistemática e ágil. Os marcadores atuam como pontos de referência essenciais, permitindo às equipes de saúde identificar rapidamente quaisquer desvios ou necessidades emergentes, especialmente em pacientes com condições crônicas.

Além disso, o uso de marcadores nas Linhas de Cuidado reflete uma coordenação do cuidado proativa e centrada no paciente, garantindo um cuidado personalizado e adaptado às necessidades individuais. Esta

prática não só melhora a experiência do paciente, mas também otimiza o uso de recursos no SISAU, promovendo uma comunicação eficaz entre diferentes profissionais de saúde e níveis de atenção, alinhando-se assim com as melhores práticas internacionais em saúde.

2.5 Gestão do cuidado

No âmbito da gestão dos serviços, a Reestruturação do SISAU foi marcada por uma modernização abrangente de suas práticas. Uma das ferramentas-chave nesse processo foi o Pacto de Gestão, um documento estratégico que solidificou um compromisso entre a Diretoria de Saúde da Aeronáutica (DIRSA) e os diretores das unidades de saúde. Esse pacto foi direcionado para o desenvolvimento contínuo e aprimoramento das práticas de saúde, visando elevar a qualidade do serviço prestado aos beneficiários do sistema.

O Pacto de Gestão emergiu como a ferramenta primária para a avaliação do desempenho das unidades, fundamentando-se nos resultados obtidos e submetidos a auditorias regulares, com classificação e reconhecimento baseados no desempenho, tudo isso conforme a Ordem Técnica nº 008/DIRSA/2022.

Dentre os indicadores pactuados para avaliar a coordenação do cuidado, destaca-se o percentual de resolutividade das consultas médicas na APS, a proporção de consultas na Atenção Especializada em relação ao CAIS e o percentual de atendimentos na emergência odontológica em comparação à APS. Estes indicadores são fundamentais para medir a eficácia e a eficiência do sistema, garantindo que o SISAU continue a evoluir e a atender às necessidades de saúde dos seus beneficiários com a mais alta qualidade de serviço.

3 Considerações finais

É imperativo reforçar a importância da coordenação do cuidado na APS como um pilar fundamental para assegurar a eficácia, eficiência e qualidade dos serviços de saúde no contexto do SISAU. Embora nos deparemos com desafios inerentes a esse processo, é crucial reconhecer as inúmeras oportunidades de aprimoramento da coordenação.

Investir na formação contínua dos profissionais de APS, na incorporação de tecnologias avançadas e na promoção da integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde emerge como o caminho a seguir para elevar o desempenho do sistema. Os desafios identificados, como a baixa credibilidade dos profissionais do CAIS, alta rotatividade de pessoal e barreiras culturais, podem ser superados mediante estratégias específicas.

Para enfrentar esses desafios, é crucial que os profissionais de saúde se envolvam em um contínuo processo de aprendizado e fortaleçam os canais de comunicação interprofissional. A centralidade do paciente nas decisões clínicas deve ser mantida, sendo essencial para garantir um cuidado coordenado e eficiente.

No âmbito da gestão e tomada de decisão, recomenda-se priorizar a coordenação do cuidado nas políticas de saúde, destinando recursos adequados para a implementação de iniciativas nesse sentido. O estabelecimento de métricas e indicadores claros e precisos é fundamental para avaliar o desempenho e orientar ajustes estratégicos.

Ao adotar essas práticas, os gestores e profissionais do SISAU estarão contribuindo significativamente para a melhoria da coordenação do cuidado, promovendo um sistema de saúde mais justo, humano e centrado no paciente. Essa abordagem reforça a importância de um sistema maduro, baseado nas RAS, onde a coordenação do cuidado se torna uma consequência natural de um modelo eficiente e integrado.

Referências

ALMEIDA, Patty Fidelis de et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 1, p. 244-260, 2018. Edição especial. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/N6BW6RTHVf8dYyPYYJqdGkk/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 04 jan. 2024.

BRASIL. Comando da Aeronáutica. Gabinete do Comandante da Aeronáutica. **Diretriz que estabelece a Reestruturação do Sistema de Saúde da Aeronáutica**: DCA 11-126. Rio de Janeiro, RJ, 2019.

BRASIL. Comando da Aeronáutica. Gabinete do Comandante da Aeronáutica. **Manual do CAIS**: MCA 160-10. Rio de Janeiro, RJ, 2023.

BRASIL. Comando da Aeronáutica. Gabinete do Comandante da Aeronáutica. **Norma de Sistema que dispõe sobre a Estratégia de Atenção Integral à Saúde (AIS)**: NSCA 160-19. Rio de Janeiro, RJ, 2021.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre *et al.* Intégration des soins: dimensions et mise en oeuvre. **Ruptures, revue transdisciplinaire en santé**, v. 8, n. 2, p. 38-52, 2001. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Charo_Rodriguez/publication/251783304_Integration_des_soins_Dimensions_et_mise_en_oeuvre/links/02e7e52de8be5562df000000/Integration-des-soins-Dimensions-et-mise-en-oeuvre.pdf. Acesso em: 04 jan. 2024.

LACERDA, R.S.T. E ALMEIDA, P.F. **Coordenação do cuidado: uma análise por meio da experiência de médicos da Atenção Primária à Saúde**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 2023, v. 27, e220665. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/6xxH6HHR9qysZ6VqLRgRD3z>. Acesso em: 04 jan. 2024.

MARQUES, C.S. **Coordenação e Linhas de Cuidado**. Produção didática para a faculdade UNIMED, 2023.

MCDONALD, Kathryn M. *et al.* **CareCoordinationMeasures Atlas**. Rockville: AHRQ Publication, 2014. Disponível em: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/ccm_atlas.pdf. Acesso em: 08 jan. 2024.

MENDES, Livia dos Santos; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Médicos da atenção primária e especializada conhecem e utilizam mecanismos de coordenação? **Revista de Saúde Pública**. v. 54, n. 121, p. 1-14, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002475>. Acesso em: 08 jan. 2024.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001308/130805por.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2024.

PRICEWATERHOUSECOOPERS. **The emerging benefits of EMR use in ambulatory care in Canada: benefits evaluation study**. Ontario: PricewaterhouseCoopers LLP, 2016. Disponível em: <https://www.infoway-inforoute.ca/en/component/edocman/3025-the-emerging-benefits-of-emr-use-in-ambulatory-care-in-canada-full-report/view-document?Itemid=103>. Acesso em: 08 jan. 2024.

***Implementação do Acolhimento
na operacionalização da Atenção
Primária à Saúde***

Caroline dos Santos Marques de Carvalho¹

1. Enfermeira, Mestre em enfermagem em Saúde Coletiva (UERJ). Primeiro Tenente do Quadro de Oficiais Temporários da Aeronáutica. Diretoria de Saúde da Aeronáutica (DIRSA). Email: carolinemarquescmc@fab.mil.br

1 O papel fundamental do Acolhimento na Reestruturação da Atenção à Saúde: uma abordagem integral na APS

O acolhimento surgiu como uma ferramenta facilitadora para a reestruturação do modelo tradicional de atenção à saúde, reorganizando o papel de cada profissional no ambiente de trabalho, permitindo uma assistência humanizada e resolutiva na saúde. Sendo uma diretriz operacional, constitui-se em uma relação centrada na humanização, estabelecida entre o usuário e o profissional de saúde, por meio da escuta qualificada que favorece o acesso para todos aqueles que buscam o serviço. Assim, seu principal objetivo é atingir a resolutividade das necessidades e problemas de saúde do indivíduo como uma resposta positiva às dificuldades observadas (Cavalcante, 2019).

Compreender o real sentido de acolhimento em APS significa reconhecer seu singular papel enquanto parte integrante da RAS. Atuando como principal porta de entrada dos sistemas de saúde, a APS compete a organização e o ordenamento da rede, mediante a garantia de acesso aos usuários, qualificação das demandas visando à resolução dos problemas ou o seu encaminhamento a outro ponto de atenção, quando assim se fizer necessário. Logo, acolher de forma adequada, mantendo o vínculo com os usuários, amplia a eficácia e a continuidade das ações de saúde, ressaltando, ainda, que facilita a participação do usuário durante a oferta de cuidado e da tomada de decisão terapêutica.

Partindo dessas premissas, é preciso entender o acolhimento como parte essencial de todo o processo de trabalho na APS, reconhecendo-o como um dos pilares de postura profissional ética, direcionada à solidariedade humana e ao fortalecimento do vínculo.

É essencial que o acolhimento esteja presente em todas as fases e em todo o percurso assistencial enfrentado pelo usuário dentro da RAS, incluindo seus diferentes pontos de atenção, até a conclusão da sua demanda de saúde, não se limitado, portanto, meramente a um momento ou a um local. A espinha dorsal do acolhimento deve ser a escuta e a percepção das necessidades reais dos usuários e livre de julgamentos, com o foco do profissional direcionado para a resolução dos problemas apresentados pelo indivíduo.

Diante do exposto e reconhecendo o singular valor do acolhimento, busca-se neste capítulo abordar questões relevantes a implantação e qualificação do acolhimento nos serviços do CAIS, destacando, é claro, seu papel nos processos cotidianos da APS.

2 Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: estratégias, implementação e organização do acesso para uma assistência humanizada

O acolhimento proporciona uma representação que reporta para compreendê-lo como um momento de encontro mediado pela escuta e pelo vínculo, o que aciona um sentido de disponibilidade de tempo e compromisso para a sua realização. O acolhimento possui três esferas constitutivas: postura, atitude e tecnologia do cuidado; mecanismo de ampliação e facilitação do acesso; e dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe (Brasil, 2015; Brasil, 2016).

As Políticas de apoio e fortalecimento da APS recomendam não só a estruturação de um serviço de saúde organizado para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, e/ou de minorar danos e sofrimentos, como também se responsabilizar pela resposta ao usuário, ainda que ofertada para outros pontos de atenção da rede. Assim, relacionamos o acolhimento com gestão do cuidado e processo de trabalho, entendendo-o como múltiplo e singular em sua dimensão de produção da saúde (Brasil, 2015).

A efetivação do acolhimento na APS é desafiadora. Necessita implementar a escuta qualificada pelos trabalhadores, evidenciando permanentemente as demandas dos usuários dos serviços de saúde, atendendo conforme a priorização por meio de uma avaliação criteriosa das vulnerabilidades (Brasil, 2016).

Desta maneira, o sucesso do acolhimento está relacionado aos profissionais que sabem respeitar as diferentes demandas da população atendida e assisti-la com integralidade. O atendimento humanizado cria ligações positivas entre a equipe e a comunidade que busca resolver suas necessidades de saúde e os profissionais que trabalham na centrada perspectiva do usuário (Penna; Faria; Rezende, 2014).

2.1 Triagem x Acolhimento

Trazer a real diferença entre triagem e acolhimento ultrapassa o simples conceito das palavras e aborda diretamente duas diferentes formas de conduta do profissional de saúde. Desde 2004, quando no Brasil foi publicado o documento referente à PNH, iniciou-se a crítica à ação da triagem administrativa, geradora de exclusão, uma vez que separa, escolhe e seleciona o indivíduo que será direcionado ao atendido. Em tal abordagem, a escuta ativa e terapêutica do usuário pouco é executada, pois o foco está no profissional de saúde, que baseado na queixa do usuário define para qual serviço encaminhá-lo.

Trazendo uma abordagem mais didática, é importante pontuar que a triagem e o acolhimento são dois processos distintos, embora complementares, que desempenham papéis cruciais nos serviços de saúde, especialmente na Atenção Primária. A principal diferença técnica entre eles reside em seus objetivos e abordagens no atendimento ao usuário.

A triagem é um procedimento inicial realizado para avaliar a gravidade e urgência do quadro de saúde do paciente. Geralmente, conduzida por profissionais de saúde treinados, a triagem visa identificar rapidamente os casos que demandam atenção imediata, garantindo uma resposta rápida e eficiente. Esse processo é crucial em ambientes como emergências hospitalares, onde a priorização é essencial para salvar vidas. Na triagem, são utilizados protocolos específicos para classificar os casos de acordo com a gravidade, permitindo uma alocação adequada de recursos.

Por outro lado, o acolhimento refere-se a uma prática mais abrangente e contínua na APS. O acolhimento envolve a recepção do paciente de forma humanizada, considerando não apenas a urgência do caso, mas também as necessidades individuais, contextuais e emocionais do usuário. Profissionais de saúde que realizam o acolhimento buscam estabelecer uma relação de confiança e promover o entendimento completo da situação de saúde do paciente. Diferentemente da triagem, o acolhimento não tem como foco apenas a classificação de prioridades, mas, sim, a construção de um vínculo terapêutico e a compreensão global do paciente como pessoa.

Ao acolher um indivíduo, o profissional de saúde busca uma aproximação mais holística, visando oferecer um atendimento humanizado e integrado ao longo do tempo.

2.2 Implementação e qualificação do acolhimento na APS

Não sendo possível dissociar o acolhimento de todo e qualquer processo de trabalho na APS, sua aplicação e constante lapidação deve ter como ponto de partida o diagnóstico situacional local, dados epidemiológicos, análise da estrutura física, mapeamento dos recursos humanos disponíveis, entre outros fatores.

Em se tratando da participação da gestão local, profissionais, bem como usuários dos serviços de saúde, tem papel singular na definição dos processos envolvidos no acolhimento.

São tidos como princípios para a qualificação e/ou implantação do acolhimento nos serviços de saúde:

- Organização das atividades de acolhimento pautadas nos princípios de responsabilidade territorial, identificação da clientela contida na carteira de usuários da unidade de saúde, vínculo com responsabilidade clínico-sanitária, trabalho em equipe e gestão inclusiva e participativa;
- Sensibilização de profissionais quanto a realização de qualificação para o desenvolvimento de habilidades de escuta qualificada;

- Implementação de protocolos multiprofissionais e interdisciplinares, com o objetivo de qualificar a assistência prestada e definir prioridades;

Para que tais atividades sejam desenvolvidas, é importante lançar mão de ações estratégicas, como:

- Realização de diagnóstico das principais demandas e necessidades dos usuários, considerando queixas em demanda espontânea, observações em visitas domiciliares e relatos em grupos;
- Estabelecimento de um mapeamento claro do fluxo do usuário no serviço, com a disponibilização de informações na sala de espera sobre os serviços oferecidos e a forma de classificação de risco no atendimento à demanda espontânea;
- Implementação de protocolos de classificação de risco para atenção à demanda espontânea, visando otimizar o tempo de resposta e a eficácia do atendimento;
- Profundo entendimento da rede de atenção à saúde local (papeis bem definidos e organizados entre os pontos de atenção à saúde), com orientação contínua aos usuários sobre os serviços disponíveis;
- Estratificação de risco das principais populações ou condições de saúde no território, como crianças, idosos, hipertensos, diabéticos e portadores de doença renal crônica;
- Pesquisa e análise dos serviços ofertados, organização de processos e dos principais desafios enfrentados;
- Integração entre a atenção e a gestão para o planejamento em saúde, com especial atenção à identificação de usuários que não acessam os serviços de APS;
- Estabelecimento de ações de educação permanente, com foco na renovação do trabalho/serviço e na promoção de aprendizagens coletivas, periodicamente avaliadas e atualizadas conforme as necessidades dos trabalhadores e da comunidade, alinhadas aos documentos técnicos do Ministério da Saúde, estado e conselhos profissionais.

2.3 O acolhimento como pilar nas estratégias de organização do acesso

O acolhimento em saúde está intrinsecamente vinculado às estratégias de acesso à APS, nas quais não demandam uma abordagem padronizada, isto é, uniforme em todos os serviços de APS. Pelo contrário, devem ser adaptadas de maneira sensível às necessidades específicas da comunidade atendida, ao diagnóstico comunitário, às peculiaridades da população assistida e à configuração da equipe de saúde. Nessa perspectiva, visando concretizar processos que promovam o acolhimento, destacam-se diversas estratégias de acesso que, de maneira combinada ou individual,

podem ser adotadas pelos serviços no planejamento em saúde. Essas estratégias, embora distintas, têm a capacidade de se complementarem, favorecendo, assim, a otimização da assistência prestada à comunidade.

É crucial ressaltar a relevância de os profissionais de nível superior assegurarem apoio e respaldo ao colega de nível médio que esteja desempenhando a primeira escuta de acolhimento, caso essa dinâmica seja adotada. Nesse contexto, a promoção de pactuações entre os membros da equipe e a realização de discussões de casos emergem como práticas fundamentais. Essas medidas visam não apenas fortalecer a colaboração entre os diversos níveis profissionais, mas também proporcionar um ambiente propício para a troca de experiências, aprimoramento das habilidades e garantia de um acolhimento efetivo e integral aos usuários.

2.3.1 Acesso Avançado

O acesso avançado na APS representa uma abordagem estratégica que visa otimizar a disponibilidade e eficiência dos serviços, garantindo uma resposta rápida e eficaz às demandas dos usuários. Essa modalidade de acesso transcende o modelo tradicional de agendamento prévio, possibilitando a oferta de consultas no mesmo dia ou em curto prazo, de acordo com a urgência da necessidade do paciente.

Ao adotar o acesso avançado, a APS busca atender não apenas a demanda espontânea, mas também antecipar e prevenir complicações, contribuindo para a promoção da saúde e prevenção de agravos. Essa estratégia implica uma reorganização nos processos de trabalho, promovendo uma maior flexibilidade na agenda dos profissionais de saúde e estimulando a resolução dos problemas de saúde de forma imediata, sempre que possível.

A implementação bem-sucedida do acesso avançado requer uma análise cuidadosa da demanda e da capacidade de resposta da equipe, além do fortalecimento das habilidades de gestão do fluxo de pacientes. O estabelecimento de protocolos e a integração efetiva entre os membros da equipe são essenciais para assegurar a qualidade e a segurança dos atendimentos realizados de forma mais imediata.

Ao promover o acesso avançado na APS, não apenas melhoramos a experiência do usuário, proporcionando atendimento oportuno, mas também contribuimos para a eficiência do sistema de saúde como um todo. Essa abordagem alinha-se aos princípios da integralidade, resolutividade e humanização, fundamentais para uma APS robusta e centrada nas necessidades da população.

2.3.2 Demanda Espontânea x Demanda Programada

A demanda espontânea refere-se à procura imediata dos usuários por atendimento de saúde, muitas vezes motivada por sintomas agudos,

desconforto ou preocupação com sua condição de saúde. Esse tipo de demanda é comum em serviços de APS, onde os pacientes podem buscar assistência sem agendar previamente.

Por outro lado, a agenda planejada também chamada de Demanda Programada, refere-se a consultas ou serviços agendados com antecedência. Isso permite uma gestão mais organizada dos recursos, melhor planejamento da oferta de serviços e a promoção de ações preventivas e de acompanhamento de doenças crônicas. A agenda planejada é fundamental para otimizar o tempo dos profissionais de saúde, melhorar o fluxo de atendimento e promover a continuidade do cuidado.

A integração efetiva entre demanda espontânea e demanda programada é um desafio constante na gestão de serviços de APS. É necessário equilibrar a atenção imediata às necessidades agudas dos pacientes com a oferta de consultas programadas para ações de promoção, prevenção e controle de doenças crônicas.

Uma abordagem bem-sucedida envolve estratégias como, por exemplo, a segmentação da clientela, classificação de risco, triagem eficiente e a promoção de ações educativas para incentivar a busca por atendimento agendado. Além disso, o uso de tecnologias de informação pode facilitar o agendamento online, reduzindo a sobrecarga nos serviços de saúde e oferecendo maior comodidade aos usuários.

A efetiva gestão da demanda espontânea e planejada na APS contribui para a melhoria da qualidade do atendimento, para a promoção da saúde da população e para a racionalização dos recursos disponíveis, fortalecendo, assim, o papel estratégico da Atenção Primária como base do sistema de saúde.

2.4 Fluxograma do Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: orientações e considerações

O fluxograma do acolhimento tem como objetivo delinear o caminho habitual que o usuário percorre ao buscar atendimento na Unidade de Saúde. É crucial destacar que o modelo apresentado a seguir pode não ser universalmente aplicável a todas as realidades. Assim, é importante salientar que haja uma adaptação, enriquecimento, teste e ajuste em cima do modelo, de acordo com as características específicas do local. Contudo, é imperativo manter aspectos fundamentais da lógica, como a recepção do usuário em um primeiro contato e a criação de um espaço de escuta reservado e apropriado para essa finalidade.

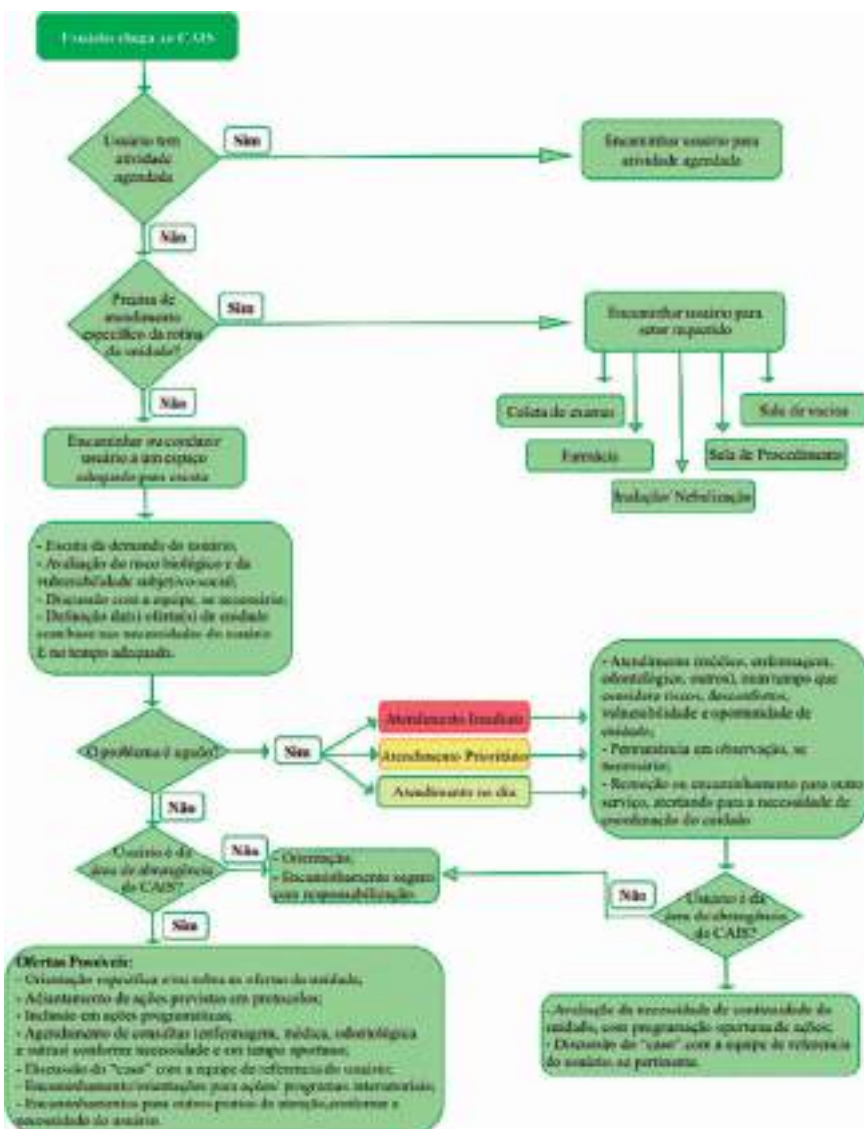
É essencial ressaltar que o respeito à privacidade e à confidencialidade das informações são princípios éticos que devem ser rigorosamente observados durante os momentos de escuta profissional. Tais princípios constituem a base da confiança na relação entre os profissionais e os usuários. Diversas situações podem motivar alguém a buscar a Unidade de Saúde, tornando crucial que o acolhimento ocorra em um ambiente reservado, em que outros usuários não tenham acesso ao que está sendo

compartilhado com o profissional de saúde. Além disso, deve-se oferecer uma escuta individualizada, possibilitando que o acompanhante (familiar, cuidador, cônjuge, entre outros) aguarde na sala de espera, caso haja condições para isso.

Considerando que a premissa do acolhimento é proporcionar uma escuta qualificada às demandas dos usuários de maneira legítima e resolutive em todos os momentos e espaços, é fundamental que este não se torne um fluxo burocrático e rígido. Cada cenário deve ser avaliado de maneira singular, levando em consideração aspectos como a avaliação de risco e vulnerabilidade, o atendimento equitativo às necessidades de saúde, o posicionamento ético e as implicações organizativas do processo de trabalho das equipes.

Em suma, o fluxograma do acolhimento na APS deve ser percebido como uma ferramenta dinâmica, sujeita a ajustes conforme a realidade local e as necessidades da população atendida. Sua implementação bem-sucedida dependerá da flexibilidade e do comprometimento das equipes de saúde em oferecer um acolhimento eficiente, ético e humanizado.

Figura 1 – Fluxograma para organização do processo de trabalho das equipes de APS do CAIS



Fonte: MCA 160-10, adaptado MS.

3 Considerações finais

No desfecho deste capítulo, é possível perceber que a implementação do acolhimento na operacionalização da Atenção Primária à Saúde (APS) é mais do que uma simples mudança de procedimentos; representa um compromisso com a humanização, integralidade e eficácia dos cuidados. Ao explorar as nuances entre triagem e acolhimento, evidenciamos que a diferenciação não reside apenas nos processos técnicos, mas na essência da relação estabelecida entre profissionais de saúde e usuários.

O acolhimento, delineado como pilar nas estratégias de organização do acesso, transcende barreiras burocráticas para se tornar a expressão máxima do cuidado centrado no usuário. É a garantia de que, desde o primeiro contato, a escuta qualificada e o respeito às singularidades prevaleçam, construindo vínculos sólidos e uma base de confiança essencial para o sucesso das intervenções em saúde.

O fluxograma do acolhimento na APS, apresentado como orientação, reforça a ideia de que não se trata de um modelo estático, mas, sim, de uma ferramenta dinâmica. Cada unidade de saúde, cada comunidade, traz consigo características singulares que demandam uma abordagem flexível e adaptável. O fluxo proposto é uma base sólida, mas sua eficácia depende da sensibilidade para avaliar riscos, vulnerabilidades e das implicações éticas e organizativas inerentes ao contexto de cada equipe.

Ao final deste capítulo, fica claro que o acolhimento não é apenas uma etapa no processo assistencial, mas uma filosofia que permeia todas as ações da APS. Sua correta implementação não só melhora a eficiência do sistema, mas promove uma verdadeira transformação na forma como a comunidade vivencia o cuidado em saúde. Diante disso, encorajamos gestores, profissionais e demais atores envolvidos na APS a abraçarem essa abordagem, adaptando-a às suas realidades e consolidando a premissa de que a saúde, antes de tudo, é um compromisso coletivo com o bem-estar e a dignidade de cada indivíduo.

Referências

BARALDI, D. C.; SOUTO, B. G. A. A demanda do acolhimento em uma unidade de saúde da família em São Carlos, São Paulo. **Arq. Bras. Cienc. Saúde**, Santo André, v. 36, n. 1, p. 10-17, 2011.

BORGES JDM, SILVA LAA. O acolhimento na atenção básica à saúde: saberes e práticas. **Revista de enfermagem UFPE online**, Recife, v. 9, n. 5, p. 7887-7894, maio, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/view/10538/11444>. Acesso em: 31 jan. 2024.

BRASIL. Comando da Aeronáutica. Gabinete do Comandante da Aeronáutica. **Manual do CAIS: MCA 160-10**. Rio de Janeiro, RJ, 2023.

BRASIL. Comando da Aeronáutica. Gabinete do Comandante da Aeronáutica. **Norma de Sistema que dispõe sobre a Estratégia de Atenção Integral à Saúde (AIS): NSCA 160-19**. Rio de Janeiro, RJ, 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Acolhimento na Atenção Primária à Saúde**. Divisão de Atenção Primária à Saúde. Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, 2022.

SOUZA, JHL. **A implantação do acolhimento no processo de trabalho da equipe de saúde da família de Angicos de Minas em Brasília Ed Minas: um estudo de caso**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Corinto, 2010. 38 f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. et al. **Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica**. Salvador, 2005-2008. **Rev. Bras. Saúde Materno-Infant**, Recife, v. 10, supl. 1, p. s131-s143, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/5Vf5Rxgpd3jcX6JmPShdkvz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 31 jan. 2024.

***Consulta de enfermagem: uma
ferramenta de cuidado integral
na APS***

Caroline dos Santos Marques de Carvalho¹

Aline Mariano da Silva²

1. Enfermeira, Mestre em enfermagem em Saúde Coletiva (UERJ). Primeiro Tenente do Quadro de Oficiais Temporários da Aeronáutica. Diretoria de Saúde da Aeronáutica (DIRSA). Email: carolinemarquescmc@fab.mil.br

2. Enfermeira, Especialista em Gestão e Estratégia de Programa Saúde da Família (SIGNORELLI). Segundo Tenente do Quadro de Oficiais Convocados da Aeronáutica. Diretoria de Saúde da Aeronáutica. (DIRSA). Email: alinemarianoams@fab.mil.br

1 Contexto histórico

A consulta de enfermagem desempenha um papel fundamental na promoção da abordagem integral ao indivíduo na Atenção Primária à Saúde (APS). De acordo com Santos et al. (2017), em seu livro “Enfermagem na Atenção Primária: Práticas e Desafios”, a consulta de enfermagem é uma estratégia essencial para a identificação das necessidades individuais de saúde, a prevenção de doenças e a promoção da saúde.

Neste capítulo, nossa jornada nos levará a explorar e destacar a magnitude desse componente na prestação de cuidados, indo além da avaliação clínica para abraçar a dimensão holística da assistência. Mergulharemos na interconexão entre a enfermagem e a APS, revelando como a consulta de enfermagem tornou-se fundamental na prevenção, no cuidado e na promoção da saúde. Descobriremos como os enfermeiros desempenham um papel crucial na identificação das necessidades do paciente, na educação em saúde e no fortalecimento da capacidade de autocuidado, aplicando a SAE como guia.

A análise detalhada de teorias, práticas e evidências será nosso farol, iluminando o surgimento da consulta de enfermagem e sua transformação em uma ferramenta não apenas para tratar doenças, mas para promover a saúde e prevenir enfermidades. Este capítulo demonstrará como os enfermeiros estabelecem vínculos com os beneficiários dos serviços de saúde, humanizando o cuidado em todas as fases da vida e deixando um impacto positivo na qualidade de vida dos pacientes.

No contexto da reestruturação da saúde na Aeronáutica, esta jornada ganha um significado especial. A consulta de enfermagem, neste cenário de constante aprimoramento, surge como um instrumento poderoso na busca por um cuidado integral na APS. Em um compromisso contínuo de elevar os padrões de assistência e promover o bem-estar dos militares e de seus familiares, a consulta de enfermagem torna-se um elo vital na cadeia de cuidados, coordenando o atendimento ao paciente nas diversas linhas de cuidado.

Neste capítulo, desvendaremos como a consulta de enfermagem não é apenas um ato clínico, mas uma peça-chave na construção de um sistema de saúde mais eficaz e centrado no indivíduo. Prepare-se para uma viagem pela excelência da enfermagem na APS, onde cada consulta não é apenas um encontro, mas uma oportunidade de promover saúde e transformar vidas.

2 Desvendando a consulta de enfermagem: da teoria à prática na sistematização e na transformação do sistema de saúde

Adentrar o cenário da Consulta de Enfermagem equivale a iniciar uma jornada de descobertas, na qual a simbiose entre teoria e prática se revela de maneira excepcional. Prosseguiremos, então, com uma imersão profunda na essência dessa prática fundamental, desvelando os fios que conectam o conhecimento teórico à ação prática. Desde os alicerces teóricos que fundamentam a consulta até sua aplicação pragmática na SAE, cada página desvendará os segredos e nuances que delineiam essa habilidade singular.

Ao explorarmos a intrincada relação entre teoria e prática, é imprescindível ressaltar o papel transformador da Consulta de Enfermagem no panorama da saúde. Destacando sua contribuição essencial para a reestruturação do Sistema de Saúde, abordaremos ainda sua relevância na configuração de um sistema de saúde mais eficiente, adaptável e centrado no cuidado integral ao paciente. Nessa análise, buscaremos discernir as nuances específicas que potencializam a excelência nesta arte que transcende o ordinário.

2.1 Introdução à consulta de enfermagem

A melhoria contínua na qualidade da assistência é o cerne da prática de enfermagem, que visa à sistematização e organização do processo de cuidado. Essa prática busca não apenas uma assistência sob o ponto de vista biológico do indivíduo, mas também um entendimento de suas necessidades como ser social e seu processo saúde-doença. A consulta de enfermagem, respaldada legalmente como atividade privativa do enfermeiro, não só se tornou um instrumento de cuidado, mas também uma ferramenta vital na promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico precoce e tratamento.

Os primórdios da consulta de enfermagem remontam a 1920, quando o enfermeiro já desempenhava entrevistas precursoras dessa prática. Sua formalização ocorreu em 1968, inicialmente focada no público materno-infantil e posteriormente estendida a todos os demais grupos, regulamentada pela Lei 7.498/86 e pelo decreto nº 94.406/87. O COFEN ratificou a obrigatoriedade da consulta em todos os níveis da assistência à saúde, sinalizando uma mudança paradigmática na organização da atenção primária e descentralização dos serviços.

A consulta de enfermagem, teve sua prática legalizada pela Lei 7.498/86, com a regulamentação do exercício da enfermagem, decretando-a como atividade privativa do enfermeiro. Essa lei, já dispôs de resoluções e portarias de diversas instâncias, como o COFEN e a Resolução nº 159, que designa como obrigatória, a prática da consulta de enfermagem, em todos os níveis de assistência à saúde.

2.2 A sistematização da assistência de enfermagem (SAE)

A consulta de enfermagem é um método eficaz para detectar previamente os problemas de saúde e realização de acompanhamento de medidas implantadas, que visam o bem-estar do indivíduo, favorecendo o trabalho do enfermeiro, no decorrer do atendimento, bem como a facilidade na detecção de problemas e a tomada de decisões. A consulta deve ser norteada pela SAE, que, segundo HORTA (2007), constitui o alicerce sobre o qual construímos a qualidade, a segurança e a humanização do cuidado de saúde, bem como um método científico que organiza toda parte operacional do processo de enfermagem.

A consulta de enfermagem, desenvolvida para uma assistência de qualidade, utiliza componentes científicos para a identificação de situações de saúde-doença e para a implementação de medidas de enfermagem que contribuem para a promoção da saúde, proteção, recuperação ou reabilitação da saúde do indivíduo. Ela é composta de algumas etapas que se relacionam entre si, como particularidades do processo de enfermagem. Essas etapas são baseadas na SAE, uma metodologia utilizada pelos profissionais de enfermagem para planejar, implementar e avaliar os cuidados de enfermagem de forma organizada e padronizada.

A SAE, de acordo com a Resolução nº 358 do COFEN 2009, consiste em várias etapas, que podem ser aplicadas durante a consulta de enfermagem para uma abordagem integral ao indivíduo. Essas etapas incluem: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação. Essas etapas ajudam a garantir a qualidade e eficácia do cuidado de enfermagem, promovendo uma abordagem integral ao paciente. Além disso, facilitam a comunicação entre os membros da equipe de saúde, permitindo uma compreensão clara das necessidades do paciente e das ações a serem tomadas.

A abordagem integral ao indivíduo na consulta de enfermagem, aliada à SAE, resulta em cuidados personalizados e centrados no paciente, elevando a assistência de enfermagem a um patamar de excelência e humanização.

2.2.1 Coleta de Dados

Nesta etapa, o enfermeiro reúne informações sobre o paciente, incluindo histórico, queixas atuais, condições de vida, histórico familiar, estilo de vida e fatores psicossociais e espirituais. Tal coleta de dados deve ser realizada de forma aprofundada, a fim de obter uma compreensão completa do paciente.

2.2.2 Diagnóstico de Enfermagem

Com base nos dados coletados, o enfermeiro identifica os problemas de saúde reais ou potenciais. Os diagnósticos de enfermagem são

formulados de acordo com a linguagem padronizada de NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*). Esse diagnóstico servirá como guia para o plano de cuidados.

2.2.3 Planejamento

Nesta etapa, o enfermeiro estabelece metas de cuidados, elabora um plano de cuidados e define as intervenções necessárias para abordar os problemas identificados. O planejamento é feito em colaboração com o paciente, levando em consideração suas necessidades, preferências e recursos disponíveis.

2.2.4 Implementação

Esta é a etapa de colocar em prática as intervenções planejadas, fornecendo os cuidados de acordo com o plano estabelecido. Isso pode envolver a administração de medicamentos, procedimentos, aconselhamento e educação ao paciente, entre outras ações.

2.2.5 Avaliação

Após a implementação das intervenções, o enfermeiro avalia a resposta do paciente aos cuidados. Isso envolve a verificação se as metas de cuidados foram alcançadas, a reavaliação do estado de saúde do paciente e a revisão do plano de cuidados, se necessário.

2.3 Papel do enfermeiro na consulta de enfermagem

As consultas de enfermagem oferecem diversas possibilidades, permitindo ao enfermeiro conhecer o indivíduo por meio do atendimento individual, estabelecer uma comunicação eficaz e criar um vínculo que pode ter um impacto positivo na saúde. Durante o processo de comunicação face a face entre o profissional e o paciente, ocorre uma troca efetiva de informações para a implementação e avaliação das ações de enfermagem.

A abordagem integral ao indivíduo durante a consulta de enfermagem, significa que o enfermeiro considera não apenas a sintomatologia e as queixas em si, mas também tem uma preocupação da sua saúde como um todo, incluindo diversos fatores e aspectos importantes, como: avaliação física, avaliação psicossocial, educação em saúde, promoção de autonomia, abordagem interdisciplinar, acompanhamento e monitoramento, promoção da prevenção à saúde, registro dos dados, comunicação eficaz, avaliação de riscos, considerações éticas e culturais e a coordenação do cuidado.

2.3.1 Avaliação Física

Esta etapa consiste na verificação dos sinais vitais e na avaliação do estado geral de saúde, bem como na identificação dos possíveis problemas

físicos e na realização de exames específicos conforme necessário. A abordagem integral ao indivíduo na enfermagem é uma abordagem holística, que considera não apenas os aspectos físicos, mas também os aspectos psicológicos, sociais e espirituais.

2.3.2 Avaliação Psicossocial

O enfermeiro também avalia fatores psicossociais que podem influenciar na saúde do paciente, como estado emocional, hábitos de vida, estresse, suporte social e qualidade de vida. Esta avaliação é importante para fornecer cuidados de qualidade e personalizados, compreendendo o paciente como um ser integral. Isso não apenas promove a recuperação, mas também melhora a qualidade de vida do paciente. Além disso, a avaliação psicossocial pode ser usada para encaminhar o paciente a serviços adicionais, como aconselhamento psicológico ou assistência social, conforme suas necessidades.

2.3.3 Educação em Saúde

Durante a consulta, o enfermeiro fornece informações educacionais ao paciente sobre questões de saúde relevantes, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças e o autocuidado. A educação em saúde desempenha um papel fundamental na consulta de enfermagem. Ela é uma parte essencial do atendimento de enfermagem, pois capacita os pacientes a compreenderem melhor suas condições de saúde.

2.3.4 Promoção de Autonomia

O enfermeiro incentiva o paciente a ser ativo em seu próprio cuidado de saúde, promovendo a autonomia e a participação na tomada de decisões sobre o seu tratamento. A promoção da autonomia na consulta de enfermagem não apenas beneficia o paciente, mas também fortalece a relação de confiança entre o enfermeiro e o paciente, levando a melhores resultados de saúde e satisfação do paciente.

2.3.5 Abordagem Interdisciplinar

Em muitos casos, o enfermeiro trabalha em equipe com outros profissionais de saúde, como nutricionistas, psicólogos, médicos, fisioterapeutas e assistentes sociais para fornecer um atendimento mais abrangente e eficaz ao paciente. Essa abordagem reconhece que as necessidades de saúde de um paciente, muitas vezes, requerem a expertise de vários especialistas para garantir um cuidado completo e integrado.

2.3.6 Acompanhamento e Monitoramento

O acompanhamento regular é fundamental na atenção à saúde do indivíduo. O enfermeiro agenda consultas de acompanhamento para avaliar a eficácia do tratamento e fazer ajustes de acordo com a necessidade.

2.3.7 Promoção da Prevenção à Saúde

Além do tratamento dos problemas de saúde existentes, o enfermeiro enfatiza as medidas de prevenção à saúde. Isso inclui incentivar o paciente a adotar um estilo de vida saudável, atualizar a situação vacinal e realizar exames para rastreamento e monitoramento quando forem necessários. O enfermeiro fornece também orientações e educação em saúde, capacitando o paciente a cuidar melhor de si mesmo e a tomar decisões informadas sobre seu tratamento.

2.3.8 Registro de Dados

O enfermeiro mantém registradas todas as informações coletadas, avaliações realizadas e os planos de cuidados desenvolvidos para garantir um acompanhamento eficaz. Durante a consulta de enfermagem, os enfermeiros planejam e avaliam o cuidado prestado aos pacientes. Os registros dos dados são essenciais para a comunicação eficaz entre os membros da equipe de saúde e para manter um histórico preciso do cuidado prestado.

2.3.9 Comunicação Eficaz

O enfermeiro deve estabelecer uma comunicação aberta e empática com o paciente, que é essencial para entender suas preocupações e necessidades. O enfermeiro deve ouvir atentamente e fazer perguntas pertinentes para obter as informações completas. A comunicação eficaz na consulta de enfermagem não apenas melhora a qualidade do atendimento ao paciente, mas também contribui para a sua satisfação e para a eficácia do sistema de saúde. Na consulta de enfermagem, a comunicação desempenha um papel fundamental nesse processo, pois através dela o enfermeiro estabelece uma relação terapêutica com o paciente e coleta informações necessárias para a assistência de enfermagem, bem como o cuidado integral (Dorneles, 2020). A comunicação eficaz permite ao enfermeiro, criar uma relação de confiança com o paciente, que é essencial, para que ele se sinta à vontade para compartilhar informações pessoais. Essa relação é vital para um cuidado de qualidade.

2.3.10 Avaliação de Riscos

A identificação dos fatores de risco e a identificação das estratégias para mitigá-los é importante para a prevenção de doenças e a promoção da saúde. Isso pode incluir avaliação de riscos associados ao estilo de vida, hábitos alimentares inadequados ou falta de atividade física. A avaliação de riscos na consulta de enfermagem é uma parte fundamental do processo de cuidados de saúde, pois ajuda a identificar e gerenciar potenciais ameaças à saúde dos pacientes.

2.3.11 Considerações éticas e culturais

Durante a consulta de enfermagem, é importante que o enfermeiro respeite os valores culturais e éticos do paciente e adote a abordagem dos cuidados de acordo com suas preferências e crenças. Considerar essas questões éticas e culturais na prática da enfermagem ajuda a garantir que os pacientes recebam cuidados de qualidade que respeitem sua dignidade e singularidade cultural, ao mesmo tempo em que promove a integridade ética da profissão.

2.3.12 Coordenação do cuidado

Na consulta de enfermagem, assim como em todo o processo, o enfermeiro desempenha um papel crucial na coordenação do cuidado, garantindo que todas as necessidades do paciente sejam atendidas de forma integrada, priorizando a humanização do cuidado, o respeito à individualidade do paciente e a promoção de uma assistência à saúde.

A consulta de enfermagem na abordagem integral ao indivíduo é uma prática fundamental na enfermagem, pois tem por finalidade fornecer cuidados holísticos e personalizados aos pacientes. A abordagem integral considera todos os aspectos, sejam eles sociais, espirituais, emocionais ou culturais, reconhecendo que esses elementos estão interconectados e influenciam na saúde geral do beneficiário.

2.4 Potencializando o cuidado integral com a consulta de enfermagem

Ao abordar o cuidado integral na consulta de enfermagem, estamos alinhados aos princípios da PNH de 2017. Essa política busca promover uma atenção à saúde mais humanizada, considerando não apenas a dimensão clínica, mas também as esferas social, cultural e emocional dos pacientes.

Nesse contexto, a consulta de enfermagem, exige do profissional conhecimento atualizado, empatia, habilidades de comunicação e colaboração interprofissional. A integração desses elementos é essencial para fornecer cuidados de qualidade e centrados no paciente, seguindo as diretrizes éticas da enfermagem.

A consulta de enfermagem, na abordagem integral, compreende diversos processos interligados. O acolhimento, que é o primeiro passo crucial, envolve receber o paciente de forma empática e respeitosa, ouvindo suas queixas e compreendendo suas necessidades, conforme preconizado pela PNH.

A prática da escuta qualificada é um componente essencial da consulta, exigindo total presença e atenção às necessidades do paciente. Isso inclui o uso de perguntas abertas para permitir que o paciente se expresse livremente.

A visão integral durante a consulta considera o paciente como um ser único, abrangendo não apenas os sintomas físicos, mas também sua história de vida, contexto social, cultural e emocional. Essa abordagem holística é incentivada pela PNH.

O plano de cuidados, por sua vez, é elaborado com base no diagnóstico de enfermagem, sendo personalizado para atender às necessidades específicas do paciente. A participação ativa do paciente na tomada de decisões sobre seu próprio cuidado é crucial.

A humanização do cuidado, conforme preconizada pela Política Nacional de Humanização, destaca a importância de tratar o paciente com dignidade, empatia e respeito, evitando práticas desumanizantes.

Finalmente, a construção do vínculo terapêutico entre o enfermeiro e o paciente é fundamental para a abordagem integral na consulta de enfermagem. Esse vínculo estabelece uma relação de confiança, essencial para o sucesso do tratamento na APS.

2.5 A consulta de enfermagem na APS e a abordagem integral ao indivíduo nos diferentes ciclos de vida

Na APS, a consulta de enfermagem se revela como uma prática fundamental, promovendo cuidado preventivo e de promoção da saúde. Essa abordagem integral transcende os aspectos físicos, considerando também os fatores emocionais, culturais e sociais ao longo dos diferentes ciclos de vida, abrangendo crianças e adolescentes, adultos e idosos. É importante destacar a singularidade da consulta de enfermagem em outras linhas de cuidado, como por exemplo segmentos populacionais (indígenas, população ribeirinha, etc.), gênero (saúde da mulher e saúde do homem), agravos (hipertensão, diabetes, HIV, etc.) e eventos (gravidez).

Considerando as linhas de cuidado por ciclos de vida, na fase de crianças e Adolescentes, a consulta engloba avaliação do crescimento, situação vacinal, orientações sobre alimentação saudável, atividade física, higiene, e apoio a questões de saúde mental e sexualidade.

Para os adultos, destaca-se a promoção da prevenção de doenças crônicas, rastreamento de condições específicas, gestão de estresse, suporte à saúde mental, planejamento familiar e educação sobre estilo de vida saudável.

Na abordagem à pessoa idosa, a consulta se concentra na avaliação das necessidades de cuidados de longo prazo, gerenciamento de doenças crônicas, prevenção de quedas, promoção da mobilidade e suporte à saúde cognitiva.

É importante ressaltar que, independentemente da fase da vida, o enfermeiro deve considerar o contexto econômico, social e cultural do paciente, respeitando crenças e valores, identificando fatores sociais impactantes, como limitações financeiras. A abordagem integral também implica na coordenação do cuidado com outros profissionais de saúde quando necessário.

A educação do paciente durante a consulta, capacitando-o a tomar decisões informadas sobre sua saúde e bem-estar, promovendo adesão ao tratamento e a manutenção de um estilo de vida saudável ao longo de toda a vida, é um ponto de destaque.

2.6 A consulta de enfermagem na Reestruturação do Sistema de Saúde da Aeronáutica

Na reestruturação da saúde na Aeronáutica, a consulta de enfermagem desempenha um papel crucial, equiparando-se à importância que assume em qualquer sistema de saúde. Nesse contexto, o processo de enfermagem transcende a simples atenção às queixas dos pacientes, transformando-se em um encontro que vai além do tratamento, estabelecendo uma conexão entre o profissional e o usuário. Durante essa interação, destaca-se a facilitação da comunicação e a construção de um vínculo fundamentado no respeito e na empatia. O foco central da consulta reside na promoção da saúde, prevenção de doenças, bem como na recuperação e reabilitação dos militares e de seus dependentes.

Dentro da estratégia de reestruturação da saúde da Aeronáutica, observa-se o fortalecimento do papel do enfermeiro e a valorização da consulta de enfermagem como parte integrante do sistema de saúde. A implementação de políticas específicas contribui para assegurar que militares e seus dependentes mantenham suas condições de saúde em níveis ideais.

Durante a consulta de enfermagem, torna-se imperativo coordenar o cuidado, gerenciando e organizando os diversos serviços de saúde e profissionais envolvidos no tratamento do paciente. Esse aspecto ganha relevância, especialmente quando o paciente apresenta múltiplas condições de saúde ou necessita de cuidados de diferentes profissionais de saúde.

A coordenação do cuidado na consulta de enfermagem visa garantir a continuidade, segurança e eficácia dos cuidados prestados, eliminando a fragmentação dos serviços de saúde. O objetivo é promover uma abordagem integral, proporcionando uma assistência de qualidade que vise ao bem-estar global do indivíduo.

3 Considerações finais

A consulta de enfermagem, como uma ferramenta de cuidado integral na atenção primária à saúde e na reestruturação do serviço de saúde da Aeronáutica, revela-se como um elemento fundamental para garantir a qualidade e eficácia do atendimento prestado aos beneficiários dessa instituição. Neste capítulo, exploramos a importância desse processo de consulta como uma abordagem holística, que considera não apenas os aspectos físicos, mas também emocionais, sociais e psicológicos de cada indivíduo.

Através da consulta de enfermagem, é possível estabelecer uma relação de confiança com os pacientes, compreendendo suas necessidades de saúde de maneira individualizada. Isso não apenas promove a prevenção de doenças e a promoção da saúde, mas também contribui para o tratamento e reabilitação de pacientes. Além disso, o fortalecimento do papel do enfermeiro na atenção primária à saúde da Aeronáutica demonstra a capacidade dessa categoria profissional em assumir um papel de destaque na promoção do bem-estar e melhoria da qualidade de vida dos beneficiários.

A consulta de enfermagem na APS desempenha um papel fundamental na atenção primária à saúde, sendo um dos pilares que sustentam a qualidade e eficácia dos cuidados oferecidos aos beneficiários. Ela constitui um momento de estabelecimento de vínculo entre o profissional e o paciente, sendo esse relacionamento crucial para o sucesso de qualquer intervenção de saúde. Além disso, a consulta de enfermagem na APS é um espaço para a educação em saúde e detecção precoce de problemas. Por meio de avaliações sistematizadas, o enfermeiro pode identificar sinais e sintomas que requerem intervenções imediatas, encaminhando o paciente a outros profissionais de saúde quando necessário. Em suma, a consulta de enfermagem na APS é um pilar essencial que promove a integralidade do cuidado, a promoção da saúde, a detecção precoce de problemas e a equidade no acesso ao serviço de saúde.

A SAE na consulta de enfermagem na APS desempenha um papel fundamental na promoção da qualidade dos cuidados de saúde e na melhoria do bem-estar dos pacientes. Ela permite que os profissionais adaptem o cuidado às necessidades individuais de cada paciente, promovendo um atendimento eficaz e de maior qualidade. A SAE na consulta de enfermagem na APS é uma abordagem essencial pois garante que os beneficiários recebam um atendimento completo, contribuindo para promoção da saúde e prevenção de doenças.

As linhas de cuidado desempenham um papel fundamental na consulta de enfermagem na APS e têm um impacto significativo na qualidade do atendimento e na promoção da saúde. Elas permitem uma melhor organização do serviço de saúde na APS, garantindo que os beneficiários recebam atendimento contínuo e integrado. A APS tem um foco importante na promoção de saúde e na prevenção de doenças. As linhas de cuidado, facilitam a implementação de ações preventivas, como vacinação, aconselhamento sobre hábitos saudáveis e rastreamento de doenças, ajudando a reduzir a carga de doenças e auxiliando na padronização de processos de trabalho, garantindo que as melhores práticas sejam seguidas.

No contexto da reestruturação do serviço de saúde da Aeronáutica, a consulta de enfermagem desempenha um papel crucial na otimização dos recursos, na diminuição de custos e na eficácia do sistema. Através da implementação de protocolos e práticas baseadas em evidências, os enfermeiros podem contribuir significativamente para a excelência dos cuidados de saúde.

Portanto, a consulta de enfermagem emerge como um instrumento de transformação e aprimoramento do SISAU, promovendo a excelência no atendimento e demonstrando o compromisso dessa instituição com o bem-estar de seus membros. Vale ressaltar a importância da capacitação

e do reconhecimento do papel essencial que o enfermeiro desempenha na promoção da saúde e prevenção de doenças. Assim, essa abordagem de cuidado integral pode se tornar uma realidade cada vez mais presente e eficaz, trazendo benefícios não apenas para os profissionais, mas acima de tudo, aqueles a quem eles servem.

Referências

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 15 out, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 04 fev. 2024.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986>. Acesso em: 04 fev. 2024.

BRASIL. Decreto nº 94.406/87 de 08 de junho de 1987. Regulamenta a lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo. Brasília, 1987. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687>. Acesso em: 04 fev. 2024.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A Experiência da diretriz da ambiência na Política Nacional de Humanização – PNH**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://redehumanizaus.net/lancamento-da-cartilha-humanizaus>. Acesso em: 04 fev. 2024.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 159**, de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 abr. 1993. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-1591993_4241.html. Acesso em: 04 fev. 2024.

DORNELES F. C. *et al.* Processo de enfermagem e suas implicações na prática profissional do enfermeiro: revisão integrativa de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. v. 13, n. 2, 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/6028/3994>. Acesso em: 04 fev. 2024.

FREITAS, G.M; SANTOS, N.S.S. Atuação do enfermeiro na atenção básica de saúde: revisão integrativa de literatura. **R. Enferm. Cent. O. Min.** v. 4, n. 2, 2014.

HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 2007. 96p.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION INTERNATIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011**. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010.

SANTOS, S. M. R; JESUS, M. C. P.; AMARAL, A. M. M.; COSTA, D. M. N.; ARCANJO, R. A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais. **Texto & Contexto Enferm.** v. 17, n. 1, p. 124-30, 2008.

Saúde Bucal: do gerenciamento de dados à integralidade da assistência

Luiza Miguel Haicki Wendling **Pimentel**¹

“O sucesso não é a chave para a felicidade. A felicidade é a chave para o sucesso. Se você ama o que faz, será bem-sucedido.”

Albert Schweitzer

1. Cirurgiã-dentista (UFF). Especialista em Ortodontia (OCM), Saúde da Família (ENSP) e Planejamento, Política e Gestão da Saúde Pública (UNESA). MBA em gestão em Saúde (FGV). Segundo Tenente do Quadro de Oficiais convocados da Aeronáutica. Diretoria de Saúde da Aeronáutica. E-mail: luizahaicki@hotmail.com

1 A Saúde Bucal no contexto da Reestruturação

A Reestruturação do Sistema de Saúde da Aeronáutica foi capaz de promover mudanças significativas e essenciais para a melhoria e o bom andamento dos processos dos serviços ofertados aos beneficiários de Saúde. No mesmo passo, alinhado às necessidades de evolução no Registro Eletrônico em Saúde (RES), optou-se por substituir os prontuários em papel por prontuários eletrônicos.

O AGHUse, prontuário eletrônico escolhido, chega, inicialmente, sem a contemplação de um módulo de atendimento específico para a Odontologia, e por isso, foi preciso que militares do Serviço Odontológico desbravassem os caminhos da tecnologia da informação e desenhassem um módulo capaz de oferecer a possibilidade de um RES para a Odontologia.

Todo atendimento era feito por meio de caixas de texto customizadas para o atendimento odontológico, das quais os profissionais faziam uso da escrita corrente para identificar os elementos dentários com necessidade de tratamento, o planejamento do caso e o que foi executado na consulta.

Este módulo abarcava o essencial para o que se propunha na época, entretanto assemelhava-se ainda ao registro de papel, visto que era dependente de escritas e transcrições de texto. Era como se, grosseiramente falando, o prontuário fosse um papel dentro do computador. Era dotado de pouca informação no que diz respeito a indicadores de atendimento, produtividade, epidemiologia e evoluções atreladas aos procedimentos realizados.

Em se tratando da robustez de uma Odontologia que realiza um trabalho com excelência técnica, repensou-se mais uma vez a estrutura digital para que o prontuário eletrônico fosse capaz de entregar funcionalidades que, além de otimizar o atendimento, trouxesse a lógica do gerenciamento dos dados para enxergar processos, desenvolver indicadores próprios e planejar as atividades.

A partir daí uma série de possibilidades se abriu e um módulo específico para o atendimento odontológico foi customizado. A Odontologia passa a contar com um odontograma gráfico e, assim, a visualizar elementos dentários em sua forma completa (isto é, faces e raízes), além de mucosas e a face. Assim como o diagnóstico, o plano de tratamento e o tratamento executado estão disponíveis por meio de uma barra com uma lista detalhada, ou seja, um *menu*, cujas opções de preenchimento são padronizadas, facilitando a extração e o gerenciamento dos dados.

As Linhas de Cuidado, atreladas aos ciclos de vida e aos grupos de doenças crônicas mais prevalentes, foram inseridas no perfil dos profissionais de Saúde Bucal, dessa forma, elevando a odontologia ao acompanhamento integral da família Aeronáutica. Assim, os profissionais participam ativamente não só das atividades habituais inerentes ao profissional Dentista, como também dos procedimentos focados no paciente como um todo, respeitando a integralidade e as especificidades de cada indivíduo, como descrito no MCCP (Método Clínico Centrado na Pessoa) do Húngaro Michael Balint, na década de 1970.

A integralidade do RES permite a articulação com todos os níveis da Atenção. Isto é, tem-se a possibilidade de atuação desde o paciente saudável na Atenção Primária ao paciente à beira do leito, internado no pós-cirúrgico na Atenção Terciária, indicando-se, assim, prontamente o Plano Terapêutico Singular (PTS), além de coordenar o percurso assistencial do beneficiário de saúde ao longo da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Dessa maneira, a Odontologia será capaz de extrair dados epidemiológicos e dimensionar os agravos e as características bucais mais prevalentes em nossa população, bem como as especialidades odontológicas mais requeridas, as possibilidades de tratamento e o monitoramento das linhas de cuidado propostas especificamente para cada paciente.

Com base na gestão digital, no futuro pretende-se compor os dados da Saúde Bucal do paciente em um avatar, proposto em um aplicativo. Lá, ele será capaz de acompanhar a evolução e/ou manutenção de sua Saúde Bucal; de saber as condições bucais mais importantes no acompanhamento de condições crônicas de saúde, como, por exemplo, diabetes, hipertensão e obesidade; além de conhecer os profissionais responsáveis por seu atendimento, as consultas agendadas e até mesmo receber notificações pontuais ao longo do dia para lembrá-lo de: “desencostar os dentes”, “não dormir sem escovar os dentes”, “beber água” etc. Tudo elaborado juntamente ao plano de tratamento proposto e ao perfil epidemiológico de cada paciente. É bom destacar que quando se trata de gerenciamento de dados fornecidos por um prontuário eletrônico, não há limites para a gestão de processos e para a gestão consciente e sustentável.

2 O odontograma e a importância do registro eletrônico em saúde (RES)

Quando uma unidade de saúde faz a transição de seu prontuário “de papel” para o digital, há de se esclarecer, antes de qualquer ação, que um prontuário digital não é apenas a transcrição fria e mecânica do que estava no papel; pelo contrário! Registrar as atividades em tela é o início dos processos gerenciais e o pontapé do desenho dos processos de trabalho.

Além de deixar registrado o atendimento clínico propriamente dito, pode-se definir o melhor caminho para uma gestão consciente e sustentável; não aquela baseada apenas nas experiências mais comuns da rotina odontológica.

O gestor, por meio de um registro eletrônico qualificado, poderá ter acesso aos dados do paciente e, com isso, direcionar a equipe de Saúde Bucal para melhorar esse gerenciamento, desde a sua entrada na recepção até a finalização e a manutenção do tratamento proposto. É possível ainda visualizar falhas e pontos fracos no dia a dia de seus profissionais.

Nesse sentido, faz-se necessário que todas as características bucais e gerais sejam relatadas em prontuário. A ferramenta mais utilizada para o preenchimento das condições bucais é o chamado odontograma, que é uma representação gráfica das arcadas dentárias, incluindo todos os dentes, faces dentárias e as raízes.

Ao longo do exame clínico do paciente, momento em que o profissional avalia a cavidade oral, o odontograma vai sendo preenchido e, automaticamente, tem-se um desenho, como uma fotografia fiel das condições encontradas no momento da consulta. Esse registro deve ser feito com extrema qualidade, para que as características catalogadas, além de resguardar a situação real para possíveis solicitações periciais, possam também, compor a base de dados do prontuário eletrônico.

Com base nos dados reunidos, será possível extrair informações epidemiológicas da população adstrita e, assim, organizar a tabela de pessoal na retaguarda do atendimento, de acordo com as demandas mais prevalentes, ou gerenciar o percurso assistencial dos pacientes ao longo das diversas especialidades existentes.

Além da transcrição das condições bucais, uma das possibilidades atreladas ao odontograma é o planejamento do tratamento para cada caso. Isto é, a execução do tratamento tem mais previsibilidade desde a quantidade de consultas até a alta, enquanto a rotina do tratamento se torna pré-determinada, assim, em casos de ausência do profissional responsável pelo atendimento, outro pode ser acionado para dar sequência ao que foi planejado. Desta forma, há a manutenção da rotatividade das agendas e, conseqüentemente, a possibilidade de novos pacientes serem atendidos.

Nesse sentido, o controle pós-tratamento se torna mais eficaz a partir do momento em que é possível prever um retorno para acompanhamento do caso, de acordo com a classificação do risco associado.

Um registro eficiente no prontuário eletrônico está intimamente relacionado com o incremento no banco de dados, com a possibilidade de uma análise criteriosa desses dados, com a geração de indicadores de atendimento na ponta do sistema e, ainda, com o desenho de uma gestão cada vez mais sustentável, que limita o desperdício e que roda seus ciclos com qualidade, constantemente.

Para que tudo isso aconteça, é importante destacar que os profissionais devem ser frequentemente capacitados para preencher completamente o registro do atendimento, de modo que seja cada vez mais padronizada a forma de preencher os quesitos, sem perder a qualidade do atendimento.

Mais do que prever e alinhar o trabalho das equipes, ter um RES bem feito é deixar o ato de consultar mais assertivo, com um maior direcionamento do profissional ao longo dos tópicos e produzir a maior riqueza de detalhes durante o atendimento.

O registro eletrônico, portanto, legitima o desenho institucional e organiza o trabalho, além de mapear a geografia da unidade de saúde, como ilustra a Figura 1 a seguir:

Figura 1 – Odontograma.



Fonte: AGHUse, 2023.

2.1 Funcionalidades do odontograma

Conforme descrito no item anterior, cada característica encontrada na cavidade oral do paciente é registrada diretamente no odontograma. Com apenas um clique, uma barra de conversação em *menu* se abre e as características aparecem para escolha. Desta forma, é possível facilitar o preenchimento pelo profissional e encontrar os principais diagnósticos e características bucais. Veja a seguir a Figura 2:

Figura 2 – Diagnóstico



Fonte: AGHUse, 2023.

Cada característica ficará representada por uma cor, padronizada de acordo com a necessidade ou não de tratamento, com a gravidade do cenário encontrado ou, ainda, com as desordens de desgaste e posicionamento dos dentes. Assim, com o passar do tempo de utilização e do treino constante das equipes, será possível identificar as condições gerais de Saúde Bucal do paciente por meio da visualização das cores, como é apresentado a seguir na Tabela 1:

Tabela 1 – Cores relacionadas às características.

Condição encontrada	Cor no Odontograma
Nenhum tratamento a executar	Azul
Necessidade de tratamento	Vermelho
Tratamento realizado	Verde
Implante dentário	Cinza
Condição de risco leve	Amarelo
Condição de risco severo	Laranja
Classificação de posição dentária	Púrpura
Dente Ausente	Preto

Fonte: Autora, 2023.

Outra etapa atrelada ao registro bucal é a de planejamento do tratamento. Nesta função, o profissional seleciona o procedimento necessário para a resolução do caso. Este procedimento está intimamente relacionado com a tabela de procedimentos previstos. Com isso, todo registro neste “campo” funciona como um roteiro do tratamento a ser executado, deixando o processo mais organizado e com maior previsibilidade das consultas necessárias até a finalização, conforme a Figura 3.

O odontograma também possui a etapa de execução, ou seja, todo procedimento que foi proposto no planejamento poderá ser selecionado neste local como executado (Figura 4).

O procedimento destinado à resolução do caso será selecionado e o novo diagnóstico após a execução será adicionado. A mudança da condição inicial para a atual faz com que haja uma mudança na cor do dente no odontograma, sinalizando tratamento concluído para aquele elemento dentário (figuras 5 e 6). Confira as Figuras 3, 4, 5 e 6:

Figura 3 – Plano de tratamento.



Fonte: AGHUse, 2023.

Figura 4 – Execução do tratamento.



Fonte: AGHUse, 2023.

Figura 5 – Odontograma com tratamentos a executar



Fonte: AGHUse, 2023.

Figura 6 – Odontograma com tratamentos executados

Fonte: AGHUse, 2023.

2.2 Gerenciamento de dados odontológicos: auxílio na tomada de decisão

O atendimento odontológico exige, em sua essência, a necessidade de seguir processos definidos e um planejamento primoroso do caso para que as atividades executadas possam ser realizadas com clareza e organização. Por isso, é de suma importância que os registros da condição inicial da Saúde Bucal do paciente, bem como das mudanças ao longo do tempo, sejam realizados.

A partir da utilização do odontograma como uma ferramenta de gerenciamento a partir do prontuário eletrônico, uma gama de possibilidades no que diz respeito à extração de dados e composição de indicadores, bem como de ciclos de reavaliação da produtividade e de gerenciamento de processos (PDCA) passam a existir.

No momento em que um profissional avalia o paciente e adiciona informações sobre a condição de Saúde Bucal encontrada na consulta, automaticamente, o banco de dados é “alimentado” a cada procedimento realizado. Por conseguinte, gerenciar dados extraídos em atendimentos auxilia na tomada de decisões e na definição de indicadores próprios para entender melhor o perfil de cada unidade de saúde.

Desta forma, o gestor poderá ter acesso aos dados reais do atendimento, da epidemiologia do pacientes, das condições de saúde mais prevalentes, de quais procedimentos são mais realizados a beira do leito e, ainda, de quais condições bucais partem os maiores agravos na emergência odontológica.

Trata-se, portanto, de um mapa de diagnóstico situacional que se desenha à medida que os atendimentos são realizados. A tomada de decisão quanto ao melhor caminho para alinhar os processos passa a ser baseada em dados e não mais apenas em experiências profissionais.

2.3 Atenção integral em Saúde Bucal

Finalizado o atendimento focado na condição de Saúde Bucal do paciente, temos ainda no mesmo momento, dentro da consulta odontológica, a possibilidade de acompanhar esse paciente em sua condição de saúde geral.

Levando-se em conta que o Cirurgião-dentista é um profissional de saúde, parte integrante das equipes de Atenção Primária, das equipes do ambulatório de especialidades e também das equipes que atuam no nível de mais alta complexidade, estão disponíveis no prontuário marcadores específicos de evolução para cada condição de saúde e dos ciclos de vida, desenhadas através das linhas de cuidado.

As linhas de cuidado estão propostas para demonstrar fluxos assistenciais com planejamentos terapêuticos seguros nos diferentes níveis de atenção, estabelecendo o “percurso assistencial” ideal dos pacientes nos diferentes níveis de atenção de acordo com suas necessidades.

Para tanto, é necessário que o acompanhamento de saúde realizado pelo Dentista seja feito em rede, ou seja, que tenha naturalmente o primeiro nível da Atenção como porta de entrada do paciente no serviço, local onde ele recebe todo acolhimento e boa parte das condições serão vistas e acompanhadas e, a partir da coordenação dos profissionais que lá atuam e das necessidades reais do paciente, este será direcionado aos outros níveis da Atenção.

Com isso, o cuidado com o paciente acontece de forma organizada, através do direcionamento clínico baseado em protocolos e diretrizes clínicas, evitando agudizações de condições e percurso desordenado através da rede, o que causa insatisfações e perda do vínculo assistencial. Como o prontuário odontológico agora está desenhado para o paciente através desse percurso assistencial, teremos o acompanhamento do processo em qualquer ponto da RAS onde ele estiver em atendimento.

Com a integração do Sistema Informatizado de Medicina Pericial ao prontuário de saúde do paciente, há a possibilidade de que o profissional atuante nas inspeções de saúde acesse o odontograma preenchido, que lhe fornece auxílio no direcionamento do atendimento, com base nas condições assinaladas. Assim, partimos de um modelo outrora fragmentado, para um modelo longitudinal e universal, totalmente integrado a todos os níveis de complexidade do sistema.

3 Considerações finais

Um Sistema de Saúde que reestrutura suas atividades assistenciais está focado não apenas na lógica da sua sustentabilidade e viabilidade, mas sim em um grande e complexo conjunto de mudanças, principalmente de cultura, antes hospitalocêntrica e com foco na doença.

A virada de chave da reestruturação trouxe consigo a possibilidade de se ter clareza nos processos assistenciais, com a criação de uma rede de atenção à saúde, tendo assim, um melhor desenho estrutural das atividades desenvolvidas nos pontos de atenção desta mesma rede e, ainda, o ato de cuidar passou a ser centrado no paciente.

Desta forma, a partir de todo o entendimento das condições individuais e da confecção de um plano de tratamento personalizado, que segue a lógica da diretriz clínica, tem-se automaticamente, um sistema sustentável e viável.

No mesmo sentido, incrementar melhorias e mudanças no prontuário eletrônico da odontologia permitiu que o profissional tivesse mais domínio das condições de saúde de seus pacientes, ao passo que compõe dados com os demais integrantes da equipe de saúde, seja médico, enfermeiro, farmacêutico, técnico de enfermagem, dentre outros.

Entender que o paciente que procura atendimento na odontologia não consegue desvincular seu dente do restante do corpo e que as condições que estão refletidas em pontos álgicos bucais podem ser de origem sistêmica, traz para a nova lógica de atendimento, o cirurgião-dentista como um dos profissionais com maior potencial de identificação de agravos e, consequentemente, um componente fundamental da equipe de saúde.

A odontologia está presente em todos os níveis assistenciais e contará, então, com a possibilidade de evoluir seus pacientes, tanto nas condições bucais, inserindo diagnósticos no odontograma, como em um atendimento mais crítico na UTI. Neste aspecto, o profissional pode desenhar um plano terapêutico singular, devolvendo coordenadamente esse paciente para o nível de menor complexidade, quando possível, com indicações ideais para manutenção de sua saúde. De igual modo, acontecerá para os pacientes que iniciarão o tratamento contra o câncer, para aqueles que já estão em tratamento, ou ainda, para aqueles que estão em cuidados paliativos.

Não há mais como pensar na odontologia como uma especialidade separada das demais ao longo dos níveis de complexidade do sistema; ela está totalmente integrada e assume seu grande potencial como promotora de saúde, cuidadora de seus pacientes onde quer que estejam sendo vistos, curativa no que compete à resolução de agravos específicos, reabilitadora quando devolve forma e função perdidas e, acima de tudo, parte ativa e fundamental de um sistema de saúde que preza pelo envelhecimento saudável e pela qualidade de vida de sua população.

Referências

AMARAL, S. M., CORTÊS, A. Q.; PIRES, F. R. Pneumonia nosocomial: importância do microambiente oral. **J Bras Pneumol.** v. 35, n. 11, p. 1116-24, 2009.

ARAÚJO, R. J. G.; VINAGRE, N. P. L., Sampaio JMS. Avaliação sobre a participação de cirurgiões dentistas em equipes de assistência ao paciente. **Acta Sci, Health Sci.** v. 31, n. 2, p. 153-7, 2009.

BARBOSA, A. M.; RIBEIRO, D. M.; CALDO-TEIXEIRA A. S. Conhecimentos e práticas em Saúde Bucal com crianças hospitalizadas com câncer. **Cienc Saúde Coletiva**. v. 15 Supl 1: p. 1113-22, 2010.

BOTAZZO, C. O conhecimento pelas mãos. Revista da ABENO, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 2-19, 2017.

CHAVES, S.; BOTAZZO, C. Prevenção, Atenção e Vigilância da Saúde Bucal. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. A. **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

CHEN, C. L. P.; ZHANG, C-Y. Data-Intensive Applications, Challenges, Techniques and Technologies: a survey on Big Data. **Information Sciences**, v. 275, p. 314-347, 2014.

CHEN, H.; CHIANG, R. HL.; STOREY, V. C. Business Intelligence and Analytics: from big data to big impact. **MIS quarterly**, v. 36, n. 4, p. 1165-1188, 2012.

DI GIOIA, A. M.; GREENHOUSE, P. K. Creating value with the Patient and Family-Centered care methodology and practice: what trainees need to know, why, and strategies for medical education. **AMA J Ethics**. v. 18, n. 1, p. 33-39, 2016.

FONSECA, G. S. et al. A clínica do corpo sem boca. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 1039-1049, 2016.

JANSSEN, M.; VOORT, H, V der.; WAHYUDI, A. Factors influencing big data decision-making quality. **Journal of Business Research**, v. 70, p. 338-345, 2016.

LASSEN, L. C. Connections between the quality of consultation and patient compliance in general practice. **Fam Pract**. v, 8, n. 2, p. 154-60, 2001.

LEE, H. et al. Person-centered care model in dentistry. **BMC Oral Health**, Berlin, v. 18, p. 198, 2018.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

ROSSIGNOL L. Relationship between Participation in Patient- and Family-Centered Care Training and Communication Adaptability among Medical Students: changing hearts, changing minds. **Permanente J**. v. 19, n. 3, p. 54-8, 2015.

SHINKAI, R. S. A.; Del Bel Cury, A. A. O papel da Odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral. **Cad. Saúde Pública**. v. 16, n. 4, p. 1099-109, 2000.

WALJI, M. F.; KARIMBUX, N. Y.; SPIELMAN, A. I. Person-centered care: opportunities and challenges for academic dental institutions and programs. **Journal of Dental Education**, New York, v. 81, n. 11, p. 1265-1272, 2017.

Regulação em saúde como ferramenta de gestão

Luciano de Almeida Botelho¹

Gerson Antonio **Aguar** de Carvalho ²

Adelaide Flávio Sena ³

1. Médico Oftalmologista. Coronel do Quadro de Oficiais Médicos da Aeronáutica. Chefe da Divisão de Regulação em Saúde. Diretoria de Saúde da Aeronáutica. E-mail: lucianolab@fab.mil.br

2. Médico Psiquiatra. Coronel do Quadro de Oficiais Médicos da Aeronáutica. Chefe da Divisão de Redes de Assistência à Saúde. Diretoria de Saúde da Aeronáutica. E-mail: aguiargaac@fab.mil.br

3. Médica Pediatra. Tenente Coronel do Quadro de Oficiais Médicos da Aeronáutica. Chefe da Subdivisão de Auditoria em Saúde. Diretoria de Saúde da Aeronáutica. E-mail: adelaideafs@fab.mil.br.

Regulação em saúde: introdução

O termo 'Regulação' é derivado de um conceito americano, onde agências reguladoras são criadas para proteger e promover o interesse público – o bem comum ou o bem-estar da sociedade como um todo – em um setor econômico complexo. Esse conceito deriva da ciência econômica e indica a busca por controle quando ocorrem falhas de mercado, levando em consideração a bipolaridade entre oferta e demanda. A regulação deve ser compreendida a partir de como a autoridade do Estado é exercida.

Na saúde, a regulação desempenha um papel crucial na gestão de sistemas, garantindo que operem de maneira eficiente, equitativa e com qualidade. É essencial para assegurar o equilíbrio entre oferta, demanda e custo-efetividade, bem como para garantir que os recursos sejam alocados de forma eficaz para atender às necessidades da população. Como um importante setor da atividade econômica, a saúde exige a intervenção regulatória do Estado para prevenir ou corrigir falhas em seu funcionamento. A regulação se desenvolve como uma combinação de ferramentas regulatórias oriundas da história dos sistemas de saúde, buscando aumentar a capacidade para a tomada de decisões em nível institucional.

No Brasil, o termo 'regulação' passou a ser empregado, principalmente, após o advento das agências reguladoras federais, na década de 1990, em decorrência do processo de privatização e de desestatização, com a consequente transferência ao setor privado de serviços públicos até então executados diretamente pelo Estado.

As agências concentram funções executivas, legislativas e judiciais, sem estarem diretamente subordinadas aos poderes do Estado – executivo, legislativo e judiciário. Espera-se que as agências reguladoras equilibrem os interesses e valores concorrentes das partes interessadas, tais como as entidades reguladas, os consumidores, os trabalhadores do setor, o ambiente e o governo, e que obtenham os melhores resultados para o interesse público.

Os referenciais teóricos identificados nos conceitos de regulação em saúde das publicações nacionais são de natureza variada. Eles concebem regulação em saúde empregando mais de uma ideia da tipologia elaborada. Essa diversidade favorece a discussão de distintos aspectos da regulação e reforça a importância da compreensão dos modos com que a regulação é conceituada.

Os temas mais abordados nas discussões sobre regulação em saúde são o equilíbrio na combinação público/privado e a relação Sistema público / Sistema suplementar e mercado. Em todas as discussões, e com o entendimento da regulação como função do Estado, especialmente a legislativa, o papel do Estado é visto como complementar à ação do mercado, assegurando a viabilidade do setor.

O advento do Sistema Único de Saúde – SUS, em consequência ao previsto na Constituição Federal promulgada em 1988, garantiu aos cidadãos brasileiros acesso aos bens e serviços de saúde, mas, ao mesmo tempo, permitiu a participação do setor privado em paralelo.

Assim, a partir dos anos 1990, foi necessário estabelecer regras econômico-financeiras que disciplinassem e controlassem o ingresso de empresas de assistência à saúde no mercado, com vistas a evitar o monopólio que eventualmente pudesse ser gerado pelas grandes organizações e, ainda, a combater a evasão fiscal advinda do estatuto jurídico de filantropia de muitas organizações de saúde. A regulação, em toda sua essência, é concebida como uma atividade de compatibilização a normas e regras emanadas pelo Poder Legislativo do Brasil, pelas normas emanadas do Ministério da Saúde e que, pela sua própria natureza, em sua ação regulatória constituem-se como ferramentas lentas de atualização e defasadas desse regramento.

Para homogeneizar o então confuso setor suplementar de saúde, foi promulgada a Lei 9.656, de 1998, conhecida como a 'Lei dos Planos de Saúde'. Essa lei veio para tornar homogêneos os contratos de planos e seguros privados de assistência à saúde, aumentando sua cobertura assistencial e atribuindo ao Ministério da Saúde as funções de regulamentação e fiscalização da saúde privada. A demanda ao Ministério da Saúde transformou-se na necessidade da criação de agências especializadas: uma para a regulação de produtos relacionados à saúde (ANVISA), e outra para o setor econômico da Saúde Suplementar (ANS – Lei 9.961/Jan 2000), independentemente das regras já emanadas pelos órgãos de controle de seguros privados (que incluíam os seguros de saúde) e pelos Conselhos de profissionais de saúde na busca de ajustes e manutenção da viabilidade do Setor, buscando equilíbrio entre todos os seus agentes.

AANVISA, criada pela Lei 9.782, de 1999, tem como eixo de atuação os setores da economia que estão relacionados a produtos e a serviços passíveis de afetar a saúde da população. Já a ANS é a responsável por fiscalizar os aspectos ligados ao custeio de despesas, à oferta de serviços credenciados, ao reembolso de despesas e ainda de estabelecer mecanismos de regulação, restrições contratuais e vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais, podendo aplicar sanções, com vistas à promoção do interesse público.

Esses atos de criação tiveram a intenção de levar a regulação para além da noção de correção e controle e pode-se identificar a regulação em saúde como mecanismo de formulação de políticas públicas (política social e/ou econômica) ligadas a uma variedade de funções: normativa, administrativa, econômica, política e de governança.

No Brasil, a combinação das dimensões territoriais que comportam importantes diferenças e desigualdades, a singularidade da paradoxal coexistência do SUS (cobertura e abrangência universais) com subsistemas, privados ou mesmo públicos, principalmente representados por planos e seguros de saúde e, ainda, pelo desembolso direto da população, transformou a regulação em saúde num gigantesco desafio.

A regulação no Sistema Único de Saúde

Com o objetivo de garantir acesso aos que necessitam de serviços de saúde em uma etapa posterior à atenção primária em consultas e exames especializados, hospitalizações, dentre as quais o acesso a leitos de terapia intensiva, foi estabelecida em 2008 a Política Nacional de Regulação. Surgiram as Centrais de Regulação voltadas para a área ambulatorial e/ou hospitalar dando foco prioritariamente às linhas de cuidado relacionadas à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede Cegonha (assistência ao pré-natal, parto e puerpério), Rede de Atenção Psicossocial, Ações e serviços de diagnóstico e tratamento do câncer de mama e do câncer do colo do útero e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

A Política Nacional de Regulação do SUS procurou organizar suas ações em três dimensões integradas entre si:

- 1. Regulação dos Sistemas de Saúde:** que tem como objetos os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos. Estabelece diretrizes gerais para a regulação da atenção à saúde e executa ações de monitoramento, controle, avaliação e vigilância desses sistemas.
- 2. Regulação da Atenção à Saúde:** exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação entre as partes, que tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população. Promove a chamada Regulação Assistencial, responsável pelo controle da oferta de serviços e executa ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS.
- 3. Regulação do Acesso à Assistência:** que tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais. Para atingir esses objetivos, realiza atividades de regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseado em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

O Sistema de Regulação – SISREG, que tem por objetivo gerenciar o processo de regulação na rede pública, apesar da existência e utilização de um sistema de informações do Ministério da Saúde, enfrenta muitas dificuldades para o seu emprego de forma universal. Essas dificuldades incluem o conhecimento incipiente dos profissionais envolvidos na regulação; as dificuldades de utilização do sistema de informações e suas próprias limitações; ausência de protocolos de acesso; a falta de capacitação e treinamento dos profissionais da atenção primária que permitam desenvolver conhecimentos e habilidades, o que atualmente dificulta o processo de regulação.

Para atingir a todos os padrões até o momento discutidos é preciso muito mais do que computadores, rede lógica que atenda às necessidades de gestão, sistemas informacionais, normas e protocolos. São indispensáveis as relações entre gestores e prestadores de serviço e, acima de tudo, as relações com os usuários e suas diferentes demandas, a fim de que se tenha clara identificação de suas necessidades. Assim, a regulação poderá exercer o importante papel de promoção de equidade no acesso, dentro de um fluxo que permita o caminho mais adequado e oportuno na resposta à necessidade do beneficiário.

Recentemente, surgiram novas reflexões sobre o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) na regulação assistencial das redes de atenção. Essas reflexões consideram as mudanças nos perfis epidemiológicos e demográficos da população, com prevalência crescente das condições crônicas de saúde.

Com base nisso, foi proposto um novo modelo de regulação assistencial de saúde, fundamentado nos seguintes princípios:

[1] Coordenação dos Cuidados pela APS

A APS deve ser responsável pela coordenação dos cuidados. Ela atua como o ponto de entrada para os usuários, garantindo que não haja redundância ou retrabalho entre os diferentes níveis de atenção.

[2] Princípio da Suficiência

É essencial observar o princípio da suficiência, evitando redundâncias entre a APS e os demais níveis de atenção e sistemas de apoio.

[3] Complementariedade entre APS e Atenção Especializada

A complementariedade entre a APS e a atenção especializada é fundamental. Ambos os níveis devem trabalhar em conjunto, com respeito e articulação entre os serviços oferecidos.

[4] Estratificação de Riscos e Tecnologias de Gestão Clínica

A estratificação de riscos permite identificar grupos populacionais com necessidades semelhantes. Além disso, é importante empregar tecnologias de gestão clínica no campo da regulação assistencial.

Em resumo, a regulação assistencial busca garantir um acesso eficiente, equitativo e oportuno aos serviços de saúde, considerando as necessidades individuais e coletivas. Esses princípios são essenciais para uma regulação eficaz.

A regulação nos planos e seguros privados de saúde

A Constituição Federal Brasileira de 1988 estabeleceu um sistema público universal de saúde, conforme descrito no Art. 197. Esse sistema é aberto à participação não apenas de entidades públicas, mas também de pessoas físicas ou jurídicas de direito privado, como previsto no Art. 199. Essa abertura à iniciativa privada foi regulamentada com critérios e condições específicas.

No entanto, surgiu a necessidade de integração regulatória entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Saúde Suplementar. Isso ocorre porque um dos principais desafios do sistema de saúde é que o setor privado não atua de forma complementar ao público. Embora existam casos específicos de complementariedade, como os serviços privados contratados pelo SUS, em geral, o setor privado concorre diretamente com o público.

Em alguns momentos, o setor privado até recorre aos recursos do SUS quando os custos são muito elevados. Isso ocorre, por exemplo, em casos de transplantes de órgãos ou terapias e exames diagnósticos de alto custo.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada inicialmente pela Medida Provisória 1.928 de novembro de 1999 e posteriormente convertida na Lei 9.961 de janeiro de 2000, desempenha um papel fundamental na regulação do setor de planos privados de saúde no Brasil. Esses planos, regidos pela Lei 9.656/98, atendem atualmente cerca de um quarto da população brasileira.

Diferentemente do SUS, onde a regulação visa compatibilizar a oferta de serviços com as necessidades de saúde dos beneficiários, na saúde suplementar, as ações regulatórias têm um foco diferente. Elas visam proteger os direitos do consumidor, uma vez que as empresas pagam diretamente pelos serviços em nome dos usuários. Sua relação com o Ministério da Saúde é de coordenação, e não de subordinação, sendo traço característico, conforme sua lei de criação, a existência de um contrato de gestão que rege sua administração.

No entanto, a regulação na saúde suplementar não tem como objetivo principal reduzir desigualdades de acesso ou promover uma coordenação articulada entre diferentes redes de atenção à saúde. Em vez disso, seu propósito é garantir que os direitos dos consumidores sejam respeitados e que os serviços contratados sejam prestados de forma adequada.

Um dos mecanismos de regulação adotados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) são as chamadas “Agendas Regulatórias”. Essas agendas são instrumentos de planejamento que reúnem os temas estratégicos e prioritários para a atuação regulatória. O objetivo principal é estabelecer cronogramas de atividades prioritárias, garantindo maior transparência e previsibilidade na atuação da ANS. Além disso, possibilitam que a sociedade acompanhe os compromissos preestabelecidos pela agência.

As agendas regulatórias seguem os eixos temáticos da garantia de acesso e qualidade assistencial; sustentabilidade do setor; integração com o SUS; aprimoramento das interfaces regulatórias.

É importante destacar que, quando beneficiários de operadoras de planos de saúde utilizam serviços do sistema público de saúde, essas operadoras devem reembolsar as despesas realizadas pelo setor público em casos de ações judicialmente controversas. Esses serviços devem estar previstos no contrato. Para identificar um beneficiário de plano de saúde atendido na rede pública, a ANS cruza periodicamente os registros do SUS por meio de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) com seu próprio sistema.

Os valores pagos pelas operadoras como ressarcimento ao SUS deveriam ser destinados ao Fundo Nacional de Saúde, a fim de serem reaplicados no próprio sistema de saúde.

A regulação em saúde na Força Aérea Brasileira

No âmbito das Forças Armadas, a assistência à saúde para os militares e seus dependentes é garantida pela Lei nº 6.880 de dezembro de 1980, conhecida como Estatuto dos Militares. Os recursos para financiar essa prestação de serviços provêm de fontes orçamentárias e extraorçamentárias, conforme definido no Decreto nº 92.512 de abril de 1986. Esse decreto formalmente criou os Fundos de Saúde para as Forças Armadas, caracterizando-os como um tributo da modalidade Contribuição, com obrigatoriedade, fato gerador e destinação específica.

Além dos critérios mencionados, o Decreto estabelece normas para o atendimento e financiamento da assistência à saúde aos militares das Forças Armadas e seus dependentes. A Força Aérea Brasileira (FAB), em cumprimento ao que foi decretado, tem editado normas internas que definem o regramento dos termos estabelecidos naquele documento legal.

É importante ressaltar que, embora o Sistema de Saúde da Aeronáutica (SISAU) tenha a estrutura de uma Operadora de Plano de Saúde, pois é uma organização de recursos e regras para a prestação contínua de serviços de saúde a uma população específica, ele funciona nos moldes de uma Autogestão, ou seja, é gerenciado pelos próprios beneficiários. Por não se enquadrar no Art. 1º da Lei 9.656, que se refere a pessoas jurídicas de direito privado, o SISAU não está sujeito aos regramentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Portanto, ele necessita de um regramento próprio para seu funcionamento.

O papel da Diretoria de Saúde da Aeronáutica (DIRSA) no processo regulatório, assemelha-se ao do Estado ou de uma agência reguladora. A DIRSA é responsável pela elaboração e aplicação de normas e estratégias que direcionam os diversos elos do sistema para o cumprimento de seus objetivos. Além disso, a DIRSA assegura o cumprimento das regulamentações.

Assim, em conformidade com os entes do setor regulado pela ANS, a regulação no setor saúde da Força Aérea considera ações de regulamentação, fiscalização, controle, auditoria e avaliação dos atores envolvidos na produção de bens e serviços em saúde para o seu público, abordando seus aspectos primordiais: o assistencial, o financeiro, o normativo e o gerencial.

No aspecto *assistencial* – utilizando uma rede própria hierarquizada, que abrange atenção primária, secundária e terciária, bem como uma rede complementar, que contempla desde a atenção básica até procedimentos de maior complexidade, as Organizações de Saúde da Aeronáutica (OSA), todas lideradas pela DIRSA, coordenam o cuidado e a assistência. Isso fomenta que a realização da assistência a partir dessas organizações, proporcionando aos beneficiários do Sistema de Saúde da Aeronáutica (SISAU) um atendimento amplo e diferenciado.

No *financeiro* – as ações da regulação em saúde no SISAU concentram-se nos processos e nos resultados, com foco na gestão racional dos recursos. O objetivo é garantir o equilíbrio entre qualidade, custo e benefício.

No *normativo* – a regulação normativa abrange a necessidade de regulamentar, envolvendo a elaboração de regras, normas e instruções.

No *gerencial* – a DIRSA direciona correções de rumo nas Organizações de Saúde da Aeronáutica. Isso ocorre por meio de ações de controle, ajustes e cobranças para o cumprimento das normas e princípios emanados da DIRSA, bem como a avaliação dos resultados.

Como parte do contexto histórico, na década de 80 do século passado, observou-se que, devido ao uso de verba sujeita à orçamentação da União, a antiga Subdiretoria de Aplicação dos Recursos para a Assistência Médico-Hospitalar (SARAM) da Diretoria de Saúde da Aeronáutica (DIRSA) era responsável pelo gerenciamento dos recursos financeiros destinados à saúde no âmbito da Força Aérea. Suas Divisões e Subdivisões possuíam autonomia e mecanismos de controle tanto para recursos orçamentários (o Fator de Custo da Assistência Médico-Hospitalar) quanto para recursos extraorçamentários (o Fundo de Saúde da Aeronáutica – FUNSA).

Para cumprir esse objetivo, a Subdiretoria conduzia processos regulatórios complexos e exigentes, que ultrapassavam sua capacidade tecnológica e seus recursos humanos da época. Esses processos podem ser descritos e segmentados em tarefas, como:

Relacionadas à Rede Própria

Contas à rede própria: todas as contas geradas pelas Organizações de Saúde da Aeronáutica (OSA) no atendimento aos beneficiários eram auditadas e sua pertinência avaliada pelos auditores da DIRSA.

Ressarcimento dos 80%: os serviços prestados pelas OSA aos beneficiários eram ressarcidos nos 80% devidos pelo Fundo de Saúde ou pelo Orçamento, e esse processo era conduzido pela Subdiretoria.

Lançamento dos 20%: a coparticipação devida pelos beneficiários em decorrência de atendimentos prestados nas OSA, quando não realizavam o pagamento diretamente no caixa do estabelecimento, era encaminhada por essa Subdiretoria ao sistema de pagamento da Aeronáutica para desconto no salário do titular.

Relacionadas à Rede Complementar

Regulação da Demanda: As solicitações de exames/ procedimentos em saúde pela rede contratada eram avaliadas e autorizadas, se fosse o caso, por intermédio de solicitações e justificativas via fac-símile (fax). Posteriormente, nos idos de 2003, foi criado um aplicativo via web rede interna – Intraer, o Sistema de Controle de Exames – SCE, que automatizou esse processo, permitindo maior agilidade na resposta e permitindo que as solicitações fossem digitadas nas OSA e respondidas diretamente pelos auditores da Subdiretoria, com resposta online para impressão do documento diretamente nas OSA. Os profissionais de saúde e de serviço social faziam o controle da necessidade de tais eventos e davam retorno às OSA pelo mesmo método tecnológico da solicitação. No caso da web, o retorno era imediato. A enorme vantagem desse processo era a centralização do controle das solicitações/ emissões de Guias de Apresentação do Beneficiário – GAB na própria Diretoria de Saúde.

Contratação: A prospecção e contratualização de prestadores de serviço privados de saúde em todo o país era gerenciada por essa Subdiretoria, que também mantinha os contratos físicos em arquivamento específico.

Auditoria: todas as contas médicas provenientes de serviços prestados por entidades privadas contratadas em todo o país, bem como as análises dos recursos de glosa, eram submetidas à auditoria pelos profissionais dessa Subdiretoria. Eles avaliavam a pertinência dos procedimentos e dos valores praticados em relação aos contratos celebrados. Os resultados dessas auditorias eram encaminhados tanto para o pagamento integral dos prestadores de serviço quanto para informar os valores correspondentes aos 20% de coparticipação dos beneficiários ao órgão responsável pela folha de pagamentos, para o devido desconto no salário do titular.

Relacionadas ao ressarcimento do beneficiário

Ressarcimentos médicos: as contas médicas provenientes de serviços prestados por entidades privadas e pagas diretamente pelo beneficiário, em todo o país, bem como as análises dos seus recursos, eram submetidas à auditoria pelos profissionais dessa Subdiretoria. Os resultados dessas auditorias eram informados ao órgão responsável pela folha de pagamentos para o devido reembolso ao titular, já descontados, na origem, os 20% correspondentes à coparticipação dos beneficiários.

Ressarcimentos odontológicos: as contas de serviços odontológicos, provenientes de serviços prestados por entidades privadas e pagas diretamente pelo beneficiário em todo o país, bem como as análises dos seus recursos, eram submetidas à auditoria pelos profissionais dessa Subdiretoria. Os resultados dessas auditorias eram informados ao órgão responsável pela folha de pagamentos para o devido reembolso ao titular, já descontados, na origem, os 20% correspondentes à coparticipação prevista em norma legal.

Ressarcimentos sociais: os processos de compra de itens previamente autorizados pelo serviço social também eram auditados pelos profissionais desse setor. Assim como os resultados dos processos médicos e odontológicos, esses ressarcimentos seguiam um destino semelhante.

Relacionadas ao trâmite de Processos

Tramitação de Processos: Todos os Processos Administrativos gerados a partir de contas médico-hospitalares de Organizações de Saúde da Aeronáutica (OSA), de prestadores de serviço privados, de reembolso aos beneficiários e de outras naturezas ocorriam na Subdiretoria com o auxílio de um aplicativo de uso local na rede interna da Diretoria de Saúde da Aeronáutica (DIRSA), o Sistema de Controle de Processos (SCP).

Esses processos eram etiquetados com código de barras, e havia leitores de tais códigos nos computadores de cada setor por onde passavam, a fim de evitar extravios. A circulação desses processos ocorria desde a entrada dos documentos e a constituição física do processo até o devido pagamento ao prestador de serviço ou o reembolso ao beneficiário.

Tanto o Sistema de Controle de Exames (SCE) quanto o SCP foram criações internas dos militares da Subdiretoria para atender a uma demanda específica. Assim, desde a demanda inicial de assistência, passando pela Regulação (auditoria prospectiva) / Autorização, auditoria de contas, até o pagamento dos prestadores de serviço ou dos beneficiários, a totalidade do ciclo tramitava pela Subdiretoria. Essa tarefa era hercúlea, uma vez que os recursos tecnológicos e informacionais eram incipientes, e a carência de pessoal qualificado era grande. O controle técnico e financeiro centralizados de alguma forma compensava essa carência de recursos. No entanto, essa forma complexa de regulação centralizada estava sendo confrontada com seu ocaso, visto que, sem um sistema informatizado robusto, tornava-se impossível atender a todas as demandas.

A partir de então, pode-se considerar um período transitório em que determinações superiores da Força Aérea iniciaram um processo de descentralização das ações tanto dessa Subdiretoria quanto do Sistema de Saúde da Aeronáutica (SISAU) em sua totalidade. Essa descentralização das ações de saúde, iniciada nos meses finais de 2014, foi determinante para a divisão das responsabilidades entre a DIRSA e as Organizações de Saúde (OSA). Algumas OSA passaram a ser denominadas Organizações Credenciadoras (OC) e assumiram a responsabilidade pelo credenciamento de estabelecimentos de saúde que complementam o SISAU de forma regional, descentralizando a contratualização.

Além dos processos de Credenciamento (contratualização), as OC também passaram a ser responsáveis pela regulação das demandas, auditoria das contas médico-hospitalares e pagamento dos reembolsos aos beneficiários. Durante esse período de transição, os recursos financeiros passaram a ser controlados pelo Comando Geral do Pessoal (COMGEP), que os direcionava às OC conforme as necessidades de cada uma das regiões geográficas definidas pelo COMGEP, desobrigando a DIRSA dessa tarefa.

Nas OC, a regulação passou a ser voltada diretamente para a atenção à saúde, seja nas próprias OSA ou na rede complementar. Essas ações incluíam a contratação de serviços ou mão de obra qualificada, a regulação de acesso aos serviços (prospectiva) por meio da análise prévia na emissão de Guias de Apresentação do Beneficiário (GAB/ARE) ou Guia de Encaminhamento para Atendimento Médico (GEAM), a avaliação e controle dos serviços por meio da auditoria concorrente, bem como a análise retrospectiva das contas médicas geradas pela rede própria e as encaminhadas pelos prestadores locais de serviços de saúde. Tanto a análise prospectiva quanto a retrospectiva dos procedimentos em saúde, aliadas aos aspectos técnicos, sociais e econômicos, eram grandes auxiliares para o gestor local na tomada de decisão.

Com base em todos esses processos realizados dentro das OSA, ficou evidente a necessidade de ferramentas mais adequadas ao tamanho desse desafio. Isso levou as autoridades a promoverem a criação de sistemas informatizados de diversas naturezas, capazes de lidar de forma mais profissional com essa tarefa hercúlea.

O Sistema Informatizado da Saúde Complementar (SISAUC) foi desenvolvido com recursos humanos próprios no Centro de Computação da Aeronáutica de São José dos Campos (CCA-SJ) e, posteriormente, sua produção foi transferida para o Centro de Computação da Aeronáutica do Rio de Janeiro (CCA-RJ). Esse sistema incorpora o funcionamento de uma Operadora Privada de Assistência à Saúde e começou a operar, ainda de forma incipiente, no início de 2015.

Por outro lado, o sistema informatizado para as Organizações de Saúde que compõem a rede própria, hoje denominado AGHUse, foi adquirido por meio de parceria com uma entidade pública de educação e saúde, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Esse sistema tem passado por importantes adequações e melhorias para que possa produzir dados transacionais úteis para a avaliação e gestão de todo o SISAU.

A reestruturação do SISAU tem sido apoiada pelo uso do SISAUC (para a rede complementar) e do AGHUse (para a rede própria). Esses dois programas, juntamente com outros sistemas informatizados necessários à gestão da Força Aérea em diversos aspectos (como pessoal, folha de pagamentos, materiais, entre outros), têm sido os pilares desse novo ajuste no funcionamento do SISAU.

A regulação como ferramenta de gestão: reestruturação

Após o período transitório descrito acima, o SISAU passou por um processo de reestruturação. Esse processo foi desencadeado pela Diretriz do Comando da Aeronáutica (DCA) nº 11-51/2016, que visava superar os desafios da época e contribuir para o desenvolvimento do Poder Aéreo e Espacial Brasileiro. O foco estava na missão-síntese da Aeronáutica e na manutenção de sua adaptabilidade e agilidade, tanto no planejamento quanto na execução das atividades.

Os principais objetivos da reestruturação eram garantir a perenidade e evolução da FAB, promovendo um processo contínuo de melhoria e aumentando a efetividade dos recursos empregados. Como parte desse processo, o SISAU precisava acompanhar esses importantes avanços.

Em âmbito nacional, o SISAU absorveu a estrutura que se ajustou durante o período transitório. Além das atividades assistenciais comuns das OSA, os processos de Credenciamento da rede complementar já estavam em pleno funcionamento nas Organizações designadas como Credenciadoras (OC), como parte da descentralização das atividades operacionais. O ciclo completo de controle da assistência complementar, desde a regulação (auditoria prospectiva), recepção, auditoria (auditoria retrospectiva) e pagamento de contas médicas, até o desconto em folha de pagamentos, já estava instalado em cada OC, via sistema informatizado – SISAUC – de abrangência nacional.

Em nível nacional, as OSA foram gradualmente municiadas pelo sistema informatizado que cuida dos dados transacionais assistenciais da rede própria – AGHUse. Isso tem contribuído para alimentar as bases de dados dos sistemas de *Business Intelligence* (BI) da saúde, como parte essencial do Sistema de Informações Gerenciais de Apoio à Decisão da Aeronáutica (SIGAER) da Força Aérea Brasileira. Os BIs da saúde, instrumentalizados, desenvolvidos e operados pelo Centro de Computação da Aeronáutica de Brasília (CCA-BR), com auxílio de *softwares* específicos, produzem painéis gerenciais (*dashboards*) que abrigam as informações de saúde necessárias ao gerenciamento, tanto da rede própria quanto da rede complementar. Esses painéis proporcionam análise de resultados fundamentados em dados reais.

Um dos passos mais importantes nesse reforço de reestruturação foi a criação de duas novas subdiretorias no SISAU. Uma delas é responsável pela regulação dos recursos financeiros, e a outra, pela regulação dos recursos assistenciais.

Para o efetivo controle do emprego dos recursos, desde o planejamento orçamentário e financeiro das ações de saúde até seu efetivo emprego, foi instituída a Subdiretoria de Planejamento, Orçamento e Gestão (SDPOG). Essa subdiretoria é responsável pelo macroplanejamento contínuo das ações de saúde e pela elaboração dos orçamentos necessários para sua consecução. Ela desempenha um papel importante na racionalização dos recursos existentes e no planejamento da oferta de bens e serviços com base na real necessidade dos beneficiários.

A SDPOG constitui-se também no braço que administra o direcionamento de recursos financeiros para a assistência. Sinaliza à Divisão de Regulação o advento de carência de recursos e da necessidade de maiores exigências técnicas regulatórias, bem como recebe daquela a sinalização de necessidade de realocação de recursos ou maior elasticidade no Orçamento quando determinada OSA é excessivamente demandada, em um processo simbiótico retroalimentado.

A Subdiretoria de Atenção à Saúde e Regulação da Assistência Médico-hospitalar (SARAM), embora albergue a sigla de uma antiga subdiretoria, ganhou funcionalidades inéditas. Ela absorveu as funções da antiga Subdiretoria Técnica, bem como outras correspondentes à antiga Subdiretoria de Aplicação dos Recursos para a Assistência Médico-hospitalar. A SARAM desempenha um papel crucial na regulação em seu amplo espectro, impondo-se como o pilar do cuidado em saúde no seu sentido mais amplo.

Utilizando-se dos meios de regulação oferecidos pela SARAM, DIRSA realiza o processo regulatório em todos os seus aspectos, incluindo o gerenciamento do fluxo de pacientes dentro do Sistema de Saúde da Aeronáutica (SISAU).

No âmbito normativo, a SARAM faz uso da Divisão de Regulação em Saúde (DRS), que, juntamente com a Divisão de Atenção em Saúde (DAS), é responsável pela regulamentação. Essa regulamentação envolve a edição de Manuais, Ordens Técnicas, Protocolos Técnicos, Protocolos Clínicos e outros. Essa função é essencial para dotar a DIRSA da agilidade necessária para adaptações e mudanças advindas do setor econômico-assistencial da saúde. Além disso, a regulamentação desempenha um papel importante como divulgadora de ações equânimes no dia a dia de todas as OSA e na manutenção da cultura do bom cuidado. A DRS também edita e atualiza os Manuais de Auditoria para uso nos serviços de saúde da Força Aérea, abordando aspectos tanto de auditoria quanto externa, de forma que essas abordagens ocorram dentro da maior homogeneidade possível, mantendo a possível perenidade em termos conceituais.

A DRS da Subdiretoria de Atenção à Saúde e Regulação da Assistência Médico-hospitalar (SARAM) desempenha ações voltadas para o nível estratégico, especialmente na regulação de procedimentos de alta complexidade que podem envolver o deslocamento do usuário de sua localidade para o atendimento em uma OSA de maior complexidade. O gerenciamento do fluxo de encaminhamento de pacientes dentro da rede que compõe o SISAU tem sido um poderoso instrumento de gestão.

Esse processo envolve o transporte do usuário e familiares por conta da União, por meio de emissão de passagem aérea (FISPA-TS), transporte terrestre ou Evacuação Aeromédica (EVAM). Trata-se de casos de urgência ou outros cuja liberação dependa de um nível hierarquicamente mais elevado. Pode haver autorização para execução local, conforme previsto na Ordem Técnica 06/DIRSA/2015, ou mesmo casos de remoção por UTI aérea (03/DIRSA/2016), que dependam de aeronaves do Grupo de

Transportes Especiais (GTE), ligado ao Grupamento de Apoio de Brasília (GABAER). Essas demandas podem ser tanto das OSA quanto indicações da própria DRS/DIRSA para melhor atender às necessidades assistenciais.

A regulação de demanda (auditoria prospectiva) ainda é majoritariamente realizada pelas Organizações Credenciadoras (OC), mas está em vias de evolução para ser, dependendo da complexidade, realizada em diferentes níveis dentro do SISAU. Essa evolução visa reduzir a fragilidade da inadequada liberação de procedimentos não essenciais devido a demandas regionais de natureza política ou afetiva. O objetivo é direcionar para um nível mais central as decisões mais onerosas.

A DRS também atua na avaliação dos processos antes de sua efetiva liberação para pagamento pela SDPOG. A DRS confronta os serviços realizados com os valores finais que serão dirigidos aos pagamentos dos prestadores de serviço.

Além disso, a DRS é responsável pela análise de conformidade dos processos de ressarcimento (reembolso de despesas realizadas diretamente pelo usuário) de custo elevado ou aquelas oriundas do exterior. Esses casos geralmente ocorrem quando o beneficiário não pode ser absorvido por quaisquer das redes de apoio, seja por razões técnicas, geográficas ou sociais.

Por fim, o Curso de Auditoria em Saúde (CADSAU) desempenha um papel fundamental na formação de mentes voltadas à auditoria e à melhoria dos processos em saúde, bem como no amplo conhecimento do SISAU. Esse curso contribui para a gestão eficiente e para a manutenção da cultura do bom cuidado na Força Aérea Brasileira.

O Curso de Auditoria em Saúde (CADSAU), inicialmente com edições anuais, foi criado e coordenado pelo Comando-Geral do Pessoal (COMGEP). Ele fornecia todos os meios para sua execução, incluindo os instrutores. Até a edição de 2021, o foco estava voltado para a auditoria da rede complementar e oferecia aos alunos, geralmente com pouca formação na área e vindos de diferentes partes do país, noções acerca dos três formatos básicos da auditoria em saúde:

- 1. Auditoria Prévia ou Prospectiva:** realizada na solicitação do serviço, visa evitar que procedimentos experimentais ou sem indicação técnica sejam realizados, garantindo a qualidade e segurança do paciente.
- 2. Auditoria Concorrente:** acontece no ambiente hospitalar e/ou durante a realização do serviço. Ela acompanha a realização dos procedimentos e fornece autorizações em curso.
- 3. Auditoria Retrospectiva:** realizada após a execução do serviço, tem a finalidade de verificar se os atos foram autorizados nas etapas anteriores e se há conformidade com os itens contratuais.

Nas edições seguintes, o CADSAU teve apoio financeiro e deslocamentos do COMGEP, mas a coordenação acadêmica e logística ficou a cargo da DIRSA. O foco do curso passou a ser mais de natureza

gerencial, com a inclusão de auditoria dos processos internos da rede própria (incluindo auditoria prospectiva/regulação e auditoria retrospectiva de contas hospitalares geradas por assistência nas próprias OSA). A edição de 2023 do CADSAU contou com a participação de instrutores e alunos de outras Forças Armadas, tendo em vista os ditames da interoperabilidade entre as Forças.

As ações regulatórias realizadas pela DIRSA e pelas Organizações Credenciadoras (OC) possibilitam a alocação adequada dos recursos, de forma que os serviços sejam disponibilizados mais próximos às necessidades dos beneficiários. Essas ações buscam o equilíbrio entre oferta, demanda e financiamento, com o objetivo de alcançar a eficiência e a equidade.

Desse modo, as ações descritas acima passaram a compor a gestão em saúde, tanto sob a ótica de verificação dos principais processos da área quanto por permitir a análise de resultados situados entre o horizonte temporal da expectativa de realização de procedimento, exame ou intervenção e o seu respectivo desfecho. Além disso, essas ações possibilitam avaliações baseadas em dados, permitindo correções de rumo quando necessário.

Considerações finais

As ideias fundamentais para conceituar regulação possibilitam sintetizar essa polissemia conceitual e distinguir essencialmente duas naturezas para a regulação. As ideias de controle e equilíbrio correspondem mais ao componente técnico, enquanto direção e adaptação se referem ao componente político da regulação.

A forma como o conceito de regulação em saúde tem sido empregado no sistema de saúde brasileiro não é uniforme e revela, de fato, a configuração multicêntrica desse sistema. Diante disso, é possível distinguir pelo menos dois principais grupos conceituais:

1. Um deles está relacionado com o entendimento da regulação a partir das ações do subsistema público, vislumbrando a regulação tanto como o controle de acesso dos usuários aos serviços de saúde quanto como um ato de regulamentar e elaborar regras.
2. O outro grupo de conceitos diz respeito ao subsistema privado. Nesse contexto, a regulação é concebida como a correção de falhas do mercado da saúde. Isso envolve uma ampla gama de ações, como regulamentação, fiscalização, controle, auditoria e avaliação.

Essas abordagens refletem a complexidade e a diversidade do sistema de saúde, e cada uma delas desempenha um papel importante na busca por uma assistência de qualidade e na gestão eficiente dos recursos.

Os modelos tradicionais de regulação mostraram-se insuficientes diante dos desafios atuais desses sistemas. Entretanto, o que se observa é um novo projeto de regulação, ligado às mudanças do modo de governança. A tendência cada vez mais frequente de delegação de funções ou atribuições do Estado para o setor privado é, paradoxalmente, uma das importantes causas do crescimento da função regulatória do Estado. Aspectos dessa tendência incluem: a transferência de responsabilidades para entidades privadas, a terceirização e os novos arranjos competitivos e contratuais nos sistemas de saúde.

A regulação, em sua permanente atualização, ganha importância e significado, deixando de ser vista apenas como uma atividade isolada de controle para ser assumida como uma nova forma sistematizada de atuação do Estado. Observa-se ênfase na natureza mais técnica da regulação, mantendo a natureza política da saúde como um bem público.

A multiplicidade de realidades sociais, econômicas e culturais existentes num país de dimensões continentais, aliadas a fatores que impedem um maior investimento público em saúde, parecem ser empecilhos para que a regulação alcance total equilíbrio.

A eficácia da regulação em saúde no Brasil ainda é um grande desafio a ser perseguido e não deve limitar-se apenas às relações econômicas e de mercado. É essencial considerar as políticas setoriais, as formas de financiamento e organização dos serviços de saúde, bem como a oferta e organização de recursos humanos, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação.

Nas Forças Armadas, incluindo a Força Aérea, com um modelo híbrido, a assistência é prestada prioritariamente pela rede própria e complementarmente por organizações civis contratadas. A regulação também ocorre de forma híbrida, trazendo componentes similares aos do serviço público e outros do segmento da saúde suplementar. Esse sistema é descentralizado, tendo como órgão central a DIRSA, que atua como um ente macro regulador.

A reestruturação do SISAU trouxe incrementos à nova estrutura organizacional da saúde na FAB. A implantação e aprimoramento dos sistemas informatizados, a criação de novas Subdiretorias, a reestruturação do Curso de Auditoria em Saúde (CADSAU) e a análise prévia dos procedimentos de alto custo pela DRS são alguns exemplos das mudanças que tornaram o processo regulatório pela DIRSA e demais elos mais eficaz, oferecendo maior segurança aos gestores.

Em quaisquer dos segmentos, a Regulação exerce o papel de tentar equilibrar a oferta de serviços assistenciais diante de orçamentos limitados para demandas ilimitadas. Constitui, por sua natureza, mecanismos de autoajuste e de melhoria contínua sem poder, jamais, chegar à completa justiça assistencial.

Referências

BALDWIN, R.; CAVE, M; LODGE, Martinho. **Understanding regulation: theory, strategy and practice**. New York: Oxford University Press, 1999.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Agenda regulatória**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index.php/aans/transparencia-institucional/agenda-regulatoria>. Acesso em: 08 fev. 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Boletim informativo: utilização do sistema público por beneficiários de planos de saúde e ressarcimento ao SUS**, Rio de Janeiro, Agência Nacional de Saúde Suplementar, n. 1, abr./nov. 2016. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/boletim_ressarcimento_novembro_2016.pdf. Acesso em: 08 de fev. 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Regulação em Saúde**. Brasília: CONASS, 2015. (Coleção para entender a gestão do SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1.559, de 1 de agosto de 2008**. Brasília, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html. Acesso em: 07 fev. 2017.

BRUNO, Miguel. Macroanálise, regulação e o método: uma alternativa ao holismo e ao individualismo metodológicos para uma macroeconomia histórica e institucionalista. **Rev. Econ. Polit.** 2005, v. 25, n. 4, p. 337-56, 2005.

CANGUILHEM, George. A formação do conceito de regulação biológica nos séculos XVIII e XIX. In: Canguilhem G. **Ideologia e racionalidade nas ciências da vida**. Lisboa: Edições, v. 70, p. 73-89, 1977.

CASTRO, Janice Dornelles de. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. **Sociologias**, v. 4, n. 7, p. 122-135, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/soc/a/5pDNZTJNtNFmmcbDmBRpNpS>. Acesso em: 23 fev. 2024.

CHEVALLIER, J. De quelques usages du concept de régulation. In: MIAILLE, M. **La régulation entre droit et politique**. Paris: L'Harmattan, 1995.

CHINITZ, David. Good and Bad health sector regulation: an overview of the public policy dilemmas. In: SALTMAN, R. B.; BUSSE, R.; MOSSIALOS, E. **European observatory on health care systems: regulating entrepreneurial behavior in european health care systems**. Philadelphia: Open University Press, 2002.

GAZIER, François; CANNAC, Yves. **Étude sur les autorités administratives indépendantes: études et documents**. Paris: Consul d'Etat; 1984. (Etudes et Documents du Conseil d'Etat, 35).

MAIA, C.; GUILHEM, D. A regulação sanitária brasileira como parte da política de saúde: lacunas e desafios. **Rev. Panam Salud Publica**. v. 39, n. 5, p. 226-31, 2016.

MAJONE, G.; BAAK, P. **Regulating Europe**. Londres: Routledge, 1996.

MENDES, F. **Regulação ou regulamentação?** Brasília: Conteúdo Jurídico, 2011. Disponível em: <http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.33149&seo=1>. Acesso em: 01 fev. 2017.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional dos Secretários de Saúde, 2015.

PERREAULT, M.; DE CARVALHO, E. R.; BARROS, F. P. C. O direito à saúde como um dos principais Determinantes Sociais da Saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, p. 719- 728, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/13854>. Acesso em: 08 de fev. 2017.

PEITER, C. C. et al. Healthcare regulation and equity promotion: The National Regulation System and the health access in a large municipality. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 111, p. 63-73, 2016.

PIETROBON, L.; PRADO, M. L.; CAETANO, J. C. Saúde suplementar no Brasil: o papel da agência nacional de saúde suplementar na regulação do setor. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 767-783, 2008.

SALTMAN, Richard B.; BUSSE, Reinhard. Balancing regulation and entrepreneurialism in Europe's health sector. In: SALTMAN, Richard B.; BUSSE, R.; MOSSIALOS, E. **European observatory on health care systems: regulating entrepreneurial behavior in european health care systems**. Philadelphia: Open University Press, 2002. p. 3-52.

TRETTEL, Daniela Batalha; LEÃO, Lidianie Nascimento. Teoria e prática da participação na Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Revista de Direito Sanitário**, v. 15, n. 3, p. 91-121, 2015.

A Psicologia Clínica no contexto da Atenção Integral à Saúde

Ana Beatriz de Mota e Souza¹

Camila de Carvalho Machado²

1. Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia Social pela UERJ. Tenente-Coronel do Quadro Feminino de Oficiais da Reserva Remunerada. Diretoria de Saúde da Aeronáutica (DIRSA). Email: anabeatrizabms@fab.mil.br.

2. Psicóloga. Especialista em Psicoterapia Infantojuvenil e em Avaliação Psicológica. Primeiro-Tenente do Quadro de Oficiais de Apoio. Email: camilamachadoccm@fab.mil.br.

1 Introdução

A reestruturação do Sistema de Saúde da Aeronáutica (SISAU) apresentou um novo modelo de atenção à saúde, o modelo de AIS, uma política em saúde, em que os princípios da universalidade, integralidade e equidade devem estar presentes.

A mudança de paradigma no cuidado em saúde trouxe também uma nova forma de pensar o cuidado em saúde mental e, nesse contexto, a FAB teve de repensar as suas práticas, até então voltadas, prioritariamente, para um padrão assistencial e eminentemente curativo. Com isso, a Psicologia Clínica na FAB vem sendo incluída nas várias esferas do cuidado em saúde, em articulação da sua prática com outros saberes, assim primando por um entendimento da saúde mental que considera a integralidade do indivíduo.

Nessa perspectiva, o presente capítulo tem como objetivo apresentar os principais aspectos relacionados à inserção do psicólogo clínico no modelo de AIS, preconizado na reestruturação do SISAU, e discutir as possibilidades e desafios de sua atuação, particularmente no campo da promoção e prevenção à saúde.

2 A Psicologia Clínica na Força Aérea Brasileira: histórico e momento atual

Para que se possa entender a inserção do profissional psicólogo nos serviços hospitalares da FAB, faz-se necessária uma breve explanação de como a Psicologia surge como uma profissão regulamentada no Brasil. Acerca desse aspecto, Silva (2019) observa que a Psicologia, no contexto da profissão, tem uma história relativamente recente. O primeiro curso de formação para psicólogos foi criado em 1956, na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, mas, somente em 1962, por meio da Lei Federal nº 4.119, a Psicologia foi regulamentada como profissão autônoma, que, ao longo dos anos, vem conquistando o seu espaço na esfera da saúde pública. Atualmente, o CFP estabelece treze especialidades, sendo três delas (Psicologia Clínica, Psicologia Hospitalar e Psicologia em Saúde) relacionadas diretamente à aplicação de técnicas psicológicas em cuidados, promoção e manutenção da saúde integral, bem como no diagnóstico, na prevenção e no tratamento de doenças (Resolução nº 23/CFP, 2022).

No que tange à FAB, pode-se dizer que o marco inicial da inclusão da Psicologia no contexto da saúde deu-se com a chegada das primeiras oficiais do Quadro Feminino de Oficiais, em 1982. Parte dessas oficiais foi alocada nas diversas unidades de saúde da Aeronáutica, dando início a um trabalho sistematizado em Psicologia Clínica, voltado, em especial, ao atendimento a pacientes internados e em acompanhamento ambulatorial.

Durante muito tempo, a Psicologia Clínica no COMAER teve a sua subordinação técnica descentralizada, ficando a cargo das unidades de saúde a gestão técnica de seus serviços. Em 2014, o IPA, responsável pela coordenação do SISPA, por meio da criação da Divisão de Psicologia Clínica, assumiu a coordenação técnica dos psicólogos alocados nas unidades de saúde, passando a emanar orientações sistêmicas a estes.

Em 2020, já com os trabalhos de reestruturação do SISAU em curso, foi instituído um Grupo de Trabalho que objetivou estudar a viabilidade da incorporação do IPA à DIRSA. Ao término do Grupo de Trabalho, ficou determinado pelo COMGEP que a Psicologia Clínica ficaria, a partir de então, subordinada tecnicamente à DIRSA, enquanto as demais especialidades da Psicologia teriam a sua gestão realizada pelo IPA.

Essa decisão trouxe um impacto positivo bastante relevante para a atuação da Psicologia nas unidades de saúde, alinhando-a às diretrizes contidas na Reestruturação do SISAU (DCA11-126), particularmente no que tange à concepção da integralidade e da coordenação do cuidado, ao encontro do conceito ampliado de saúde, discutido mais adiante. Esse novo momento da Psicologia Clínica requer a inclusão do psicólogo em diferentes esferas do cuidado com a saúde, na busca por superar a dicotomia entre a saúde física e a saúde mental, com práticas e produção de conhecimentos que estejam plenamente consonantes ao modelo de AIS.

A Psicologia Clínica, graças ao empenho da DIRSA, destaca-se por estar, hoje, presente nos mais diversos programas de prevenção e promoção à saúde, desenvolvidos pelo COMGEP, alguns deles, inclusive, em parceria com o IPA. A centralização das ações e diretrizes emanadas pela DIRSA, por meio de sua área técnica de Psicologia, integrou os psicólogos clínicos de todas as unidades de saúde, por meio de um canal de comunicação e troca de experiências que muito tem contribuído para o crescimento e o fortalecimento dessa especialidade na área da saúde.

Esse novo olhar trouxe implicações importantes nas atividades desempenhadas pelos psicólogos nas unidades de saúde, e tratadas ao longo deste capítulo. Antes disso, entretanto, é necessário abordar alguns aspectos acerca da forma como a literatura aborda a atuação do psicólogo clínico em um modelo de atenção à saúde estruturado em redes, considerado o conceito ampliado de saúde mental.

3 O cuidado em saúde mental em um sistema articulado em rede

Pesquisas nacionais e internacionais têm evidenciado o significativo aumento na prevalência de transtornos associados à saúde mental, particularmente após o advento da Pandemia por COVID-19. As estatísticas acerca dos índices de transtornos ansiosos e transtornos de humor, em

especial a depressão, têm evidenciado um aumento expressivo dessas patologias na população mundial (Moreira et al., 2022). Soma-se a esse aspecto o fato de que os transtornos mentais constituem doenças crônicas com alta prevalência na população e contribuem para a morbidade, a incapacidade e a mortalidade precoces (ABP, 2020).

Diante de tais dados, torna-se essencial para qualquer sistema de saúde, seja ele público ou privado, a formulação de estratégias de cuidado em saúde mental, com vistas a mitigar os danos causados pelos transtornos que afetam a psique humana e que, inexoravelmente, repercutem na saúde do indivíduo, elevando os índices de absenteísmo, licenças médicas, entre outros agravos.

Mas antes de se falar em a saúde mental, é importante que se reflita sobre em que consiste a saúde, de forma geral. Acerca dessa questão, entende-se que o conceito de saúde deve ser entendido em sua integralidade, devendo contemplar, também, as questões psicossociais envolvidas na relação do processo saúde-doença (Ronzani; Rodrigues, 2006). A saúde é aqui compreendida não mais como um estado de ausência de doença, mas como um estado de bem-estar geral, em que todas as dimensões de vida do sujeito devem ser levadas em conta (OMS, 2020).

No entendimento da OMS (2020), a saúde reflete um estado de bem-estar, e não somente ausência de doença. Sendo assim, na perspectiva aqui apresentada, qualquer lacuna nos cuidados em saúde mental estará refletida na saúde do indivíduo (Salgado; Fortes, 2021). Vale ressaltar, ainda, que o movimento da Reforma Psiquiátrica trouxe um novo olhar sobre o indivíduo que é acometido por um transtorno emocional e, conseqüentemente, sobre a forma de como tratá-lo, na medida em que é proposto um tratamento mais humanizado para esses pacientes.

Tonin et al. (2021) ressaltam que a interface entre a APS e a saúde mental evidenciou-se, paulatinamente, desde o redobrar da Luta Antimanicomial, na medida em que esses constructos estão fortemente envolvidos na premissa de uma reestruturação do cuidado em saúde. Isso ocorre por meio da superação de uma abordagem em que se dá o cuidado de forma meramente curativista, sendo, nessa nova perspectiva, proposta a construção de um modelo dinâmico e dirigido às subjetividades e singularidades dos indivíduos e de seus territórios.

Os índices elevados de adoecimento mental têm instigado a proposição de novas formas de cuidado, que avançam para o entendimento de que a atenção em saúde mental deve ser contemplada em todos os níveis de cuidado, em especial na APS (Tonin et al., 2021). A despeito de todos esses avanços, contudo, o cuidado em saúde mental ainda é visto como um desafio, em que a superação do modelo unicamente biomédico e medicamentoso torna-se necessária.

Essa nova concepção faz com que o olhar do profissional de saúde, em especial o psicólogo, volte-se para o entendimento de que as ações em saúde mental não devem estar apenas no âmbito da prevenção, embora seja essa uma dimensão relevante, particularmente, no trabalho de promoção à saúde mental.

Em razão de que todos os níveis de atenção devem pautar a sua atuação com base na concepção de saúde mental preconizada pela OMS (2020), é na APS que as estratégias de prevenção e promoção à saúde mental ganham destaque, posto que favorece a ação integrada de várias disciplinas, permite o acesso dos usuários a um sistema de saúde voltado não apenas à reabilitação de doenças e privilegia uma prática voltada à valorização do ser humano em interação constante com o meio em que vive.

A atividade de profissionais de diversas formações no campo da saúde tem sido discutida, especialmente no sentido de que seja primado um trabalho integrado, que em muito difere de uma ação meramente multidisciplinar. Vale ressaltar que essa postura é o reflexo de uma mudança de paradigma, em que a promoção da saúde não é entendida como um conjunto de ações e saberes isolados. Para que isso seja possível, é necessário que seja superada a barreira das especialidades, que leva à formação de “guetos” teóricos em direção a um trabalho verdadeiramente interdisciplinar. Essa visão permite o enriquecimento mútuo e leva a uma compreensão mais acurada do sujeito que busca uma Unidade de Saúde.

Nesse sentido, deve haver uma ação de várias áreas do conhecimento. Por propiciar a atuação integrada de vários campos do saber, o nível de atenção primária revela-se como espaço privilegiado para a prática profissional do psicólogo. Na perspectiva aqui trazida, o psicólogo clínico deve ser visto como um profissional relevante em todos os níveis de atenção à saúde, pontuando-se, também, a necessidade de que esse especialista reformule as suas práticas tradicionalmente exercidas em modelo de saúde hospitalocêntrico. Esse modelo tem trazido implicações importantes quanto às técnicas utilizadas, que acabam por restringir-se a terapêuticas meramente “curativas”, com vistas apenas a eliminação de sintomas. Essa ótica evidencia um reducionismo na compreensão do processo saúde-doença, em que a saúde fica entendida apenas como ausência de doença, não como um processo em que múltiplos determinantes estão envolvidos e, por isso, têm de ser considerados na prática clínica do profissional psicólogo.

Como destacam Ronzani e Rodrigues (2006), a Psicologia, no modelo de Atenção Integral à Saúde, deve transcender o espaço de atuação definido nas abordagens tradicionais em saúde mental, dando ênfase a uma prática que, articulada em redes de atenção, forneça um relevante suporte teórico e metodológico às equipes da APS. Nessa ótica, o psicólogo não deve ser visto apenas como profissional de saúde mental, mas como valioso especialista no somatório de esforços à prevenção e à promoção da saúde, em busca do bem-estar global daqueles que buscam a APS. Ressalta-se que essa atuação pressupõe uma articulação interdisciplinar e uma compreensão do processo saúde-doença, em que as múltiplas dimensões da vida do indivíduo sejam consideradas.

Para que essa atuação seja efetiva, novas estratégias são necessárias e, como salientam Ronzani e Rodrigues (2006), a Psicologia deve reformular algumas de suas práticas tradicionais, na medida em que estas

implicam uma perspectiva muitas vezes isolada e, por vezes, desarticulada no lidar com o indivíduo. Tal mudança permite o reconhecimento da Psicologia como uma disciplina importante para a promoção da saúde coletiva e integral.

Na literatura no Brasil, algumas estratégias utilizadas no cuidado em saúde mental são apontadas como possibilidades de atuação do psicólogo, tais como o apoio matricial, os grupos terapêuticos, as práticas integrativas, entre outras. Uma das ferramentas de cuidado mais empregadas na APS refere-se às práticas grupais, que, como bem salientam Tonin et al. (2021), não podem ser vistas como meras redutoras de filas, mas como uma possibilidade de oferta de um serviço tão qualificado quanto as demais estratégias de cuidado. Por meio das atividades de grupo são favorecidas as trocas, o compartilhamento de vivências e a melhoria na qualidade de vida, bem como no bem-estar do indivíduo.

Diante do apresentado até aqui, cabe, agora, a reflexão de como todos os aspectos trazidos até aqui podem ser contemplados no SISAU, almejando-se um cuidado em saúde mental que alcance todos os níveis de atenção, com especial ênfase na APS.

4 A Psicologia Clínica no SISAU: possibilidades e desafios

4.1 Potencialidades: a Psicologia como especialidade que atua no campo da integralidade.

Considerado o exposto a respeito do modelo de AIS e a relevância da APS na coordenação do cuidado na Rede do SISAU, as vantagens da integração da Psicologia na APS e as implicações positivas dessa integração para o SISAU podem ser elencadas por alguns fatores constitutivos dessa prática profissional, tais como: a interdisciplinaridade e a integralidade como eixos norteadores do fazer psicológico, além de serem pilares essenciais do modelo da AIS (Bittencourt; Mateus, 2006; Mucci et al., 2008); a possibilidade de incremento da humanização nesses serviços, pela prática apurada de escuta atenta desse profissional; o conhecimento adquirido por meio de técnicas; e o desenvolvimento de habilidades por parte desses profissionais, no que se refere ao manejo dos vínculos humanos, fator importante na lógica da integralidade.

Especificamente a respeito da interdisciplinaridade, que deve permear a APS, Boing e Crepaldi (2010) apontam que ela não significa ater-se às atividades mais simples – sem especificidade técnica. A interdisciplinaridade, segundo as autoras, envolve ações em comum, mas não nega as especificidades e, conforme salientado, é justamente no campo destas que se desenvolve aquela. Para essas autoras, a exploração máxima de

cada especificidade, ou seja, do potencial de cada especialista, é o que permite a composição de um trabalho interdisciplinar de qualidade. Assim, a inclusão do profissional psicólogo nas equipes do CAIS nas unidades de saúde da Aeronáutica representa, sobretudo, o aumento da possibilidade de compor-se um trabalho interdisciplinar de qualidade.

Por outro lado, poder-se-ia pensar, inicialmente, em aumento de custos ao incluir psicólogos nas equipes da APS. Cabe, contudo, frisar que tudo o que se deixa de promover, prevenir e de tratar na APS, fatalmente, sobrecarrega, em algum momento, os demais níveis de atenção. Sendo assim, a inclusão de outros profissionais nas equipes do CAIS representaria, então, um investimento em saúde. Nesse sentido, compreende-se que a APS necessita contar com equipes interdisciplinares, com as quais a Psicologia tem muito a contribuir, sobretudo por ser uma prática profissional marcada pela lógica da integralidade, visão sistêmica e plural do ser humano, pontos essenciais para a construção de um cuidado integral (Böing; Crepaldi, 2010).

Nesse sentido, as atribuições dos profissionais psicólogos colocam-nos, de um lado, como especialistas no campo da saúde mental, como atores importantes nos cuidados do adoecimento mental. Por outro lado, não se pode ignorar o fato de que os profissionais da Psicologia podem ser compreendidos como articuladores privilegiados da atuação integral no campo da saúde geral (Mucci et al., 2008), por sua prática estar essencialmente inserida em um contexto de interdisciplinaridade e integralidade, pois não há como oferecer cuidados psicológicos sem a compreensão do ser humano em sua dimensão plural, entendendo-o como um ser biopsicossocial.

4.2 Aspectos legais

No contexto do SISAU, os desafios ainda são muitos no que se refere à inclusão do Psicólogo na APS, contudo é importante ressaltar que alguns passos já foram dados pela DIRSA no sentido de estabelecer condutas e fluxos que possibilitem a participação desse profissional junto às equipes do CAIS.

Nesse sentido, algumas legislações elaboradas pela DIRSA, em conformidade com o modelo da reestruturação do SISAU, tiveram como objetivo sistematizar as práticas psicológicas, criando padrões de atuação para esses profissionais que favorecem não apenas a qualidade dos serviços, mas tornam o trabalho organizado, contribuindo para a sensação de bem-estar e satisfação no trabalho, além de tornar a atuação minimamente igualitária em todos os pontos da Rede do SISAU.

Uma das legislações orientadoras do trabalho dos psicólogos no SISAU é a NSCA 38-18, que versa sobre a “Psicologia Clínica e Hospitalar”, revisada em dezembro de 2021 (Brasil, 2021). Ela possui em seu bojo a definição de princípios norteadores para todos os profissionais da Psicologia que pertencem ao SISAU, tais como: a orientação da atuação

baseada nos modelos das psicoterapias breves e o investimento na criação dos grupos terapêuticos nos serviços de saúde da FAB, bem como a delimitação das principais ações em que esses profissionais devem balizar suas práticas no nível da Atenção Primária, Secundária e Terciária.

Outra legislação importante elaborada pela DIRSA com o objetivo de estabelecer princípios norteadores para os cuidados em Saúde Mental, envolvendo a atuação não apenas dos Psicólogos, mas também de Psiquiatras, entre outros profissionais, é a ICA 160-51 sobre a “Estratégia de Atenção Integral à Saúde Mental”, publicada em setembro de 2021 (Brasil, 2021). Essa Instrução Normativa estabelece alguns princípios norteadores para os cuidados em Saúde Mental no trabalho, no que concerne à infância, à adolescência, e aos profissionais envolvidos com a atividade aérea. Essa normativa determinou também as diretrizes para os cuidados em Saúde Mental na Atenção Primária, Secundária e Terciária, reforçando conceitos como os de matriciamento, acolhimento, e fez distinção importante da atuação dos profissionais nos casos crônicos e agudos das doenças mentais. Outro ponto relevante que esta legislação trouxe, diz respeito à definição dos fluxos de encaminhamento dos usuários, considerando um sistema articulado em rede e que tem na APS seu principal coordenador do cuidado em saúde mental.

Além dessas e outras normativas formuladas em conformidade com o modelo de reestruturação do SISAU, a DIRSA também participa da elaboração e gestão de alguns projetos que, direcionados aos militares do COMAER, envolvem a prevenção e a promoção da saúde mental. Entre esses projetos está o “Programa de Apoio Emocional”, normatizado pela NSCA 38-22, inicialmente direcionado às escolas de formação militar, coordenado em parceria com o IPA, e que tem o objetivo de desenvolver habilidades socioemocionais dos alunos (Brasil, 2022).

Outro projeto bem semelhante, mas direcionado aos profissionais de saúde do SISAU, é o “Programa Acolhendo o Acolhedor”, que tem, também, o propósito de desenvolver as habilidades socioemocionais dos profissionais de saúde, sobretudo considerando a alta carga emocional e de estressores laborais que esses profissionais encontram no cotidiano de suas práticas. Ambos os programas representam importante estratégia de promoção de Saúde Mental e prevenção de doenças e agravos, podendo ser situados no campo da prevenção seletiva, por estarem dirigidos a grupos específicos: alunos e profissionais de saúde. Ressalta-se que esses programas estão sendo gestados como projetos pilotos, e pretende-se que possam ser reproduzidos de forma abrangente para os demais militares da Força, dentro do campo das estratégias de prevenção universal.

Sendo assim, esses projetos de prevenção e promoção de saúde mental, em andamento nas Escolas de Formação e nas Unidades de Saúde da Aeronáutica, bem como todas as normativas revisadas e elaboradas pela DIRSA, tendo como parâmetro o modelo de Atenção Integral à Saúde, fazem parte das estratégias, no nível da gestão, para que seja possível a articulação de um serviço que funcione em Rede. Para tal, é imprescindível

a atuação interdisciplinar, a fim de que seja possível construir um sistema proativo e não apenas reativo, ou seja, um sistema que promova muito mais saúde do que apenas trate de doenças e agravos. Sem dúvidas, os desafios para tal prática integral e integrativa são enormes.

4.3 Desafio para construção de um cuidado integral

Um dos principais desafios para a construção de uma prática de cuidado integral na qual a Psicologia esteja inserida diz respeito à alta rotatividade dos profissionais psicólogos no âmbito do SISAU, uma vez que no cenário atual o SISAU conta com 97 psicólogos temporários e apenas dois psicólogos de carreira, distribuídos em 28 unidades de saúde da Aeronáutica. Isso significa dizer que 98% dos psicólogos dos SISAU são oficiais temporários, o que caracteriza o serviço como altamente rotativo, impactando negativamente na capacidade de formação de vínculos, tanto entre equipes de saúde quanto entre profissionais de saúde e usuários, fator prioritário quando se pensa em um cuidado integral. A alta rotatividade desses profissionais impacta, ainda, na gestão do conhecimento, uma vez que não há, muitas vezes, uma linha de continuidade dos conhecimentos produzidos e das práticas estabelecidas nos diversos serviços oferecidos por esses profissionais nas unidades de saúde da Aeronáutica.

Outro desafio que está posto na construção de um cuidado integral com a participação da Psicologia é a sobrecarga de atividades administrativas que os profissionais possuem no âmbito do SISAU, ocasionadas pelas diversas funções assumidas por eles nas unidades de saúde da Aeronáutica, provocando redução do tempo, bem como redução do seu interesse devido à sobrecarga mental, impactando, assim, a troca de informações e experiências profissionais. Dessa forma, é inegável o fato de que a prática articulada de forma interdisciplinar com os diversos saberes existentes na instituição sofre prejuízos, reforçando o aspecto da atuação limitada, rígida e circunscrita apenas ao seu campo de saber, sem conexão com os demais saberes, com limite das possibilidades de redução da fragmentação existente no SISAU.

De maneira objetiva, esse fato inviabiliza, por exemplo, a efetiva participação do psicólogo na APS como agente matriciador, pois o tempo e o contato reduzidos com os diferentes profissionais de saúde impedem que o psicólogo possa participar ativamente do cotidiano das equipes de saúde do CAIS. Mesmo quando os psicólogos atuam na APS, ainda que de forma tímida, como se verifica em algumas unidades de saúde da Aeronáutica, é possível observar que o trabalho ocorre, em sua grande maioria, em um modelo focado nas práticas curativas e restrito ao campo do saber do especialista, sem diálogo ampliado entre o profissional psicólogo e a equipe de saúde da APS. Em síntese, observa-se a reprodução da lógica dos consultórios de especialidades dentro da APS, em reforço ao modelo que se pretende superar com a reestruturação do SISAU, sinalizando, dessa forma, o desafio apresentado para a Psicologia no cenário atual.

Por fim, outra dificuldade, não apenas para a psicologia, mas para o campo da Saúde Mental no SISAU, guarda relação com a necessidade de amadurecimento e fortalecimento da APS com o serviço articulador da rede de cuidados, incluindo-se nesse nível de atenção os cuidados em Saúde Mental. Com isso, o nível Secundário da Atenção em Saúde Mental (ambulatorial) não será mais uma porta de entrada sem saída para os usuários em condição de sofrimento mental.

Nesse sentido, é de extrema importância que as demandas recebidas pelas equipes no Nível Secundário possam ser referenciadas também para o nível da Atenção Primária, devendo ser a APS um ponto de suporte para as equipes da Atenção Secundária, que, não raro, encontram-se no limite de suas possibilidades de atuação, dada a enorme procura atual pelos serviços em Saúde Mental. Este desafio exige da APS a compreensão da Saúde Mental não como uma área de especialidade, mas como parte da atenção integral de todos os usuários do SISAU, devendo ser abordada no cotidiano de suas práticas. O matriciamento proporcionado pela Psicologia à APS, assim como pela psiquiatria, deve ir além do assessoramento nos casos em que o foco é a doença e (ou) o sintoma, a fim de que se consiga proporcionar outras possibilidades de atuação, em que seja possível a produção de saúde por meio de uma visão integral, e não apenas pela cura de doenças (Mucciet al., 2008; Böing; Crepaldi, 2010).

5 Considerações finais

Considerados os dados alarmantes trazidos por estudos teóricos e empíricos conduzidos, tanto no âmbito nacional quanto internacional, que evidenciam um aumento exponencial de indivíduos acometidos por algum tipo de transtorno psíquico, é de extrema relevância a discussão de novas estratégias de cuidado em saúde mental.

Pensar acerca de como o SISAU pode acolher os seus usuários que estão em sofrimento emocional tornou-se uma das ações prioritárias nas diretrizes da DIRSA. Para isso, grupos de trabalho têm sido estruturados, no intuito de serem elaboradas novas estratégias, bem como serem aperfeiçoadas as práticas já existentes, sempre na direção de um cuidado integral para que a promoção da saúde mental ocupe um lugar de destaque.

Há, no entanto, muitos desafios e obstáculos que precisam ser superados. Um deles, talvez o mais relevante, é a alta rotatividade dos profissionais psicólogos no SISAU, que dificulta a formação de vínculos entre os psicólogos e seus pacientes, assim como entre esses especialistas e os demais integrantes da equipe de saúde. Como já mencionado, quase a totalidade dos oficiais psicólogos do SISAU é composta por oficiais temporários, que, nos últimos anos, sequer têm completado os oito anos

de serviço em decorrência de aprovação em outros concursos públicos para ocupação de cargo de caráter permanente. Importa frisar que essa situação funcional traz como consequência um vínculo de caráter transitório que gera descontinuidade no cuidado em saúde mental.

Sendo assim, é mister salientar que, em especial nos Hospitais de Aeronáutica e nos Hospitais de Força Aérea, é de extrema importância a presença de oficiais psicólogos de carreira que possam coordenar e gerir o trabalho implementado, a fim de que não haja solução de continuidade das ações até então conduzidas.

Em paralelo ao exposto, um outro caminho precisa ser trilhado, particularmente no que tange ao enfrentamento do estigma da saúde mental, que faz com que o psicólogo ainda seja visto como aquele que cuida do “louco”. Essa visão, como bem ressalta Silva (2019), é uma das principais causas de preconceitos e resistências na busca por ajuda especializada.

Defende-se, aqui, uma atuação do psicólogo clínico, especialmente na APS, que priorize campanhas de prevenção e promoção à saúde mental dirigida a todos: efetivo militar, líderes, gestores e usuários do Sistema de Saúde. Sabe-se, todavia, que essa não é uma tarefa simples, porém essencial para uma sociedade que busca indivíduos mais competentes emocionalmente e mais hábeis nas suas relações interpessoais, relações essas que são fundamentais para o sucesso das missões organizacionais.

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil. Rio de Janeiro: ABP, 2014.

BITTENCOURT, R.; MATEUS, M. Possibilidades de atuação do psicólogo no programa saúde da família: a experiência de Bonito-MS. **Psicologia Ciência e Profissão**, 2006, v. 26, n. 2, p. 328-343. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/PRTM7pZcYjLtG3qhCmBrrBh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 fev. 2024.

BÖING, E.; CREPALDI, M. O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. **Psicologia Ciência e Profissão**, 2010, v. 30, n. 3, p. 634-649. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/X9DvXR6YCVMG4tSmh46Dhnn/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 fev. 2024.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Governo Federal, 1988. 496 p. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 02 fev 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução nº 23, de 19 de dezembro de 2002**. Institui condições para concessão e registro de psicóloga e psicólogo especialistas; reconhece as especialidades da Psicologia e revoga as Resoluções CFP nº 13, de 14 de setembro de 2007; nº 3, de 5 de fevereiro de 2016; nº 18, de 5 de setembro de 2019.

MOREIRA, Wanderson Carneiro et al. COVID-19 no Brasil: existem diferenças no letramento em saúde mental entre homens jovens e idosos? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 30, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/dc3WV8RcZzVK4LQt73M5Gsy/#:~:text=Conclus%C3%A3o%3A,de%20Letramento%20em%20Sa%C3%BAde%20Mental>. Acesso em: 03 fev. 2024.

MUCCI, S.; LUCCHESI, F.; LERMAN, T. et al. Saúde mental nas práticas em saúde: a experiência do PROLIG. **Psicologia Ciência e Profissão**, 2008, v. 28 n. 3, p. 646-659.

RONZANI, Telmo Mota; RODRIGUES, Marisa Cosenza. O Psicólogo na Atenção Primária à Saúde: contribuições, desafios e redirecionamentos. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 26, n.1, p. 132-143, 2006.

SALGADO, M. A.; FORTES, S. L. C. L. Indicadores de saúde mental na atenção primária à saúde: avaliando a qualidade do acesso através da capacidade de detecção de casos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00178520, 2021. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/7548/16781>. Acesso em: 03 fev. 2024.

SILVA, L. S. **Psicologia na Atenção Básica: desafios e inserção profissional no âmbito do NASF**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão Pública) – Instituto de Educação a Distância, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, São Francisco do Conde, 2019. Disponível em: https://repositorio.unilab.edu.br/jspui/bitstream/123456789/1789/1/2019_mono_laizesilva.pdf. Acesso em: 04 fev. 2024.

TONIN, C. F. et al. Como Vai a Saúde Mental? Diálogos e reflexões sobre as estratégias de cuidado na Atenção Primária à Saúde-Estratégias de cuidado na APS em Saúde Mental. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 8, p. e5810817050-e5810817050, 2021.

***A atuação do farmacêutico na
perspectiva das linhas de cuidado
em saúde***

Isabela Azevedo Mota¹

Jéssica Gabriela Fonseca da Silva²

Elaine Cristina Xavier Ferreira³

1. Farmacêutica (FMC), Mestre em Administração e Gestão da Assistência Farmacêutica (PPG-GAFAR-UFF), Residência em Farmácia Hospitalar (UFF), Especialização em Farmácia Clínica (Hospital Pró-Cardíaco), Capitão QOFARM (HCA). E-mail: isabelamotaam@fab.mil.br

2. Farmacêutica (UniSuam), Especialista em Gestão Farmacêutica (UniCam), Segundo Tenente QOCON (HAAF).E-mail: jessicagfsilva778@gmail.com

3. Farmacêutica (UFF), Mestre em Administração e Gestão da Assistência Farmacêutica (PPG-GAFAR-UFF), Residência em Farmácia Hospitalar (UFF), Especialização em Farmácia Oncológica Interdisciplinar (PUC-RIO), Segundo Tenente QOCON (HCA). E-mail: elainecxferreira@gmail.com

1 Introdução

O Cuidado Farmacêutico a pacientes ambulatoriais foi iniciado na FAB em 2014, por meio do Programa de Atenção Farmacêutica e Farmácia Clínica da Aeronáutica. Esse programa buscou institucionalizar práticas de Cuidado Farmacêutico com intuito de promover uso racional e seguro dos medicamentos, redução de custos e melhoria da qualidade de vida dos pacientes (Brasil, 2015).

No ano seguinte, o programa foi regulamentado pela Ordem Técnica nº 07 de 15 de dezembro de 2015, da DIRSA, estabelecendo pré-requisitos, atividades, recursos necessários e indicadores para os Serviços de Farmácia das OSA (Brasil, 2015). Notavelmente, essa Ordem Técnica foi revogada pela Portaria DIRSA Nº 275/DEPI, de 19 de outubro de 2023.

A reestruturação do Sistema de SISAU em 2019 marcou o surgimento do modelo assistencial de AIS, operando em rede com foco na atenção primária à saúde. Nesse novo modelo, o farmacêutico passou a integrar a equipe multidisciplinar no CAIS (Brasil, 2019a; Brasil, 2021a).

Esse marco foi crucial na prática farmacêutica na atenção primária na FAB, permitindo a expansão e o incentivo para a atuação do farmacêutico no cuidado ao paciente. Essas atividades passaram a ser desenvolvidas em todos os Hospitais de Força Aérea, Hospitais de Aeronáutica, GSAU, antes realizadas por algumas OSA. Destaca-se ainda o direcionamento do Cuidado Farmacêutico para a atenção primária em saúde, reconhecendo a importância do papel desse profissional na equipe multidisciplinar.

As ações do Cuidado Farmacêutico, apresentadas na APS, são recursos que fortalecem esse nível de atenção, potencializando a coordenação do cuidado (Serpa, 2018). O Cuidado Farmacêutico, definido como ação integrada do farmacêutico com a equipe de saúde, centra-se no paciente para a promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos, uma vez que visa à educação em saúde e à promoção do uso racional de medicamentos por meio da provisão de diferentes serviços diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade (Brasil, 2014c; Brasil, 2016).

O Cuidado Farmacêutico, desenvolvido por meio das Linhas de Cuidado, busca integrar e contribuir nos processos assistenciais e de atenção à saúde. As Linhas de Cuidado são um arranjo organizacional dos serviços de saúde em rede, centradas no usuário, visando à integralidade das ações (Franco, Magalhães Júnior, 2004; Werneck, Faria, Campos, 2009).

A ausência da padronização das ações resulta em fragilidade na gestão, podendo causar pluralidade no modo como as atividades são realizadas. A utilização dos instrumentos de gestão é necessária para direcionar e garantir a continuidade das ações (Brasil, 2020a). Dessa forma, este capítulo tem como objetivo descrever a importância do Cuidado Farmacêutico nas Linhas de Cuidado em doenças crônicas e na saúde do idoso, propondo o aprimoramento e a integração dos Serviços Farmacêuticos desenvolvidos nos CAIS.

2 O cuidado farmacêutico no CAIS

O Cuidado Farmacêutico, no CAIS é conduzido por meio de serviços farmacêuticos, os quais são categorizados em serviços clínicos assistenciais e técnicos pedagógicos.

Os serviços clínicos assistenciais abrangem o acompanhamento farmacoterapêutico, a revisão da farmacoterapia e a reconciliação medicamentosa. Esses serviços são operacionalizados mediante a consulta farmacêutica e guiados pelo método clínico de cuidado, composto por quatro etapas: coleta e organização dos dados do usuário; avaliação e identificação de problemas relacionados aos medicamentos; elaboração do plano de cuidado; e seguimento individual do usuário, quando necessário (Brasil, 2016; Brasil, 2014c).

Já os serviços técnicos pedagógicos desenvolvidos pelo farmacêutico no CAIS, incluem ações educativas relacionadas à farmacoterapia e outros aspectos de saúde. Essas atividades são realizadas em conjunto com a equipe multidisciplinar, por meio de campanhas em saúde, grupos terapêuticos e de aconselhamento, interconsulta e matriciamento.

O processo do Cuidado Farmacêutico está relacionado com quatro etapas durante o atendimento. Esse processo é comum em todas as linhas de cuidado, apresentando algumas particularidades que são relacionadas as individualidades de cada paciente atendido.

A primeira etapa do processo consiste em acolher e coletar dados do paciente. Inicialmente, o profissional farmacêutico deve se apresentar adequadamente e estabelecer uma relação de confiança com o paciente. Na sequência, são coletados dados sócio demográficos, como nome, idade, sexo e histórico clínico, permitindo uma compreensão mais completa do indivíduo. A história clínica e social é também de suma importância, trazendo informações sobre hábitos de vida e alimentares, além da identificação das principais queixas e demandas do paciente. Assim como o histórico medicamentoso, que compreende em investigar os medicamentos em uso, automedicação, uso pregresso de medicamentos, histórico de alergias, reações adversas a medicamentos (RAM) e dificuldades no uso. Além disso, exames laboratoriais podem ser analisados, dependendo das condições clínicas do paciente, das comorbidades e medicamentos em uso (Brasil, 2016; Brasil, 2014c).

Após a coleta dos dados, a etapa seguinte é identificar problemas relacionados à farmacoterapia. Para isso, realiza-se uma revisão e conciliação dos medicamentos em uso, avaliando a indicação e efetividade do tratamento. A segurança é uma preocupação central, buscando identificar RAM e possíveis interações medicamentosas. Além disso, é avaliada a adesão do paciente ao tratamento medicamentoso, analisando sua capacidade de seguir corretamente as recomendações de uso dos medicamentos prescritos (Brasil, 2016; Brasil, 2014c).

Com base na identificação dos problemas relacionados à farmacoterapia, o profissional farmacêutico elabora um plano de cuidado individualizado. Esse plano envolve intervenções farmacêuticas em conjunto com o médico, quando necessário, para realizar ajustes na farmacoterapia. Também são fornecidas orientações sobre o uso correto dos medicamentos prescritos, estabelecendo horários de tomada e fornecendo uma tabela posológica. Essas estratégias são adotadas para favorecer a adesão ao tratamento medicamentoso, buscando melhorias na qualidade de vida do paciente. Além disso, o fornecimento de material educativo sobre o uso racional de medicamentos é fundamental, promovendo a autonomia e o autocuidado (Brasil, 2016; Brasil, 2014c).

Por fim, é necessário realizar o seguimento individualizado, permitindo uma avaliação contínua dos resultados e adequação do plano de cuidado. Nessa etapa, avalia-se a adesão do paciente ao plano proposto na consulta anterior. Caso novos problemas surjam ou necessidades sejam identificadas, um novo plano de cuidado é estabelecido, podendo incluir encaminhamento para profissionais da equipe multidisciplinar. Para garantir uma assistência contínua, é agendado o retorno do paciente, assegurando o monitoramento de sua saúde e a revisão do plano de cuidado, caso necessário (Brasil, 2016; Brasil, 2014c).

3 Atuação do farmacêutico no CAIS por meio das linhas de cuidado

Uma proposta para aprimorar a atuação desse profissional nos CAIS consiste na sistematização dos atendimentos por meio das Linhas de Cuidado voltadas para doenças crônicas e saúde do idoso. A participação ativa do farmacêutico (atividades de promoção em saúde, grupos educativos, consultas e interconsultas e discussão de casos, entre outros) nas equipes multiprofissionais através das Linhas de Cuidado contribui para a melhoria dos resultados terapêuticos, particularmente em relação aos cuidados primários (Brasil, 2014c).

3.1 Cuidado farmacêutico na Linha de Cuidado do Idoso

A saúde do idoso é resultante da interação multidimensional entre a saúde física, a saúde mental (englobando aspectos cognitivos e emocionais), a autonomia, a integração social, o suporte familiar e a independência econômica (Brasil, 2018). O envelhecimento saudável transcende a mera ausência de doença; trata-se do desenvolvimento e manutenção da habilidade funcional que possibilita o bem-estar em idade avançada (OMS, 2015).

O farmacêutico desempenha um papel crucial no cuidado ao idoso, minimizando as potenciais complicações decorrentes da polifarmácia, do uso de medicamentos potencialmente inapropriados (MPI) e alertando para novas iatrogenias potenciais. Entre as ações realizadas pelo farmacêutico, destacam-se a revisão da farmacoterapia, a reconciliação medicamentosa, a avaliação da adesão ao tratamento, o acompanhamento e monitoramento de reações adversas e interações medicamentosas. Diversos estudos demonstram que a presença do farmacêutico na equipe multidisciplinar contribui para otimizar a tomada de decisão, assegurando a efetividade e a segurança da farmacoterapia (Brasil, 2018a; Brasil, 2020a; Permpongsol, 2011; Liacos, 2020; Quinalha, Correr, 2010).

3.1.1 A organização do Cuidado Farmacêutico na Linha de Cuidado do Idoso

O Cuidado Farmacêutico a pacientes idosos é estruturado através de uma abordagem individual e/ou coletiva, dependendo das condições clínicas e da motivação do paciente, bem como da disponibilidade dos serviços e profissionais.

É aconselhável que todos os pacientes idosos que utilizam múltiplos medicamentos sejam atendidos pelo farmacêutico do CAIS pelo menos uma vez por ano. O agendamento da consulta pode ser feito por um profissional de saúde da atenção primária ou de outros níveis de atenção, nos casos de encaminhamento, ou pelo farmacêutico nos casos de busca ativa. Essa é uma estratégia importante para atrair pacientes que mais necessitam do serviço e pode ser realizada através do Portal de Gestão do Cuidado, agendas de equipe de saúde e avaliação de prontuário eletrônico.

A frequência das consultas farmacêuticas dependerá das necessidades do paciente. Aqueles com tratamentos mais complexos e dificuldades no uso dos medicamentos podem necessitar de um acompanhamento mais prolongado e frequente por parte do farmacêutico, até que as metas terapêuticas sejam alcançadas e os problemas relacionados aos medicamentos sejam resolvidos (Brasil, 2014c).

3.1.2 Atribuições do Farmacêutico na Linha de Cuidado do Idoso

Os serviços Clínicos Assistenciais preferenciais para o Cuidado Farmacêutico ao paciente idoso compreendem a Revisão da Farmacoterapia e a Conciliação Medicamentosa. O objetivo principal do Cuidado Farmacêutico ao paciente idoso é minimizar o uso de medicamentos potencialmente inapropriados e danos relacionados à farmacoterapia. Para pacientes com baixa adesão e dificuldade no uso de medicamentos, recomenda-se a realização do acompanhamento farmacoterapêutico (Brasil, 2016).

O farmacêutico tem as seguintes responsabilidades na Linha de Cuidado do idoso:

- a. Trabalhar com as equipes de saúde para garantir a terapia medicamentosa adequada, com foco nos aspectos de indicação, eficácia e segurança.
- b. Conduzir a revisão da farmacoterapia de todos os medicamentos usados pelo paciente idoso, incluindo os prescritos, fitoterápicos e de venda livre, a fim de detectar medicamentos potencialmente inapropriados para essa população.
- c. Realizar a reconciliação medicamentosa, contribuindo para a detecção de discrepâncias e prevenção de eventos adversos a medicamentos.
- d. Detectar medicamentos potencialmente inadequados em idosos e incentivar a desprescrição.
- e. Orientar os pacientes e seus cuidadores sobre o uso correto e administração dos medicamentos, diferenças entre as formas farmacêuticas, efeitos colaterais, interações medicamentosas, riscos da automedicação, armazenamento e descarte de medicamentos.
- f. Promover a adesão à farmacoterapia, por meio da avaliação das causas da não adesão e do desenvolvimento de estratégias para aumentar a adesão junto aos pacientes e à equipe de saúde.
- g. Promover o Cuidado Farmacêutico ao paciente por meio de consultas farmacêuticas individuais e/ou em grupos de aconselhamento e acompanhamento.
- h. Incentivar e promover atividades multidisciplinares de educação em saúde para pacientes e seus familiares, em grupos ou individualmente.
- i. Encaminhar os pacientes idosos, de acordo com a especificidade de cada caso, para consultas com o médico da equipe.
- j. Participar das reuniões de equipe para a realização do plano de cuidado e das atividades de educação permanente.

No processo do Cuidado Farmacêutico ao paciente idoso, realizam-se a revisão e a conciliação dos medicamentos em uso, avaliando a indicação e efetividade do tratamento. A adequação da prescrição em idosos tem sido avaliada por meio de instrumentos e escalas que utilizam critérios implícitos, baseados em julgamentos clínicos, ou explícitos, que são fundamentados em padrões predeterminados. Na prática, são baseados na verificação de uma lista de medicamentos que são considerados, potencialmente, inapropriados em condições ou situações específicas (Oliveira et al, 2016).

As listas de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos mais citadas e utilizadas são os Critérios de Beers, elaborados pela Sociedade Americana de Geriatria (American Geriatrics Society, 2023), e os critérios STOPP/START, compostos por medicamentos considerados potencialmente MPI (STOPP) e por medicamentos potencialmente omitidos, denominados START, desenvolvidos na Irlanda (O'Mahony, 2021).

Todos os instrumentos têm limitações, e nenhum dos critérios deve substituir o julgamento clínico. Em certas situações, o uso desses medicamentos é considerado apropriado, devendo ser avaliado individualmente. É importante ressaltar que, quando não for possível o uso de opção mais segura, os profissionais devem monitorar a ocorrência de efeitos indesejáveis (Brasil, 2020a; Brasil, 2021c).

Tão importante quanto o uso apropriado de medicamentos é a tomada de decisão para a redução de doses, substituição ou suspensão. A Desprescrição é o processo sistemático, de identificar e suspender medicamentos desnecessários, inefetivos, inseguros ou potencialmente inadequados, considerando os objetivos individuais do cuidado, o nível de funcionalidade, a expectativa de vida e os valores. A desprescrição deve ser considerada nos casos de polifarmácia, presença de RAM, falta de eficácia e mudanças nos objetivos do tratamento (Brasil, 2018a ; Scottet al., 2017; Liacos et al., 2020).

3.2 Cuidado farmacêutico na Linha de Cuidado do Diabetes Mellitus

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença metabólica de origem múltipla. O cuidado ao paciente com DM se baseia em três pilares fundamentais: controle glicêmico, tratamento de distúrbios associados e pesquisa e/ou tratamento das complicações da doença.

O controle glicêmico é alcançado por meio de ações de educação e conscientização sobre a doença, estímulo à alimentação saudável, prática regular de atividade física e uso de monoterapia ou combinação de agentes antidiabéticos orais ou injetáveis, sempre respeitando o perfil individual da pessoa.

O tratamento de distúrbios associados envolve o manejo de condições como dislipidemia, hipertensão, obesidade e doença coronariana. A pesquisa e/ou tratamento das complicações da doença inclui condições como retinopatia, doença cardiovascular, nefropatia, neuropatia, entre outras complicações (Guidoni et al., 2019; Brasil, 2020b).

O Cuidado Farmacêutico no DM tem como objetivo otimizar o controle glicêmico, prevenir complicações, melhorar a qualidade de vida e capacitar os pacientes para o manejo ativo de sua condição. As intervenções incluem aconselhamento ao paciente, educação sobre a doença, monitoramento glicêmico e revisão e otimização da farmacoterapia.

Dessa maneira, ao colaborar com as equipes de saúde, o farmacêutico estimula e fortalece a integração das práticas da equipe de cuidado ao paciente diabético. O farmacêutico se insere nesse processo com a finalidade de promover o uso seguro e racional dos medicamentos, no âmbito da promoção, prevenção ou reabilitação em saúde (Brasil, 2018b; Bombarda, Peroni, Veríssimo, 2018; Aguiaret al., 2014).

3.2.1 A organização do cuidado farmacêutico na Linha de Cuidado do Diabetes Mellitus

Segundo Mouta e Santos (2021), o Cuidado Farmacêutico ao paciente com DM é organizado por meio da abordagem individual e/ou coletiva, a depender das condições clínicas e da motivação do paciente, da disponibilidade dos serviços e profissionais.

Os pacientes diabéticos de baixo e médio risco são encaminhados para o Cuidado Farmacêutico pelas equipes de saúde, caso sejam polimedicados com dificuldade no uso de medicamentos e/ou falta de adesão à farmacoterapia.

Para os pacientes de alto e muito alto risco, assim como os pacientes diabéticos insulino-dependente, é recomendável que sejam atendidos pelo farmacêutico do CAIS no mínimo em duas consultas por ano. O agendamento da consulta é realizado pelo farmacêutico nos casos de busca ativa, ou por um profissional de saúde da atenção primária ou de outros níveis de atenção, nos casos de encaminhamento, de acordo com a necessidade individual do paciente e critérios de elegibilidade.

A periodicidade das consultas farmacêuticas vai depender das necessidades do paciente. Aqueles com tratamentos mais complexos e dificuldades no uso dos medicamentos podem requerer um acompanhamento mais longo e frequente por parte do farmacêutico, até que as metas terapêuticas sejam atingidas e os problemas relacionados aos medicamentos sejam solucionados (Gonçalves e Carmo, 2021).

3.2.2 Atribuições do Farmacêutico na Linha de Cuidado do Diabetes Mellitus

O serviço clínico assistencial de escolha para o Cuidado Farmacêutico do paciente diabético é o serviço de acompanhamento farmacoterapêutico, considerando a perspectiva de continuidade do cuidado. Devido à característica longitudinal desse serviço, é possível que outros serviços possam ser realizados durante o processo de acompanhamento do paciente, tais como educação em saúde, conciliação de medicamentos e revisão da farmacoterapia (Brasil, 2016).

O farmacêutico possui as seguintes atribuições na Linha de Cuidado de diabetes mellitus:

- a. Atuar junto às equipes de saúde para garantir a terapia medicamentosa adequada, com enfoque nos aspectos de indicação, efetividade e segurança.
- b. Orientar sobre o uso adequado dos medicamentos, efeitos colaterais, interações medicamentosas, armazenamento e descarte adequado de medicamentos
- c. Para os pacientes em uso insulina, orientar sobre o uso correto de insulina e insumos, a importância do rodízio do sítio e aplicação de insulina, automonitoramento domiciliar com glicosímetro, armazenamento, transporte e descarte consciente do lixo produzido.

- d. Promover a adesão à farmacoterapia, por meio da avaliação das causas da não adesão e do desenvolvimento de estratégias para aumento da adesão junto aos pacientes e à equipe de saúde.
- e. Educar sobre a importância das modificações no estilo de vida, incluindo alimentação saudável, exercícios regulares, controle do estresse e cessação do tabagismo.
- f. Orientar sobre as complicações crônicas microvasculares e macrovasculares do diabetes mellitus.
- g. Promover o Cuidado Farmacêutico ao paciente por meio de consultas farmacêuticas individuais e/ou grupos de aconselhamento e acompanhamento.
- h. Incentivar e promover atividades multidisciplinares de educação em saúde para pacientes e seus familiares, em grupos ou individualmente.
- i. Encaminhar os pacientes portadores de diabetes, seguindo a periodicidade pré-estabelecida, de acordo com a especificidade de cada caso (com maior frequência para indivíduos com não adesão, de difícil controle, portadores de lesões em órgãos-alvo ou com comorbidades) para consultas com o médico da equipe.
- j. Participar das reuniões de equipe para realização de plano de cuidado e atividades de educação permanente.

No processo do Cuidado Farmacêutico ao paciente com DM, deve-se avaliar os fatores de risco: idade, sobrepeso, obesidade, sedentarismo, história familiar, HAS, Dislipidemia, entre outros. Alguns parâmetros para avaliação da DM são: hemoglobina glicada (Hb1AC) e glicose, diário glicêmico. Assim como sintomas de hiperglicemia e hipoglicemia. Além disso, deve-se monitorar os exames laboratoriais de lipidograma, creatinina e cálculo TFG, albuminúria ou RAC, EAS e outros a depender das comorbidades e medicamentos em uso (Brasil, 2018b; Brasil, 2018c, Brasil, 2020b; Nogueira et al., 2020).

Existem algumas particularidades que devem ser observadas na etapa de elaboração do plano de cuidado com o paciente. É necessário realizar orientação sobre o uso de medicamentos hipoglicemiantes, risco de episódios de hipoglicemia e manejo. Assim como promover educação sobre o uso da insulina, incluindo armazenamento, transporte, preparo, aplicação, descarte e automonitorização glicêmica (Brasil, 2018b; Brasil, 2018c, Brasil, 2020b; Nogueira et al., 2020).

3.3 Cuidado farmacêutico na Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

A HAS é uma doença multifatorial, e, portanto, é necessário desenvolver diferentes estratégias de atuação. Entre elas, destacam-se a assistência centrada no paciente, a capacidade de integração entre os profissionais, o compartilhamento de objetivos e metas e a colaboração na tomada de decisões, com a participação do próprio paciente e familiares (Barroso et al., 2020).

É consenso que a atuação da equipe multiprofissional promove melhor controle da HAS e dos demais fatores de risco cardiovascular, com acréscimo na qualidade da assistência, melhor adesão e sucesso terapêutico, redução de frequência cardíaca, morbidade e mortalidade. A participação do farmacêutico nesta equipe vem sendo descrita em diversas diretrizes e Linhas de Cuidado sobre o tema (Barroso et al., 2020; Brasil, 2021a; Brasil, 2006a; Kohlmann, 1999). Em cooperação com as equipes de saúde, o Cuidado Farmacêutico considera a esfera biopsicossocial do indivíduo, da família e da comunidade, com foco na prevenção e resolução de problemas de saúde, na promoção, proteção, prevenção de danos e recuperação da saúde (Cazarim, 2023).

O Cuidado Farmacêutico ao paciente hipertenso tem como objetivos principais promover a educação do paciente e melhorar a adesão do paciente em relação ao tratamento, obtendo melhor controle da doença e diminuição do risco de desenvolver complicações (Nichols-English, 2000). Revisões sistemáticas e meta-análises mostram a importância dos serviços farmacêuticos clínicos na otimização da prescrição, adesão à terapia medicamentosa e melhora de desfechos clínicos, como redução dos níveis pressóricos e da morbidade associada (Cazarim et al., 2023; Aguiar, 2012; Nkansah, 2010).

3.3.1 A organização do Cuidado Farmacêutico na Linha de Cuidado de Hipertensão

Segundo Pires e Andrades (2021), o Cuidado Farmacêutico ao paciente com hipertensão é organizado por meio da abordagem individual e/ou coletiva, a depender das condições clínicas e da motivação do paciente, da disponibilidade dos serviços e profissionais. A elegibilidade do paciente com HAS para consultas farmacêuticas é determinada conforme a estratificação de risco cardiovascular, pelo escore de Framingham. Para os pacientes classificados como baixo e médio risco, é recomendado o encaminhamento para o Cuidado Farmacêutico, dos pacientes polimedicados com dificuldade no uso de medicamentos; e/ou falta de adesão à farmacoterapia. O encaminhamento pode ser realizado por qualquer profissional de saúde que detectar a necessidade.

Os pacientes com alto risco cardiovascular devem ser avaliados pelo farmacêutico no mínimo uma vez ao ano para identificação de problemas relacionados ao medicamento e avaliação da necessidade de acompanhamento farmacoterapêutico. O agendamento da consulta é realizado pelo farmacêutico nos casos de busca ativa, ou por um profissional de saúde da atenção primária ou de outros níveis de atenção, nos casos de encaminhamento, de acordo com a necessidade individual do paciente e critérios de elegibilidade.

A periodicidade das consultas farmacêuticas vai depender das necessidades do paciente. Aqueles com tratamentos mais complexos e dificuldades no uso dos medicamentos podem requerer um acompanhamento mais longo e frequente por parte do farmacêutico, até que as metas terapêuticas sejam atingidas e os problemas relacionados a medicamentos sejam solucionados (Brasil, 2014b).

3.3.2 Atribuições do Farmacêutico na Linha de Cuidado de Hipertensão Arterial Sistêmica

O serviço clínico assistencial preferido para o Cuidado Farmacêutico do paciente hipertenso é o serviço de acompanhamento farmacoterapêutico, levando em conta a continuidade do cuidado. Devido à natureza longitudinal deste serviço, é possível que outros serviços sejam realizados durante o processo de acompanhamento do paciente, como educação em saúde, conciliação de medicamentos e revisão da farmacoterapia (Brasil, 2016).

O farmacêutico tem as seguintes responsabilidades na Linha de Cuidado da HAS.

- a. Atuar em conjunto com as equipes de saúde na avaliação da melhor alternativa terapêutica, levando em consideração as características individuais do paciente, como comorbidades e tolerabilidade ao medicamento.
- b. Orientar sobre o uso racional de medicamentos e os riscos da automedicação, destacando os medicamentos que podem aumentar a pressão arterial ou dificultar seu controle.
- c. Identificar e gerenciar as RAM junto às equipes de saúde, assim como educar os pacientes sobre possíveis RAM e fornecer estratégias para minimizar o desconforto;
- d. Promover a adesão à farmacoterapia, avaliando as causas da não adesão e desenvolvendo estratégias para aumentar a adesão junto aos pacientes e à equipe de saúde.
- e. Aconselhar sobre a importância das mudanças no estilo de vida para controlar os fatores de risco associados à HAS, incluindo alimentação saudável, redução da ingestão de sódio, exercícios regulares, controle do estresse, redução do peso e diminuição do consumo de álcool.
- f. Orientar sobre as práticas de autocuidado, incluindo educação sobre a hipertensão e seu manejo, medidas automáticas da pressão arterial, monitorização domiciliar da pressão arterial e uso de aparelho de pressão automático.
- g. Promover o Cuidado Farmacêutico ao paciente por meio de consultas farmacêuticas individuais e/ou grupos de aconselhamento e acompanhamento.
- h. Incentivar e promover atividades multidisciplinares de educação em saúde para pacientes e seus familiares, em grupos ou individualmente.
- i. Encaminhar os pacientes hipertensos, seguindo a periodicidade pré-estabelecida, de acordo com a especificidade de cada caso, para consultas com o médico da equipe.
- j. Participar das reuniões de equipe para a realização do plano de cuidado e atividades de educação permanente.

No processo do Cuidado Farmacêutico ao paciente hipertenso, deve-se avaliar os fatores de risco para hipertensão: idade; peso; sedentarismo; história familiar e outros. Alguns parâmetros para avaliação da hipertensão devem ser analisados como, pressão arterial no consultório; MAPA, MRPA e AMPA. Sendo assim, é importante orientar sobre as práticas do autocuidado e sobre os riscos da automedicação, destacando os medicamentos com potencial de promover elevação da pressão arterial ou dificultar o seu controle (Brasil, 2018e; Brasil, 2021d; Kohlmann et al., 1999).

3.4 Cuidado farmacêutico na Obesidade

A obesidade é definida como uma condição multifatorial resultante de um balanço energético positivo que favorece o acúmulo de gordura, associado a riscos para a saúde. A etiologia dessa comorbidade é complexa e multifatorial, sendo o resultado de uma combinação de fatores biológicos, ambientais, econômicos, sociais, culturais e políticos (Brasil, 2014^a; Reis et al., 2021; WHO, 2000;). Portanto, a adoção de medidas preventivas que impeçam o surgimento de sobrepeso ou excesso de peso é essencial. No entanto, quando a condição já está estabelecida, o tratamento é complexo, multidisciplinar, requer múltiplas intervenções e o envolvimento ativo do paciente (ABESO, 2016).

O tratamento baseia-se na mudança de estilo de vida e nas técnicas cognitivo-comportamentais. A terapia farmacológica é considerada um complemento no processo de cuidado do indivíduo com obesidade e não deve ser usada na ausência de outras medidas não farmacológicas. A escolha do tratamento deve ser baseada na gravidade do problema e na presença de complicações associadas (ABESO, 2016; Marcon, 2022).

A abordagem multidisciplinar deve ser centrada no paciente e em sua família, levando em consideração as necessidades de saúde e o ambiente em que estão inseridos. Isso é feito por meio de um plano de cuidado integral que busca garantir um cuidado contínuo e longitudinal, visando maior apoio e resultados mais significativos (Brasil, 2021b; Brasil, 2022).

3.4.1 A Organização do Cuidado Farmacêutico na Linha da Obesidade

O Cuidado Farmacêutico ao paciente com obesidade é organizado por meio de uma abordagem individual e/ou coletiva, dependendo das condições clínicas e da motivação do paciente, bem como da disponibilidade dos serviços e profissionais. Sempre que possível, a abordagem de primeira escolha deve ser coletiva, na qual o farmacêutico atua em conjunto com uma equipe multidisciplinar em grupos de aconselhamento e acompanhamento de pacientes com sobrepeso e obesidade.

Os pacientes elegíveis para a abordagem individual, por meio da consulta farmacêutica, são aqueles com obesidade que estão em uso de terapia farmacológica e que apresentam um dos seguintes critérios: polimedicados com dificuldade no uso de medicamentos, com problemas de adesão ao tratamento e/ou com comorbidades associadas.

O acesso à consulta farmacêutica é realizado por meio de encaminhamento por um profissional de saúde da atenção primária ou de outros níveis de atenção, de acordo com a necessidade individual do paciente e critérios de elegibilidade.

A periodicidade das consultas farmacêuticas vai depender das necessidades do paciente. Aqueles com tratamentos mais complexos e dificuldades no uso dos medicamentos podem requerer um acompanhamento mais longo e frequente por parte do farmacêutico, até que as metas terapêuticas sejam atingidas e os problemas relacionados a medicamentos sejam solucionados (Brasil, 2014b).

3.4.2 Atribuições do Farmacêutico na Linha de Cuidado da Obesidade

O Cuidado Farmacêutico na obesidade tem como principais objetivos educar o paciente sobre mudanças no estilo de vida, avaliar o uso de medicamentos que podem causar obesidade e promover o uso racional do medicamento antiobesidade. Ao trabalhar em colaboração com a equipe multidisciplinar, os farmacêuticos podem contribuir para o sucesso do tratamento da obesidade e reduzir o risco de complicações relacionadas à obesidade (O'Neal, Crosby, 2014; Malone, 2005; ASHP, 2001).

O farmacêutico tem as seguintes responsabilidades na Linha de Cuidado da obesidade.

- a. Trabalhar com as equipes de saúde para garantir o uso racional de medicamentos antiobesidade e avaliar o uso de medicamentos que podem causar excesso de peso.
- b. Otimizar a farmacoterapia, por meio da revisão da polimedicação, avaliação da efetividade dos tratamentos e ajuste da farmacoterapia.
- c. Educar o paciente sobre o uso adequado dos medicamentos antiobesidade, quando indicado e prescrito pelo médico, efeitos colaterais e potenciais interações medicamentosas.
- d. Promover a adesão ao tratamento medicamentoso e medidas não farmacológicas para a obesidade, por meio da avaliação das causas da não adesão e desenvolvimento de estratégias para favorecer a adesão ao tratamento junto aos pacientes e equipe multidisciplinar.
- e. Educar o paciente sobre a importância das mudanças no estilo de vida: alimentação adequada e saudável, comportamento ativo, prática de atividade física, não fumar, não consumir bebidas alcoólicas.
- f. Acompanhar as comorbidades associadas, como HAS, dislipidemia, DM, juntamente com a equipe multidisciplinar.
- g. Promover o Cuidado Farmacêutico ao paciente por meio de consultas farmacêuticas individuais ou grupos de aconselhamento e acompanhamento.
- h. Participar das reuniões de equipe para a realização de plano de cuidado e atividades de educação permanente.

No processo do Cuidado Farmacêutico ao paciente obeso, deve-se avaliar os fatores de risco para obesidade: hábitos de vida, padrão alimentar, prática de exercício físico, história familiar, medicamentos obesogênicos. Alguns parâmetros para avaliação da obesidade devem ser analisados como: medida de peso, cálculo de IMC e circunferência abdominal. Além disso, no seguimento individual do usuário, é importante avaliar o alcance das metas estabelecidas pela equipe de saúde (peso / IMC / circunferência abdominal) e se necessário, encaminhar o paciente para profissionais da equipe multidisciplinar (ASHP, 2021; O'neal, Crosby, 2014; Malone, Alger-Mayer, Anderson, 2015; Brasil, 2022).

4 Considerações finais

Este capítulo destaca a importância do profissional farmacêutico e descreve as atividades que ele realiza no CAIS, evidenciando os benefícios do Cuidado Farmacêutico nas Linhas de Cuidado. A atuação clínica do farmacêutico na atenção primária traz inúmeros benefícios, pois, a partir do acolhimento inicial e da orientação contínua aos pacientes idosos, hipertensos, diabéticos e obesos, contribui para o controle de doenças crônicas, a prevenção e resolução de problemas relacionados ao medicamento, a adesão à farmacoterapia e a avaliação das interações medicamentosas. Isso reforça sua posição estratégica como profissional promotor da saúde, melhorando assim o bem-estar dos pacientes e reduzindo danos.

Para fortalecer ainda mais os serviços farmacêuticos, é necessário aprimorar o Cuidado Farmacêutico na inserção da equipe multiprofissional com a perspectiva das Linhas de Cuidado. Isso aperfeiçoará o processo de promoção da saúde, contribuindo para uma melhor coordenação assistencial e integração clínica na rede de serviços do sistema de saúde da Aeronáutica.

Referências

ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica **Diretrizes brasileiras de obesidade 2016**. ABESO – Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. 4.ed. São Paulo, SP/ABESO. 2016. 188p. Disponível em: <https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2024.

AGUIAR, PM *et al*, Storpirtis S. **Exploring the Quality of Systematic Reviews on Pharmacist Inter.** v. 48, n. 7, p. 887-896, jul 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24692605>. Acesso em: 04 fev. 2024.

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. **J Am Geriatr Soc.** v. 71, n. 7, p. 2052-2081, jul 2023. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2023/05/1-American-Geriatrics-Society-2023.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2024.

ASHP. **ASHP therapeutic position statement on the safe use of pharmacotherapy for obesity management in adults. Developed by the ASHP Commission on Therapeutics and approved by the ASHP Board of Directors on April 23, 2001.** Am J Health Syst Pharm. v. 58. n. 17, p. 1645-55, 1 sep. 2001. PMID: 11556659. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11556659>. Acesso em: 04 fev. 2024.

BARROSO, Weimar Kunz Sebba; et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 116, n. 3, p. 516-658, mar. 2021. Disponível em: <https://abccardiol.org/article/diretrizes-brasileiras-de-hipertensao-arterial-2020>. Acesso em: 04 fev. 2024..

BOMBARDA, Fátima Palmeira; PERONI, Fabiana da Mota e Veríssimo, Larissa Cássia Gruchowski (organizadoras). **Linha de Cuidado diabetes mellitus: manejo na unidade de saúde.** São Paulo (Estado) Secretaria da Saúde. – São Paulo: SES/SP, 2018. Disponível em: <https://cdr.saude.sp.gov.br/wp-content/uploads/2022/10/LINHA-DE-CUIDADO->

DIABETES-MELLITUS-manejo-na-unidade-de-saude-vf-21.06.18.pdf. Acesso em: 04 fev. 2024.

BRASIL. Comando da Aeronáutica. Comando Geral do Pessoal. **Organização e Funcionamento do Sistema de Saúde da Aeronáutica: NSCA 160-4.** Brasília. 2021a. 49p. Disponível em: <https://www.sislaer.fab.mil.br/terminalcendoc/Acervo/Detalhe/17105?a=1&guid=1617580806561>. Acesso em: 04 fev. 2024.

BRASIL. Comando da Aeronáutica. Comando Geral do Pessoal. **Reestruturação do Sistema de Saúde da Aeronáutica: DCA 11-126.** Brasília. 2019a. 23p. Disponível em: <https://www.sislaer.fab.mil.br/terminalcendoc/acervo/detalhe/5085?guid=1655337600610&returnUrl=%2Fterminalcendoc%2Fresultado%2Flistar%3Fguid%3D1655337600610%26quantidadePaginas%3D1%26codigoRegistro%3D5085%235085&i=1#:~:text=PORTARIA%20COMGEP%20N%C2%BA%2031%2FDCS,Sistema%20de%20a%C3%BAde%20da%20Aeron%C3%A1utica>. Acesso em: 04 fev. 2024.

BRASIL. Comando da Aeronáutica. Diretoria de Saúde da Aeronáutica. Ordem Técnica n 007/DIRSA/2015. **Programa de Atenção Farmacêutica e Farmácia Clínica da Aeronáutica – ATENFAER**, 2015.

BRASIL. Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. Departamento de Apoio Técnico e Educação Permanente. **Grupo Técnico de Trabalho de Cuidado Farmacêutico ao Idoso. Cuidado Farmacêutico ao Idoso.** Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. São Paulo: Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo, 2020a. 62p. Disponível em: <https://www.crfsp.org.br/images/cartilhas/idoso.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2024.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia (CFF). **Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade:** contextualização e arcabouço conceitual / Conselho Federal de Farmácia. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016. 200 p: il.. Disponível em: https://www.cff.org.br/userfiles/Profar_Arcabouco_TELA_FINAL.pdf. Acesso em: 04 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linhas de Cuidado:** Obesidade no Adulto. [S. l.], 2021b. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/obesidade-no-adulto>. Acesso em: 04 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2018a, 91p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 04 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 212 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 38).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral.** In: XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, maio de 2014, 46p. 2004b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf. Acesso em: 04 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Serviços Farmacêuticos na atenção básica à saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. 108 p.: il. (Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica; Caderno 1). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude.pdf. Acesso em: 04 fev. 2024.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde do Paraná. Divisão de Promoção e Alimentação Saudável e Atividade Física. **Linha de Cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade adulto.** Curitiba: SESA, 2022. 76p. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2022-06/linha_de_cuidado_sobrepeso_e_obesidade_diagramada_final.pdf. Acesso em: 04 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação De Gestão De Protocolos Clínicos E Diretrizes Terapêuticas – CPCDT/CGGTS/DGITIS/SCTIE/MS. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabetes Mellito Tipo 2.** 2020b. 117 p. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/arquivos/2020/20201113_pcdt_diabete_mellito_tipo_2_29_10_2020_final.pdf. Acesso em: 04 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação De Gestão De Protocolos Clínicos E Diretrizes Terapêuticas – CPCDT/CGGTS/DGITIS/SCTIE/MS. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabetes Mellito Tipo 2**. 2020b. 117 p. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/arquivos/2020/20201113_pcdt_diabete_melito_tipo_2_29_10_2020_final.pdf. Acesso em: 04 fev. 2024.

BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Planejamento e Gestão. Gerência de Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde. **Linha de Cuidado à Pessoa com Diabetes Mellitus**. Santa Catarina. 2018b. 52 p. Disponível em: https://www.saude.sc.gov.br/images/stories/anexo_330_2018_linha_de_cuidado_dm.pdf. Acesso em: 04 fev. 2024.

BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Linha de cuidado Diabetes Mellitus, manejo na unidade de Saúde, 1ª edição**. 2018c. 48 p. Disponível em: <https://cdr.saude.sp.gov.br/wp-content/uploads/2022/10/LINHA-DE-CUIDADO-DIABETES-MELLITUS-manejo-na-unidade-de-saude-vf-21.06.18.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2024.

BRASIL. Secretaria Municipal de Saúde São Paulo. **Diretrizes Da Rede De Atenção À Saúde Da Pessoa Idosa (Versão Resumida)**. 2021c. 56 p. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/DIRETRIZES_RASPI_2021.pdf. Acesso em: 04 fev. 2024.

BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia da saúde do idoso / SAS-SESA**, Adriane Miró Vianna Benke Pereira, Amélia Cristina Dalazuana Souza Rosa. Curitiba: SESA, 2018d. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/linhaguiasaudeidoso_2018_atualiz.pdf. Acesso em: 04 fev. 2024.

BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Linha de cuidado hipertensão arterial sistêmica: manejo na unidade de saúde**. Organizado por Fátima Palmeira Bombarda e Fabiana da Mota Peroni. 2 ed. São Paulo: SES/SP, 2018e. Disponível em: <https://cdr.saude.sp.gov.br/wp-content/uploads/2022/10/LINHA-DE-CUIDADO-HIPERTENSAO-manual-de-manejo-na-unidade-de-saude-vf-21.06.18.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Linha de cuidado do adulto com hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021d. 85 p. : il. Disponível em: [https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/hipertensao-arterial-sistemica-\(HAS\)-no-adulto](https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/hipertensao-arterial-sistemica-(HAS)-no-adulto). Acesso em: 04 fev. 2024.

CAZARIM, M. DE S et al. **Effect of medication therapy management by pharmaceutical care on blood pressure and cardiovascular risk in hypertension: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression**. *Pharmaceuticals*. Vol.16, 845. Edição 6. 6 de junho de 2023. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1424-8247/16/6/845>. Acesso em: 04 fev. 2024.

DINIZ, E. A. **Iatrogenia medicamentosa em idosos: análise da equipe de saúde São João II de Conselheiro Lafaiete**. 2010. 27 p. Trabalho (Conclusão de Curso) – Universidade Federal de Minas Gerais, Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Belo Horizonte, MG, 2010.

ENGLAND HEALTHCARE INSTITUTE (NEHI). – inking outside the pillbox: a system-wide approach to improving patient medication adherence for chronic disease. Cambridge: NEHI, 2009.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. **Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado**. In: MERHY, E. E. et al. (orgs). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

GONÇALVES, G. S.; CARMO, R. A.: **Atenção Farmacêutica a Pacientes com Diabetes Mellitus**: revisão integrativa. Trabalho de Conclusão de Curso – Farmácia. Vitória, ES: UNISALES, 2021. Disponível em: https://unisales.br/wp-content/uploads/2021/12/UNISALES_TCC-FARMACIA-2021-giulia.pdf. Acesso em: 04 fev. 2024.

GUIDONI, C. M.; OLIVERA, C. M. X.; FREITAS, O. DE.; PEREIRA, L. R. L.: Assistência ao diabetes no Sistema Único de Saúde: análise do modelo atual. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**. v. 45, n. 1, p. 37–48, 2009.

KOHLMANN JR., *et al.* III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros De Endocrinologia & Metabologia**, 1999, v. 43, n. 4, p. 257–286. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abem/a/DqgfTzHLDkR4ZxXTp5V6bKv>. Acesso em: 04 fev. 2024.

LIACOS, M.; PAGE, A. T.; ETHERTON-BEER, C.: Deprescrição em pessoas idosas. **Aust Prescr**. v. 43, n. 4, p. 114-120. ago. 2020. Disponível em: <https://australianprescriber.tg.org.au/articles/deprescribing-in-older-people.html>. Acesso em: 04 fev. 2024.

MALONE M, ALGER-MAYER SA, ANDERSON DA. The lifestyle challenge program: a multidisciplinary approach to weight management. **Ann Pharmacother**. v. 39, n. 12, p. 2015-2020, dec. 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16288070>. Acesso em: 04 fev. 2024.

MARCON, G. M.; SANCHES, A. C. C.; VIRTUOSO, S.: Atualizações sobre os medicamentos da Diretriz Brasileira de Obesidade: uma revisão de literatura. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 4, p. e10211427139, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/27139/23710/317240>. Acesso em: 04 fev. 2024.

MOUTA, A. S.; SANTOS, J. R. B. **Plano de Cuidado Farmacêutico para pacientes com diabetes mellitus**. Campina Grande: Editora Amplla, 2021. Disponível em: <https://ampllaeditora.com.br/books/2021/10/PlanodeCuidadoFarmaceutico.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2024.

NICHOLS-ENGLISH, G; POIRIER S. Optimizing adherence to pharmaceutical care plans. **J Am Pharm Assoc (Wash)**. v. 40, n. 4, p. 475-85, aug. 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10932456>. Acesso em: 04 fev. 2024.

NKANSAH, N et al. Effect of outpatient pharmacists' non-dispensing roles on patient outcomes and prescribing patterns. **Cochrane Database Syst Rev**, n. 7, jul. 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7087444/NEW>. Acesso em: 04 fev. 2024.

NOGUEIRA, M.; OTUYAMA, L. J.; ROCHA, P. A.; PINTO, V. B.: **Pharmaceutical care-based interventions in type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials.**Einstein (São Paulo). n. 18, p. eRW4686, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020RW4686. Acesso em: 04 fev. 2024.

OLIVEIRA MG, AMORIM WW, RIBEIRO C, OLIVEIRA CR, COQUEIRO HL, GUSMÃO LC, ET AL. **Consenso brasileiro de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos.** Geriatr Gerontol Aging. 2016. v. 10, n. 4, p. 168-81. Disponível em: https://socgastro.org.br/novo/wp-content/uploads/2021/09/4_CONSENSO_BRASILEIRO_DE_MEDICAMENTOS_POTENCIALMENTE_INAPROPRIADO_PARA_IDOSOS.pdf. Acesso em: 04 fev. 2024.

O'MAHONY D. Optimization of Medication by Pharmacists in Older People With Multimorbidity for Improved Outcomes – Mirage or Reality? **JAMA Netw Open.** v. 4, n. 4, p. e216392, 2021. Disponível em <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2779382>. Acesso em: 04 fev. 2024.

OMS.Organização Mundial da Saúde. **Resumo: relatório mundial de envelhecimento e saúde.** WHO/FWC/ALC/15.01. 2015. 29 p. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2024.

O'NEAL, K. S. e CROSBY, K. M. What is the Role of the Pharmacist in Obesity Management? **Curr Obes Rep.** v. 3, n. 3, p. 298-306, sep. 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26626759>. Acesso em: 04 fev. 2024.

PERMPONGKOSOL, S.: **Iatrogenic disease in the elderly: risk factors, consequences, and prevention.**Clin Interv Aging. n. 6, p. 77-82, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21472095>. Acesso em: 04 fev. 2024.

PIRES, P. J. de L. M.; ANDRADE, L. G. de. Atenção Farmacêutica ao paciente hipertenso. **Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação,** v. 7, n. 9, p. 1090–1109, 2021. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/2313>. Acesso em: 04 fev. 2024.

QUINALHA, J. V.; CORRER, J. C. Instrumentos para avaliação da farmacoterapia do idoso: uma revisão. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 487-499, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbogg/a/sfP8XFWVzRLYNWxY89bMbvd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 fev. 2024.

REIS, E. C., RODRIGUEZ, L. S.; RODRIGUES, P. A. F. **Atenção Básica: a linha que costura o cuidado ao sujeito com obesidade.** In.: SILVA, A. C. F., MOTTA, A. L. B.; CASEMIRO, J. P., eds. Alimentação e nutrição na atenção básica: reflexões cotidianas e contribuições para prática do cuidado. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2021, p. 99-123.

SCOTT I, ANDERSON K, FREEMAN C. Review of structured guides for deprescribing.**Eur J Hosp Pharm.** v. 24, n. 1, p. 51-57, jan 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31156899>. Acesso em: 04 fev. 2024.

SERPA, D.L. *et al.* Cuidados farmacêuticos em uma Unidade Básica de Saúde do Distrito Federal: análise das intervenções farmacêuticas. **Com. Ciências Saúde**. v. 29, n. 1, p. 30-35, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/cuidados_farmaceuticos_unidade.pdf. Acesso em: 04 fev. 2024.

WERNECK, Marcos Azeredo Furkim; FARIA, Horácio Pereira de e CAMPOS, Kátia Ferreira Costa. Protocolo de cuidado à saúde e de organização do serviço. Nescom UFMG. Belo Horizonte, Editora Coopmed, 2009, 84 p. Disponível em: <https://nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2024.

WHO. World Health Organization. **Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation.** World Health Organ Tech Rep Ser. p. 894, i-xii, 1-253, 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11234459>. Acesso em: 04 fev. 2024.

***Perícia Médica no contexto da
Reestruturação:
rumo à modernização***

Janiny Mancini Rodrigues Silva de Paiva Valente¹

Ana Paula Jandre **Boechat**²

1 Médica, mestre em Desempenho Humano Operacional pela Universidade da Força Aérea (UNIFA), especialista em Oftalmologia. Major do Quadro de Oficiais Médicos da Aeronáutica. Grupamento de Saúde de Lagoa Santa (GSAU-LS). E-mail: janinyjmrspv@fab.mil.br.

2 Médica, especialista em Radiologia e Medicina do Trabalho. Capitão do Quadro de Oficiais Médicos da Aeronáutica. Hospital de Força Aérea de Brasília (HFAB). E-mail: boechatapjb@fab.mil.br

1 História da Perícia Médica na Aeronáutica

A história das perícias médicas no Brasil é uma trajetória marcante e enriquecedora, que teve seu início após os acontecimentos da Primeira Guerra Mundial. Com o surgimento da aviação militar e a utilização de aeronaves de combate, emergiu um novo desafio: garantir a aptidão física dos aviadores. Através da meticulosa seleção, da busca incessante por conhecimento científico e da adaptação a cada avanço tecnológico, emergiu um discurso repleto de comprometimento. Era o amanhecer de uma nova era que moldaria o desenvolvimento da Aeronáutica no país, quando a evolução da medicina pericial esteve entrelaçada com a constante evolução da própria aviação.

No pós-guerra, em um cenário de crescimento e mudanças, o Boletim do Exército nº 249, de 05 de junho de 1919, publicou as instruções relacionadas à aptidão física para a aviação militar. O documento previa, por exemplo, que para ser aprovado, o candidato deveria ter uma acuidade visual normal em ambos os olhos, acuidade auditiva normal e perfeita integridade psicológica e dos órgãos respiratório e circulatório (Pereira, 2019). Foi um passo inicial em direção ao reconhecimento da necessidade de critérios específicos na seleção dos profissionais da aviação.

Ao longo dos anos 1940, foi criado o Departamento Médico da Aviação Militar. Esse departamento desempenhou um papel crucial na seleção e avaliação da aptidão física dos aviadores e mais tarde se tornaria o Instituto de Seleção e Controle, o qual representou um passo significativo na evolução da medicina de aviação no país. A inspeção periódica em fisiologia e psicologia tornou-se uma prática comum, e novas áreas de pesquisa e especialização surgiram (Pereira, 2019).

A criação do Serviço de Saúde da Aeronáutica em 20 de outubro de 1942, por meio do Decreto-Lei 4.848, representou um marco importante, com o estabelecimento do Departamento de Seleção, Controle e Pesquisa, focado na seleção médica de candidatos. O então Tenente-Coronel Ângelo Godinho dos Santos foi transferido do Exército Brasileiro para a Aeronáutica e incumbido de organizar o Serviço de Saúde da nova Força (Coleção Aeronáutica, 1991). Na ocasião, foi designado Chefe do Serviço de Saúde da Aeronáutica, tendo desempenhado papel fundamental na organização e ampliação da área da saúde, tanto no Exército quanto na Força Aérea. Pelo dedicado esforço e valiosa contribuição ao longo de sua vida para o avanço e aprimoramento da Medicina de Aviação, bem como para o Serviço de Saúde do Exército e o Serviço Médico da Aviação Militar, e, de maneira notável, pelo seu papel crucial na implementação e consolidação da DIRSA, o Major-Brigadeiro Médico Ângelo Godinho dos Santos foi designado como o Patrono do Serviço de Saúde da Aeronáutica (Pereira, 2019).

Figura 1– Maj Brig Med Ângelo Godinho dos Santos, patrono do Serviço de Saúde da Aeronáutica



Fonte: Teixeira, 1997

O ano de 1960 testemunhou um marco significativo na história da FAB com a aprovação do Decreto nº 47.792, que sancionou a criação e estruturação do Serviço de Saúde da Aeronáutica. Esse decreto trouxe consigo uma série de modificações cruciais e, dentre elas, destaca-se a elevação do posto do Diretor e Chefe do Serviço de Saúde, que anteriormente acumulava a função de Diretor da Divisão de Saúde. A sua ascensão ao posto de Major-Brigadeiro trouxe consigo a responsabilidade de responder diretamente ao Ministro da Aeronáutica, incumbido da supervisão e fomento da eficiência e desenvolvimento progressivo do Serviço de Saúde da Aeronáutica (Brasil, 1960).

O novo organograma delineado nesse decreto reflete uma reorganização abrangente, proporcionando uma maior eficácia e coordenação interna. Sob esse novo arranjo, a Diretoria, como um órgão de elevada hierarquia na administração Aeronáutica, foi investida do mandato de “dirigir, acionar e desenvolver o Serviço de Saúde da Aeronáutica”. Subordinada ao Ministro da Aeronáutica, a Diretoria respeitava, entretanto, a coordenação do Estado-Maior, buscando um equilíbrio entre a autonomia administrativa e a cooperação estratégica (Brasil, 1960).

Uma das mudanças mais notáveis foi a inclusão de uma Junta Superior de Saúde na estrutura da Diretoria. Com o Diretor de Saúde na

presidência, essa junta contava com cinco membros efetivos, incluindo o Presidente e Oficiais-Generais ou Superiores do Quadro de Oficiais Médicos da Aeronáutica. A ampla gama de atribuições conferidas a essa junta revela a sua relevância central: inspeções, em grau de recurso “*ex officio*”, de militares ou civis da Aeronáutica conforme determinação ministerial; avaliação de militares da Aeronáutica reformados por incapacidade física, com solicitações de transferência para a reserva; e a avaliação de casos previamente julgados por outras Juntas, necessitando de revisão ou de realocação. Destaca-se que as decisões emanadas pela Junta Superior de Saúde, por princípio, ostentavam uma irrevogabilidade no âmbito administrativo. Essa intransigência só cedia em situações excepcionais, quando da análise de recursos minuciosamente embasados, cuja análise era instaurada e orientada pelo próprio Ministro da Aeronáutica (Brasil, 1960).

Com o passar do tempo, os regulamentos e normas foram fortalecidos, incluindo atualizações nos regulamentos do Serviço de Saúde da Aeronáutica e normas para a inspeção de saúde. Tais mudanças refletiram a busca por padrões cada vez mais elevados de segurança e eficiência nas operações aéreas.

O novo milênio marcou um ponto de virada na história da medicina pericial, com a inauguração do CEMAL na Ilha do Governador no ano 2000. Essa nova instalação representou um salto em termos de infraestrutura e tecnologia dedicadas à saúde dos profissionais da aviação. A medicina pericial estava se adaptando às demandas modernas e em constante evolução da aviação.

Desde as primeiras avaliações de aptidão física até a criação de estruturas altamente especializadas como o CEMAL, a FAB demonstrou sua firme determinação em assegurar a saúde e o bem-estar de seus aviadores e aeronavegantes. A necessidade de compreender os impactos da condição física na aviação deram origem a uma ciência sofisticada e em constante progresso, moldada por regulamentos atualizados e pesquisas constantes.

Figura 2 – Instalações do CEMAL na Ilha do Governador.



Fonte: <https://www2.fab.mil.br/cemal/index.php/contatos>

Dessa forma, ao olharmos para trás, sentimos admiração pela evolução das Perícias Médicas na Aeronáutica e temos a certeza de que nossa jornada está longe de encontrar seu desfecho. Cada exame meticuloso, cada avanço científico, são testemunhos dessa saga, onde o compromisso inabalável com a segurança e o sucesso continuará a inspirar gerações de médicos, aeronavegantes e entusiastas da aviação.

2 Juntas de Saúde da Aeronáutica

As Juntas de Saúde da Aeronáutica têm uma trajetória que remonta aos primórdios da aviação militar no Brasil. Essas instituições, atualmente regulamentadas de acordo com a NSCA 160-11, desempenham um papel crucial na análise e tomada de decisões relacionadas à saúde dos militares da Aeronáutica. A criação e evolução das Juntas de Saúde da Aeronáutica representam uma busca constante por manter e elevar os padrões de saúde em conformidade com os níveis de excelência exigidos pelas Forças Armadas.

As Juntas de Saúde são órgãos do SISAU incumbidos das atividades de perícia médica por meio da realização de inspeções de saúde. Essas inspeções constituem perícias médico-legais realizadas com a finalidade de avaliar as condições psicofísicas do inspecionado para uma finalidade específica (Brasil, 2023a). Dessa forma, as Juntas de Saúde assumem um papel fundamental na avaliação da aptidão física e mental de seus integrantes, militares e civis, bem como dos candidatos ao ingresso na FAB, assegurando que estejam aptos a desempenhar suas funções com segurança e eficácia. Os exames são realizados por uma equipe multidisciplinar de médicos, psicólogos e outros profissionais da área de saúde, cujo conhecimento especializado é essencial para avaliar os diversos aspectos da saúde dos militares.

As Juntas de Saúde são classificadas em três categorias distintas, a saber: Junta Superior de Saúde (JSS), Junta de Saúde Local (JSL) e Junta de Saúde Transitória (JST). Essas entidades são regulamentadas pela NSCA 160-11, a qual dita as normas e procedimentos para condução das inspeções de saúde (Brasil, 2023a).

A JSS é a instância médico-pericial máxima do COMAER e tem sede na DIRSA, no Rio de Janeiro. A JSS é composta pelo presidente e mais quatro Oficiais Superiores do QOMed, preferencialmente pertencentes ao efetivo da DIRSA. O presidente da JSS é um Oficial General Médico designado pelo Diretor de Saúde da Aeronáutica, podendo ser o próprio Diretor de Saúde. Essa instância pericial detém atribuições específicas de acordo com a NSCA 160-11, as quais incluem a avaliação e julgamento dos pareceres das JSL referentes a inspeções de saúde que resultem em restrições definitivas ou incapacidades permanentes, bem como a análise

para fins de homologação de julgamentos que impliquem concessão de benefícios, comprovação de invalidez, movimentação por motivo de saúde, inspeções fins missão no exterior ou localidade especial, além da revisão de pareceres e emissão de pareceres técnicos a pedido de autoridades competentes, entre outras responsabilidades. Além disso, a JSS atua como órgão consultivo e fiscalizador das JSL, desempenhando um papel importante na garantia da qualidade das inspeções de saúde.

As JSL, por sua vez, representam os órgãos de primeira instância médico-pericial de sua sede. A JSL é composta pelo presidente e mais dois Oficiais, todos do QOMed. O presidente é o Comandante da OSA, porém se o Comandante não for médico, será o oficial médico mais antigo. Suas atribuições primárias incluem a realização de inspeções de saúde e outras atividades periciais de primeira instância, abrangendo inspeções referentes às anteriormente denominadas Juntas Especiais e Juntas Regulares de Saúde (Brasil, 2023a). As JSL operam sob critérios estabelecidos pela legislação e normas técnicas, emitindo laudos médicos conclusivos sobre a aptidão ou inaptidão dos inspecionados. Atualmente temos 23 JSL em funcionamento espalhadas no Brasil, a maioria delas localizadas em Grupos de Saúde, Hospitais de Área ou Hospital de Força Aérea. Somente o CEMAL é uma unidade estritamente pericial sendo uma referência nacional em relação às inspeções dos aeronavegantes. A JST constitui uma instância médico-pericial transitória do COMAER. Sua finalidade concentra-se na avaliação da aptidão física e mental dos conscritos para o serviço militar. As inspeções realizadas pela JST obedecem aos critérios delineados nas Instruções Gerais para a Inspeção de Saúde de Conscritos nas Forças Armadas (IGISC) e são encerradas após a conclusão de seu trabalho (Brasil, 2023a).

Fazendo parte da Reestruturação da Perícia Médica na FAB, temos a figura do Agente Médico Pericial (AMP), um Oficial do QOMed da Aeronáutica com a responsabilidade de emitir pareceres em algumas finalidades de Inspeção de Saúde. O AMP desempenha um papel importante, especialmente em áreas onde uma Junta de Saúde formal ainda não foi estabelecida e em situações excepcionais a critério do Diretor de Saúde (Brasil, 2023a). Essa flexibilidade permite uma cobertura médica abrangente, mesmo em regiões remotas ou desfavorecidas.

Ao longo dos anos, as Juntas de Saúde da Aeronáutica evoluíram em paralelo ao avanço da medicina e das técnicas de avaliação médica e psicológica. Com o crescimento da FAB e a crescente complexidade das aeronaves e missões, a necessidade de avaliar a aptidão dos militares, de maneira abrangente e precisa, tornou-se ainda mais vital. As Juntas de Saúde modernas são dotadas de equipamentos de alta tecnologia, técnicas de avaliação aprimoradas e profissionais altamente qualificados, garantindo que os militares atendam aos rigorosos padrões de saúde e aptidão estabelecidos.

A história das Juntas de Saúde da Aeronáutica é um testemunho do compromisso contínuo da Aeronáutica em manter os mais altos padrões de saúde para aqueles que protegem os céus do Brasil.

3 Legislações periciais: evolução das normas e regulamentações na Perícia Médica da Aeronáutica

A prática da perícia médica na Aeronáutica é embasada por normas e regulamentações que visam garantir a aptidão física e mental dos profissionais da aviação, assegurando a segurança operacional e a integridade dos envolvidos. Ao longo do tempo, essas regulamentações têm evoluído para se adaptar aos avanços médicos, científicos e tecnológicos, bem como para atender às demandas específicas da aviação.

3.1 A base legal da Perícia Médica Aeronáutica: um olhar histórico

A história das perícias médicas na Aeronáutica remonta ao século XX, quando o Brasil consolidou suas atividades aéreas e a aviação tornou-se uma parte vital das operações militares e civis. O Decreto nº 28.805, de 30 de outubro de 1950, foi um marco fundamental, estabelecendo a estrutura organizacional do Serviço de Saúde da Aeronáutica. Esse decreto delineou a criação da Junta Superior de Saúde e definiu as divisões responsáveis pela saúde e seleção médica dos profissionais da aviação. Ele marcou o início das regulamentações formais relacionadas às perícias médicas.

3.2 A evolução das regulamentações: foco na aptidão física e mental

Com o avanço da aviação e a crescente compreensão da relação entre a saúde dos aviadores e a segurança operacional, uma série de normas e regulamentações foram promulgadas para aprimorar a seleção e avaliação dos profissionais da aviação.

A ICA 160-1, “Instrução Reguladora das Inspeções de Saúde”, estabelecia a doutrina geral que regulava o processo de seleção psicofísica para os militares e civis do COMAER e visava normatizar a realização das inspeções de saúde. Além disso, essa legislação regulamentava as atividades de seleção e controle das inspeções de saúde, estabelecendo conceitos, normas e processos gerais de organização e funcionamento das Juntas de Saúde (Brasil, 2014). A ICA 160-6 foi revogada em 24 de outubro de 2023, após terem sido atualizadas as Normas Sistêmicas do COMAER relacionadas às Perícias Médicas.

As “Instruções Técnicas das Inspeções de Saúde da Aeronáutica”- ICA 160-6 destacam-se dentre as legislações por estabelecer os procedimentos detalhados dos requisitos e das causas de incapacidade, além das normas e rotinas para execução dos exames nas inspeções de saúde (Brasil, 2022). Essa legislação passa por revisões periódicas de forma a manter-se alinhada com os conceitos mais atuais da Medicina Aeroespacial.

Já a ICA 63-15 aborda as inspeções médicas para os Controladores de Tráfego Aéreo (ATCO) e Operadores de Estação Aeronáutica (OEA). Devido à natureza crítica dessas funções, a ICA 63-15 detalha os procedimentos específicos de avaliação médica que garantem que os ATCO e OEA estejam aptos a desempenhar suas tarefas de forma precisa e confiável, contribuindo para a segurança das operações aéreas (Brasil, 2023b).

Por fim, as “Instruções reguladoras para execução de Perícias Médicas e para elaboração de documentos periciais” aprovada pela Portaria 616/GM3 de 13 de maio de 1980, regula a execução das perícias médicas Inquérito Sanitário de Origem (ISO) e Inquérito Epidemiológico (IE) e orienta a elaboração de documentos periciais como o Atestado de Origem (AO) e os Relatórios finais do ISO e do IE (Brasil, 1991).

3.3 A sintonia com a atividade aérea: normas de saúde específicas

Além das instruções do COMAER, outras regulamentações são fundamentais como, por exemplo, as NSCA 160-9 e 160-11. A NSCA 160-9 estabelece as orientações sobre inspeções de saúde, contém a descrição de suas finalidades, periodicidades e quais os pareceres aplicáveis aos julgamentos. Já a NSCA 160-11 refere-se ao funcionamento das Juntas de Saúde, estabelecendo a definição, composição e atribuições das Juntas de Saúde da Aeronáutica (Brasil, 2023c).

No tocante à avaliação pericial de portadores de doenças especificadas em lei, a Portaria GM-MD 3551, de 26 de agosto de 2021, é a norma orientadora que garante que a avaliação das condições médicas seja conduzida de acordo com critérios estabelecidos e que os procedimentos sejam equânimes para os indivíduos afetados por tais condições (Brasil, 2021).

3.4 O futuro das regulamentações na Perícia Médica

Atualmente, as normas e regulamentações relacionadas à perícia médica na Aeronáutica refletem a busca contínua por padrões elevados de qualidade e segurança. A introdução de instruções específicas para diferentes categorias de profissionais, a ênfase na saúde mental e o uso de tecnologias na avaliação médica são tendências que moldam o cenário das perícias médicas. Além disso, o alinhamento com instituições e organizações internacionais como a Organização de Aviação Civil Internacional (OACI) contribui para manter as regulamentações alinhadas com as melhores práticas globais.

Desde suas origens, essas regulamentações têm acompanhado os avanços na medicina, na ciência e na tecnologia para garantir que os aviadores estejam aptos e preparados para enfrentar os desafios do ambiente aeroespacial de maneira segura e eficaz. Em um cenário de avanços tecnológicos e mudanças na medicina, essas regulamentações

permanecem em constante revisão para garantir que estejam alinhadas com as melhores práticas médicas e as necessidades da aviação. A eficácia dessas normas depende de sua atualização contínua, refletindo a determinação da Aeronáutica em manter a segurança e o bem-estar de seus profissionais, bem como garantir a equidade e justiça na avaliação dos indivíduos.

4 Curso de Capacitação em Medicina Pericial: a jornada rumo ao aperfeiçoamento

O Curso de Capacitação em Medicina Pericial (CCMP) representou um marco significativo na evolução da medicina pericial, onde a busca pela excelência e aprimoramento constante são imperativos. Desde sua primeira edição, realizada no CIAAR em 2021 para uma turma de 59 alunos (Figura 3), até sua transição para uma plataforma online nos anos de 2022 e 2023, este curso tem sido uma jornada rumo ao conhecimento aprofundado e à atualização contínua dos peritos médicos.

Figura 3 – Primeira edição do CCMP realizada no CIAAR.



Fonte: <https://www2.fab.mil.br/hfasp/index.php/ultimas-noticias/747-militares-do-hfasp-participam-de-curso-de-medicina-pericial>

O curso se apresenta como uma resposta à necessidade de manter os peritos médicos na vanguarda de sua profissão. Ele oferece uma gama abrangente de módulos, cada um focado em uma área específica da perícia médica. Desde os fundamentos legais e éticos até a avaliação dos requisitos psicofísicos e legislações aplicáveis, o curso abrange um espectro completo de conhecimentos essenciais para os peritos médicos.

Com uma carga horária de 40 horas de instrução, o curso visa proporcionar um entendimento abrangente da estrutura das Perícias Médicas na Aeronáutica, capacitando os médicos a empregarem os fundamentos das atividades periciais específicas às Inspeções de Saúde no âmbito do COMAER.

A primeira unidade didática, “Estrutura do Sistema Pericial da Aeronáutica”, aborda a relevância da perícia médica na Aeronáutica, identificando as instâncias que compõem Perícia Médica da FAB e as atribuições de cada uma. Essa compreensão é vital para que os profissionais possam executar suas funções de maneira precisa e eficaz. As demais unidades didáticas se concentram em áreas específicas da medicina e suas relações com a atividade pericial. Através de instruções detalhadas, o curso abrange diversos tópicos, como as inspeções de saúde para ingresso em diferentes especialidades, aspectos de avaliação psicofísica, exames complementares, questões legais e éticas, além de abordar a utilização de sistemas informatizados para a atividade pericial. O curso engloba ainda áreas como oftalmologia, psiquiatria, neurologia, ortopedia, cardiologia, odontologia e outros. A partir desses módulos, os participantes se tornam proficientes nas habilidades e conhecimentos necessários para conduzir avaliações médicas criteriosas e precisas, atendendo aos padrões exigentes de saúde e aptidão necessários para os membros do COMAER. Além disso, o curso enfatiza a importância do sigilo médico, aspectos legais, éticos e disciplinares, e ressalta as mudanças que ocorreram ao longo do tempo no Estatuto dos Militares, afetando a esfera pericial.

A importância do curso transcende suas edições e formatos. Ele não apenas atualiza os profissionais sobre as mais recentes técnicas e procedimentos em perícias médicas, mas também fortalece sua capacidade de avaliar, documentar e interpretar informações para a justiça. O curso também facilita a interação e o networking entre os peritos médicos, permitindo a troca de experiências valiosas e a construção de uma comunidade de profissionais comprometidos com a excelência.

A adaptação do curso para o ambiente online em 2022 demonstrou a flexibilidade e compromisso da Aeronáutica em oferecer educação de qualidade, independentemente das circunstâncias. Essa mudança facilitou a participação de profissionais de todo o país, eliminando barreiras geográficas e expandindo o alcance do curso. Isso reforça a importância de se manter atualizado em um mundo em constante transformação, especialmente em uma área tão relevante quanto a medicina Aeronáutica.

Além de seu impacto individual nos profissionais, o CCMP é um pilar fundamental para a segurança operacional. Garantir que os militares estejam sob a supervisão de peritos médicos altamente treinados e atualizados é crucial para minimizar riscos e maximizar a eficácia das operações aéreas, assegurando que a saúde física e mental dos envolvidos esteja em perfeita sintonia com as exigências inerentes às atividades militares.

Dessa forma, o CCMP reforça a importância da educação continuada e reitera o compromisso da Diretoria de Saúde com a excelência e a segurança. Ao capacitar os peritos médicos com conhecimentos atualizados e práticos, esse curso se destaca como um farol, iluminando o caminho para um futuro no qual a precisão e a qualidade são pilares inquestionáveis.

5 O Sistema Informatizado de Medicina Pericial: a transformação digital na Medicina Pericial da FAB

Em um contexto de profundas transformações no cenário mundial da saúde, onde a busca pela excelência no cuidado médico se encontra intrinsecamente vinculada à era digital, emergiram tecnologias inovadoras que redefiniram a prestação de serviços de saúde. A reestruturação do SISAU surgiu como um ponto focal nessa jornada, buscando harmonizar a gestão eficiente de recursos com a excelência na prestação de serviços médicos. A adequação do sistema pericial aos dias atuais era uma necessidade urgente no âmbito das Juntas de Saúde da Aeronáutica. Sob o comando do então Subdiretor de Perícias Médicas, à época, Brigadeiro Médico Cloer Vescia Alves, finalmente foi possível o início desse tão desejado projeto de modernização.

As plataformas de registro eletrônico, neste novo capítulo da medicina, assumiram um papel fundamental na administração eficaz das informações clínicas, representando uma revolução significativa. Nesse contexto, sistemas como o Sistema Informatizado de Medicina Pericial (SIMP) e o AGHUse posicionaram-se como elementos fundamentais dessa mudança, alinhando-se com a modernização e expressando o compromisso inabalável da Administração com a saúde de seus militares.

5.1 AGHUse: da concepção à adoção na FAB

O AGHUse é um sistema de gestão hospitalar que foi desenvolvido no Hospital de Clínicas de Porto Alegre-RS (HCPA). Essa abrangente plataforma é capaz de integrar processos administrativos, assistenciais e de apoio à assistência médica e permite aprimorar a eficiência operacional, destacando-se na melhoria da qualidade do atendimento e na segurança do paciente, transformando assim a realidade da gestão da assistência à saúde.

A transição do AGHUse para um software livre abriu portas para sua adoção por diversas instituições de saúde no Brasil. Contudo, tal privilégio está vinculado à participação ativa na Comunidade AGHUse, onde parcerias são formadas e o compromisso de contribuir para o aprimoramento do sistema é compartilhado de maneira colaborativa. Nessa esteira, a FAB vem contribuindo, principalmente, na inovação no tocante à medicina pericial.

NA FAB, o AGHUse teve início como um projeto piloto no Hospital de Aeronáutica de Canoas em 2015 e, com a reestruturação, expandiu-se para outras OSA a partir de 2019, com diferentes módulos, com o objetivo de aprimorar o atendimento ao usuário e integrar o SISAU de forma mais eficaz.

O AGHUse permite interface com diversos sistemas importantes e tem sido fundamental no aprimoramento da gestão hospitalar no âmbito do COMAER. Ao vincular-se a indicadores gerenciais, oferece suporte crucial na tomada de decisões. Na logística de materiais, sua integração eficiente com o SILOMS otimiza a gestão de estoques. No domínio do faturamento hospitalar, o AGHUse simplifica e enriquece o processo, abrangendo diversos aspectos financeiros. A integração com o SIGPES garante uma base

de dados de pacientes atualizada. Na medicina pericial, em harmonia com o SIMP, permite o registro de inspeções de saúde no prontuário eletrônico. Com integração aos sistemas laboratoriais, o AGHUse facilita a visualização ágil dos resultados de exames em qualquer elo de saúde do SISAU. Nesse contexto, o AGHUse se configura como uma peça vital, promovendo a excelência operacional e a sinergia entre sistemas essenciais na prestação de serviços de saúde.

5.2 SIMP: um marco na evolução da Medicina Pericial

A parceria estratégica da DIRSA com o CCA-RJ, aliados ao HCPA, possibilitou a concretização da informatização das inspeções de saúde nos elos de saúde do SISAU.

O SIMP emergiu como um divisor de águas na história da Medicina Pericial da FAB, destacando-se de forma pragmática na transição dos processos físicos para os digitais.

Outrora, as inspeções de saúde eram ancoradas em registros feitos em fichas de papel que eram arquivadas em prontuários físicos. Os julgamentos eram realizados utilizando por base os documentos periciais arquivados nesses prontuários conforme demonstrado na Figura 4. Tais procedimentos, porém, não permitiam integração entre as Juntas, demandavam espaço para arquivamento do acervo de prontuários e acarretavam gastos com papel e insumos.

Figura 4 – Julgamento realizado no CEMAL com prontuários físicos



Fonte: Acervo pessoal.

No entanto, atualmente, a inspeção de saúde encontrou uma nova morada no ambiente digital. Tal transição é marcada pela utilização do Portal do Militar para solicitações, autorizações e agendamentos. O AGHUse gerencia os atendimentos e registros médicos, enquanto o SIMP é o palco para os julgamentos de forma síncrona bem como para emissão dos resultados das inspeções para publicação. Tal integração constitui uma trama digital sinérgica utilizada simultaneamente nas Plenárias, conforme observado na Figura 5.

Figura 5 – Plenária da JSS utilizando a integração sinérgica SIMP e AGHUse

Fonte: Acervo pessoal.

A sinergia entre os dois sistemas permite a dinâmica de inclusão e exclusão de clínicas e exames durante as inspeções de saúde, facilitando os registros e melhorando a possibilidade de auditorias. Há possibilidade ainda de aproveitamento de exames recentes ou de pareceres médicos, permitindo assim agilizar resultados e otimizar custos. Essa integração tecnológica conecta a tradição médica à vanguarda da inovação.

O SIMP vem solidificar e uniformizar as tratativas recebidas pelos periciados por todas as Juntas Médicas do Brasil. Dessa forma, seja militar ou civil, o usuário terá seus registros de inspeção de saúde disponíveis para as demais juntas, justapondo melhor os recursos, ganhando agilidade ao acesso às informações pertinentes e, acima de tudo, estabelecendo e disponibilizando a uniformização dos parâmetros aplicados por todos os peritos de nossas Juntas de Saúde da Aeronáutica.

A possibilidade de comunicação e interoperabilidade entre as unidades de Saúde, quiçá com outras Forças também é parte do planejamento do projeto.

5.3 Fases de implantação do SIMP

Iniciado em 2021, esse projeto contemplou a implementação do módulo agendamento, onde as solicitações de inspeção de saúde passaram a ser realizadas por meio do Portal do Militar, seguindo a cadeia de Comando, permitindo assim definir as finalidades a serem executadas, sempre com o aval das chefias.

No ano de 2022, a continuidade do processo trouxe o módulo de Prontuário Eletrônico Único: a AGHUse Pericial. A plataforma digital, desenvolvida em parceria com o HCPA e o CCA-RJ, foi idealizada exclusivamente para as necessidades da inspeção de saúde de militares e civis, em conformidade com as especificidades de cada uma das finalidades. O registro

médico das fichas de inspeção de saúde passou a acontecer dentro do Prontuário Médico Eletrônico único, por acesso pessoal e intransferível, garantido o sigilo das informações médicas e podendo ser acessado em qualquer instituição militar de saúde da Aeronáutica.

Ainda no mesmo ano, foi disponibilizado o módulo julgamento, onde os médicos constituintes das plenárias passaram a realizar de maneira concomitante suas avaliações e pareceres. Também, em 2022, foi disponibilizado o módulo resultado, onde os pareceres das Juntas de Saúde passaram a acontecer também por meio da plataforma digital, assim como a publicação automática dos resultados em Boletim Interno e nas alterações dos inspecionados. A figura 6 mostra o registro do primeiro julgamento realizado pelo SIMP, ocorrido em 31 de março de 2022 na JSL do GSAU-YS. Na ocasião, o Diretor de Saúde, Maj Brig Cloer Vescia Alves, proferiu as seguintes palavras: “Escreve-se hoje a primeira página eletrônica de um novo Sistema Pericial da Aeronáutica, que passa a acompanhar as tendências do século XXI rumo à melhoria contínua em busca da excelência”.

Figura 6 – Primeiro julgamento utilizando o SIMP – JSL do GSAU-YS.



Fonte: FAB

5.4 O SIMP como parceiro na busca pela excelência

Os benefícios do SIMP são celebrados como conquistas notáveis. Inicialmente, destaca-se por oferecer agilidade em todas as etapas do processo, desde a solicitação até a liberação dos resultados. A automatização, que inclui o registro eletrônico de saúde por meio do prontuário eletrônico, representa uma vantagem expressiva do SIMP ao reduzir o tempo de espera e contribuir para uma gestão mais eficaz dos recursos de saúde.

A integração efetiva com outros sistemas, como o AGHUse, e a interação com resultados de outras JSL resultam em um atendimento abrangente e eficiente, melhorando a coordenação do atendimento e a qualidade dos cuidados prestados.

Além disso, a diminuição do uso de documentos em papel é um benefício adicional do SIMP, desempenhando um papel importante na promoção da sustentabilidade e na redução do desperdício de recursos naturais.

A facilidade de acesso e utilização assume um papel fundamental em qualquer sistema de saúde contemporâneo, e nesse aspecto, o SIMP não deixa a desejar. Com agendamentos *online* e acesso simplificado aos resultados, o sistema coloca o indivíduo no centro do processo, capacitando-o a gerenciar sua própria saúde de maneira mais eficaz.

A segurança dos dados é uma preocupação crítica em saúde e o SIMP atende a esse requisito com eficácia. O SIMP também promove a padronização dos processos, reduzindo a margem de erro, além de proporcionar maior controle aos comandantes quanto às inspeções de seus subordinados.

Todos esses benefícios são os pilares que sustentam essa revolução digital. Mais do que uma ferramenta tecnológica, o SIMP se revela como um aliado na missão de aprimorar a saúde e o bem-estar de nossos militares na busca incessante por uma gestão mais eficiente e por serviços médicos de alta qualidade.

A criação do SIMP, indubitavelmente, é um dos maiores marcos da Reestruturação da Saúde da Força Aérea Brasileira, um projeto importante que proporcionará inúmeros benefícios à Instituição, trazendo a certeza de que a administração da DIRSA está no caminho certo, cumprindo com a sua missão institucional. Tal feito permitiu à DIRSA o cumprimento de princípios fundamentais da Administração Pública, como a economicidade, a legalidade e a eficiência, trazendo para cada inspecionado, assim como para os Comandantes de Organizações Militares, a segurança e confiabilidade do processo pericial, assim como a padronização do *modus operandi* em todo o sistema de avaliação médico-pericial no âmbito do COMAER.

Sem dúvida, o SIMP fortaleceu os fundamentos de governança e gestão e assumiu importância estratégica, tornando-se uma peça fundamental na busca pela excelência no SISAU.

6 Perspectivas futuras para a Perícia Médica na Aeronáutica

A história da perícia médica na Aeronáutica é uma narrativa entrelaçada com o progresso tecnológico e as demandas sempre crescentes por segurança e eficiência na aviação. Desde seus primórdios, a perícia médica na Aeronáutica tem sido guardiã da segurança aérea e, com o advento da aviação comercial e o subsequente aumento do tráfego aéreo, tornou-se claro que critérios rigorosos e atualizados para a avaliação médica são essenciais. A necessidade de identificar condições médicas que pudessem comprometer a saúde dos indivíduos em voo ou a integridade da aeronave impulsionou a busca contínua por procedimentos e métodos cada vez mais eficazes.

Ao longo das décadas, a tecnologia se tornou uma aliada indispensável para a perícia médica na Aeronáutica. A introdução de exames médicos mais sofisticados permitiu avaliações mais detalhadas e precisas. No entanto, essa crescente dependência tecnológica também trouxe desafios. A compreensão das implicações dos resultados e a manutenção da capacitação técnica tornaram-se questões críticas para os peritos médicos.

Nos tempos modernos, o cenário é moldado por uma série de desafios e tendências interligados. A padronização e atualização dos procedimentos de perícia médica emergem como um imperativo. A uniformidade das avaliações é essencial para garantir a justiça e a equidade, enquanto a adaptação constante às regulamentações em mutação é necessária para manter os padrões de segurança em um mundo em constante transformação.

O aumento das contestações legais nas decisões de perícia médica na Aeronáutica levanta questões essenciais de transparência, comunicação e equidade. A complexidade das avaliações, unida às expectativas crescentes da sociedade, exige uma abordagem minuciosa e com embasamento técnico. Nesse panorama, a interoperabilidade entre as Forças Armadas na área pericial emerge como um componente crucial. É imperativo um entendimento coeso, especialmente no contexto das complexas questões vinculadas às demandas judiciais.

A informatização emerge como uma força transformadora na área de perícias médicas na Aeronáutica. A integração SIMP e AGHUse facilitou o registro e análise de dados, permitindo uma avaliação mais precisa e abrangente. Além disso, a conectividade une os profissionais da saúde em uma rede de colaboração. Informações podem ser compartilhadas instantaneamente, permitindo uma tomada de decisão mais informada e uma visão holística dos casos.

As tendências do futuro são impulsionadas por avanços tecnológicos notáveis. A telemedicina e a inteligência artificial emergem como ferramentas promissoras para otimizar os processos de avaliação. No entanto, essas inovações também levantam questões éticas e de segurança, pois a confiabilidade das avaliações e a privacidade dos dados se tornam preocupações fundamentais em um contexto em que a segurança e proteção dos dados são cruciais.

À medida que avançamos para um futuro em que a perícia médica na Aeronáutica é moldada por avanços tecnológicos e desafios legais, a balança da justiça e da ética se torna mais delicada. A precisão das decisões se torna um ativo valioso. Os peritos médicos serão desafiados a equilibrar a aplicação objetiva da ciência com considerações éticas complexas. A integridade e a imparcialidade permanecerão como pilares fundamentais na garantia de que as decisões sejam justas, confiáveis e bem fundamentadas. O ritmo acelerado das descobertas científicas e tecnológicas demandará uma dedicação contínua à atualização e à adaptação.

Assim, a jornada da perícia médica na Aeronáutica continua marcando seu rastro no céu e na medicina, sempre rumo a um amanhã melhor e mais seguro, numa jornada de constante adaptação, em que desafios e tendências tecem o tecido do progresso.

Referências

BRASIL. Decreto Nº 47.792, de 11 de Fevereiro de 1960. Aprova o Regulamento do Serviço de Saúde da Aeronáutica. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**, 1960.

BRASIL. Ministério da Aeronáutica. Portaria 616/GM3 de 13 de maio de 1980. Aprova as Instruções Reguladoras para a Execução de Perícias Médicas e para Elaboração de Documentos Periciais na Aeronáutica e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: Brasília, DF, nº 91. 16 maio 1991.

BRASIL. Comando da Aeronáutica. Gabinete do Comandante da Aeronáutica. **Instruções Reguladoras das Inspeções de Saúde – IRIS de 2002**: ICA 160-1. Rio de Janeiro, RJ, 2014.

BRASIL. Portaria GM-MD 3.551 de 26 de agosto de 2021. **Diário Oficial da União**: ed. 165, seção 1. p. 13, 31 ago. 2021.

BRASIL. Comando da Aeronáutica. Diretoria de Saúde da Aeronáutica. **Instruções técnicas das Inspeções de Saúde da Aeronáutica**: ICA 160-6. Rio de Janeiro, RJ, 2022.

BRASIL. Comando da Aeronáutica. Comando-Geral do pessoal. Portaria COMGEP nº 287/3SC1, de 4 de janeiro de 2023. Aprova a reedição da Norma de Sistema que dispõe sobre as “Juntas de Saúde da Aeronáutica”. **Boletim do Comando da Aeronáutica**, n. 030, 13 fev. 2023a.

BRASIL. Comando da Aeronáutica. Departamento de Controle do Espaço Aéreo. **Inspeção de Saúde e Certificado Médico Aeronáutico para ATCO e OEA civis**: ICA 63-15. Rio de Janeiro, RJ, 2023b.

BRASIL. Comando da Aeronáutica. Comando-Geral do Pessoal. **Inspeções de Saúde no Comando da Aeronáutica**: NSCA 160-9. Rio de Janeiro, RJ, 2023c

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA). Tecnologia da Informação e Comunicação. **Sistema AGHUse**. Porto Alegre, 2024. Disponível em: <https://www.hcpa.edu.br/institucional/institucional-apresentacao/tecnologia-da-informacao-e-comunicacao/institucional-sistema-aghuse>. Acesso em: 12 jan. 2024.

INSTITUTO HISTÓRICO-CULTURAL DA AERONÁUTICA (Brasil). **História Geral da Aeronáutica Brasileira**: da criação do ministério da Aeronáutica até o final da segunda guerra mundial. Belo Horizonte: Villa Rica, 1991. v. 3. (Coleção Aeronáutica). Disponível em: <https://issuu.com/portalfab/docs/hgab-3>. Acesso em: 07 ago. 2023.

PEREIRA, Elaine Gonçalves da Costa. **Entre saberes e cultura**: a arte de curar na Força Aérea Brasileira. Instituto Histórico-Cultural da Aeronáutica. n. 54. Rio de Janeiro: INCAER, 2019. Disponível em: https://www2.fab.mil.br/incaer/images/eventgallery/instituto/Opusculos/Textos/opusculo_saude.pdf. Acesso em: 07 ago. 2023.

TEIXEIRA, Roberto Carvalho da Motta. **Serviço de Saúde da Aeronáutica 1941-1995**: 54 Anos de Atividade. São Paulo: Croma, 1997.

Saúde Operacional e de Campanha no contexto da Reestruturação

Michelle Abati Bordeaux Rego Ronconi¹

Claudia Pellegrino²

Juliana **Vandestein**³

Carla Isabel dos Santos Silvestre⁴

1. Médica, com especialização em Oftalmologia Clínica e Cirúrgica (Sociedade Brasileira de Oftalmologia), Medicina do Trabalho (UFF), Medicina Aeroespacial (CMAE), MBA em Gestão Sanitária (IMF Business School-Madri/Espanha), Especialização em Gestão Pública e Emprego da Força Aérea (UNIFA), MBA em Planejamento e Gestão Estratégica (FGV). TEN CEL QOMED OFT. Comandante do Grupo de Saúde da BACG. E-mail: michellemabrr@fab.mil.br

2. Médica com especialização em Oftalmologia, Medicina do Trabalho e Medicina Aeroespacial. Adjunta a Divisão de Saúde Ocupacional (DSOC). E-mail: claudiapellegrinocpf@fab.mil.br

3. Médica, com especialização em clínica médica (Santa Casa de Misericórdia do RJ), geriatria (UERJ) e medicina aeroespacial (CMAE). Major QOMED CML. Chefe da Divisão de Hospital de Campanha HAAF, Comandante do hospital de campanha. E-mail: vandesteenjfv@fab.mil.br

4. Médica, com especialização em Neurologia (Santa Casa de Misericórdia do RJ), Medicina Aeroespacial (CMAE). Instrutora homologada em APHT. Major QOMED NEU. Adjunta da Divisão de Medicina Pericial – da Subdiretoria de Saúde Operacional da DIRSA. E-mail: carlaciss@fab.mil.br

1 Introdução

A Saúde Operacional, antes do processo de reestruturação do SISAU, já se fazia presente no contexto da Saúde da Aeronáutica, porém, de maneira restrita às atividades que lhe são inerentes a cada momento de emprego, sem que uma estrutura organizacional a amparasse. Nesse sentido, o Grupo de Trabalho da Reestruturação definiu novas atribuições e metas para essa área tão emblemática e representativa no âmbito de uma Força Armada.

A partir da concepção de uma nova estrutura, agora como Sub-diretoria, tornou-se possível aproximar diferentes áreas que passaram a compor o seu escopo, a saber:

- Divisão de Medicina Aeroespacial (DMA), tendo como braço executor o Instituto de Medicina Aeroespacial (IMAE);
- Divisão de Medicina Pericial (DMP), tendo como braço executor o Centro de Medicina Aeroespacial (CEMAL), cuja denominação tradicional foi estudada e já tendo sido sugerida a nova nomenclatura, “CENTRO DE MEDICINA PERICIAL”, mantendo-se a sigla e atribuições;
- Divisão de Saúde Ocupacional (DSOC). Ao longo do tempo essa área tem se aprimorado para gerenciar, de uma maneira mais eficaz, a Medicina do Trabalho no âmbito do COMAER, de modo a revisar e atualizar a legislação doutrinária alinhada às boas práticas da preservação da saúde no ambiente laboral, conforme as normas do Ministério da Saúde e a Organização Internacional do Trabalho. Dentre os avanços obtidos na reestruturação, identificam-se normativas importantes como: Manual de Perícias Médicas (em conjunto com a área Pericial); Instrução do Comando da Aeronáutica de Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional; ICA de Radioproteção e, ainda, atualização da NSCA que versa sobre Exames Médicos Periódicos dos Servidores Públicos. Esse mesmo grupo também realizou a Edição de Ordens Técnicas.
- Divisão de Saúde de Campanha (DSCAMP), cujo braço executor é o Hospital de Campanha (HCAMP); e
- Divisão de Medicina Veterinária (DMV), cuja atuação encontrava-se dispersa e capilarizada nos Médicos Veterinários distribuídos nas diversas Organizações Militares do Comando da Aeronáutica. A criação da referida Divisão permitiu a incorporação desta importante área da saúde no escopo da Diretoria de Saúde, o que trouxe a lógica do gerenciamento e da melhoria de processos.

2 IMAE e os avanços conquistados

Com a reestruturação da saúde da FAB, visando ao mais alto nível de excelência, a missão do IMAE foi ampliada de modo a agregar ao treinamento e à instrução da Medicina Aeroespacial as ações de Evacuação Aeromédica (EVAM), Atendimento Pré-Hospitalar Tático (APHT) e Defesa Química, Biológica, Radiológica e Nuclear (DQBRN).

Uma das conquistas mais relevantes foi o seu reconhecimento como Instituição de Ciência Tecnologia e Inovação, com desenvolvimento de pesquisas importantes para o Sistema de Inovação da Aeronáutica, referenciando o país também na área de Medicina Aeroespacial e Saúde Operacional.

Na área de treinamento fisiológico voltado ao grande G, foram desenvolvidos manobras e procedimentos, cujos resultados foram positivos.

Figura 1 – Manobra de treinamento Anti G com eletromiografia em Cockpit simulado.



Fonte: Arquivo pessoal

Para melhorar e manter a prontidão da saúde operacional da Força Aérea, além de desenvolver o estudo, a pesquisa e o aperfeiçoamento de treinamentos, o IMAE vem realizando missões reais, tanto no cenário nacional quanto internacional, a exemplo da repatriação dos brasileiros residentes em Wuhan, China, na eclosão da pandemia de COVID-19, o que envolveu militares especializados em Evacuação Aeromédica (EVAM) e Defesa Química, Biológica, Radiológica e Nuclear (DQBRN).

Figura 2 – Operação Regresso



Fonte: CECOMSAER

Figura 3 – COVID -19



Fonte: CECOMSAER

Figura 4 – Procedimentos de Biossegurança realizados durante voo de regresso



Fonte: Arquivo pessoal

Figura 5 – Procedimentos de Biossegurança realizados durante voo de regresso



Fonte: Arquivo pessoal

A reestruturação aprimorou atividades como o Curso de EVAM, realizado a cada semestre para o pessoal de saúde recém-chegado na Força e para as atualizações doutrinárias.

Figura 6 – Treinamento simulado de EVAM em voo.



Fonte: Arquivo pessoal

No quesito Atendimento Pré-Hospitalar Tático (APHT), o efetivo do Instituto ampliou as competências e qualificações internacionais delegadas aos Instrutores de Tactical Combat Casual Care (TCCC).

Figura 7 – Treinamento de APH Tático nível 2 durante o EXCON TÁPIO



Fonte: Arquivo pessoal

O futuro aponta para mais parcerias e incremento da interoperabilidade, o que se reverte em melhoria dos procedimentos e da doutrina, agregando mais expressão à saúde operacional da FAB.

Figura 8 – Treinamento de APH Tático nível 2



Fonte: Arquivo pessoal

12

3 Hospital de campanha

A criação da Subdiretoria de Saúde Operacional (SDSOP) foi o ponto de partida mediante um olhar especial para a operacionalidade da saúde.

Na área de saúde de campanha, gradativamente, foi-se aumentando o efetivo alocado nas missões, além de viabilizar novas aquisições de materiais e equipamento. Um dos pontos marcantes foi a definição de um hangar próprio

para o HCAMP na Base Aérea dos Afonsos, a fim de proporcionar tanto a guarda do acervo quanto a manutenção preventiva, o que facilitou a pronta resposta em apoio às diversas missões concomitantes.

Atualmente, o HCAMP é classificado como um hospital nível 1 da ONU, sendo aerotransportável, o que permite a rápida chegada ao local de emprego, de modo a propiciar a estabilização das vítimas atendidas e transporte oportuno delas. A estrutura mobilizada depende diretamente do perfil da missão. No contexto da reestruturação, a DIRSA demandou um estudo técnico no tocante à elevação de nível ou mesmo a aquisição de outra unidade.

No tocante à modernização e incremento tecnológico do HCAMP, a reestruturação proporcionou uma abordagem inovadora na área da saúde, à medida que abriu espaço para novos sistemas de informação e comunicação, de modo a oferecer serviços de saúde a distância. Nesse contexto, a telemedicina foi priorizada no ambiente de campanha, tanto na modalidade de teleconsulta quanto teleinterconsulta. Para tanto, foi realizado estudo técnico com base na experiência prévia da Marinha do Brasil quanto ao tipo de equipamento, o que proporcionou a aquisição de um módulo denominado *Transportable Exam Station (TES)*, equipamento este que viabiliza o uso da telemedicina em campanha. O teste de campo aconteceu durante a Operação Escudo Antiaéreo, em Santana de Boa Vista-RS, local afastado, de difícil acesso a recursos médicos adequados. A DIRSA adquiriu dois conjuntos TES para a saúde de campanha.

Figura 9 – Teste do dispositivo da TES



Fonte: Arquivo pessoal

Figura10 – Teleinterconsulta



Fonte: Arquivo pessoal

A Telemedicina afirma-se como de extrema relevância para a saúde operacional e de campanha. Esta tecnologia oferece benefícios e respostas para problemas de carências dos serviços de saúde, em áreas vulneráveis, em missões ACISO e humanitárias, além de alta adesão dos profissionais de saúde.

Como exemplo de emprego de novas tecnologias e operacionalidade do HCAMP, em tempo de paz, pode-se citar que em 2023 deu-se a participação na Operação EXCELSIOR (Exercício de Campanha de Emprego de Logística, Saúde e Intendência Operacional) com emprego de módulos montados em balsas na Comissão de Aeroportos da Região Amazônica (COMARA). Os serviços de saúde prestados nas comunidades de Moura e Barcelos contabilizaram mais de 5.300 atendimentos, além de cerca de 14.700 medicamentos distribuídos, afirmando ainda mais o lema: “onde a FAB estiver, onde o BRASIL precisar”.

Figura 11 – Balsa deslocando-se pelo Rio Negro com estruturas do EMA e HCAMP



Fonte: CECOMSAER

Figura 12- Equipe Excelsior 2023



Fonte: CECOMSAER

4 Considerações finais

O HCAMP atuou com maestria em vários momentos históricos, como no terremoto do Haiti, em 2010, e, desde então, vem crescendo. A Saúde Operacional da FAB teve destaque na Pandemia do Covid-19, coordenando com a aviação o envio das usinas de oxigênio para localidades onde se encontrava escasso este recurso, no transporte de centenas de civis contaminados de seus estados colapsados para outros com mais recursos e na ampla distribuição das vacinas.

A Medicina Operacional e de Campanha se faz necessária em várias ações, atuando nos casos de operações militares específicas ou em calamidades públicas, demandando, acima de tudo, que seus médicos e outros profissionais de saúde estejam preparados para atuarem em diferentes cenários. A Marinha do Brasil (MB), o Exército Brasileiro (EB) e a Força Aérea Brasileira (FAB) têm investido em treinamentos nos últimos anos, a fim de aprimorar suas unidades médicas, visando à prontidão operacional. Contudo, por mais que a solução pacífica dos conflitos prepondere, os conflitos existem e não há que se negar que devemos ter unidades operacionais sempre prontas para o caso da necessidade de engajamento súbito nos mais diversos cenários.

Em Saúde Operacional, os recursos humanos, os meios materiais e a logística, na maioria das vezes são muito restritos, demandando intenso planejamento nos diversos níveis existentes (tático, operacional e estratégico). Tudo deve ser consolidado e amparado pelos melhores conhecimentos médicos, tecnológicos, por um bom estudo epidemiológico e, sobretudo, por uma excelente doutrina.

A Saúde Operacional é o referencial de emprego no apoio à prontidão das Forças Armadas. Desta forma, no contexto da reestruturação, recebeu atenção diferenciada da Diretoria de Saúde, o que culminou com incremento da capacidade de pronta-resposta e mobilização. Exemplo disso foi o recente emprego do HCAMP em apoio à Secretaria de Saúde do DF no surto de Dengue, sendo que, desde o acionamento, transporte, montagem e o início dos atendimentos decorreram apenas 72h.

Referências

BIDDINGER, Paul D. et al. Natural Disaster Management. In Auerbach, P. S. **Wilderness Medicine**. 7 ed. Philadelphia: Elsevier, 2016. p. 1876-1884.

BRASIL. Comando da Aeronáutica. Diretoria de Saúde da Aeronáutica. **Manual do serviço de saúde da Aeronáutica**: MCA 160-1. Rio de Janeiro, 2021.

BRASIL. Comando da Aeronáutica. Gabinete do Comandante da Aeronáutica. **Diretriz que estabelece a Reestruturação do Sistema de Saúde da Aeronáutica**: DCA 11-126. Rio de Janeiro, RJ, 2019.

BRASIL. Ministério da Defesa. **Manual de Apoio de Saúde em Operações Conjuntas** (MD42-M-04). Brasília, DF, 2017. Disponível em: https://www.gov.br/defesa/ptbr/arquivos/legislacao/emcfa/publicacoes/logistica_mobilizacao/md42a_ma_04a_apoioa_dea_saudea_opa_cja_1a_ed_2017.pdf. Acesso em: 06 out. 2023.

FABRIS, Cristiane Lima. **A Evolução da Medicina Operacional no Brasil. Escola de Saúde do Exército**. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: https://bdex.eb.mil.br/jspui/bitstream/123456789/9616/1/Cap_Cristianne%20Lima%20Fabris.pdf. Acesso em: 29 fev. 2024.

GENTIL, R. C.; RAMOS, L. H.; WHITAKER, I. Y. Capacitação de enfermeiros em atendimento pré-hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S. l.], v. 16, n. 2, p. 192-197, 2008. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/16938>. Acesso em: 29 fev. 2024.

HUDAK III, Joseph James. **Origins of the "golden Hour" of Medical Care and Its Applicability to Combat Medicine**. 2015. Tese de Doutorado. Fort Leavenworth, KS: US Army Command and General Staff College.

MARCHON, Carla Regina. **As relações entre a ética médica e a ética da medicina militar em conflitos armados**. 2008. 70 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

MACHADO, Felipe S. N. e *tal*. Utilização da telemedicina como estratégia de promoção de saúde em comunidades ribeirinhas da Amazônia: experiência de trabalho interdisciplinar, integrando as diretrizes do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Qg6VG4M7chHndDJy7KYB6yr/?lang=pt>. Acesso em: 21 ago. 2023.

MENDES, Nuno António Martins Canas. A Medicina Operacional e a prontidão da componente operacional do sistema de Forças. **Instituto de Estudos Superiores Militares**. Portugal. Trabalho de Investigação Individual do CPOG 2012/2013.

PEREIRA, Aline de Azevedo. **Exército Brasileiro e a Medicina Tática nas grandes guerras mundiais**. Ministério da Defesa Exército Brasileiro Escola de Saúde do Exército. Rio de Janeiro, RJ, 2019.

PHTLS Prehospital Trauma Life Support Military. 9 ed. Burlington: Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2021.

RAMOS, Viviane Oliveira; SANNA, Maria Cristina. A inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 3, p. 355-361, mai./jun. 2017.

SUEOKA, Júnia Shizue; ABGUSSEN, Carla Maria Balieiro. **APH RESGATE Emergência em Trauma**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

A implementação da qualidade em saúde no SISAU

Cloer Vescia Alves¹

Sérgio Marques Dantas Júnior²

Marcelo Gomes de Almeida³

Marcela Ferraz Catramby⁴

Mariana de Lima Miguez⁵

1. Médico, Gestor, Professor e Consultor. Major-Brigadeiro do Quadro de Oficiais Médicos da Aeronáutica. Diretor de Saúde da Aeronáutica. MBA em Gestão de Serviços de Saúde. Especialização em Medicina Aeroespacial. MBA em Altos Estudos de Política e Estratégia. Pós-graduação em Gestão da Atenção Primária à Saúde. Mestre em Engenharia Elétrica. E-mail: cloercva@fab.mil.br

2. Cirurgião-dentista (UERJ). Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Faciais (HFAG), Mestre em Odontologia (universidade). MBA em Gestão pública (UFF), MBA Executivo em Planejamento e Gestão Estratégicos (FGV). Ten Cel do Quadro de Oficiais-Dentistas da Aeronáutica. Hospital Central da Aeronáutica (HCA). Email: dantassmdj@fab.mil.br

3. Cirurgião-dentista (UFRGS). Especialista em DTM e DOF (ABO-RS), Especialista em Gestão Pública e Emprego da Força Aérea (UNIFA), MBA Executivo em Planejamento e Gestão Estratégicos (FGV). Ten Cel do Quadro de Oficiais-Dentistas da Aeronáutica. Hospital de Aeronáutica de Canoas (HACO). Email:marcelomga@fab.mil.br

4. Cirurgião-dentista (FOB-USP). Especialista em Implantodontia (CTA), Mestre em Odontologia (USC). Doutora em Odontologia (FOB-USP), MBA executivo em Planejamento e Gestão Estratégicos (FGV). Major do Quadro de Oficiais-Dentistas da Aeronáutica. Diretoria de Saúde da Aeronáutica (DIRSA). Email: marcelamfc@fab.mil.br

5. Administradora de Empresas (Unigranrio). MBA em Gestão da Produção e da Qualidade (UCP). Segundo Tenente do Quadro de Oficiais Convocados da Aeronáutica. Diretoria de Saúde da Aeronáutica (DIRSA). Email: marianamiguezmlm@fab.mil.br

1 Introdução

“Qualidade” é um termo utilizado sob diferentes perspectivas, tendo como ponto comum a identificação de focos que promovam o desenvolvimento da gestão institucional e da excelência dos resultados alcançados. Atualmente, a ABNT NBR ISO 9000 define que “a qualidade dos produtos e serviços de uma organização é determinada pela capacidade de satisfazer os clientes e pelo impacto pretendido e não pretendido nas partes interessadas pertinentes.” (ABNT, 2015).

Este conceito é igualmente aplicável aos serviços de saúde. O *Institute of Medicine* (IOM) considera “Qualidade em Saúde” como sendo “o grau com que os serviços de saúde aumentam a chance de se atingir os desfechos desejados de saúde tanto de indivíduos quanto de populações, e que são consistentes com o conhecimento profissional corrente” (IOM, 2001).

Diversos estudiosos contribuíram para a criação e sedimentação dos conceitos de qualidade, cada qual trazendo perspectivas valiosas que viabilizaram sua aplicação prática. Entre eles, destacam-se William Edwards Deming, um dos pioneiros que desenvolveram os princípios que viriam a ser a base da gestão da qualidade total, influenciando significativamente a abordagem da qualidade em diversos setores, inclusive na saúde (Corrêa, 2019; Deming, 1981; Gomes, 2004).

Deming considerava que o conceito de qualidade estava profundamente enraizado na melhoria contínua e na transformação cultural das organizações, destacando a importância da liderança e do comprometimento organizacional como elementos fundamentais para atingi-la. Sua abordagem enfatizou a necessidade de uma cultura organizacional voltada para a qualidade, na qual a liderança desempenharia um papel central na orientação dos colaboradores em direção à excelência (Deming, 1981).

Além de suas inúmeras contribuições teóricas, a aplicação prática de seus conceitos ganhou força com a introdução de ferramentas específicas. O ciclo PDCA (*Plan-Do-Check-Act*) de Deming tornou-se uma abordagem estruturada para resolução de problemas e implementação de melhorias. Adicionalmente, os indicadores quantitativos e qualitativos por ele enfatizados passaram a ser utilizados para avaliar a qualidade em serviços de saúde de forma constante e sistemática, auxiliando na promoção da melhoria contínua (Pereira; Roquete; Miranda, 2022).

Outros estudiosos também colaboraram para a evolução da qualidade nas organizações, com destaque para Ishikawa, cujas teorias alinhavam-se às descritas por seus antecessores, com foco em: identificação da necessidade de treinamento e envolvimento da força de trabalho; redução de defeitos; priorização de ações preventivas em detrimento das corretivas e qualidade como responsabilidade de todos os setores da organização (Corrêa, 2019). O Diagrama de Ishikawa, também conhecido como Espinha de Peixe ou Diagrama de Causa e Efeito, é uma das ferramentas mais utilizadas pelos gestores de qualidade na análise de processos.

No campo da qualidade em saúde, Avedis Donabedian foi considerado o grande pioneiro. Renomado médico e pesquisador, é reconhecido por suas contribuições na avaliação da qualidade dos serviços de saúde voltada à melhoria dos cuidados assistenciais. Por isso é frequentemente referenciado como o “pai da qualidade em saúde”. (Donabedian, 1988; Corrêa, 2019).

Uma de suas contribuições foi a formulação da “Tríade de Donabedian”, representada pelo modelo de estrutura, processo e resultado. Para Donabedian (1988), existe uma interconexão lógica entre as três dimensões da qualidade na área da saúde: uma estrutura adequada eleva a probabilidade de um processo eficaz, que quando bem executado, poderá potencializar os resultados.

A estrutura corresponde aos recursos materiais (infraestrutura, equipamentos e recursos financeiros), humanos (capacidades, quantidade, qualificação e dimensionamento) e organizacionais (equipes, fluxos, métodos e controle do cuidado). O processo refere-se à maneira como a prestação da assistência ocorre, abordando as atividades e interações entre profissionais e pacientes. O resultado, por sua vez, refere-se ao impacto da assistência no desfecho da condição de saúde dos pacientes e abrange sua satisfação com o cuidado prestado, considerando elementos de eficácia, relacionamento e técnica (Donabedian, 1988; Calvo; Magajewski; Andrade, 2016).

À luz das teorias e ferramentas de qualidade supramencionadas e diante dos desafios para alcance da excelência na prestação de serviços de saúde, surgiu, no âmbito do COMAER, a necessidade de criação de um Sistema de Gestão de Qualidade aplicável aos elos de saúde do SISAU. Este capítulo se propõe a descrever as bases do SGQS do SISAU, contextualizando sua implementação a partir das diretrizes e normativas, dos resultados que vêm sendo alcançados e da visão de futuro para um cuidado aprimorado em saúde.

2 A implementação do SGQS no SISAU

De acordo com Robles Junior e Bonelli (2006), a gestão da qualidade corresponde a todas as ações direcionadas para a obtenção de determinadas especificações de um produto ou serviço que satisfaça integralmente o cliente. Segundo Carvalho e Paladini (2005, 2006), ela engloba a coordenação de atividades para controle da qualidade de uma organização, abarcando aspectos de planejamento, monitoramento, garantia e melhoria.

Para abordar o SGQS do SISAU, deve-se compreender o panorama que influenciou seu desenvolvimento. Em 2018, foi publicado o documento “Concepção Estratégica – Força Aérea 100”, que identificou os desafios a serem enfrentados até 2041, ano do centenário de criação

da FAB (Brasil, 2018a). Este documento estratégico buscou incorporar valor à missão institucional, apresentando uma avaliação do cenário da FAB em um contexto contemporâneo ambíguo e incerto, influenciado por transformações tecnológicas, limitações de recursos e pela necessidade de resposta às mudanças políticas, econômicas e sociais.

De maneira integrada, o Plano Estratégico Militar da Aeronáutica (PEMAER) foi elaborado e divulgado no mesmo ano, a partir das diretrizes do alto comando. Com o intuito de orientar as ações a serem realizadas para alcance de objetivos de longo prazo até 2027, elenca, entre outros aspectos, os temas “Gestão Estratégica” e “Pessoas”, pertencentes respectivamente aos eixos processos internos e recursos (Brasil, 2018b).

O tema “Gestão Estratégica” visa modernizar e ajustar o planejamento e a gestão de todas as organizações da FAB de acordo com as melhores práticas gerenciais. No que diz respeito ao componente “Pessoas”, destaca-se o objetivo estratégico de adaptar a prestação de serviços de saúde para atender às necessidades dos usuários (Brasil, 2018b).

Tendo em vista as diretrizes supramencionadas, emanadas do COMAER, a DIRSA publicou, em 2019, a denominada “Reestruturação do SISAU” através da DCA 11-126/2019. Esse documento estabeleceu um novo modelo assistencial, a partir do qual formalizou-se um pacto de gestão entre a DIRSA, como órgão central, e os 33 elos do SISAU distribuídos pelo território nacional, incorporando a prioridade da integralidade e excelência nas iniciativas de saúde (Brasil, 2019).

Este documento tem como diretriz:

...estabelecer, ações, prazos e responsabilidades, relativos à reestruturação do SISAU, no âmbito do Comando da Aeronáutica, por meio de um novo modelo de atenção à saúde, articulado numa rede que incorpore processos e atividades, suportados por ferramentas de tecnologia da informação (TI), a fim de garantir atendimento de qualidade para seus usuários a custos compatíveis com a realidade econômica atual, respeitando-se os princípios da governança e gestão, alinhados com Portaria nº 1.738/GC3, de 4 de outubro de 2019 que instituiu o Comitê de Governança da Força Aérea Brasileira (Brasil, 2019, p. 9).

A partir desta reestruturação, o modelo de AIS foi adotado, estabelecendo-se a APS como porta de entrada principal do sistema e constituindo-se uma Rede de Atenção em Saúde (RAS) em nível nacional. A Governança Colaborativa foi introduzida, e os elos foram categorizados em baixa, média e alta complexidade, levando-se em consideração critérios como o perfil da população regional, densidade tecnológica, capacidade instalada e vocação (Brasil, 2019; Brasil, 2021a).

É válido ressaltar que a DIRSA, enquanto órgão central do SISAU, assume a responsabilidade de estabelecer as diretrizes e elaborar normas que definem o âmbito de atuação das unidades prestadoras de serviços de saúde aos beneficiários em seus diversos níveis de complexidade. Seus princípios estratégicos de missão e visão destacam a busca pela excelência nos cuidados de saúde. Contudo, até 2019, o SISAU não contava

com um sistema de gestão da qualidade para assegurar a implementação das boas práticas em saúde, a conformidade com as questões legais que regulamentam os estabelecimentos de saúde e a segurança e eficácia dos serviços (Brasil, 2022).

Embora estivesse vigente um conjunto de ordens técnicas e orientações sistêmicas que direcionavam as ações dos elos de saúde do SISAU, até aquele momento não havia sido implementado um modelo de melhoria contínua, avaliação de conformidades e busca pela satisfação dos beneficiários. Sendo assim, para melhor atender as expectativas dos beneficiários e promover o alcance da excelência nos cuidados em saúde, tornou-se oportuna a introdução e a disseminação dos princípios de qualidade em saúde.

A DCA 11-126/2019 previu esta necessidade. Esta normativa apresenta o conceito de qualidade no corpo do documento, definindo-a como o “grau de excelência em que uma organização atende às necessidades dos pacientes/ clientes/ usuários e excede suas expectativas” (Brasil, 2019, p. 10). Sob esta ótica, a implantação do SGQS do SISAU foi orientada ao estabelecimento da busca permanente pela melhoria contínua, a inovação e a satisfação dos beneficiários, tendo sido divulgado através do Manual de Gestão da Qualidade em Saúde (MCA 160-6/2021), atualizado em 2022 (Brasil, 2021b; Brasil, 2022).

O manual destacou o compromisso com a excelência de serviços, a inovação e o aprimoramento. Nele, a proposta de melhoria contínua idealizada por Deming, foi desmembrada em 4 ciclos de evolução gradativos, sempre em busca de um novo padrão de qualidade para fortalecer os resultados previamente obtidos. Tudo isso, levando-se em consideração a necessidade de transformação da cultura organizacional e as dificuldades, prazos e desafios inerentes a este processo.

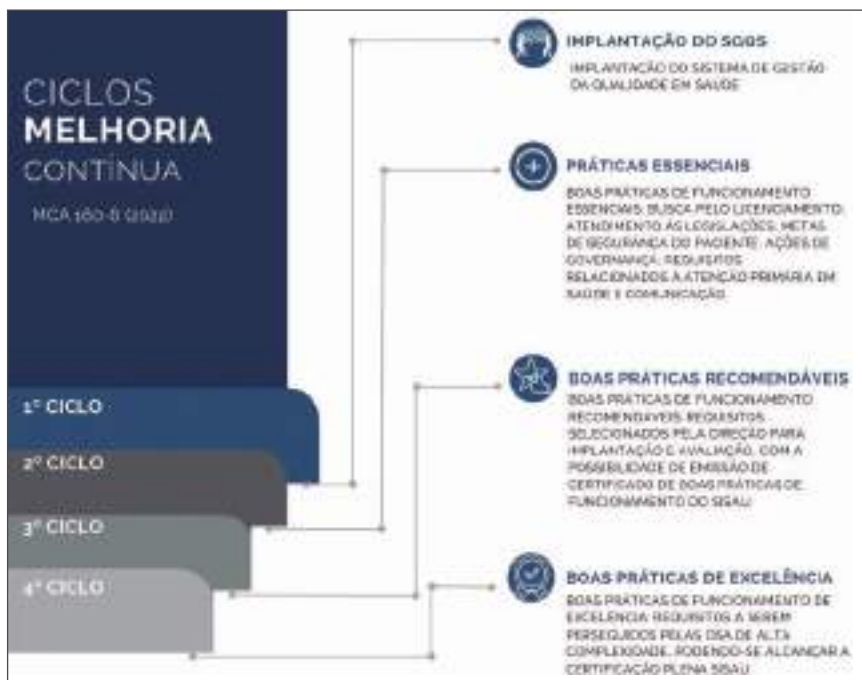
A partir da criação do SGQS, cada elo de saúde do SISAU passou a contar com uma AQS em sua estrutura organizacional, estabelecendo-se um sistema em rede. As AQS, presentes em todos os elos, permaneceram sob a orientação central da Subdivisão de Qualidade e Segurança em Saúde (SDQS), subordinada à Divisão de Rede de Atenção à Saúde (DRAS) da SARAM da DIRSA (Brasil, 2022).

Para o desenvolvimento abrangente da gestão da qualidade no SISAU em todos os seus níveis, logo após a criação das bases do SGQS, estabelecidas no primeiro ciclo, avançou-se para o segundo ciclo. Este avanço pautou-se na obtenção de um diagnóstico inicial das unidades de saúde, o qual foi efetuado por meio de uma autoavaliação realizada por cada elo, considerando-se uma relação de itens que configuravam as denominadas boas práticas de funcionamento (BPF).

O diagnóstico inicial resultou em uma série de desafios a serem perseguidos, tais como a busca por licenças, a atualização das responsabilidades técnicas e a obtenção do CNES, entre outros aspectos. Nesta fase, identificou-se a necessidade de criação de uma base sólida e sustentável, alicerçada na legalidade e conformidade, com o objetivo de tornar o sistema cada vez mais forte e coeso e facilitar ações futuras

Na versão atualizada do MCA 160-6, publicada em 2022, são descritos os quatro ciclos de melhoria contínua a serem atingidos pelos elos em prol da qualidade e segurança do paciente. Os ciclos foram estabelecidos na sequência de 1 a 4, da seguinte forma:

Figura 1 – Ciclos de Melhoria Contínua propostos para o SISAU



Fonte: De própria autoria

Eles abrangem: 1) um primeiro estágio de implementação do SGQS; 2) um segundo estágio de implementação das BPF Essenciais, abordando questões como licenciamento, conformidade legal, metas de segurança do paciente, etc; 3) um terceiro estágio que envolve a busca por certificação emitida pela própria DIRSA a partir do atingimento de BPF Recomendáveis segundo critérios estabelecidos no documento; e 4) um quarto estágio que consiste na obtenção da certificação de excelência do SISAU, atestando o cumprimento das BPF de excelência com base nos requisitos estipulados para esta categoria.

Este modelo orienta que os ciclos de melhoria sejam alcançados de modo incremental, de tal sorte que o sistema seja projetado continuamente para um novo ciclo, com novos objetivos e desafios em relação à melhoria dos serviços, à garantia da legalidade e à satisfação dos beneficiários (Brasil, 2022).

Considerando-se os 4 ciclos, os princípios da qualidade estabelecidos baseiam-se nos pilares da qualidade formulados por Donabedian e enfatizados pela OMS (Brasil, 2022; Donabedian, 1988; WHO, 2020). Porém, como

principal benefício, espera-se a conquista de uma grande transformação da cultura organizacional, de modo que seu foco volte-se em direção à qualidade em saúde por meio da padronização de processos, redução de desperdícios, solução de não conformidades e busca pela satisfação.

Observa-se que, desde o momento da implantação do SGQS no SISAU, os resultados obtidos por meio de monitoramento regular efetuado pela SDQS/DIRSA vêm revelando uma evolução visível em aspectos como: licenciamento sanitário pelos órgãos municipais de vigilância sanitária, medidas para a obtenção dos licenciamentos junto ao Corpo de Bombeiros Militar dos estados e incremento no número de unidades de saúde com licenciamento ambiental expedido ou isentas pelos órgãos estaduais competentes.

O aumento na taxa de licenciamento sanitário reflete um esforço coordenado para implementar as BPF nos serviços de saúde, conforme estabelecido na RDC nº 63 da ANVISA, de 2011 (Brasil, 2011). Esse esforço abrange conformidades como o registro dos responsáveis técnicos, a atuação de comissões obrigatórias como parte da governança das organizações, a manutenção das estruturas, a segurança das instalações e cuidados essenciais, tais como o controle de pragas, a qualidade da água e a climatização dos ambientes. Além disso, são contemplados o dimensionamento adequado das equipes assistenciais e a padronização de procedimentos e fluxos de atendimento.

A tríade de Donabedian enfatiza a ideia de que estruturas sólidas resultam em processos eficazes, os quais, por sua vez, impulsionam resultados positivos (Donabedian, 1988). Dado que a conformidade legal é crucial para sustentar um sistema de gestão de qualidade, a busca pela aderência aos requisitos legais que regulamentam os serviços de saúde reflete a abordagem estratégica das lideranças para assegurar os resultados nos processos de cuidados do modelo de AIS, bem como para promover a eficiência e a sustentabilidade do sistema.

Quanto aos aspectos de segurança do paciente, a partir da implementação do segundo ciclo, todas as unidades de saúde passaram a contar com um Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Conforme estabelecido pela RDC 36/2013 e pela Portaria nº 2616/1998 do Ministério da Saúde, a atuação dessas duas comissões é obrigatória e essencial para fomentar a cultura de segurança do paciente nas organizações. Elas desempenham um papel fundamental na capacitação das equipes e na monitorização das boas práticas dos processos assistenciais, que são o foco das abordagens de qualidade (Brasil, 1998; Brasil, 2013).

Entre essas práticas, merece destaque a formalização de protocolos com base nas metas internacionais de segurança do paciente, assim como a criação de Planos de Segurança do Paciente, que abrangem a elaboração de procedimentos operacionais padrão. Além disso, a capacitação e treinamento das equipes, a gestão de riscos na área assistencial e o monitoramento de indicadores de segurança relacionados ao cuidado do paciente também são aspectos de relevância. Outras boas práticas

implementadas incluem a administração de planos de manutenção de equipamentos e aprimoramentos no controle de estoques de medicamentos e insumos hospitalares.

No que diz respeito à prevenção de Eventos Adversos (EA) no cuidado aos pacientes, foi constatada a implementação de processos para notificação, juntamente com a adoção de protocolos para investigação desses eventos. Além disso, vem surgindo iniciativas voltadas à conscientização de profissionais de saúde, pacientes, familiares e cuidadores sobre a importância da cultura de notificação. Também foram identificados programas de treinamento e capacitação, enfocando os protocolos básicos de segurança do paciente.

Nos documentos de autoavaliação das OSA, há ainda indícios de melhorias relacionadas ao acolhimento dos pacientes por meio da expansão dos canais de comunicação com os beneficiários, considerando-se a instituição de pesquisas de satisfação e de ouvidoria nas instituições. Entre as principais estratégias destacadas nos documentos do SGQS inclui-se a elaboração de relatórios estatísticos com base nas pesquisas de opinião realizadas.

Os progressos nas áreas de legalidade, segurança do paciente e comunicação com os beneficiários evidenciam o impacto positivo da implementação do SGQS em ciclos consecutivos e incrementais de melhorias, com metas estabelecidas para cada fase. Observa-se sua capacidade em promover a maturidade das unidades de saúde em relação à cultura de segurança e qualidade, à troca de informações e experiências e ao fortalecimento da confiança no sistema. Essas conquistas podem facilitar a futura adesão a programas de Certificação ou Acreditação hospitalar emitidos por entidades externas ao COMAER.

3 O Programa QUALI SISAU 100

O Programa QUALI SISAU 100 foi criado em 2022 pela Diretoria de Saúde da Aeronáutica (DIRSA) no escopo da implementação do SGQS do SISAU (Brasil, 2022). O Programa alinha-se às Diretrizes do COMAER e à Concepção Estratégica – Força Aérea 100 (Brasil, 2018), tendo o objetivo de promover o aprimoramento e a excelência assistencial dos elos que formam a RAS do SISAU, conforme preconizado pela DCA 11-126 de 2019, que versa sobre a Reestruturação do SISAU (Brasil, 2019).

Entre as três fases de evolução previstas pela Reestruturação iniciada em 2019 (Conhecer para Transformar, Transformar para Avançar e Avançar para Conquistar), o programa contempla a última etapa. Por meio do incentivo à inovação e otimização dos recursos e meios, ele foi idealizado para que se pudessem cumprir as lacunas do presente com foco no futuro, especialmente no que se refere à qualidade em saúde e à sustentabilidade.

Mais especificamente, trata-se de um programa de melhoria contínua a partir da implementação de projetos estratégicos e aprimoramento de processos sistêmicos em prol da excelência dos serviços de saúde da Aeronáutica. A meta consiste em assegurar a prestação de serviços de alta qualidade e eficiência, resultando no aumento da satisfação dos beneficiários, com custos alinhados à atual realidade econômico-financeira.

A expectativa de consolidação de um novo tempo para o Sistema de Saúde da Aeronáutica, voltado à melhoria contínua, inspirou o Coordenador da reestruturação no sentido de contemplar, numa só imagem, os principais conceitos e atributos que marcaram a construção de um futuro de excelência em saúde.

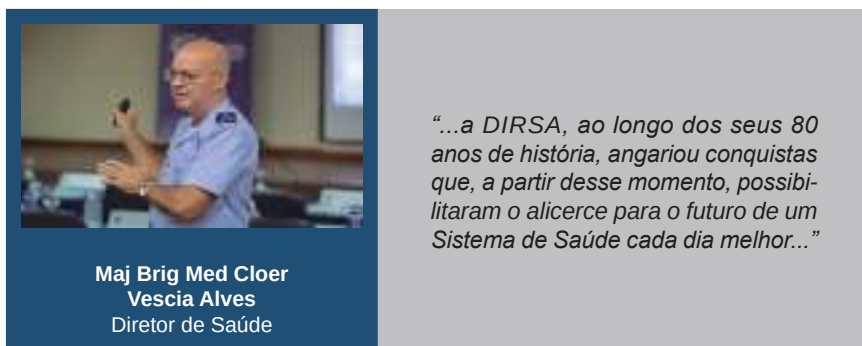
Figura 2 – Termos do Programa QUALI SISAU 100



Fonte: DIRSA

A assinatura do Programa ocorreu em 2022, durante o IV Encontro de Gestores do COMGEP na cidade de Salvador-BA, o qual abordou temas voltados à construção de um futuro de excelência em saúde. Na ocasião, os presentes discutiram estratégias, iniciativas, cronogramas e atribuições referentes à reestruturação do SISAU, com integração de processos e tarefas respaldados por ferramentas de TI.

Figura 3 – Assinatura do Programa QUALI SISAU 100



Fonte: CECOMSAER. Foto: Silva/Força Aérea Brasileira

3.1 Projetos desenvolvidos em 2023

Os seis projetos selecionados para 2023 foram idealizados levando-se em consideração as diretrizes estabelecidas no Manual de Qualidade do SISAU, MCA 160-6 (Brasil, 2022). Tiveram o propósito de promover a implementação efetiva de boas práticas entre os elos de saúde do SISAU em suas vertentes assistencial, econômica e de sustentabilidade. Tais práticas foram espelhadas a partir de projetos bem-sucedidos e que já haviam sido previamente implementados no HFASP, o qual possui uma vasta e reconhecida cultura voltada à qualidade em saúde há mais de 20 anos como pioneiro na obtenção do selo de conformidade hospitalar no SISAU.

Figura 4 – Projetos pertencentes ao Programa QUALI SISAU 100 lançados em 2023



Fonte: De própria autoria

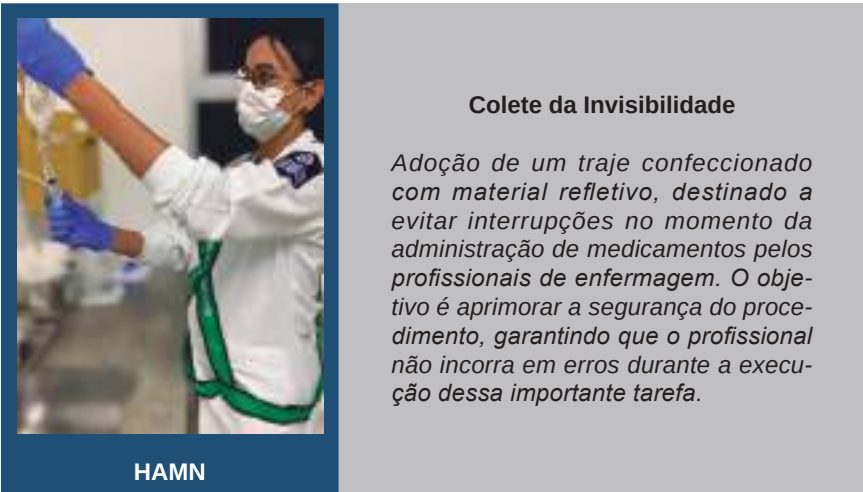
Desta forma, os projetos contidos no Programa QUALI SISAU 100 do ano de 2023, tutorados pelo próprio HFASP, foram divulgados e tiveram seus nomes e objetivos definidos, conforme descrito a seguir:

3.1.1 Coleta da Invisibilidade

O preparo e a administração de medicamentos são atividades de grande responsabilidade e relevância para a equipe de enfermagem, pois envolvem a segurança e a saúde do paciente. Para garantir a segurança na administração de medicamentos, é necessário que os profissionais de enfermagem realizem o preparo de medicamentos em um ambiente seguro, sem interferência externa, minimizando a possibilidade de erros. Nesse sentido, o uso de um acessório indicativo sobre o momento da

manipulação dos fármacos a serem administrados constitui uma prática que busca reduzir o risco de eventos adversos. Sendo assim, o projeto Colete da Invisibilidade foi desenvolvido para fomentar um ambiente mais favorável e livre de interferências aos profissionais de enfermagem.

Figura 5 – Projeto Colete da Invisibilidade



Fonte: Acervo SDQS DIRSA

Figura 6 – Exemplos de práticas do Projeto Colete da Invisibilidade no SISAU



Fonte: Acervo SDQS DIRSA

3.1.2 Comissão de Humanização e Cuidados Paliativos (CHCP)

A finitude da vida é um tema inevitável que nos confronta com a transitoriedade da existência humana. Neste contexto, os cuidados paliativos oferecem um suporte que transcende a mera extensão da vida, concentrando-se na qualidade e dignidade do ser e proporcionando conforto e apoio integral tanto ao paciente quanto aos seus familiares.

Sob a perspectiva da promoção de ambientes mais humanizados nos serviços de saúde do SISAU, idealizou-se um projeto voltado aos cuidados paliativos. Desta forma, o projeto CHCP emergiu com o objetivo de proporcionar um olhar compassivo e holístico diante das situações de limitação para a cura física de enfermidades. Essa abordagem não apenas visou aliviar sintomas físicos, mas também concentrou-se em promover a conscientização sobre a importância da mitigação do sofrimento emocional e espiritual.

Figura 7 – Projeto Comissão de Humanização e Cuidados Paliativos



Fonte – Acervo SDQS DIRSA

Figura 8 – Projeto CHCP HARF



Fonte: Acervo SDQS DIRSA

Figura 9 – Exemplos de práticas do Projeto CHCP no SISAU



Fonte: Acervo SDQS DIRSA

Figura 10 – Projeto CHCP HARF.



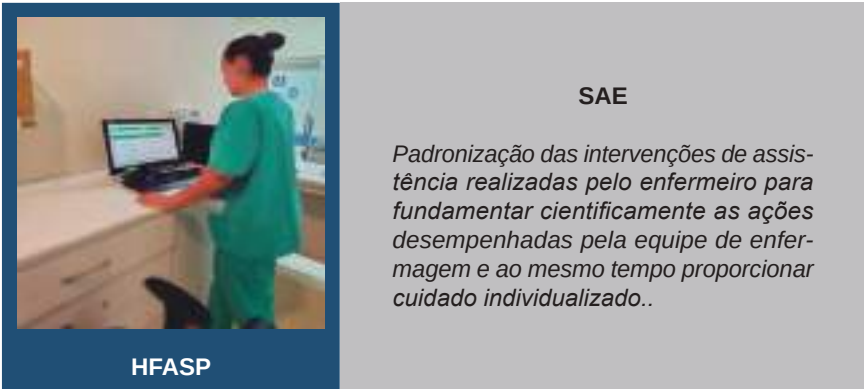
Fonte: Acervo SDQS DIRSA

3.1.3 Sistematização da Assistência à Enfermagem (SAE)

A SAE é uma metodologia fundamental para a organização e aprimoramento dos cuidados prestados aos pacientes. Ela visa garantir a padronização, a qualidade e a segurança da assistência, permitindo uma abordagem mais individualizada e baseada em evidências científicas. A SAE também contribui para a gestão do tempo, a contextualização do

ambiente cultural do cuidado e a promoção de boas práticas em saúde, sendo um instrumento essencial para o gerenciamento do cuidado e a segurança no processo. Sob este contexto, passou a fazer parte do rol de projetos do QUALI SISAU 100 elencados para o ano de 2023.

Figura 11 – Projeto Sistematização de Assistência à Enfermagem



Fonte: Acervo SDQS DIRSA

Figura 12 – Exemplos de práticas do Projeto SAE no SISAU



Fonte: Acervo SDQS DIRSA

3.1.4 Check Point Odonto

Considerando a importância da AIS, a Odontologia notadamente deve integrar-se às demais práticas assistenciais em saúde, garantindo a promoção da Saúde Bucal e prevenindo doenças.

No SISAU, a APS é a principal porta de entrada do paciente no SISAU, o que torna essencial a inserção da Odontologia na realização de ações preventivas, diagnóstico precoce e tratamento adequado. Assim, o projeto Check Point Odonto foi desenvolvido visando a integração das práticas odontológicas ao contexto da APS em todos os elos do SISAU que prestam serviços odontológicos a seus beneficiários.

Figura 13 – Projeto Check Point Odonto

Check Point Odonto

Acolhimento com ênfase na assistência integral nas unidades de saúde que prestam assistência odontológica. Propõe a realização de cadastro e aferição de sinais vitais previamente ao atendimento, integrando essas práticas ao contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). Adicionalmente, estimula o encaminhamento ao Centro de Atenção Integral à Saúde



HABE

Fonte: Acervo SDQS DIRSA

Figura 14 – Exemplos de práticas do Projeto SAE no SISAU

Check Pont Odonto no SISAU



HACO



OARF

Fonte: Acervo SDQS DIRSA

Figura 15 – Projeto Check Point Odonto (parceria HARF/OARF)



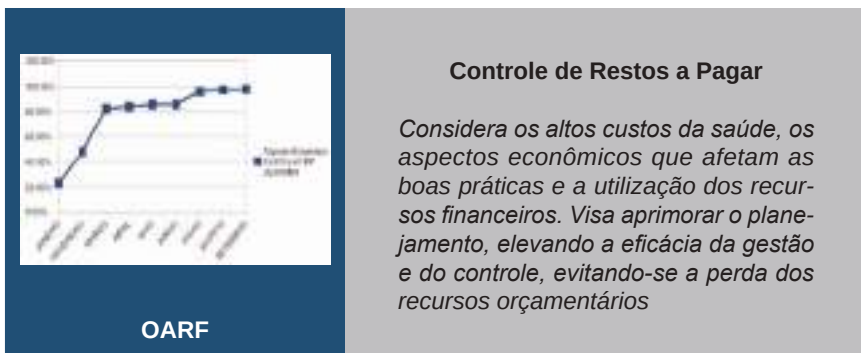
Fonte: Acervo SDQS DIRSA

3.1.5 Controle de Restos a Pagar (RP)

A gestão eficiente e sustentável dos recursos financeiros é de extrema importância para garantir a qualidade e a eficácia na prestação de serviços. A implementação de boas práticas de gestão e controle visa otimizar os processos, evitando-se a perda de recursos orçamentários e promovendo-se a utilização adequada dos recursos disponíveis.

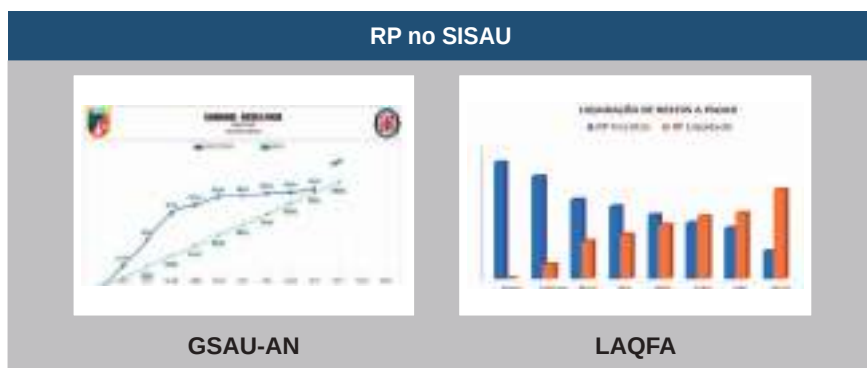
No âmbito do SISAU, o controle financeiro das OSA e demais elos de saúde do Sistema objetiva aprimorar a utilização dos recursos públicos, mapear problemas, criar políticas e soluções e promover a eficiência e a eficácia na prestação de serviços de saúde. Essa perspectiva, que motivou a criação do projeto “Controle de Restos a Pagar”, é fundamental para assegurar a sustentabilidade e a governança nas operações de saúde, bem como para a economia de recursos públicos, sem comprometer a qualidade do atendimento e a execução dos serviços de saúde.

Figura 16 – Projeto Controle de Restos a Pagar



Fonte: Acervo SDQS DIRSA

Figura 17 – Exemplos de práticas do Projeto de Controle de Restos a Pagar no SISAU



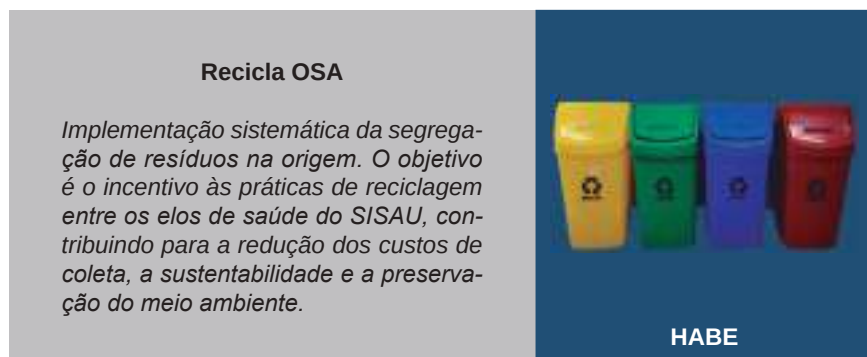
Fonte: Acervo SDQS DIRSA

3.1.6 Recicla OSA

A sustentabilidade ambiental é um tema caro a todas as organizações e vem se tornando crescente entre os prestadores de serviços de saúde. Sob este aspecto, a implementação sistemática da segregação de resíduos na origem, proposta pelo Projeto Recicla OSA, desempenha um papel fundamental na promoção da sustentabilidade e na redução dos custos de coleta. Ao incentivar práticas de reciclagem entre os elos do Sistema de Saúde (SISAU), o projeto não apenas contribui para a preservação do meio ambiente, mas também para a otimização dos recursos financeiros e para a geração de valor social.

A redução de custos de coleta e a parceria com cooperativas de reciclagem locais, refletem diretamente na eficiência da gestão de resíduos, alinhando-se com os princípios de sustentabilidade e responsabilidade ambiental, financeira e social. Neste sentido, o projeto Recicla OSA foi idealizado para introduzir boas práticas voltadas à gestão eficaz de resíduos na saúde, contribuindo para a eficiência operacional e para a promoção de um ambiente mais saudável para pacientes, profissionais de saúde e comunidade em geral [5].

Figura 18 – Projeto Recicla OSA



Fonte: Acervo SDQS DIRSA

Figura 19 – Exemplos de práticas do Projeto Recicla OSA no SISAU

Recicla OSA no SISAU



GSAU-PV



HAAF



GSAU-CT



HAAF

Fonte: Acervo SDQS DIRSA

Figura 20 – Projeto Recicla OSA HAMN



Fonte: Acervo SDQS DIRSA

Figura 21 – Projeto Recicla OSA GSAU-SJ (imagem à esquerda) e HACO (imagem à direita)



Fonte: Acervo SDQS DIRSA

3.2 Evolução e resultado dos projetos

Ainda em 2022, cada elo definiu o coordenador geral do Programa QUALI SISAU 100 e os responsáveis por cada projeto em particular. Além disso, em parceria com a Divisão de Ensino, Pesquisa e Inovação (DEPI) da DIRSA, foram estabelecidas capacitações obrigatórias e recomendáveis, tanto gerais quanto específicas voltadas ao desenvolvimento das competências necessárias às equipes. Os elos foram então orientados a incluírem as atividades referentes aos projetos no PTA de 2023, sendo assessorados pela Divisão de Planejamento e Gestão da DIRSA (DPLAG).

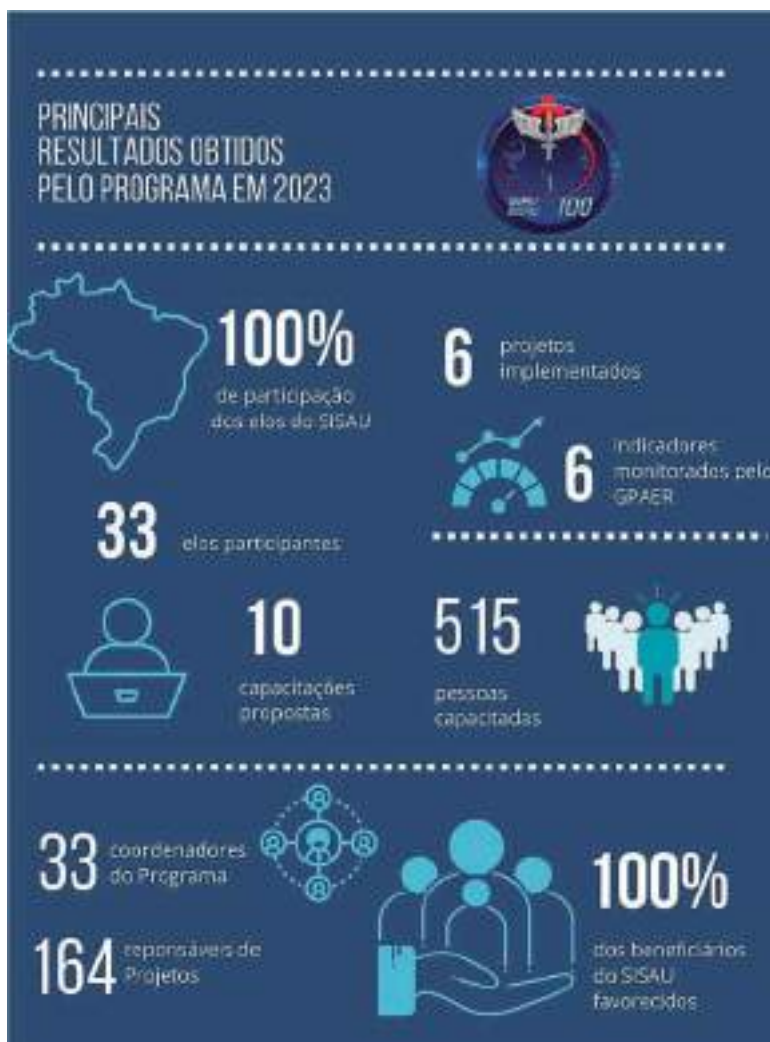
A partir de 2023, os projetos foram colocados em prática e passaram a ser monitorados quanto aos resultados e metas, a partir de métricas estabelecidas conjuntamente pela DPLAG e pela SDQS, ambas da DIRSA. As tarefas atribuídas a cada projeto foram inseridas no GPAer, para controle e monitoramento da cadência de execução. Assim, foi possível compreender, com periodicidade mensal, o passo a passo da implementação dos projetos e os resultados obtidos.

De forma complementar, os elos foram convidados a elaborar relatórios periódicos sobre os projetos, revelando toda a trajetória de implementação ao longo do ano de 2023, o que incluiu o *status* de cada projeto, as dificuldades enfrentadas, as boas práticas estabelecidas e as dúvidas pertinentes. Todos esses dados possibilitaram a compreensão dos resultados do programa como um todo, ao passo que também permitiram o entendimento das particularidades e especificidades de cada elo, colaborando para a identificação das oportunidades de melhoria.

Como resultado, foi possível observar que:

- 33 elos de saúde do SISAU aderiram ao Programa (100% de adesão).
- 10 capacitações alinhadas aos temas dos projetos foram propostas
- 515 membros do efetivo foram capacitados
- 6 indicadores foram criados (1 para cada Projeto)
- 33 coordenadores do Programa foram designados (1 para cada elo)
- 164 responsáveis pelos projetos foram designados
- 100% dos beneficiários de saúde do SISAU foram favorecidos
- Estes resultados estão resumidos no infógrafo a seguir

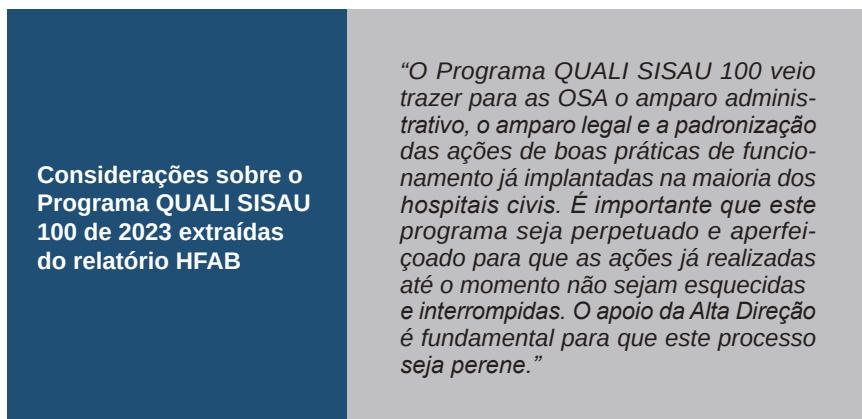
Figura 22 – Resultados do Programa QUALI SISAU 100 2023



Fonte: De própria autoria

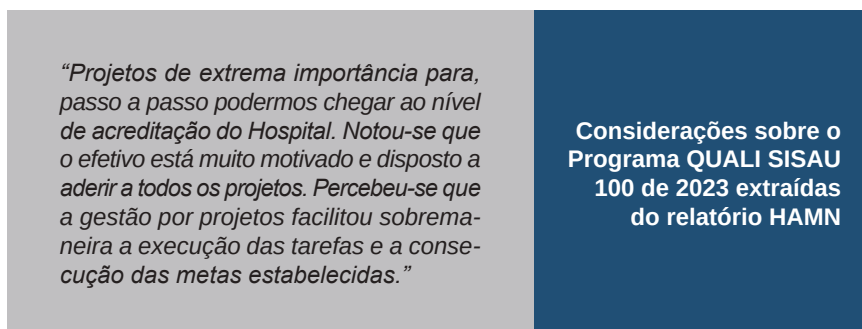
Além dos resultados quantitativos, foi possível observar o alcance qualitativo dos projetos que provocaram mudanças na cultura organizacional relativa à percepção da qualidade em saúde, conforme relatos a seguir:

Figura 23 – Percepção do Programa QUALI SISAU 100 do ponto de vista dos elos (HFAB)



Fonte: Acervo SDQS DIRSA

Figura 24 – Percepção do Programa QUALI SISAU 100 do ponto de vista dos elos (HFAB)



Fonte: Acervo SDQS DIRSA

3 Projetos lançados em 2024

Seguindo a diretriz de sustentabilidade e perenidade do Programa, ao fim de 2023, a DIRSA emitiu orientações para que os projetos implementados fossem transformados em atividades sistêmicas a serem incluídas no PTA do ano de 2024. Além disso, mais um ciclo de projetos, em um total de 6, foi estabelecido, a fim de que novas práticas de qualidade sejam iniciadas ou aprimoradas no SISAU, conforme descrito a seguir:

Figura 25 – Resumo esquemático dos Projetos QUALI SISAU 100 2024



Fonte: De própria autoria

3.3.1 Odontologia Hospitalar:

- Capacitação e educação continuada da Equipe de Odontologia
- Comunicação multi e interdisciplinar
- Busca ativa de pacientes
- Formação de quipe de Preparo Odontológico
- Formação de Equipe de Acolhimneto, Acompanhamento e Controle
- Atendimento em nível ambulatorial, em UPI e em ambiente intensivo
- AIS, integrando a Odontologia à Equipe multidisciplinar

3.3.2 Acolhendo o Acolhedor:

Este projeto, que se desdobra em dois ciclos, visa à promoção da saúde mental dos profissionais de saúde do COMAER, reforçando seus aspectos socioemocionais frente às dificuldades e desafios enfrentados em sua jornada de trabalho. Além disso, busca-se cultivar competências socioemocionais, como inteligência emocional, resiliência, enfrentamento do luto e gestão do estresse, para impulsionar não apenas a saúde integral, mas também o bem-estar desses profissionais.

3.3.3 Linha de Cuidado TEA

O objetivo do Projeto é implantar uma Linha de Cuidado do Trans-torno do Espectro Austista no SISAU, com normatização e padronização do fluxo de atendimento visando:

- Favorecer a identificação dos fatores de risco e do TEA em seu estágio atual
- Possibilitar intervenções oportunas
- Agilizar o encaminhamento
- Adequar o atendimento especializado
- Proporcionar humanização aos pacientes e familiares

3.3.4 Música que Cura

O projeto Música que Cura foi desenvolvido para a promoção do bem-estar e da humanização do ambiente dos elos do SISAU por meio de apresentações musicais ao vivo. Tem o objetivo de proporcionar momentos de acolhimento e conforto aos beneficiários, acompanhantes e ao efetivo e alinha-se às ações desenvolvidas no SISAU em prol da humanização da assistência em saúde.

3.3.5 Hospital Padrão/Modelo

A criação de uma identidade visual uniforme que remeta ao SISAU e proporcione um ambiente harmônico, acolhedor e seguro nas unidades de saúde do COMAER constitui a proposta principal deste Projeto. Visa ainda padronizar a sinalização de setores, recursos e de segurança.

A padronização será realizada por meio da definição de paleta de cores, mobiliário, piso e outras particularidades, melhorando, entre outros aspectos, a comunicação com o beneficiário.

3.3.6 OSA Digital

Com enfoque inicial nas Odontoclínicas, este projeto tem como proposta a readequação dos processos administrativos físicos e sua transição para processos digitais, aumentando a eficiência operacional e reduzindo custos. Ele engloba o uso de assinatura digital, a digitalização de processos de contratos, a tramitação de documentos internos e a emissão digital de receitas, atestados, dispensas e outros documentos, considerando o respeito à legislação vigente.

4 Considerações finais

A importância da implementação de um sistema de gestão da qualidade em saúde, baseia-se em seu relevante papel como elemento transformador da cultura organizacional, uma vez que possui o potencial

de alcançar toda a estrutura estabelecida. Em outras palavras, para que seja eficiente, deverá necessariamente envolver os mais variados níveis hierárquicos, desde a alta administração até os profissionais que atuam diretamente na assistência em saúde. Desta forma, promoverá integração, comprometimento, melhorias de processos, redução de desperdícios, entre diversos outros benefícios.

Isto posto, percebe-se que, após a implantação do SGQS entre os elos de saúde do COMAER e a introdução de um Programa de Qualidade anual, o SISAU vem percorrendo os primeiros passos na direção do atingimento de práticas de qualidade para alcance de desfechos superiores em saúde. Com esforço e empenho do efetivo, aliados ao foco no acolhimento, no bem-estar e na segurança dos beneficiários, trilha-se o caminho para a criação do SISAU do futuro, projetado em um Serviço de Saúde que busca qualidade e melhoria contínua como visão estratégica.

Este ciclo virtuoso, que se retro alimenta, irá proporcionar a transformação da cultura organizacional em direção à evolução constante em direção a patamares cada vez mais altos, trazendo reconhecimento da qualidade em saúde do SISAU.

Referências bibliográficas

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR ISO 9000:2015**: Sistemas de gestão da qualidade – Fundamentos e vocabulário. Rio de Janeiro, 2015.

BRASIL. Ministério da Defesa. Portaria nº 1.597/GC3, de 10 de outubro de 2018. Aprova a reedição da DCA11-45 “Concepção Estratégica-Força Aérea 100”. Publicada no **BCA** nº180, Brasília 2018.

BRASIL. Ministério da Defesa. Portaria nº 2.102/GC3, de 18 de dezembro de 2018. Aprova a reedição do Plano Estratégico Militar da Aeronáutica. Publicado no **BCA** nº 222, Brasília 2018.

BRASIL. Ministério da Defesa. Portaria nº 31 /DCS, de 18 de novembro de 2019. Aprova a edição da DCA11-126” Reestruturação do sistema de Saúde da Aeronáutica”. Publicada no **BCA** nº 218/2019, Brasília 2019.

BRASIL. Ministério da Defesa. Portaria COMGEP nº 134/ALE, de 18 de março de 2021. Aprova a reedição da Organização e Funcionamento do Sistema de Saúde da Aeronáutica. Publicado no **BCA** nº 058, Brasília 2021.

BRASIL. Ministério da Defesa. Portaria DIRSA nº 139/SECSARAM, de 05 de outubro de 2021. Aprova a edição do Manual da Gestão da Qualidade em Saúde. Publicado no **BCA** nº 192, Brasília 2021.

BRASIL. Ministério da Defesa. Portaria DIRSA nº 191/SECSARAM, de 1º de julho de 2022. Aprova a reedição do MCA 160-6 “Manual da Gestão da Qualidade em Saúde”. Publicado no **BCA** nº144, Brasília, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998. Dispõe sobre controle de infecção hospitalar. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 de mai. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução RDC nº 63 da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 de nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução RDC nº 36 da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 de jul. 2013.

CALVO, M.C.M. et al. **Gestão e avaliação na atenção básica**. 3. ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016. 88p.

CARVALHO, M. M.; PALADINI, E.P. **Gestão da Qualidade: Teoria da Qualidade**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 2005.

CARVALHO, M. M.; PALADINI, E.P. **Gestão da Qualidade: Teoria e Casos**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 2006, 376 p.

CORRÊA, F.R. Evolução do conceito da gestão da qualidade e seus pensadores. In: CORRÊA, F.R. **Gestão da qualidade**. Rio de Janeiro: Fundação Cecierj, 2019. p. 7-31. Disponível em: <https://canal.cecierj.edu.br/122019/938bb409a8f309d3d5807f2a663e4e33.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2023.

DEMING, W. Edwards. Improvement of quality and productivity through action by management. **National Productivity Review**, New York, v. 1, p. 12–22, 1981. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/npr.4040010105>. Acesso em: 12 nov. 2023.

DONABEDIAN, A. The quality of care: How can it be assessed? **JAMA**. v.260, n.12, p. 1743- 1748, set. 1988.

GOMES, P.J.P. A evolução do conceito de qualidade: dos bens manufacturados aos serviços de informação. **Cadernos BAD**, v. 2004, n. 2, p. 6-18, 2004.

INSTITUTE OF MEDICINE [IOM]. **Committee on Quality of Health Care in America**. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st Century. Washington, DC: National Academy Press, 2001, 337p.

PEREIRA, P.C.J.; ROQUETE, F.R.; MIRANDA, W.D. **Aplicabilidade das ferramentas da qualidade nos processos dos serviços de saúde: uma revisão integrativa (2010-2020)**. Rev. Gestão e Saúde, Brasília, v.13, n.2, mai – ago 2022

ROBLES JÚNIOR, A.; BONELLI, V.V. **Gestão da qualidade e do meio ambiente: enfoque econômico, financeiro e patrimonial**. São Paulo: Atlas.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Quality of care**. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1. Acesso em: 27 de dez. 2023.

Capítulo 14

Saúde Digital

Cloer Vescia Alves¹

Amauri Ribeiro Destri Junior²

1. Médico, Gestor, Professor e Consultor. Major-Brigadeiro do Quadro de Oficiais Médicos da Aeronáutica. Diretor de Saúde da Aeronáutica. MBA em Gestão de Serviços de Saúde. Especialização em Medicina Aeroespacial. MBA em Altos Estudos de Política e Estratégia. Pós-graduação em Gestão da Atenção Primária à Saúde. Mestre em Engenharia Elétrica. E-mail: cloercva@fab.mil.br

2. Cirurgião Dentista, Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial (PUC-RJ). Tenente-Coronel do Quadro de Oficiais Dentistas da Aeronáutica. Diretoria de Saúde da Aeronáutica (DIRSA). e-mail: destriardj@fab.mil.br.

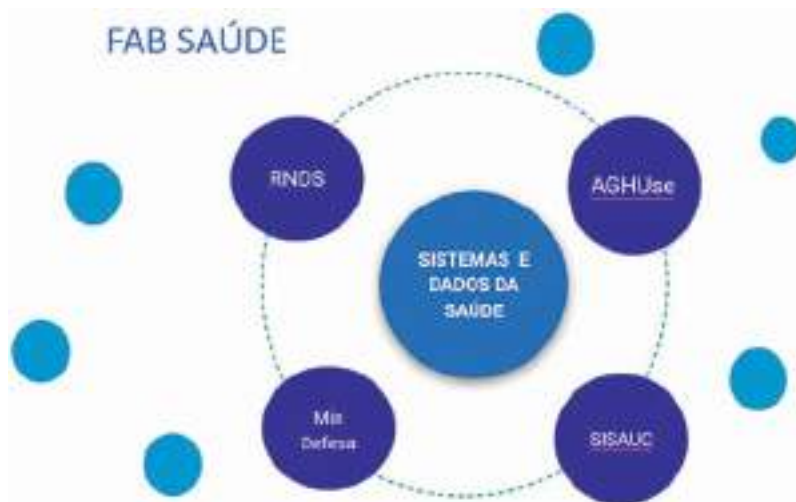
1 Contexto dos sistemas de TI da saúde na FAB

A Força Aérea Brasileira (FAB) imbuída da sua missão institucional sempre esteve engajada em pertencer ao seletor grupo de desenvolvedores e usuários das tecnologias de ponta, fato refletido pela criação do Centro de Informática e Estatística do Ministério da Aeronáutica em 1983. Atualmente, essa missão está a cargo da Diretoria de Tecnologia da Informação, auxiliada por três Centros de Computação.

Na área de saúde da FAB, acompanhando o progresso tecnológico dos últimos anos, a implantação de Sistemas de TI foi iniciada, visando garantir o gerenciamento da rede própria e complementar dos beneficiários do SISAU.

Com a reestruturação do Sistema de Saúde da Aeronáutica em 2019, o AGHUse, plataforma de prontuário único e banco de dados centralizado, foi implantado em todas as unidades de saúde da Aeronáutica. Dessa forma, houve um significativo avanço na unicidade das informações de gerenciamento e de saúde dos beneficiários da FAB. Cabendo ressaltar que a implantação dos Sistemas de TI da Saúde da Aeronáutica deu-se quase dez anos após outros segmentos da Força Aérea, acarretando assim, a baixa integração entre os diversos sistemas legados.

Figura 1 – Sistema de TI da FAB



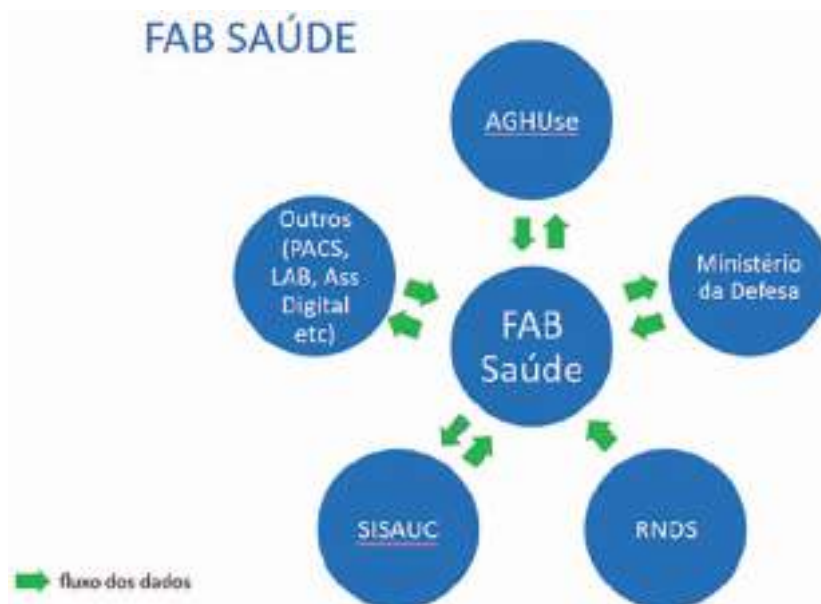
Fonte: Elaborado pelo autor.

Seguindo na esteira da evolução tecnológica, a integração entre os sistemas da Saúde da Aeronáutica, sistemas legados da FAB e outros sistemas é fundamental para a tomada de decisão estratégica, visando custo-efetividade da gestão da saúde e acesso baseado em uma rede de dados integrada e robusta.

2 Rede de dados de saúde na FAB

Baseada nas premissas atuais de gerenciamento de dados em saúde, a DIRSA propõe um novo salto tecnológico após a implantação do AGHUse, a construção da Rede de Dados de Saúde (Figura 2). Essa nova rede, seguirá o padrão HL7-FHIR (*Fast Healthcare Interoperability Resources*), onde busca facilitar o acesso à informação, interoperar os dados e administrar os registros de saúde.

Figura 2 – Proposta da Rede de dados de Saúde da FAB

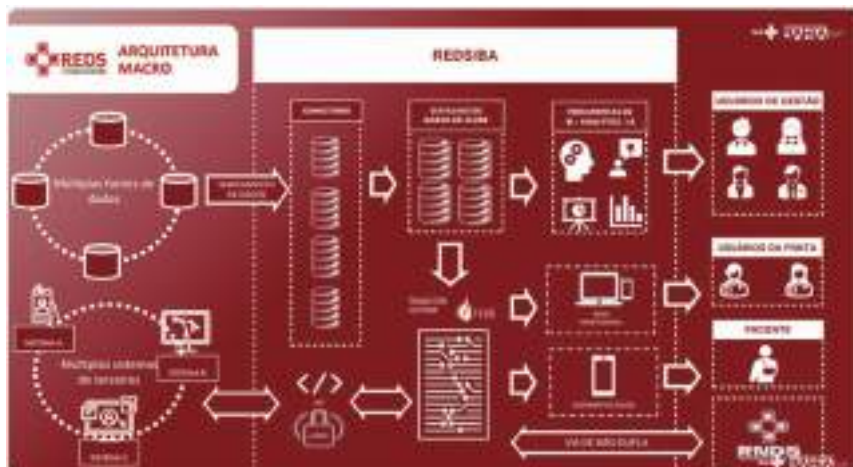


Fonte: Elaborado pelo autor.

2.1 Padrão HI7-FHIR

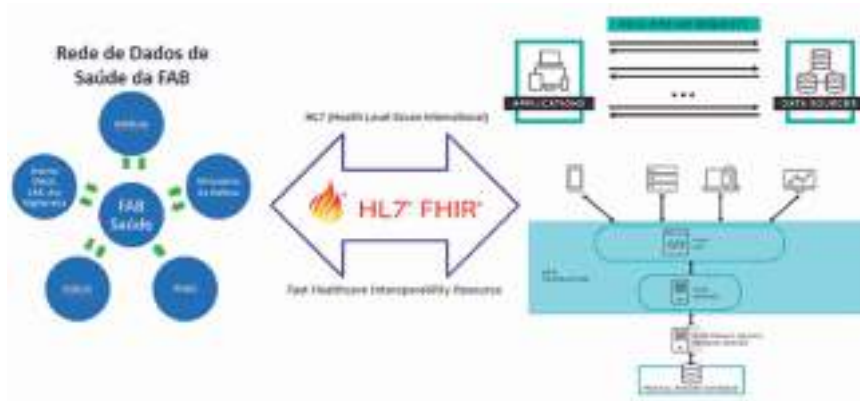
O padrão HL7-FHIR tem licença *OpenSource* e busca a interoperabilidade dos dados de forma rápida e eficiente, sendo adotado no SUS e na Secretaria de Saúde da Bahia (Figura 3) e, ainda, pelos governos dos EUA e Inglaterra. Cada órgão, diante das suas características, apresenta regras de negócio próprias, onde a construção da arquitetura das redes de dados é impactada, mas a filosofia de trabalho deve seguir o proposto pelo padrão HL7-FHIR, para manutenção da interoperabilidade dos dados.

Independente do modelo de construção de rede, a integração com a centralização dos dados permite, por exemplo, a obtenção do histórico de saúde do paciente coletado em múltiplos sistemas, interagindo com equipamentos médicos e outras plataformas digitais.

Figura 3 – Rede de dados da Secretaria de Saúde da Bahia

Fonte: Secretaria de Saúde da Bahia.

Dentro do processo de integração, cada sistema participe interage fornecendo ou recebendo os dados por API, ou seja, forma de comunicação direta para cada sistema, visando a troca dos dados de interesse. (Figura 4). Assim, por se tratar de um padrão extremamente flexível, a acoplagem de novos sistemas e equipamentos à rede torna-se mais acessível.

Figura 4 – Processo de integração de sistemas

Fonte: Adaptado pelo autor do site: <https://www.tibco.com/glossary/what-is-hl7-fhir>.

2.2 Implantação do padrão HL7-FHIR

Certamente, a implantação de sistemas nas instituições gera impactos na cultura organizacional e esforços aos gestores para adequação às novas formas de trabalho.

Para a implantação do padrão HL7-FHIR, diversas empresas ou comunidades sem fins lucrativos sugerem metodologias de implantação, partindo das configurações básicas até o uso da inteligência artificial.

A empresa TIBCO® sugere 5 fases para a operacionalização do padrão HL7-FHIR: módulo Base; implantação e configuração; administração; manutenção de registros e troca de dados e Raciocínio Clínico.

A organização da estrutura de base é o primeiro passo para adequar os recursos do gerenciamento de conteúdo, permitindo o recurso de troca de dados. Dessa forma, os requisitos iniciais estão aptos para implantação.

Na segunda fase, a implantação e a configuração são compostas pelos módulos de suporte à implementação; de segurança e privacidade; de conformidade; de terminologia e de troca de dados. Desta feita, a estrutura básica da organização de rede está adequada para a implantação de novos módulos administrativos.

Em seguida, inicia-se o gerenciamento do registro mestre do paciente, seguindo para o gerenciamento de registros administrativos; habilitação de perfis de pacientes; habilitação de relatórios clínicos e conexão de registros clínicos; habilitação do agrupamento clínico e de relatórios financeiros.

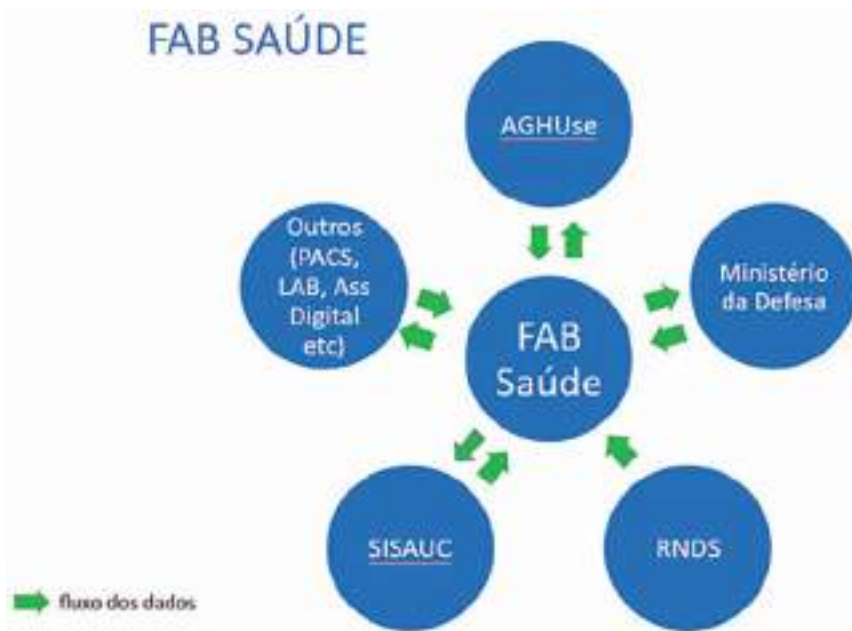
Nesse momento, atinge-se a manutenção de registros e troca de dados, por meio dos módulos clínico, de diagnóstico, de medicamentos, de fluxo de trabalho e financeiro.

A partir dessa fase, perante a estrutura implantada com o processo de saúde, temos os requisitos para o uso da inteligência artificial. Assim, pode-se alcançar o raciocínio clínico, dando apoio à decisão clínica e adoção de medidas de qualidade, a criação de indicadores de saúde pública e a formulação de protocolos clínicos.

2.3 Estrutura da rede de dados da FAB

A integração dos dados de saúde da FAB com os coletados nos diversos sistemas legados e externos à Força é um processo desafiador.

Seguindo o padrão HL7-FHIR para a FAB, onde os múltiplos sistemas são integrados à rede, a coleta dos dados é realizada por API e gerenciada em um ponto central como um *hub*, possibilitando a interoperabilidade e a criação de um ecossistema de TI de saúde da FAB, o FAB Saúde.

Figura 5 – Rede de Saúde da FAB

Fonte: Elaborado pelo autor.

Uma das primeiras ações necessárias para organização da arquitetura da rede é a identificação dos sistemas que orbitam e necessitam de integração dos dados que impactam no SISAUC. Diante das diversas metodologias de implantação do padrão HL7-FHIR para a FAB, parcerias públicas com o SUS ou com a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia são fortes opções.

No momento, foram identificados quatro grandes eixos com necessidade de integração com o FAB Saúde: o AGHUse, o Ministério da Defesa, a RNDS e o SISAUC. Importante pontuar que o FAB Saúde torna-se uma plataforma flexível para acoplar novos sistemas e equipamentos, de acordo com as necessidades e evoluções tecnológicas.

14

a) AGHUse

O AGHUse foi desenvolvido dentro de padrões internacionais de qualidade e segurança. Atualmente, é o principal sistema do SISAUC e oferta diversos benefícios aos profissionais e aos pacientes. O prontuário único possibilitou o acesso em tempo real dos dados de saúde dos beneficiários do SISAUC em qualquer unidade de saúde da FAB.

Dentro da filosofia do padrão HL7-FHIR, o AGHUse comporta-se como um sub ecossistema do FAB Saúde, tendo alguns sistemas impactando diretamente o seu funcionamento.

Figura 6 – A estrutura de rede do AGHUse

Fonte: Elaborado pelo autor.

O SIGPES, Sistema de Gerenciamento de Pessoal, alimenta o cadastro dos beneficiários aptos a terem acesso ao Sistema de Saúde da Aeronáutica. Essa integração possibilita a criação de um prontuário único do paciente. Dessa maneira, por este cadastro ser constantemente atualizado, o perfil da população atendida no SISAU é conhecido quantitativamente e regionalmente.

O sistema pericial, criado para dar celeridade e melhoria nos processos das juntas de saúde, comunga do mesmo princípio das informações centralizadas em prontuário único. A integração dos dados com o AGHUse ocorre em via de mão dupla, permitindo o incremento das informações dos pacientes.

O Sistema Integrado de Logística de Material e de Serviços (SILOMS) tem como objetivo o gerenciamento da atividade logística da Força Aérea e foi integrado e adaptado pelo CCA-RJ ao AGHUse por meio do módulo nativo de suprimento. Essa conexão de via de mão dupla é de extrema importância para o gerenciamento e quantificação dos custos dos materiais utilizados nos atendimentos dos pacientes ambulatoriais e internados.

A administração dos custos hospitalares de cada paciente ocorre pela confluência das informações geradas pelo AGHUse, sendo o processo auditado e encaminhado automaticamente por integração à SDPP. A partir desse ponto, o gerenciamento da implantação dos descontos e pagamentos com saúde é feita por intermédio da Subdiretoria de Pagamento de Pessoal da Aeronáutica.

Assim, todas as integrações de dados realizadas diretamente com o AGHUse ou, ainda, novas demandas podem estar disponíveis na rede de saúde da FAB, por meio do FAB Saúde.

b) Ministério da Defesa

A interoperabilidade entre os dados de saúde das Forças Armadas tem como grande gestor o Ministério da Defesa que, além da rede de assistência de saúde das Forças Singulares, administra o Hospital das Forças Armadas.

Figura 7 – Estrutura do Ministério da Defesa



Fonte: Adaptado pelo autor do site da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

A efetivação dessas integrações encontra-se em fase incipiente, mas trará grandes vantagens aos beneficiários e às instituições, criando um ecossistema de dados em saúde no qual a FAB pertencerá.

Seguindo o padrão HL7-FHIR e baseado em posicionamentos estratégicos, o FAB Saúde poderá realizar o compartilhamento dos dados de saúde com as outras Forças e com o HFA por meio do Ministério da Defesa. Da mesma forma, os dados que estão sob a guarda da Marinha do Brasil, do Exército Brasileiro e do Hospital das Forças Armadas poderão ser compartilhados com a FAB. Com isso, esse ecossistema de dados do Ministério da Defesa terá a capacidade de interoperar nos níveis hospitalares e operacionais.

Como exemplo de interoperabilidade, a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia realiza a integração dos dados de saúde dos pacientes contidos em diversos sistemas da sua rede estadual, inserindo na visualização do histórico clínico do prontuário do AGHUse as informações coletadas.

Figura 8 – Visualização do AGHUse na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

c) SISAUC

O Sistema de Saúde Complementar visa administrar o fluxo de atendimento dos beneficiários do SISAU na rede complementar credenciada de saúde. O projeto do desenvolvimento do SISAUC encontra-se em fase de melhoria e criação de novas funcionalidades.

No mesmo diapasão da interoperabilidade, o sistema tem um papel importante na gestão dos dados de saúde dos pacientes e no controle de despesas do SISAU, sendo imperioso o desenvolvimento e a integração de funcionalidades que envolvam os processos de resultado de exames na rede credenciada, de ressarcimento e de emissão de GAB/GEAN de forma eletrônica, por exemplo.

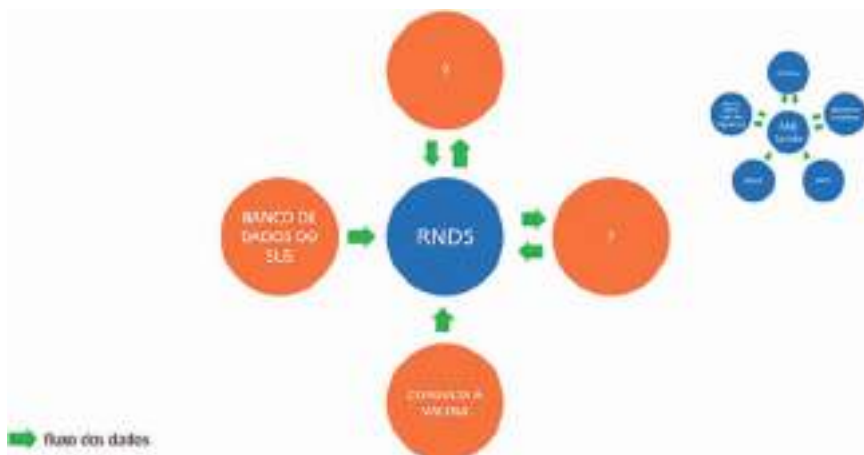
O SISAUC, pertencendo ao ecossistema do FAB Saúde, será beneficiado pela gama de informações obtidas em outros sistemas da rede, mas também desempenhará um protagonismo, juntamente com o AGHUse, na construção de uma rede robusta de dados em saúde da Aeronáutica, participando diretamente na elaboração da linha do tempo do paciente, impactando em seu cuidado coordenado.

Figura 9 – Estrutura da Rede de dados do SISAUC

Fonte: Elaborado pelo autor.

d) Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS)

A plataforma RNDS foi criada em 2020 pelo Governo Federal. Tem o objetivo de realizar a troca de informações entre as diversas Redes de Atenção à Saúde nos setores públicos e privados. Atualmente, como a rede FAB Saúde, a RNDS segue o padrão HL7-FHIR, oferecendo várias possibilidades de integração, como o sistema de vacina.

Figura 10 – Rede Nacional de dados em saúde

Fonte: Elaborado pelo autor.

Em um projeto auspicioso, os dados dos beneficiários do SISAU atendidos no SUS e nas unidades privadas poderão ser acoplados na rede do FAB Saúde e visualizados pelo AGHUse.

Cabe ressaltar que, para a manutenção do elevado nível de segurança da rede FAB Saúde quando conectada a sistemas de instituições externas ao Ministério da Defesa, será necessária a implantação de processos de proteção como o *blockchain*, também chamado de protocolo da confiança, o qual é amplamente adotado em empresas médicas e farmacêuticas.

Figura 11 – Blockchain



Fonte: <https://criptotrader.pro/blockchain/que-es-blockchain-y-para-que-sirve>.

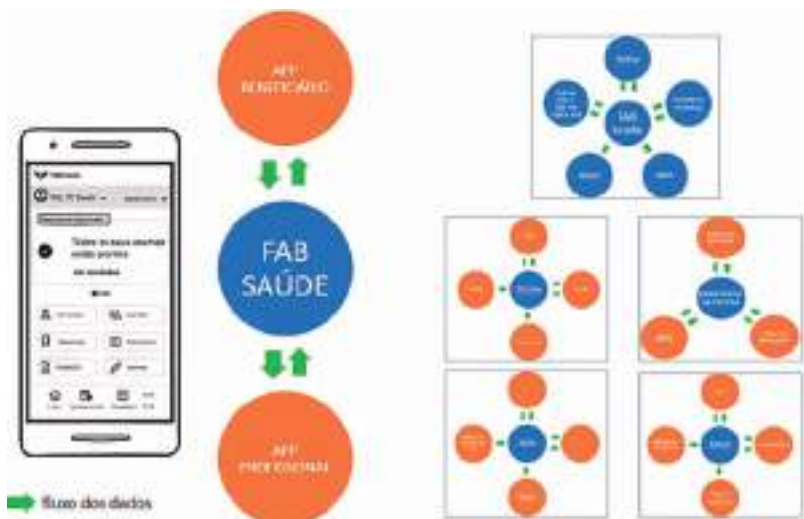
A tecnologia *blockchain*, por ter um processo de validação descentralizado, garante a integridade e a confidencialidade de dados dos pacientes, permite verificar a procedência e autenticidade dos medicamentos, potencializa o desenvolvimento de novos protocolos de tratamento, além de manter o controle de credenciais em nível de segurança elevado.

2.4 App da Saúde

Os aplicativos em saúde são ferramentas importantes para facilitar o acesso às informações tanto pelos pacientes quanto pelos profissionais, trazendo diversos benefícios aos seus usuários.

Os APP funcionam como gestores de dados, produzindo aplicabilidade às informações por meio das tecnologias existentes. Para o aplicativo oferecer o máximo possível de funcionalidades, sua construção necessita estar pautada sobre uma rede com banco de dados consistente e robusto, como o FAB Saúde.

Figura 12 – Estrutura da rede do aplicativo da Saúde da FAB



Fonte: Elaborado pelo autor.

Diante da peculiaridade do acesso e da manipulação das informações de saúde, fica evidente a necessidade da construção de aplicativos distintos para pacientes e profissionais.

Figura 13 – Protótipo do app Saúde



Fonte: Elaborado pelo autor e CCA-RJ.

a. App beneficiário

Uma infinidade de possibilidades de funcionalidades pode ser incorporada ao APP beneficiário, para melhorar a qualidade de vida e estimular as pessoas a cuidarem de sua saúde.

As integrações dos diversos sistemas acopladas ao FAB Saúde geram aplicações teoricamente simples de serem executadas, mas impactam diretamente no bem-estar dos pacientes, como marcação de consulta, telessaúde, resultados de exames e juntas de saúde.

Figura 14 – Funcionalidades do app beneficiário



Fonte: Elaborado pelo autor e CCA-RJ.

Funcionalidades, como consulta ao sistema de vacina, podem ser incorporadas por meio da RNDS, sendo um exemplo da flexibilidade de acoplagem de outras instituições externas ao Ministério da Defesa.

Com suporte na base de dados confiável e nas diversas aplicabilidades do APP, o uso da inteligência artificial passa a ter um papel de destaque na atenção à saúde. A presença da linha do tempo do paciente consubstancia a criação das linhas de cuidado, refletindo em ações mais assertivas.

b) App profissional

O aplicativo profissional apresenta funcionalidades comuns ao do beneficiário e outras com regras próprias para a atividade da saúde.

Com o APP, o profissional de saúde poderá participar ativamente da gestão da saúde dos pacientes, auxiliado por funcionalidades, como prescrição de medicamentos, acesso a conteúdos médicos, linha do tempo da saúde do paciente e linhas de cuidado, que podem ser balizadas pela inteligência artificial, para análises de predição e a construção de um Avatar.

Figura 15 – Funcionalidades do app profissional

Fonte: Elaborado pelo autor e CCA-RJ.

c) Avatar

Um grande desafio para se atingir a plenitude do desenvolvimento do APP do FAB Saúde será a criação da aplicação do Avatar. Ele permitirá obter informações sobre riscos à saúde e o cuidado da saúde física e mental, de forma leve e pictórica, para se ter o direcionamento de uma vida mais saudável. Aliado às tecnologias de ponta, além dos equipamentos hospitalares de alto valor agregado, diversas possibilidades de integração podem estar presentes.

Como exemplo, os *smartphones* possibilitam os acessos às aplicabilidades de forma fluida e a interação com os profissionais de saúde, como no uso da telessaúde. Já os *smartwatches* podem ter conexão direta com as unidades de saúde, disparando protocolos de atendimento de emergência, baseados nas aferições, alertas realizados e geolocalização dos pacientes.

Figura 16 – Avatar Saúde

Fonte: Elaborado pelo autor, aplicativo do CANVA e CCA-RJ.

3 Conclusão

Desde o início da implantação do AGHUse e da Reestruturação da Saúde, a FAB envida esforços para aprimorar os sistemas de TI da Saúde.

Devido à necessidade de integração dos sistemas que orbitam os dados de saúde, está sendo proposto um novo salto tecnológico para criação de uma rede confiável e robusta da Saúde da Aeronáutica, alicerçada pelos conceitos e tecnologias validadas no SUS, Secretaria de Saúde da Bahia e em diversos países, trazendo substanciais avanços para os beneficiários e para os gestores do COMAER.

A interoperabilidade realizada com os dados coletados entre os sistemas de saúde da Força Aérea e do Ministério da Defesa, certamente leva à economia de meios e facilita as operações militares.

Não obstante, ao observar os dados sensíveis das Forças Armadas, o compartilhamento de dados com outros órgãos externos ao Ministério da Defesa necessita de uma camada de proteção como o uso da tecnologia *Blockchain*.

Diante da possibilidade da criação da Rede FAB Saúde, do APP da saúde, conjugadas com as tecnologias de ponta, refletidas na funcionalidade do Avatar da Saúde, a FAB tem a oportunidade de consolidar o que há de mais moderno na atenção à saúde.

Referências

BRASIL. Comando da Aeronáutica. Gabinete do Comandante da Aeronáutica. **Diretriz que estabelece a reestruturação do Sistema de Saúde da Aeronáutica:** DCA 11-126. Rio de Janeiro, RJ, 2019.

BRASIL. Comando da Aeronáutica. Gabinete do Comandante da Aeronáutica. **Norma de Sistema que dispõe sobre a Estratégia de Atenção Integral à Saúde (AIS).** NSCA 160-19. Rio de Janeiro, RJ, 2021.

BRASIL. Decreto n.º 1.434, de 28 de maio de 2020. **Dispõe sobre a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDs).** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, v. 123, n. 123, p. 12345. 28 mai. 2020. Seção 2, pt. 3.

BRASIL. Decreto n.º 10.046, de 9 de outubro de 2019. **Dispõe sobre a governança no compartilhamento de dados no âmbito da administração pública federal e institui o Cadastro Base do Cidadão e o Comitê Central de Governança de Dados.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, v. 123, n. 123, p. 12345, 2 de dezembro de 2021. Seção 2, pt.3

BRASIL. Lei n.º 12.965, de 23 de abril de 2014. **Estabelece princípios, garantias, direitos e deveres para o uso da internet no Brasil.** *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, v. 123, n. 123, p. 12345, 2 de dezembro de 2021. Seção 2, pt.3

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei nº 13.709 de 14/08/2018. **Diário Oficial da União**, 15 ago. 2018. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/27457334>. Acesso em: 13 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 56 p.

GERMANI, L. **Breve histórico da TI no governo brasileiro**. Disponível em: <https://leogermani.com.br/desafios-para-o-desenvolvimento-de-servicos-digitais-pelogoverno-federal-brasileiro/3-desenvolvendo-servicos-digitais-no-governo-brasileiro/3-1breve-historico-da-ti-no-governo-brasileiro>. Acesso em: 11 fev. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. RNDS - **Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS)**. Disponível em: RNDS | RNDS - Ministério da Saúde. Acesso em: 13 fev. 2024.

SALES, J. Blockchain. Oportunidades de cuidados na saúde. **Saúde Business**. Disponível em: <https://www.saudebusiness.com/ti-e-inovao/blockchain-oportunidades-de-cuidados-na-sade>. Acesso em: 13 fev. 2024.

TIBCO Software Inc. **O que é HL7 FHIR?** Disponível em: <https://www.tibco.com/glossary/what-is-hl7-fhir>. Acesso em: 13 fev. 2024

***Laboratório Químico-Farmacêutico
da Aeronáutica***

Cloer Vescia Alves¹

Luiz Carlos Mendes **Bonoto**²

1. Médico, Gestor, Professor e Consultor. Major-Brigadeiro do Quadro de Oficiais Médicos da Aeronáutica. Diretor de Saúde da Aeronáutica. MBA em Gestão de Serviços de Saúde. Especialização em Medicina Aeroespacial. MBA em Altos Estudos de Política e Estratégia. Pós-graduação em Gestão da Atenção Primária à Saúde. Mestre em Engenharia Elétrica. E-mail: cloercva@fab.mil.br

2. Farmacêutico, Especialista em Análises Clínicas (UFJF). Coronel do Quadro de Oficiais Farmacêuticos da Aeronáutica. Diretoria de Saúde da Aeronáutica (DIRSA). E-mail: bonotolcmb@fab.mil.br

1 Introdução

O Laboratório Químico-Farmacêutico da Aeronáutica tem a honrosa missão de produzir insumos estratégicos, bem como produtos essenciais à saúde da nação.

O Brasil possui uma rede de Laboratórios Farmacêuticos Públicos, dentre os quais, quatro são Laboratórios Federais, sendo um civil, o Instituto de Tecnologia em Fármacos (Farmanguinhos), criado em 1976, e os outros três são militares, quais sejam: Laboratório Químico Farmacêutico do Exército (LQFEx, nascido na Botica Real Militar em 1808), Laboratório Farmacêutico da Marinha (LFM, fundado em 1906) e o **Laboratório Químico-Farmacêutico da Aeronáutica (LAQFA – criado em 1963 como Farmácia Industrial da Diretoria de Saúde da Aeronáutica e constituído como LAQFA em 1971).**

Desde a sua criação, em 1963, o LAQFA atende o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema de Saúde da Aeronáutica (SISAU). Além da produção de medicamentos, ao LAQFA compete a pesquisa, o desenvolvimento tecnológico, a logística, a manipulação e o ensino, todos voltados à área farmacêutica e industrial.

Em 1945, após o final da Segunda Guerra Mundial, houve a criação do Quadro de Oficiais Farmacêuticos, tendo a primeira turma de Oficiais Farmacêuticos da Aeronáutica formada em 1947. Nesse ínterim, mais precisamente, em 1941, foi instituído o Centro Médico da Aeronáutica do Galeão (HAGL), que passou a compor a estrutura administrativa em 1962, sob a denominação “Seção de Farmácia Hospitalar”, o que seria o “embrião” do então LAQFA.

Já no ano de 1963, tendo sua estrutura melhorada, passou a denominar-se “Farmácia Industrial da Diretoria de Saúde da Aeronáutica”, permanecendo ainda nas dependências do HAGL. Sendo, já no ano subsequente, transferido para o atual endereço, o que trouxe consideráveis mudanças e melhorias, tanto em relação ao aumento de produção e início de fabricação quanto ao crescimento do efetivo.

Dada a sua importância e reconhecimento, em 1968, a até então denominada “Farmácia Industrial da Diretoria de Saúde da Aeronáutica” transformou-se em “Núcleo do Laboratório Químico-Farmacêutico da Aeronáutica” (NuLAQFA), trazendo, com a inovação, inúmeras mudanças em relação ao desenvolvimento e à busca pela autonomia da instituição.

Um marco de desafio e conquista, ocorreu por meio do Decreto nº 68.648 de 21 de maio de 1971, quando o até então NuLAQFA tornou-se **Laboratório Químico-Farmacêutico da Aeronáutica (LAQFA)**, data que deu início à ampliação nas linhas de fabricação de produtos, bem como expansão das instalações fabris. Vez em que, junto ao Ministério da Aeronáutica (MAER), obteve dotação orçamentária para melhorias em infraestrutura, a fim de ampliar sua capacidade produtiva.

2 Fatos importantes na história do LAQFA

a) 1972 – PRODUÇÃO PARA A CEME

Em 12 de abril de 1972, iniciou-se a produção de medicamentos para a Central de Medicamentos (CEME), atendendo a toda a população brasileira.

b) 1976 - 1977 – PRODUÇÃO DE INSULINA

Um marco de suma importância na trajetória do LAQFA ocorreu entre 1976 e 1977, quando esse laboratório ficou responsável pela produção de **Insulina 40 UI/mL**, impedindo que a então escassez do produto ameaçasse a vida dos pacientes diabéticos que dependiam do medicamento para sua sobrevivência.

Ante a falta de insulina no mercado nacional, bem como devido à sua capacidade de produção em maior escala, o LAQFA ganhou ainda mais reconhecimento, tornando-se um dos principais produtores do medicamento, tanto em relação ao ganho de autonomia do país, devido ao processo de produção do referido medicamento, quanto pelo pronto atendimento aos milhares de pacientes que dependiam da insulina para prosseguirem com seus tratamentos.

c) 2000 – PRODUÇÃO DE IODETO DE POTÁSSIO

Já no ano de 2000, com base nos trabalhos de Pesquisa e Desenvolvimento, iniciaram-se os ciclos de fabricação do primeiro medicamento para Defesa Biológica, **Nuclear**, Química e Radiológica (DBNQR) do LAQFA, qual seja, o “Iodeto de Potássio 130 mg – comprimidos”. Tal medicamento é um protetor da glândula tireoide em caso de acidente nuclear, de modo a atender as demandas periódicas específicas da Fundação Eletronuclear de Assistência Médica (FEAM) da Usina Nuclear de Angra dos Reis.

Como único laboratório nacional a produzir Iodeto de Potássio, o LAQFA obteve da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) o **registro sanitário do medicamento “Iodeto de Potássio 130 mg – comprimidos”**.

d) 2002 – PRODUÇÃO DO KIT SSS

No ano de 2002, o LAQFA recebeu da DIRSA a incumbência da produção dos **Kits de Segurança, Salvamento e Sobrevivência (Kit SSS) de Aviação**, distribuídos para os diversos esquadrões que compõem a FAB.

e) 2009 - 2010 – PRODUÇÃO DE MEDICAMENTOS – COMBATE A EPIDEMIAS (GRIPE SUÍNA E AVIÁRIA)

Entre 2009 e 2010, o LAQFA participou, em parceria com os laboratórios farmacêuticos oficiais federais do RJ (LQFEx, LFM e

Farmanguinhos), do movimento nacional para a produção e distribuição do medicamento OSELTAMIVIR 75 mg, utilizado no tratamento da gripe causada pelo vírus H1N1, o que o tornou atuante no combate a epidemias (gripe suína e aviária).

f) 2016 – LAQFA DEFINIDO COMO ICT

Outro marco de grande relevância ocorreu em 4 de julho de 2016, em que, por meio da Portaria DCTA nº 230/DNO, o LAQFA foi estabelecido como Instituição Científica e Tecnológica (ICT) no âmbito do COMAER. Desde então, passou a ser elo do Sistema de Inovação da Aeronáutica (SINAER), o que facilitou de forma categórica a realização de acordos junto às mais variadas esferas e instituições estatais.

g) 2017 - 2018 – (PDP) Parcerias de Desenvolvimento Produtivo

Em 2017, o Ministério da Saúde e a ANVISA realizaram Visita Técnica Conjunta para monitoramento dos projetos desenvolvidos por meio de “Parcerias de Desenvolvimento Produtivo (PDP)” que correspondem a um programa por meio do qual o Ministério da Saúde firma acordos com laboratórios privados, a fim de que sejam transferidas aos laboratórios públicos brasileiros a tecnologia necessária à produção de determinado medicamento.

Os projetos de PDP a serem desenvolvidos referem-se a medicamentos antirretrovirais, entre outros, estratégicos para o Brasil.

No ano de 2018, representantes do LAQFA reuniram-se com o Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde (GECIS), em Brasília, onde foram assinados Termos de Compromisso com o Ministério da Saúde, referentes à produção de medicações de suma importância, por meio de projetos de PDP, quais sejam: **darunavir** e **dolutegravir** (antivirais – para o tratamento da AIDS).

Ainda em 2018, o LAQFA obteve o Certificado de Boas Práticas de Fabricação de Medicamentos, para embalagem secundária, conforme publicação contida no Diário Oficial da União nº 120 (Resolução – RE nº 1.596, de 21 de junho de 2018).

3 LAQFA após a Reestruturação do Sistema de Saúde

Diferente do que ocorre no Exército Brasileiro (EB) e na Marinha do Brasil (MB), que possuem unidades militares específicas para aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos, bem como de materiais hospitalares e equipamentos para a saúde, a FAB, por meio da Diretoria de Saúde da Aeronáutica (DIRSA), otimizou recursos materiais e de pessoal, concentrando essas atividades no LAQFA. Dessa forma, conseguiu-se suprir, da melhor maneira, todas as Organizações de Saúde da Aeronáutica, e, conseqüentemente, melhorar o atendimento aos seus usuários.

Com a reestruturação, o LAQFA passou a ter três divisões técnicas, contemplando as três seguintes áreas de atuação do laboratório: **Indústria, Manipulação e Logística**, conforme este organograma.



3.1 Divisão de Manipulação Farmacêutica

Em dezembro de 2019, iniciaram-se as atividades do **Centro de Manipulação Farmacêutica (CEMFAR)**, com a manipulação de medicamentos oncológicos, reumatológicos e hematológicos, administrados aos pacientes em tratamento no Hospital da Força Aérea do Galeão (HFAG) e no Hospital Central da Aeronáutica (HCA).

Quatro meses depois, em março de 2020, o CEMFAR alcançaria 100% de atendimento com relação à manipulação dos oncológicos administrados no HFAG, gerando uma economia de cerca de R\$ 2.000.000,00 (dois milhões de reais) ao ano. Fato de considerável e positivo impacto no SISAU e na própria FAB.



Farmacêutico em processo de manipulação de antineoplásicos no CEMFAR



Equipe em processo de manipulação de produtos magistrais no CEMFAR

Por um breve salto ao final de 2022, por meio do Regimento Interno do Laboratório Químico-Farmacêutico da Aeronáutica (RICA 21-162 - APROVA A REEDIÇÃO - PORTARIA DIRSA Nº 215/SDGES, 24 DE NOVEMBRO DE 2022. BCA Nº 221 – 02/12/2022), foram regulamentadas toda a estrutura, competências e divisões do LAQFA. Ademais, estabeleceu-se a **Divisão de Manipulação Farmacêutica**, que engloba, entre outros, o **Centro de Manipulação Farmacêutica (CEMFAR)**.

Entre as competências da Divisão de Manipulação Farmacêutica, citam-se: manipular antineoplásicos para atendimento de demandas da área do Rio de Janeiro; manipular preparações magistrais e oficiais para uso hospitalar, ambulatorial e odontológica das OSA, entre outras.

Em 2023, o LAQFA iniciou o fracionamento de injetáveis, como o **Bevacizumabe**, em atendimento às necessidades do Comando da Aeronáutica, gerando assim, grande economia para o SISAU. **Bevacizumabe** é um anticorpo monoclonal completo, humanizado, inibidor da ação do fator de crescimento endotelial vascular (VEGF). É indicado e aprovado para o tratamento do câncer colorretal metastático e outros tumores sólidos em diferentes estágios.

Nos últimos anos, diversos ensaios clínicos randomizados comprovaram que o bevacizumabe apresenta eficácia para o tratamento da Degeneração Macular Relacionada com a Idade (DMRI), na forma neovascular, com melhor custo-efetividade e custo-minimização em relação aos outros bloqueadores da ação do VEGF: ranibizumabe (Lucentis®) e aflibercepte (Eylia®).



Entrega do 1º lote do medicamento Bevacizumabe ao HCA

3.2 Divisão de Logística em Saúde

Com a dificuldade de abastecimento em várias regiões do Brasil, observou-se a necessidade da centralização dessas aquisições no Rio de Janeiro, com consequente recebimento, armazenagem e distribuição, centralizados sob a responsabilidade do LAQFA, evitando-se, assim, o desabastecimento nas diversas OSA espalhadas pelo Brasil.

Essa centralização das aquisições foi colocada à prova com a ocorrência da Pandemia da COVID-19, cuja atuação do LAQFA foi essencial ao suprimento de medicamentos, insumos hospitalares e EPI, bem como equipamentos para manutenção da vida, distribuídos para todas as unidades de saúde da FAB.



Materiais recebidos, conferidos e separados por OSA, prontos para serem distribuídos.



Envio dos medicamentos/materiais

3.3 Divisão Industrial

Desde a sua criação, o LAQFA já assumiu o papel de produtor industrial farmacêutico e vem cumprindo essa missão com maestria e excelência, buscando cada vez mais desenvolver-se e preparar-se para uma produção de qualidade, por meio de equipamentos e tecnologia modernizados, prontos a atender e suprir as necessidades do SISAU e do SUS.



Compressora



Misturador em V



Emblistadeira

3.4 2023 – ICT – Desenvolvimento de curativo biotecnológico

Outro marco de considerável avanço e de suma importância no âmbito industrial-farmacêutico e tecnológico deu-se com a criação e desenvolvimento do **Curativo Biotecnológico**.

A Subdivisão de Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação (SDPI) coordenou a inclusão dos pesquisadores do LAQFA e do HFAG no Protocolo de **Estudo Clínico de um Curativo Biotecnológico** que, desenvolvido por uma empresa nacional (Polisa), será realizado no formato de estudo multicêntrico, juntamente com o Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC/UFPB).

O objetivo desse estudo é avaliar o uso do curativo no tratamento de úlceras venosas. Os processos de registro do estudo clínico na Plataforma Brasil e a submissão dos protocolos para os comitês de ética dos hospitais foram realizados em 2023.

A equipe do HFAG utilizará o curativo no tratamento dos pacientes de Cirurgia Vascular, enquanto os pesquisadores da SDPI/LAQFA coletarão os dados para o estudo.

4 Conclusão

O LAQFA - instituição do ramo da Indústria Químico-Farmacêutica - ocupa lugar de suma importância para o desenvolvimento industrial e tecnológico, tanto em relação às unidades de saúde da FAB quanto no que diz respeito à saúde de todo o Brasil.

Desempenhando com excelência o seu papel, em cumprimento à missão que lhe foi atribuída em seus nos primórdios, quando ainda era tão somente “Seção de Farmácia Hospitalar”, o LAQFA deu início a um grande legado.

O objetivo do LAQFA é estar preparado estrategicamente para ser mobilizado em caso de necessidade sanitária e, assim como no passado, em que atuou em vários momentos de necessidade de utilidade pública, ser capaz de dar resposta rápida, com qualidade, na produção de medicamentos e materiais/insumos de saúde, suprimindo tanto as OSA da FAB quanto toda a população brasileira.

Com a reestruturação do Sistema de Saúde da Aeronáutica, o LAQFA se esforça de forma incessante para contribuir e, cada vez mais, ampliar a gama de serviços prestados.

Referências

BRASIL. Comando da Aeronáutica. Instituto Histórico-Cultural da Aeronáutica. **Laboratório Químico-Farmacêutico da Aeronáutica - LAQFA**. Rio de Janeiro, RJ, 2021.

BRASIL. Comando da Aeronáutica. Gabinete do Comandante da Aeronáutica.
Diretriz que estabelece a reestruturação do Sistema de Saúde da Aeronáutica: DCA 11-126. Rio de Janeiro, RJ, 2019.

BRASIL. Comando da Aeronáutica. Diretoria de Saúde da Aeronáutica.
Regimento Interno do Laboratório Químico-Farmacêutico da Aeronáutica. RICA 21-166 (Portaria DIRSA nº 215/SDGES 24/11/2022 – BCA nº 221, 02/12/2022).

BRASIL. Comando da Aeronáutica. Diretoria de Saúde da Aeronáutica.
Instruções sobre a Estrutura e Atividade do Quadro de Farmácia nos Órgãos do Sistema de Saúde da Aeronáutica. ICA 160-37/2005 (Portaria DIRSA nº 013/SDTSA, 11/08/2005).

Anexo

***Centro de Atenção Integral à Saúde
como instrumento de vínculo: um
estudo qualitativo empregando a
Tenda do Conto***

Aarão **Carajás** Dias dos Santos¹

Danillo Monteiro **Porfírio**²

Erika Denise de Vasconcelos Florentino³

1. Oficial 1º Tenente, Médico de Família e Comunidade, Hospital de Aeronáutica de Belém (HABE), Mestre em Saúde da Família, Tutor do Programa Médicos pelo Brasil.

2. Oficial 2º Tenente Médico, Hospital de Aeronáutica de Belém (HABE)

3. Médica de Família e Comunidade, Mestra em Saúde da Família, docente da Universidade Federal de Sergipe (UFS)

Resumo

O delineamento deste estudo fundamenta-se na reflexão das atividades em saúde relacionadas ao Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS), que visa a prática da Medicina Centrada na Pessoa (MCCP) sistematizada por Stewart *et al.* O cuidado em saúde centrado na pessoa se dispõe a deslocar a ótica biomédica voltada para a doença e focalizar o paciente no centro do cuidado. Essa percepção integral acerca do indivíduo converge com a transformação realizada no sistema de saúde da Força Aérea Brasileira (FAB), que definiu a Atenção Primária à Saúde (APS) como o centro da mudança de postura das práticas das atividades de saúde. Tais práticas vislumbram a produção de identidades e cuidado integral. Utilizou-se uma pesquisa de natureza qualitativa, empregando-se como fonte metodológica um Grupo Focal organizado sob a forma de Tenda do Conto (TC). O estudo encontrou quatro Temas de abordagem geradores de Categorias: Humanização, Acolhimento, Coordenação do Cuidado e Gratidão ao serviço. Conclui-se que fortalecer perenemente o CAIS pode fornecer melhores condições de se trabalhar com a promoção de saúde e prevenção de doenças.

Palavras-chave: Humanização; Pesquisa Qualitativa; Atenção Primária à Saúde.

1 A medicina centrada na pessoa e o método de consulta clínica

A abordagem centrada na pessoa propõe o deslocamento da ótica biomédica voltada para a doença e posiciona o paciente no centro do cuidado, promovendo, assim, autonomia e participação nas decisões em saúde, respeitando suas expectativas e visões sobre seu processo de adoecimento. Desse modo, parte-se do princípio do Método Clínico Centrado na Pessoa com a finalidade de empreender a abordagem de grupo focal.

O termo medicina centrada na pessoa foi introduzido na década de 50, por Balint, para contrapor a medicina centrada na doença (Stewart, 2010). Em seus trabalhos, Balint inicia a escuta para depreender o paciente e suas demandas, e, dessa maneira, avaliar o papel terapêutico do encontro médico-paciente (Ribeiro, 2008). Na década de 1970, Engel propôs o modelo biopsicossocial, cujo ponto de partida é sempre a pessoa, que tem como foco a natureza não científica da abordagem médica e que considera os aspectos sociais e interpessoais das vidas das pessoas (Stewart, 2010).

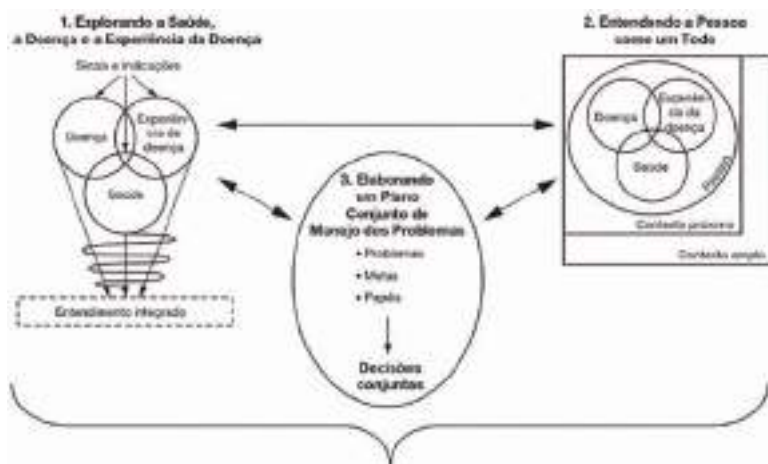
Balint e Engel foram precursores de uma nova abordagem médica, que valoriza as condições objetivas e subjetivas do sujeito. Contudo, é relevante destacar que o modelo é uma orientação teórica e abstrata desenvolvida no convívio médico-paciente. A abordagem que deve ser aplicada pelo médico, bem como os critérios valorizados para garantir a mudança de postura e paradigma não são esclarecidos previamente.

Nesse ínterim, o Departamento de Medicina de Família e Comunidade de Wester Ontário, no Canadá, provocado pela relação médico-paciente, desenvolvido por Ian McWhinney, médico pesquisador, e, posteriormente, por Moira Stewart, com a colaboração de Joseph Levenstein, elaborou a proposta de um novo método clínico centrado na pessoa. Trata-se, então, de depreender a abstração e organizá-la como uma aplicação metodológica para a prática clínica.

O método clínico centrado na pessoa desafia o profissional da saúde, dado o destaque conferido ao avanço da promoção da autonomia do cuidado do sujeito. Assim, o médico tem a função de compartilhar o poder que exerce sobre relacionamento (médico-paciente) com seu paciente e, conseqüentemente, renunciar o controle. Essa mudança de valores propõe retirar o médico de uma posição objetiva que produz insensibilidade diante do sofrimento humano. De acordo com Stewart (2010), “Ser centrado na pessoa requer o equilíbrio entre o subjetivo e o objetivo, em um encontro de mente e corpo”.

O método está organizado em quatro componentes que tem a finalidade de facilitar o ensino e a pesquisa, porém a prática clínica centrada na pessoa é holística e seus componentes se interagem de forma única em cada encontro para promover a amplitude e a potencialidade terapêutica de cada momento (Stewart, 2010), conforme ilustrado na Figura 1:

Figura 1 – O método clínico centrado na pessoa em quatro componentes interativos

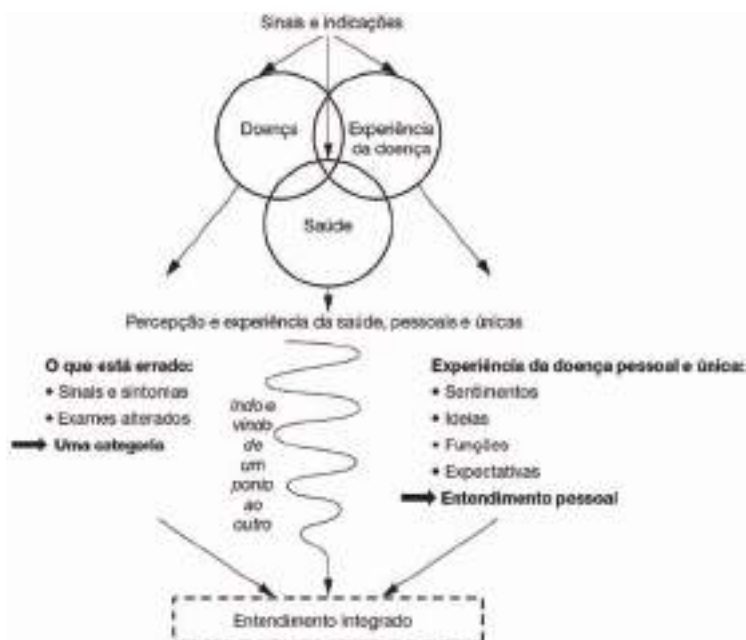


Fonte: Stewart et al., 2017

O primeiro componente é explorar a saúde, a doença e a experiência da doença, que tem como meta identificar o processo de adoecimento pelo indivíduo por meio da anamnese e exame físico. O médico deve tentar compreender o mundo da pessoa, suas percepções sobre saúde e sua experiência com a doença. Nesse momento são abordados os sentimentos do paciente em relação ao estar doente, suas ideias sobre a experiência da doença, como essa experiência está afetando seu funcionamento e, por último, o que espera de seu médico (Stewart, 2017).

Dessa forma, devem ser exploradas pelo médico quatro dimensões da experiência da doença: (1) sentimentos da pessoa e medos sobre seus problemas; (2) as ideias da pessoa sobre o que está errado; (3) o efeito da doença sobre as atribuições das pessoas; e (4) suas expectativas em relação ao médico representada pelo acrônimo SIFE (Sentimentos, Ideais, Funcionamento e Expectativas) (Stewart, 2017). A abordagem dessas dimensões permite um entendimento integral acerca das percepções do indivíduo a respeito da sua saúde, da sua doença e da sua compreensão da experiência do estar doente, tanto para o paciente quanto para o médico (Stewart, 2017). Esse processo estabelecido no primeiro componente da Medicina Centrada na Pessoa (MCCP) é contínuo e ininterrupto, por vezes sendo necessário revisitar essas dimensões para o entendimento integral da pessoa, tanto o usuário em processo de autoconhecimento como o médico em reconhecimento daquela pessoa com quem estabelece essa relação, exemplificado na Figura 2.

Figura 2 – Explorando a saúde, a doença e a experiência da doença



Fonte: Stewart *et al.*, 2017

O segundo componente é entender o indivíduo como um todo. Isto é, a integração dos conceitos abordados no primeiro componente (saúde, doença e experiência da doença), abordando os múltiplos aspectos da vida, como, por exemplo, história de vida, personalidade, ciclo familiar e contexto em que vive. Ressalta-se aqui que o entendimento do estágio atual da pessoa no ciclo de vida, as tarefas que assumem e os papéis que lhe são atribuídos influenciam o tipo de cuidado que cada um busca (Stewart, 2017). Esse ponto é especialmente importante para o médico reconhecer as crises do ciclo de vida e compreender o processo de resiliência no momento do cuidado, por exemplo. Veja a Figura 3 a seguir:

Figura 3 – Entendendo a pessoa como um todo



Fonte: Stewart *et al.*, 2017

Este componente, a compreensão e o entendimento da pessoa como um todo, requer a abordagem do contexto próximo e amplo da pessoa. É importante ressaltar o entendimento do desenvolvimento individual como, por exemplo, a personalidade que pode refletir os mecanismos de defesa e os momentos de negação para o cuidado com a saúde. Outros elementos de desenvolvimento individual recomendados a abordar são a sua crença e a sua espiritualidade que podem influenciar na adesão ou não de estratégias de cuidados propostos pelo médico (Stewart, 2017).

Os fatores de contexto próximo que influenciam na saúde, na doença e na experiência da doença incluem a família, a segurança financeira, a educação, o emprego, o lazer e o apoio social. No contexto amplo, os determinantes sociais de adoecimento são fundamentais para compreender o processo saúde-doença e as iniquidades em saúde que o indivíduo está exposto. Outros fatores incluem a comunidade, a cultura, a economia, o sistema de assistência à saúde, fatores sócio-históricos, aspectos geográficos, a mídia e a saúde ecossistêmica. Eles se correlacionam com o contexto geral e com o metacontexto, como afirma Stewart:

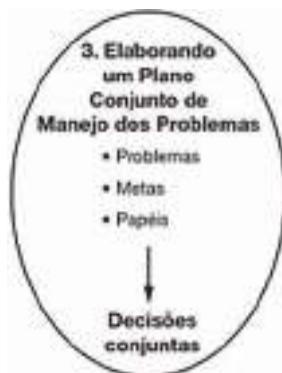
O entendimento do contexto amplo exige que se considere não apenas os determinantes sociais da saúde e a prevalência global, a incidência e a propagação da doença, mas também os desafios e oportunidades para os cuidados de saúde contidos nas agendas, regulações legais e políticas de organizações internacionais, nacionais, provinciais, estaduais, municipais e profissionais. De forma crescente, esses fatores contextuais ditam ou dão base à promoção da saúde, à prevenção de doenças e às prioridades e direcionamentos dos tratamentos da doença, bem como definem o direcionamento dos cuidados de saúde primários tanto na comunidade quanto de cada indivíduo (Stewart, 2017, p. 134).

Isto posto, as políticas de saúde e a organização social influenciam diretamente no contexto de produção de doenças e no cuidado dos indivíduos, tanto ofertado pelo sistema de saúde como pelo autocuidado.

O terceiro componente trata da elaboração de um plano de manejo conjunto entre médico e paciente diante dos problemas levantados, focado em três áreas-chave: a definição do problema, o estabelecimento de metas de tratamento e a identificação dos papéis a serem assumidos pelo paciente e pelo médico:

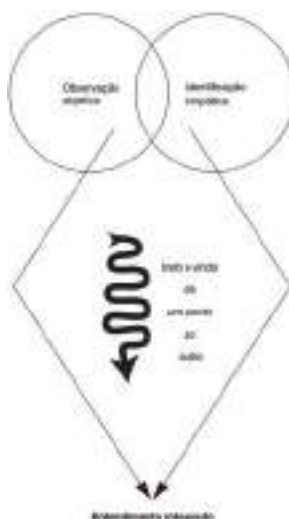
[...] encontrar um consenso com a pessoa para elaborar um plano para tratar seus problemas médicos e suas metas de saúde, que reflita suas necessidades, valores e preferências e que seja fundamentado em evidências e diretrizes. Esse consenso é atingível se primeiro explorarmos a experiência de saúde e de doença da pessoa e, ao mesmo tempo, os sinais e sintomas da doença. A construção desse entendimento se dá no contexto que abrange a individualidade da pessoa, sua família, outros relacionamentos importantes e o ambiente em que vive. Esse processo complexo é desenvolvido pela colaboração entre o médico e a pessoa, com base em confiança, empatia e respeito mútuo (Stewart, 2017, p. 146).

A elaboração de um plano conjunto de manejo dos problemas converge para a construção de autonomia do indivíduo e, consequentemente, a retirada do poder centralizado na figura médica. A pessoa é incluída como protagonista do seu processo de cuidado. O primeiro passo é o entendimento e a definição dos problemas, após ser abordada a experiência com a doença e sua compreensão sobre o processo saúde-doença; médico e indivíduo devem chegar a um entendimento e concordância mútua em relação aos principais problemas de saúde enfrentados por ele. Posteriormente, elaboram-se metas e prioridades para o tratamento, que devem levar em conta as expectativas do paciente e do médico em relação ao plano e tratamento. Ainda no terceiro componente, o método clínico centrado na pessoa incorpora na elaboração do plano de manejo a prevenção e a promoção da saúde ao cuidado (Stewart, 2017), como ilustrado na Figura 4:

Figura 4 – Elaborando um Plano Conjunto de Manejo dos Problemas

Fonte: Stewart *et al.*, 2017

O quarto componente enfatiza a relação médico-pessoa, oportunizando em cada momento de contato a potencialização para o desenvolvimento dessa relação. Assim, é um exercício continuado a compaixão, a empatia, a cura, a esperança, a autonomia, que são habilidades que devem ser desenvolvidas pelo médico aumentando seu autoconhecimento e sabedoria prática, entendendo as nuances da relação médico-pessoa, como a transferência e a contratransferência. Para a construção de uma parceria sustentada com o paciente, é preciso o exercício contínuo dos sentimentos positivos estabelecidos na dicotomia da transferência e da contratransferência sustentada pelos sentimentos de compaixão, cuidado, empatia, confiança, compartilhamento de poder, continuidade, constância, cura e esperança (Stewart, 2017). Confira a seguir a Figura 5:

Figura 5 – Estabelecendo uma ligação com a pessoa

Fonte: Stewart *et al.*, 2017

Metodologia

Utilizou-se uma pesquisa de natureza qualitativa, empregando-se como fonte metodológica um Grupo Focal (GF) organizado sob a forma de Tenda do Conto (TC). O GF consiste na realização de uma pesquisa direta com cada participante por meio de um processo de escuta coletiva provocada por uma pergunta norteadora deflagrada em um momento de Tenda do Conto.

A Tenda do Conto recrutou enquanto artifício uma rede de compartilhamento de experiências, colocando ao centro de uma roda, objetos que possuam capacidade de evocar memórias relacionadas a uma lembrança ou ideia específica. O uso da TC na atenção básica aborda diversos artifícios que podem capturar informações, seja para um dado conhecimento, seja para um escape terapêutico. Nesse quesito, a TC se revela um espaço físico para a veiculação de ideias, debates e conversas, através dos quais os usuários do serviço de saúde podem fomentar vínculos, bem como compartilhar experiências com os seus integrantes. Trata-se de um apoio para o princípio de clínica humanizada e de cuidado com o paciente (Nunes et al., 2019).

A roda é composta por usuários do serviço de saúde da Aeronáutica, do Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS), do Hospital de Aeronáutica de Belém (HABE), e por itens ao centro, como ilustrado na Figura 6.

Figura 6 – Itens presentes no momento da Tenda do Conto



Fonte: acervo pessoal dos autores.

O objetivo da abordagem relacionada a um grupo focal é o compartilhamento da subjetividade de cada indivíduo, isto é, a troca de experiência individualizada, à qual o pesquisador atribui um significado diante do que cada um expõe (Canuto *et al.*, 2023).

Compõem o estudo sete pacientes de um grupo de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), atrelados às frequentes atividades em educação continuada, que apresentam uso contínuo do serviço de saúde. No encontro, relacionou-se a perspectiva de cada paciente confrontado com a introdução da estrutura do CAIS e as experiências de cuidado vivenciadas antes e após o modelo de olhar integral.

Os relatos advindos dos grupos focais foram submetidos à análise de conteúdo, respeitando todas as etapas, são elas: a) pré-análise, etapa em que a leitura de todo material coletado foi realizada, objetivando-se uma organização preliminar dos dados; b) exploração do material, os trechos destacados na primeira leitura foram reunidos em um documento único com sugestão de temas e categorias e c) tratamento dos resultados obtidos a partir da interpretação associada, dos quais são reunidos os processos de inferência das experiências pregressas dos autores, fruto de leituras e de vivências relacionadas com a temática.

O trabalho apresentou anuência do uso do espaço do hospital para reunir os pacientes que compareceram para participar do Grupo Focal, bem como autorização dos pacientes sem sua identificação direta e por meio de ferramenta de gravação de áudio para registrar as experiências.

No momento dos relatos, optou-se por omitir excertos presentes na gravação para facilitar a leitura de cada transcrição, evitar nomes ou direcionar comentários para determinadas figuras, assim como se buscou manter a coesão com a ideia central da narrativa do paciente. Houve o cuidado também de não adulterar qualquer comentário, inclusive, os vícios de linguagem estão presentes na gravação. Os nomes dos pacientes participantes foram substituídos por nomes de aeronaves da aviação nacional, omitindo qualquer informação a respeito de suas identidades.

3 Resultados e Discussão

O estudo encontrou quatro temas de abordagem geradores de categorias: humanização, acolhimento, coordenação de cuidado e gratidão ao serviço, representados na Tabela 1 a seguir:

Tabela 1 – Síntese de temas sugeridos

TEMAS	CATEGORIAS
Humanização	Visão sobre o MCCP
Acolhimento	Adequação aos níveis de atenção
Coordenação de cuidado	Inserção nos grupos de atenção primária
Gratidão ao serviço	Pertencimento ao CAIS

Fonte: Organizado pelos autores

3.1 Humanização

O debate e a conversa iniciaram com um comentário da paciente Catalina sobre a postura dos profissionais do CAIS:

São profissionais que prestam atenção em você, que quando você chega, você se sente acolhida por aquele profissional. Um bom dia, um sorriso, isso vale muito, um abraço, você não tem ideia do que é ser abraçada por um profissional... ele te abraça e parece que até a dor que você está sentindo, um problema que você talvez nem tenha, mas aquilo te alivia.

Em contraste ao atendimento disponibilizado pelo CAIS, a paciente Catalina ainda relata:

Tem muitos profissionais que são grosseiros com você, que nem olham na sua cara; olham pra você e só veem um problema de saúde e nem acham que você é uma pessoa.

Na ocasião, a paciente afirmou que teve contato com diversos profissionais como os que ela caracteriza no segundo relato, mas que após o início do cuidado de sua saúde no CAIS, suas queixas passaram a ser mais direcionadas aos problemas relacionados à sua saúde.

Como informa Ribeiro *et al.* (2023), mesmo não sendo uma abordagem tão recente, o MCCP vem ganhando espaço dentro da prática clínica, não somente em se tratando do cuidado no binômio saúde-doença, mas observando as principais causas e fatores que podem interferir no bem-estar de cada paciente. O MCCP se instaura para transformar a percepção do médico como agente somente no espaço de doença e como um agente de promoção de saúde, aquele que consegue escutar, ouvir e conversar diretamente com seu paciente, bem como coloca a paciente Catalina.

Além disso, cada profissional fica caracterizado como um cuidador que contrapõe uma cultura de distanciamento entre médico e paciente, aproximando-se dos problemas de uma forma educada e atendendo as expectativas de cada paciente. O médico não mais se encontra em uma posição de comando e de coordenação do que deve ser feito, passando, então, a ser um guia para que, voltando seu cuidado para o paciente, invista-o de autonomia para a tomada de decisões a respeito do seu próprio cuidado (Mandia & Teixeira, 2023).

No que tange a esse tema, a paciente P-95 Bandeirulha² aborda o seguinte:

Nós somos tratadas como aquela pessoa que tá com problema, [...] pode ser físico, psicológico, até espiritual, porque engloba todo o ser.

Retomando o enunciado acima, o MCCP se mostra presente mesmo no imaginário de cada usuário durante o atendimento no CAIS, de modo que suas questões, mesmo íntimas, sejam abordadas em discussão (por exemplo: um assunto religioso pessoal conduz a um conflito entre a conduta médica e o cuidado do paciente).

A paciente C-105 Amazonas também aponta sua concepção sobre o atendimento no CAIS:

Ele olha no olho da gente, ou seja, ele se interessa por aquilo que a gente tá falando. [...] É muito difícil a gente encontrar médicos que se interessem pelo problema da gente.

Dentro do interesse exposto pelos profissionais do CAIS, pode-se destacar a empatia como um instrumento fundamental para o cuidado, que em conjunto com a comunicação, cria-se uma importante relação terapêutica (Martins *et al.*, 2017; Ribeiro *et al.*, 2023). Assim, é estabelecido o cuidado de forma a vincular o paciente a própria conduta organizada, uma vez que ele se responsabiliza também pelo seu cuidado, e, dessa maneira, toda condução clínica se torna individualizada para cada paciente.

3.2 Acolhimento

Para a paciente P-95 Bandeirulha:

O CAIS te olha como aquela pessoa que tá precisando. [...] A palavra acolhimento tem um peso muito grande, porque quando você acolhe alguém, você abraça.

Além de também colocar que:

O CAIS dá vez e dá voz pra quem chega aqui no HABE.

Quando se fala de acolhimento, por mais que haja espaço para o conforto, deve-se pensar a respeito também de uma abordagem de cuidado e de saúde. De acordo com Moraes *et al.* (2023), o acolhimento deve abarcar toda e qualquer atividade relacionada ao atendimento em saúde realizado pelos profissionais dessa área.

Com o foco na atenção primária à saúde, a ideia é que o CAIS se organize como coordenador do cuidado dos pacientes, muito embora sua implementação mais recente ainda enfrente alguns desafios. Contudo, o relato que os pacientes apresentam quanto às linhas de cuidado, demonstram certa eficácia quanto ao serviço, por causa da maneira como são recebidos atualmente. Quando se acolhe uma demanda, introduz-se mais um paciente na cobertura do serviço, tornando-o parte do ambiente e do tratamento.

Dessa forma, ao enfatizar sobre “dar voz”, a paciente P-95 Bandeirulha considera, assim, o empoderamento de cada usuário dentro da rede do CAIS. Marques *et al.* (2023) aponta que o cuidado se pauta em uma abordagem coletiva, na qual o paciente também deve ser ouvido e ter sua experiência contabilizada para o cuidado de saúde e doença. Nesse mesmo estudo (Marques *et al.*, 2023), fica evidente a importância dos grupos de educação continuada, rodas de conversa e formas lúdicas de se realizar a interface entre o conceito biomédico e centrado em cada paciente, realizando uma comparação com as atividades do próprio grupo HIPERDIA realizados mensalmente no CAIS.

A paciente 14-BIS com diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica, hipertensão e diabetes mellitus, acerca do acolhimento em saúde declara:

Cheguei lá passando mal, estive na emergência duas vezes e ela [a enfermeira que atendeu a paciente] disse: agorinha a senhora vai ser consultada.

Em relação aos níveis de atenção, a ideia de atendimento no CAIS é preservar o que se conhece como atenção primária. No que tange ao universo dos atendimentos, a atenção primária é a principal porta de entrada dos pacientes aos serviços de saúde, contudo, não é a única. Os setores de urgência também podem ser considerados como uma atenção secundária.

No Brasil, os serviços relacionados aos ofertados pelo CAIS, ocasionam um sobreuso da unidade de pronto atendimento. Rebouças *et al.* (2023) aborda, por exemplo, a situação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), em que há superlotação e uma demanda elevada de atendimento para os médicos. Essa situação se dá, principalmente, por causa da necessidade de atendimentos que não se encaixam com o padrão de urgência e emergência, bem como a falta de conhecimento dos pacientes da própria organização dos níveis de atenção – este último engloba um total de 64% das causas de superlotação.

Sendo assim, observa-se a necessidade de acolhimento, como se pode observar na exposição da paciente. Muitas vezes, a demanda espontânea acolhe o paciente em alguma necessidade específica, que não se enquadra como atendimento de urgência ou emergência e, então, recebe tratamento no CAIS em seu devido nível de atenção, visando reduzir o fluxo das urgências/emergências.

Levando em conta a organização do acolhimento e comparando os estudos de Landsberget *et al.* (2010) e Estevão & Sousa (2023), a maioria dos atendimentos espontâneos na atenção primária do serviço de saúde são para renovação de receita, avaliação de exames e avaliação de sintomas álgicos recentes.

Guardadas as devidas proporções para o ambiente militar, o CAIS mantém consonância com tais demandas no acolhimento, somente se estendendo para pacientes que buscam encaminhamentos para especialistas (sendo gradativamente reduzidos com o uso do matriciamento como ferramenta de saúde), bem como a solicitação de GABs (Guia de Apresentação de Beneficiário). Então, conforme disse a paciente, ao relatar que esteve na urgência por mais de uma vez e foi prontamente atendida na sequência em que apresentou o mal-estar; isso nada mais é do que o reflexo da organização do CAIS para com a saúde do paciente, pois é necessário manter a integralidade como princípio no atendimento.

3.3 Coordenação de cuidado

A paciente P-95 Bandeirulha, ao comparar a organização do ambiente de cuidado anteriormente ao do CAIS relata:

Percebendo a mudança, a evolução do tempo, [...] cada paciente sabendo dos seus direitos, [...] percebo que o CAIS veio dar uma nova vida pra quem chega no hospital, [...] porque antes era o problema das filas, [...] o PASIN era a clínica médica que você tinha também que marcar consulta [...] e demorava.

Segundo o relato da paciente, é evidente a facilidade para marcar consultas, agendar exames e ter um contato com os médicos, que estabelecem a linha de cuidados longitudinal, ou seja, sem grande demora em atender demandas da atenção primária.

A redução no tempo de espera reflete em uma melhor orientação ao cuidado, isto é, como menor tempo de abordagem e escuta do relato da queixa do paciente (Lacerda & Almeida, 2023). O acolhimento ou a primeira consulta é coordenado pelo CAIS para que o cuidado do paciente fique integrado a uma equipe específica, quando necessário, é encaminhado devidamente a um especialista ou tem seu caso discutido. Dessa forma, fica bem definido que o ambiente no CAIS está vinculado à adequação e a coordenação do cuidado individualizado, para, assim, compreender como cada profissional procede no cuidado do paciente (facilitado pelo uso do prontuário eletrônico).

3.4 Gratidão ao serviço

Com relação ao ambiente clínico, a paciente P-95 Bandeirulha coloca:

Eu sou só gratidão, [...] que essa minha narrativa de gratidão ecoe pelo hospital, porque eu sei que vocês dão o melhor de vocês. [...] Eu acredito que [...] tudo é necessário, mas se não tiver um médico à frente [...] o paciente sai triste.

A paciente C-105 Amazonas também comenta:

Eu agradeço nas minhas orações: 'Obrigado, senhor, porque eu tenho um hospital, eu tenho um apoio'. Imagina você ter tanto problema de saúde e não ter um suporte, uma fisioterapia que te acolheu, que tá ali te ajudando a melhorar a tua condição física.

No contexto da atenção primária, o sentimento de “poder contar” com uma equipe de profissionais da saúde e com um ambiente estruturado no momento de debilidade torna a busca pelo serviço de saúde mais frequente. Moraes (2023) em um debate sobre o contexto de vínculo de cada paciente na atenção primária à saúde esbarra em um sentido mais amplo de pertencimento: a unidade de saúde pertence ao seu usuário e a ela esse “pode contar”.

O CAIS é uma unidade em que os pacientes podem buscar atendimento e podem ser ouvidos e acolhidos. Lá eles buscam auxílio, em um momento de fragilidade, e compreendem que a organização e as ferramentas funcionam em prol da promoção de sua saúde.

Nas exposições orais de cada paciente, é notório o sentimento de “gratidão” pela dedicação dos profissionais de saúde, que não se limitam ao médico. Todo quadro de funcionário que integra o CAIS é um agente de mudança, assim como o próprio paciente é uma extensão desse ambiente.

4 Considerações finais

No que tange a seleção dos pacientes, todos compareceram por livre demanda, chamados para participar da pesquisa, sem seleção de sexo ou idade. Nesse quesito, os pacientes presentes na reunião eram do gênero feminino, o que não possibilitou o ponto de vista de pacientes do sexo masculino ao grupo, refletindo, ainda, uma constante maior na busca pelos cuidados em saúde pelas mulheres.

Além disso, a escolha dos presentes no grupo focal esteve restrita somente aos participantes do grupo HIPERDIA do CAIS, sem outros segmentos de pacientes e suas observações quanto ao serviço prestado na atenção primária.

A faixa etária do grupo em questão era considerável, com pacientes acima dos 50 anos de idade, todos com alguma comorbidade presente, com necessidade de seguimento frequente, levando a uma maior utilização dos serviços na atenção básica.

Na percepção coletiva, o CAIS revelou a capacidade das pessoas se sentirem verdadeiramente participantes ativas de seus processos de cuidado. Somando os esforços contínuos da Força Aérea Brasileira (FAB) em prol da melhoria das condições de saúde dos usuários, procura-se a construção de um sistema de saúde coerente com as necessidades da população. Assim, fortalecer perenemente o CAIS pode fornecer melhores condições de trabalho com a promoção da saúde e prevenção de doenças.

Referências

CANUTO, Angela; BARBOSA, Cecilia; SOUZA, Guilherme; PALUMBO, Rafaella; OTAVIANO, Arthur. Confrontando o desconforto: uma análise de utilização de grupos focais em assuntos sensíveis. **Qualitative Research in Health**, v. 18, set. 2023. Disponível em: <https://www.publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/820/848>. Acesso em: 02 jan. 2024.

ESTEVÃO, Túlio de Almeida; SOUSA, Milena Nunes Alves de. Perfil de atendimentos e análise do acolhimento na atenção primária à saúde. **Acervo Saúde**, v. 23, n. 3, p. 1–10, mar. 2023. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/12366/7249>. Acesso em: 02 jan. 2024.

LACERDA, Raphaela Silva Tavares; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Coordenação do cuidado: uma análise por meio da experiência de médicos da Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 27, p. e220665, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/6xxH6HHR9qysZ6VqLRgRD3z/?lang=pt#>. Acesso em: 03 jan. 2024.

LANDSBERG, Gustavo de Araújo Porto; SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro; SOUSA, André Bonamigo de; FREITAS, Janaína Miranda Rocha de; NASCIMENTO, Janaína Le Sann; AZAGRA, Rafael. Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3025–3036, ago. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9LKKPNDK3CSWhYJD9w7mcjb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 jan. 2024.

MANDIA, Tatiana Milla; TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Elaborar, compartilhar, narrar: uma análise narrativa de três abordagens de comunicação em Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 27, p. e220393, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2023.v27/e220393/#>. Acesso em: 02 jan. 2024.

MARQUES, Victor Guilherme Pereira da Silva; LIMA, Mariel Wágner Holanda; SILVA, Andréa Márcia Soares da; SANTOS, Elis Maria Jesus; MARTINS, Tayane Moura; LONGO, Lais Fernanda; BEZERRA, Karyna Dara dos Santos; AQUINO, Claudia da Silva; JESUS, Luana Conceição; SILVA, Mayara Fernandes; PEREIRA, Víctor Guilherme; SOUSA, Emanuel Osvaldo de; COSTA, Andressa Regina Leal; PAIVA, Wesley da Silva; ALBUQUERQUE, Francisco Márcio Lima; SANTOS, João Victor Silva; CAVALCANTE, Josielma da Silva; LIRA, Mayssa de Oliveira; OLIVEIRA, Yasmin Mayre Mendes Silva. A Prática da Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 5, n. 4, p. 819–825, ago. 2023. Disponível em: <https://bjih.s.emnuvens.com.br/bjih/article/view/437/522>. Acesso em: 02 jan. 2024.

MARTINS, Priscila Fernandes; PERROCA, Marcia Galan. Necessidades de cuidados: o olhar do paciente e da equipe de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 5, p. 1080–1086, mar. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/5K4B4YD4bzwqfyg9rs4XKCs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 jan. 2024.

MORAES, Rosilene Camara Ferreira de; CORVINO, Marcos Paulo Fonseca; MORAES, Alexandre Souza de. Importância da ESF em termos de saúde pública e o acolhimento humanizado: relato de experiência. **Revista Pró-universUS**, v. 14, n. 2, p. 59–66, mai./ago. 2023. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/3703/2158>. Acesso em: 03 jan. 2024.

MORAES, Thiago Drummond. Promoção de saúde, vínculos e processos de sublimação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 27, p. e220623, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/J6vmQQ3vFdv5RptYnTBxZXj/?lang=pt#>. Acesso em: 02 jan. 2024.

NUNES, Jhulyane Cristine da Cunha; SANTOS, Elanne Nunes dos; MARQUES, Jaciane Santos; GOMES, Aline Tavares; FREITAS, Camila Siqueira Cronemberger; SOUSA, Aurilene Soares de; LIMA, Andréa Conceição Gomes. Tenda do conto como facilitadora da construção de vínculos na comunidade. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research-BJSCR**, [s.l.], v. 28, n. 4, p. 17-21, set./nov. 2019. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20191110_131843.pdf. Acesso em: 02 jan. 2024.

STEWART, Moira; BROWN, Judith Belle; WESTON, W. Wayne; MCWHINNEY, Ian R.; MCWILLIAM, Carol L.; FREEMAN, Thomas R. **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

STEWART, Moira; BROWN, Judith Belle; WESTON, W. Wayne; MCWHINNEY, Ian R.; MCWILLIAM, Carol L.; FREEMAN, Thomas R. **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

REBOUÇAS, Gabrielly Maria Moreira; FIGUEREDO, Nathalya Porto; ARAÚJO, Andressa David Ornelas; SILVA, Anna Kariny Ribeiro da. O impacto causado pela falha da Atenção Básica nas Unidades de Pronto Atendimento 24 horas no Brasil. **Revista Foco**, v. 16, n. 10, p. 1–10, out. 2023. Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/3068/2147>. Acesso em: 02 jan. 2024.

RIBEIRO, Maria Mônica Freitas; AMARAL, Carlos Faria Santos. Medicina centrada no paciente e o ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 1, p. 90–97, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/rbem/a/w6SY4smvDjdtNjJjhcG6tH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 jan. 2024.

RIBEIRO, Rodrigo Verzeletti; SIGNOR, Eduarda; FORGIARINI, Giorgio. Aproximação teórica do conceito de Cuidado Centrado na Pessoa: uma revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 10, p. 1-11, out. 2023. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/43453/34972>. Acesso em: 03 jan. 2024.

Considerações finais

Cloer Vescia Alves

Partindo-se do célebre pensamento de Peter Drucker, “o que pode ser medido pode ser melhorado”, a Reestruturação do Sistema de Saúde da Aeronáutica buscou, na tríade Donabedian (estrutura, processo e resultado), o alicerce para que houvesse melhor aproveitamento das oportunidades, objetivando evitar falhas e reduzir desperdícios, aspectos esses inerentes a um sistema que lida com seres complexos e que muitas vezes demandam serviços de alta complexidade.

Segundo Drucker, “gerir um hospital representa tarefa mais complexa do que gerenciar uma usina nuclear”, em que pese o risco e a possibilidade de alguma ocorrência com instabilidade que possa afetar o núcleo do reator. Em comparação grosseira, cada ser é um “reator em movimento” e que pode demandar desde ações tempestivas – simples – como uma consulta ambulatorial eletiva até mesmo intervenções urgentes – complexas – e de alto custo como as terapias oncológicas, internação em UTI, cirurgia cardíaca, procedimentos com próteses, órteses e materiais especiais, entre tantas outras.

Se não há consenso no tocante às peculiaridades que tornam o cuidado à saúde algo exclusivo (cada indivíduo com sua história, seus sonhos e suas realizações), existe de outra parte o entendimento de que se faz necessária uma abordagem multifacetada e multiprofissional frente às demandas de saúde. Muitas vezes construindo-se pontes transdisciplinares, pois a preciosidade da vida se cerca de incontáveis nuances – únicas – como a impressão digital de cada um.

Nesse sentido, cresce cada vez mais a necessidade de se compreender o cenário que cerca a saúde no Século XXI e suas implicações em relação ao cuidado de indivíduos e de populações na Era da Informação (Figura 1).

Figura 1 – Principais aspectos do cenário atual e impactos na saúde.

- Domínio da informação clínica em tempo real
- Transição demográfica, epidemiológica e tecnológica
- Plataformas integradas de registro eletrônico em saúde (RES)
- Conectividade, interoperabilidade, nuvem e internet das coisas (IoT)
- Disrupção: cuidado integral e coordenado (muito além do não presencial)
- Restrita capacidade de investimento, orçamentos limitados e demanda por gestão
- Sistemas de Saúde associados a melhores resultados pela Atenção Integral à Saúde (AIS)



Fonte: O autor, 2020.

Geralmente, há uma capacidade limitada de investimento na saúde, no entanto, o financiamento do SISAU provém de três fontes: tesouro, contribuições individuais e arrecadação. As demandas por serviços de saúde e seu regramento são influenciadas por vários setores, como políticas públicas, normativas ministeriais e marcos regulatórios institucionais, entre outros. Incluem-se também medidas judiciais. Contudo, os fatores de custo dessas influências nem sempre estão incluídos no planejamento orçamentário.

Assim, uma autogestão necessita dispor de mecanismos de gerenciamento e de controle alicerçados em boas práticas e de modelos adequados de atenção à saúde associados a melhores resultados. Há que se estabelecer um ciclo virtuoso, reflexo de abordagens sinérgicas e convergentes, que devem estar alinhadas às melhores evidências e focadas no cuidado integral e coordenado. Essas iniciativas vão além do presencial, integrando-se ao cotidiano conectado à internet das coisas. Desse modo, qualidade e sustentabilidade se completam à medida que os conceitos se alinham e convergem, para que haja também melhor percepção de valor agregado em saúde pelos beneficiários que necessitam se sentir copartícipes dessa ordem.

Ao mesmo tempo, a proposta de reestruturar um sistema de saúde é tão desafiadora no tocante ao estudo, planejamento e método diferenciados, pois, analogamente, poder-se-ia afirmar que se trata de “trocar o pneu com o carro em movimento”.

Um sistema que presta serviços contínuos e relevantes à população é ininterrupto. No entanto, precisamos encontrar maneiras de promover melhorias estruturais. Isso requer interação direta com pessoas em diversos níveis e contextos. Incluindo gestores, profissionais de saúde, prestadores de serviço e o público beneficiário. Todavia, ainda que não seja possível uma “parada”, o fator de planejamento e método assertivo são fundamentais para o alcance dos objetivos.

A reestruturação do SISAU atingiu todos os segmentos, desde a Saúde Operacional até a área Assistencial e o setor Pericial. Isso intensificou o desafio, dado o envolvimento de diversas organizações com peculiaridades distintas, formando uma rede de grande capilaridade no Brasil. Somam-se a esses aspectos a vigência da Pandemia de COVID-19, cuja ocorrência se sobrepôs à execução do Plano de Ação traçado pela DCA 11-126, em novembro de 2019.

Tais aspectos tornaram a reestruturação mais difícil e imprevisível, especialmente em certas condições sanitárias. Isso exigiu organização extrema e profissionalismo dos atores envolvidos. Eles demonstraram alto comprometimento e entrega à Força Aérea Brasileira. Observando o escopo abrangente da Diretriz citada, percebemos que as ações de execução ocorreram simultaneamente em várias áreas e locais distintos. Isso exigiu a presença do Coordenador não apenas para liderar as equipes, mas também para cultivar um momento de difusão de uma nova cultura organizacional. A fim de materializar cada momento, o Coordenador idealizou o plantio de uma árvore no pátio da frente de cada organização visitada ao longo da etapa de implementação “Transformar para avançar” (2020 e 2021). Concomitantemente, ao pé de cada muda plantada, foi depositada também uma “cápsula do tempo”, contendo frases e pensamentos de integrantes do efetivo de cada unidade sobre esse movimento.

Em ato simbólico, firmou-se o compromisso de serem desenteradas as cápsulas ao florescer de cada planta ou ao final do período de cinco anos decorridos. Tal simbologia mobilizou todos os segmentos e públicos nas diversas localidades percorridas, à medida que o Coordenador pessoalmente se esforçou para se fazer presente em cada uma delas, sob a ótica de que a mudança cultural é o que move, consolida e mantém o processo de transformação ao longo do tempo (Figuras 2 a 7).

Figuras 2 e 3 – Plantio de mudas de árvores nas visitas aos hospitais.



Fonte: HARF, 2021.



Fonte: HFASP, 2021.

Figuras 4, 5, 6 e 7 – Plantio de mudas de árvores e cápsulas do tempo.



Fonte: GSAU-AK; GSAU-NT, GSAU-FL, 2021.

Cabe ressaltar que a equipe de implementação da DIRSA durante dois anos viajou incansavelmente e percorreu as diferentes regiões do país, sendo recebida pelos respectivos Comandantes, Chefes e Diretores das Organizações de Saúde. Ficaram eternizadas a acolhida e a fidalguia, demonstrando também a afeição do efetivo por mudanças e total engajamento no propósito de conhecer as novas diretrizes. Tanta sinergia aquilhou ainda mais a construção de um novo tempo para o Sistema de Saúde da Aeronáutica. Milhares de pessoas foram alcançadas nas interações com Coordenador, por meio de encontros, debates e palestras, tanto para esclarecer quanto para difundir o novo modelo.

O mais gratificante é que, passados somente dois anos após a implantação, os resultados medidos na etapa “Avançar para conquistar” (2022) já apontaram para uma alta assertividade, tanto em relação ao que foi planejado quanto almejado, desde o estudo preliminar promovido pelo autor em 2018.

O primeiro capítulo desta obra estabelece o contexto e apresenta cenários que serviram como base para uma análise preliminar de desempenho e avaliação dos primeiros resultados sistêmicos mensuráveis. É importante

ressaltar que estudos mais aprofundados, com uma abordagem mais ampla e rigor científico apurado, são essenciais e já estão em andamento. Nesse sentido, o presente livro oferece constatações fundamentadas em iniciativas bem delineadas, muitas das quais já estão sob um método acadêmico.

Todavia, um dos pontos mais significativos é que, entre tantos fatores que representam risco à saúde, à gestão e à sustentabilidade sistêmica, a reestruturação do SISAU conseguiu se reposicionar com melhor capacidade de enfrentamento às transições (demográfica, epidemiológica e tecnológica). Os seus reflexos reduziram lacunas frente ao paradoxo de aumento da expectativa de vida e elevação do custo da saúde para mantê-la com qualidade.

Certamente, por se tratar da transformação da atenção à saúde, que ainda predominavam as intervenções curativas e hospitalocêntricas, é necessário que se compreenda que não há resultado definitivo frente a um cenário em constante mutação. Todavia, a partir da mudança da Governança, da adoção da organização em Rede de Atenção à Saúde, alicerçada na Integralidade como modelo efetivo na prestação de serviços, sob a sistemática de gestão focada em processos e resultados, os impactos econômico-financeiros poderão ser mais bem geridos, a fim de tornar factível o gerenciamento da sinistralidade.

O volume crescente das despesas assistenciais e a capacidade limitada de investimento fazem com que a gestão dos recursos finitos aconteça de modo cada vez mais assertivo, mantendo-se a sustentabilidade do sistema com serviços qualificados e com resultados atrelados à geração de valor.

Gerenciar e controlar fazem parte dos mecanismos de regulação na saúde. Mas, compreende-se que o substrato decorrente da maior carga de adoecimento não tem cura e que reforça a necessidade de financiamento compatível ao cenário. Comparativamente, a saúde pública segue com gargalos, cujo problema maior reside em uma reforma incompleta, além de entraves, problemas de gestão e de subfinanciamento.

Constata-se que a saúde da população ainda seguirá sofrendo com uma tripla carga de doenças no país, com predominância de condições crônicas. Ao mesmo tempo, ao se reestruturar um sistema de saúde, mecanismos mais eficientes e efetivos passam a existir a partir de uma lógica de rede integrada de serviços, com interconectividade e com acesso às informações clínicas em tempo real, o que abre novas perspectivas à interoperabilidade. Nesse sentido, a AIS foi implementada no SISAU para reduzir as lacunas assistenciais entre os três níveis de atenção: primária, secundária e terciária. Além disso, a APS foi implantada e declarada como porta preferencial de entrada e elemento central de comunicação da rede.

Há nesse movimento uma nítida proximidade com o arcabouço filosófico da Estratégia de Saúde da Família, cuja robustez e abrangência dependem da garantia quanto à autonomia para que exerça seu papel regulador e de coordenação do cuidado. A criação do Centro de Atenção Integral à Saúde foi decisiva para o alcance de metas e de resultados que passaram a ser observados e medidos (Figura 8).

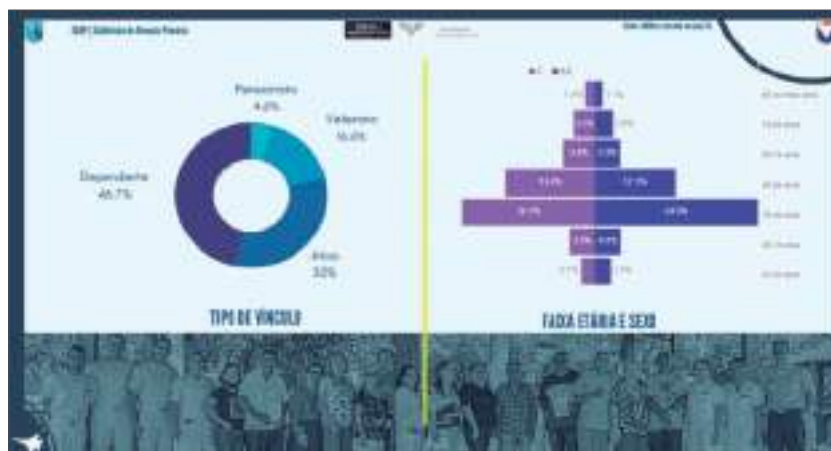
Figura 8 – Mapa de calor dos atendimentos do CAIS na rede do SISAU.



Fonte: SARAM, AGHUse, 2021.

Houve nítida melhoria de acesso aos serviços de saúde em virtude da nova estrutura e resolução da porta de entrada preferencial da APS criada na reestruturação, visto que, em apenas um ano, cerca de 50% dos beneficiários foram atendidos no CAIS das diversas unidades da rede própria (Figura 9).

Figura 9 – Perfil dos atendimentos do CAIS na rede própria do SISAU.



Fonte: SARAM, AGHUse, 2021.

No espectro dos atendimentos prestados pelo CAIS, verificou-se uma crescente demanda de consulta para militares da ativa (32%) e para veteranos (16%), o que demonstra tanto a adesão ao novo modelo quanto o alinhamento aos melhores indicadores dos sistemas de saúde associados aos resultados mais satisfatórios no mundo. Nesse contexto, o SISAU tem a seu favor uma ampla rede de apoio de serviços próprios (ambulatórios

de especialidades, policlínicas, hospitais com laboratórios, entre outros) com boa capacidade de absorver imediatamente as demandas de baixa e média complexidade (Figura 10).

Figura 10 – CAIS do Hospital de Aeronáutica dos Afonsos (HAAF).



Fonte: HAAF, 2021.

Em reforço às abordagens propostas pelo CAIS e em ampliação às ações da Atenção Integral à Saúde, a DIRSA estruturou, em alinhamento com o COMGEP, campanhas informativas nacionais sobre determinadas prioridades na rede. Entre essas prioridades, podem se destacar o acolhimento e a possibilidade de redução, ao máximo, das esperas prolongadas por consultas especializadas. Para tanto, foram adotadas como balizadoras as orientações normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar, ainda que a autogestão do SISAU não esteja sob tal regulação.

Os resultados são encorajadores, visto que se conseguiu obter melhores escores nas pesquisas de satisfação (*net promoter score*) entre os beneficiários, que identificaram melhoria de qualidade nos serviços (Figuras 11 e 12).

Figura 11 – Peça informativa sobre a priorização do Acolhimento.



Fonte: DIRSA, 2022.

Figura 12 – Peça informativa sobre a priorização do Atendimento.



Fonte: DIRSA, 2022.

Cabe ressaltar que a concepção de uma abordagem denominada “Fila Zero” não significa que o atendimento às consultas especializadas seja realizado imediatamente, mas sim que aconteça sem filas e que não crie a sensação de barreiras ao acesso a um grupo de especialidades. Trata-se de uma lógica de acomodação das demandas na linha do tempo, com identificação e priorização do que é mais urgente, o que é compreendido por todos. Observou-se que houve redução do tempo de espera para a realização de consultas na atenção especializada, o que aproximou o SISAU dos melhores indicadores assistenciais também nesse contexto (Figuras 13 e 14). Vários indicadores são verificados: frequência de utilização de pronto-atendimento, resolatividade da APS, entre outros.

Figura 13 – Tempo médio de agendamento de consultas (Grupo 1).



Fonte: AGHUse, 2023.

Definiu-se como meta inicial que 80% das demandas por consultas especializadas (Grupo 1) deveriam ser atendidas em até 14 dias na rede própria, sendo que, no caso de especialidades básicas, a meta foi de 100% (Grupo 2).

Figura 14 – Tempo médio de agendamento de consultas (Grupo 2).

Fonte: AGHUse, 2023.

A reestruturação inovou também ao implantar um modelo de gestão compartilhada no âmbito do Comitê de Gestão, Avaliação e Monitoramento (CGAM), na área do município do Rio de Janeiro, uma vez que concentra cerca de 30% dos beneficiários e dispõe de amplos recursos de rede própria (três hospitais, policlínica, odontoclínica, entre outras).

A alta complexidade foi objeto de amplo estudo. Conseguiu-se implementar novos avanços tecnológicos (robótica, hemodinâmica, neuromonitoramento, microscópio cirúrgico, entre outras) e ampliar muitas práticas assistenciais (Medicina Regenerativa, UTI Pediátrica, Oncologia, Cuidados Paliativos e outras). As decisões e inovações implementadas foram disseminadas por meio de orientações sistêmicas para as demais organizações de saúde. A distribuição das orientações considerou a responsabilidade assistencial de cada organização em relação à população adstrita e a necessidade de incremento tecnológico. Essa iniciativa fortaleceu a sinergia entre os diferentes pontos de atenção da rede do SISAU, promovendo uma atuação mais coesa e integrada. (Figura 15).

Figura 15 – Modelo de gestão compartilhada na área RIO.

Fonte: O autor, 2022.

A participação dos gestores das organizações de saúde em decisão colegiada, no CGAM, foi a tônica dos encaminhamentos. Essa resolução trouxe ainda mais transparência ao processo (*accountability*) e assertividade às propostas.

O Laboratório Químico-Farmacêutico da Aeronáutica (LAQFA) complementa o complexo de saúde da FAB no Rio de Janeiro. O LAQFA possui uma trajetória histórica de fornecimento de itens assistenciais para o SISAU, e recentemente expandiu e diversificou sua produção para incluir medicamentos de alto custo. Além disso, o LAQFA presta serviços e contribuições importantes para a indústria farmacêutica nacional, sendo um dos laboratórios federais mais destacados do país.

O Ministério da Saúde reconhece e apoia o LAQFA por meio de Parcerias para Desenvolvimento Produtivo (PDP). As PDPs são consideradas estratégicas para o Sistema Único de Saúde (SUS) e contribuem para o fortalecimento do Complexo Econômico-Industrial brasileiro. Em 2022, como resultado da reestruturação e estudos realizados pelo CGAM, o LAQFA expandiu suas capacidades para oferecer serviços de manipulação de quimioterápicos e atuar como centro de abastecimento e logística para insumos.

A AIS ganhou escala e vislumbrou-se, na área da cidade do Rio de Janeiro, a necessidade de se ampliar o alcance e a presença da APS. A partir de unidades CAIS, tanto na Barra da Tijuca quanto na Ilha do Governador, prestar-se-á cobertura assistencial, respectivamente, para cerca de 10.000 e 20.000 vidas. Tais projetos já se encontram em fase de implementação para 2024.

A área de Saúde Mental também recebeu atenção diferenciada da equipe da reestruturação, assim como a especialidade de Geriatria e de Gerontologia, o que se alinha à tendência e às melhores práticas em saúde para enfrentamento dos desafios impostos pelo novo cenário no Século XXI.

O estudo empreendido apontou para a necessidade de edificação de uma “Unidade Conceito em Saúde Mental”, criando um projeto junto ao Hospital de Aeronáutica dos Afonsos (HAAF), cuja conclusão ocorrerá no início de 2025, contemplando: ambulatórios, práticas integrativas multidisciplinares, áreas de convivência e internação psiquiátrica. Tal unidade será modelo e passará a nortear melhores práticas assistenciais a serem difundidas às demais OSA.

O atendimento aos idosos foi priorizado na reestruturação da rede própria de saúde da Aeronáutica no Rio de Janeiro. A organização de referência, anteriormente denominada Hospital de Força Aérea do Galeão (HFAG), passou a ser chamada de Centro Gerontológico de Aeronáutica Brigadeiro Eduardo Gomes (CGABEG), mantendo a mesma sigla tradicional.

A ampliação do escopo de atuação do CGABEG visa promover a longevidade com qualidade de vida. A iniciativa reconhece que envelhecer com autonomia e independência é um dos principais objetivos da Atenção Integral à Saúde. Para alcançar esse objetivo, o CGABEG busca proporcionar bem-estar físico, mental e social aos idosos. Isso inclui incentivar sua participação na sociedade e oferecer oportunidades de interação social.

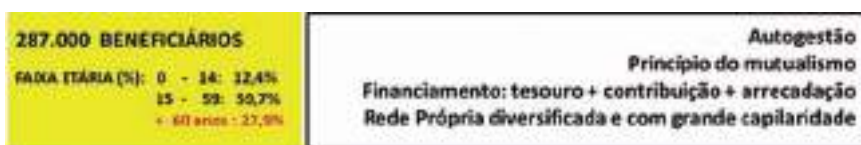
A área de Cuidados Paliativos está sendo reestruturada na AIS. O objetivo é implementar projetos específicos nas diferentes organizações de saúde para: controlar a dor e outros sintomas desconfortáveis; melhorar a qualidade de vida dos pacientes; e fornecer suporte emocional e assistência aos pacientes e suas famílias. Essa iniciativa faz parte do QUALI SISAU 100.

A reestruturação trouxe amplo ordenamento técnico, colocando-o à disposição do SISAU. Essa atividade vem orientando ações que consolidam, cada vez mais, o movimento de transformação para alcançar a Atenção Integral à Saúde, com foco na APS, cujos atendimentos conferem mais robustez ao RES. Na base do processo da reestruturação, encontram-se a Educação em Saúde e a Educação Continuada e Permanente. A Residência Médica também foi ampliada em sua capacidade de vagas nos Hospitais da FAB.

A implementação das diretrizes clínicas, no escopo da reestruturação, vem reforçando o cuidado centrado na pessoa. O cuidar sob visão 360º passou a ser o eixo de reorientação do novo modelo e, ao mesmo tempo, tornou-se vetor do processo de mudança, mantendo a qualidade até então conquistada no SISAU e garantindo a oportuna e desejável contínua melhoria do sistema. Para tanto, a gestão da informação e do conhecimento difundido na RAS tem sido fundamental para consolidar as melhores práticas de gestão, a partir de um novo modelo também de governança, tanto clínica quanto corporativa.

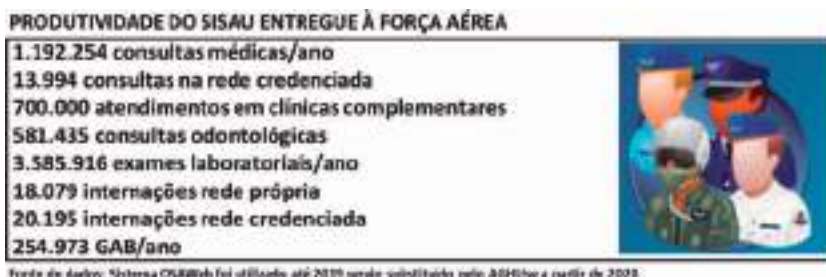
Os resultados iniciais do SISAU, quando comparados aos indicadores anteriores à reestruturação, tornam-se referências cruciais para as ações de saúde. Eles validam a Atenção Integral à Saúde desde a entrada no sistema, percorrendo as áreas de atenção secundária até a atenção terciária e reabilitação, enfatizando ainda mais a importância da prevenção quaternária. As primeiras observações indicam uma melhoria de desempenho no SISAU (Figuras 16, 17, 18 e 19).

Figura 16 – População ajustada a partir do Sistema de Gestão de Pessoas*.



*Fonte de dados: SIGPES ABR 2019

Figura 17 – Produtividade do Sistema de Saúde com dados de 2019.



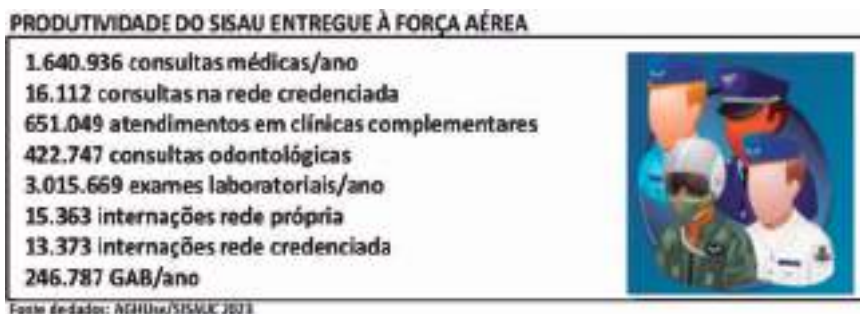
Observa-se que o percentual de beneficiários com mais de 60 anos de idade vem aumentando gradativamente no SISAU. Esse dado aponta para a assertividade de implementação das novas políticas assistenciais voltadas a essas condições. Esse resultado foi justamente uma das prioridades da reestruturação.

Figura 18 – População ajustada a partir do Sistema de Gestão de Pessoas*.



*Fonte de dados: SIGPES AGO 2023

Figura 19 – Produtividade do Sistema de Saúde com dados de 2023.



No período analisado, observa-se um aumento significativo no número de consultas médicas ambulatoriais, proporcionalmente ao total da carteira de beneficiários, excluindo os atendimentos relacionados à COVID. Essa elevação está fortemente ligada à implementação do CAIS e à expansão do acesso resolutivo.

Paralelamente, o aumento das consultas na rede credenciada destaca a necessidade de investigar a capacidade resolutiva da rede própria diante das evoluções e tendências em Medicina e Clínicas Complementares, especialmente em Psicologia, Nutrição, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. Novos desafios, como o atendimento ao Transtorno do Espectro Autista (TEA) e terapias imunobiológicas, exigem um esforço adicional na área de atenção multidisciplinar.

Além disso, nota-se uma redução no número de exames laboratoriais, mesmo com o aumento de beneficiários. Essa diminuição pode estar relacionada à eficiência na implementação do AGHUu, que facilita o acesso aos resultados no prontuário eletrônico, evitando desperdícios e a duplicação de pedidos. É importante ressaltar que outros fatores precisam ser considerados e estudados para uma análise mais abrangente.

Sinergicamente, uma das análises que mais chama a atenção diz respeito ao número de internações em rede própria e na rede

credenciada, o que aponta para a possibilidade de redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), o que tem sido objeto de estudo mais aprofundado.

A distribuição de dados sugere uma mudança significativa, indicando que a rede própria absorve uma parcela considerável da demanda, alinhando-se aos objetivos da reestruturação. Esse movimento é respaldado pelo notável avanço tecnológico e pelo aumento da força de trabalho. Paralelamente, destaca-se a redução no número total de encaminhamentos (Guia de Apresentação de Beneficiários - GAB) para a rede externa, sugerindo uma possível melhoria na resolutividade da rede própria.

É relevante salientar que, em ambos os períodos analisados, não foram identificadas situações de desassistência ou reclamações de serviços não atendidos, afastando a possibilidade de lacunas assistenciais. Essa conjuntura está em consonância com a elevação da qualidade proporcionada pela reestruturação do SISAU, abrindo caminho para um melhor controle da sinistralidade em prol da sustentabilidade. Contudo, é necessário ressaltar que tais afirmações carecem de maior embasamento científico neste momento.

No âmbito econômico-financeiro, observa-se um equilíbrio aprimorado nos anos de 2022 e 2023, corroborando as análises preliminares da Subdiretoria de Planejamento, Orçamento e Gestão (SDPOG). No entanto, é importante mencionar que estudos mais aprofundados relacionados ao Fundo de Saúde da Aeronáutica (FUNSA) ainda estão em andamento, sob a perspectiva da Economia em Saúde. Esses aspectos contribuirão significativamente para o contexto da saúde na Aeronáutica em escopo e horizontes mais amplos.

O SISAU, a partir desta obra, passa a ter mais instrumentos de apoio ao difícil processo de transformação que vem se submetendo desde 2019. Esse esforço pode contribuir para que a atenção à saúde, no âmbito das Forças Armadas como um todo, possa beneficiar de modo sinérgico e convergente.

A reestruturação em curso não apenas visa aprimorar os resultados em saúde e a qualidade de vida dos beneficiários, mas também reafirma a dedicação dos profissionais de saúde ao cuidado das pessoas. Essa dedicação é potencializada pelo uso de um conjunto destacado de práticas assistenciais e de gestão, fundamentadas nas melhores evidências e integradas à nova sistemática de atenção à saúde.

Ao completar 80 anos de história (2021) e realizar a transição para a atenção integral à saúde, a Saúde da Aeronáutica projeta, para 2041, uma Rede Integrada de Atenção à Saúde. Essa visão de longo prazo, com benefícios acumulados ao longo de 100 anos, coloca a instituição como modelo no segmento de Autogestão no país. A reestruturação, marcada por conceitos renovados e resultados expressivos, destaca-se pela integração, articulação e ênfase na interconectividade e interoperabilidade, fundamentadas na Saúde Digital.

As diretrizes prioritárias estão centradas no cuidado integral e coordenado, com foco na pessoa, utilizando as novas soluções do Século XXI. Simultaneamente, reforçam-se as iniciativas acadêmicas e parcerias na área de pesquisa, buscando constantemente a excelência clínica para alcançar melhores desfechos.

Gradualmente, como um fator crítico de sucesso, os beneficiários do SISAU começarão a perceber o potencial do autocuidado e as melhorias ao longo da cadeia de valor em saúde. Essa mudança cultural é essencial para que o novo paradigma se sobreponha ao antigo, principalmente por convicção.

“A Saúde da Aeronáutica avante!”

Hino do Serviço de Saúde da Aeronáutica

Do nosso amanhecer,
ao entardecer tão sublime.
Nos plantões da madrugada,
a Saúde da Aeronáutica avante!

Tarefas árduas e altruístas,
o lema é servir, servir ao Brasil.
Nas missões de misericórdia,
a Saúde da Aeronáutica
avante!

Missionário da paz esquecida
pelo vírus da guerra e do mal.
Servir é a nossa missão
nas asas do avião.

Serpente do sabre alado
símbolo profissional.
Servir é a nossa missão nas asas do avião.

Lutamos com a morte,
Vencemos a dor. (4 x)
Na terra, no ar
com ciência e amor.



DIRETORIA DE SAÚDE DA AERONÁUTICA

[HTTPS://WWW2.FAB.MIL.BR/DIRSA/INDEX.PHP/LIVRO-DA-SAUDE](https://www2.fab.mil.br/dirsa/index.php/livro-da-saude)