

# **Curso de Especialização em Gestão Pública de Organizações de Saúde**



## **Interface Digital de Acompanhamento da Saúde da Família**

Autor: Guilherme Ignácio de Oliveira

Orientador: Mário Círio Nogueira



**2016**





## **CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA DE ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE**

### **INTERFACE DIGITAL DE ACOMPANHAMENTO DA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ALUNO: GUILHERME IGNÁCIO DE OLIVEIRA**

**ORIENTADOR: MÁRIO CÍRIO NOGUEIRA**

### **1) Introdução**

A Saúde, como área de interesse da Gestão Pública, é profícua em possibilidades de temas para propostas de projetos e melhorias de forma geral. O acompanhamento da história recente do Sistema Único de Saúde (SUS) possibilita a percepção da ocorrência de melhorias do sistema ou, ainda, possibilita percepções menos favoráveis, de acordo com a sensibilidade e formação cultural e política de cada um (CARVALHO; BARBOSA, 2010).

Portanto, utilizando as minhas percepções do sistema, que são as de um usuário eventual do SUS, no que se refere a questões de urgências ou emergências, e outras de alta complexidade e, ainda, as de um usuário contínuo dos serviços de vigilância epidemiológica e sanitária, inclusive realizando fiscalizações sanitárias, como fiscal de posturas municipais do Município de Juiz de Fora, além de futuro gestor público de organizações de saúde, proporei a construção de uma interface digital de acompanhamento da saúde da família com o intuito de dirimir as inconsistências observadas na fase inicial do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB): a fase de coleta de dados.

Mas gostaria de recorrer à memória dos tempos em que era um assíduo frequentador dos corredores dos ambulatórios centrais, menos como paciente, e mais como um impaciente acompanhante de pessoas enfermas (familiares), com lembranças que a minha memória infantil, remodelada, trouxe com aspectos de morosidade, insalubridade e entretenimento. Pois era o que restava a uma criança enquanto esperava por seis horas até a hora da consulta almejada: brincar com qualquer coisa que lhe ajudasse a passar o tempo.



Focando nos dias contemporâneos, a minha atenção se voltou para a realidade atual com a criação de unidades de saúde bem próximas às residências: as unidades básicas de saúde e policlínicas. A comodidade relacionada à distância a ser percorrida pelo usuário indubitavelmente melhorou, porém, com o aumento da complexidade e da demanda, a atenção primária também passou a carecer de elementos tais como celeridade e resolubilidade, sem falar em humanização, aconchego, receptividade. Tais locais não são ambientes de paz, são ambientes de conflito. Pelo menos no que diz respeito à disputa pelos recursos oferecidos (CARVALHO, BARBOSA, 2010).

Mas o meu tema não se refere a estas questões humanas diretamente. Muito me chamou a atenção na disciplina Gestão dos Sistemas e Serviços de Saúde oferecida na pós-graduação Gestão Pública de Organizações em Saúde, o assunto relacionado às redes de atenção à saúde pelo fato de ser um assunto que envolve diversos paradigmas e abordagens diferentes. São abordagens temáticas relacionadas à Gestão Pública, quando são focadas as redes de cooperação públicas, que são uma forma moderna de se relacionar, governar, com boa governança, imprimindo maior transparência e *accountability* às gestões (MENDES, 2011).

Analogamente, na área da ciência da computação, as redes de comunicação de dados propiciam uma experiência tecnológica que expande a percepção humana para os confins do universo. Bem, talvez não tão longe ainda, mas, com esta ideia, quis sugerir que a sutileza das tecnologias da informação, com suas interfaces se tornando cada vez mais e mais amigáveis, com toda a complexidade encapsulada, obtém-se a sensação virtual, quase real, da expansão da mente do usuário que passa com a agir como se possuísse um supercérebro.

E, portanto, nada mais lógico para os gestores públicos que estão debruçados sobre a solução dos problemas da Saúde, do que pegar tais experiências e replicá-las na sua almejada solução dos problemas públicos sugerindo redes de atenção à saúde para otimizar, melhorar e efetivar o serviço, para a obtenção dos melhores impactos sociais possíveis. E é neste ponto que entra em cena a Estratégia da Saúde da Família (ESF). Segundo Mendes (2011, p. 87):

A população de responsabilidade das redes de atenção à saúde vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em



famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos socio sanitários. Assim, a população total de responsabilidade de uma rede de atenção à saúde deve ser plenamente conhecida e registrada em sistemas de informação potentes.

Desta forma, as redes de saúde e a Estratégia Saúde da Família (ESF), que é a interface lógica do sistema, serão os assuntos na órbita dos quais serão discutidas as propostas deste trabalho. O conhecimento da população de uma rede de atenção à saúde envolve um processo complexo. O processo de territorialização, o cadastramento das famílias e sua classificação por riscos socio sanitários, não prescindem de ferramentas tecnológicas que possam incrementar e dotar o sistema com informações que possibilitem aos gestores uma melhor percepção de sua problemática (MENDES, 2011).

Para tanto, o SUS já conta com um sistema informatizado, chamado e-SUS, que é uma evolução do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) possuindo um banco de dados com informações coletadas nos domicílios abrangidos pela Estratégia de Saúde da Família, por meio do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Tais informações são coletadas em fichas de cadastramento e de acompanhamento (CARRENO et al, 2013).

A partir destas fichas, são gerados relatórios que são submetidos a análises utilizadas para a criação de diversos indicadores, permitindo que o sistema ofereça suporte operacional e gerencial aos gestores públicos da Saúde, de forma territorializada. Porém, surgem problemas relacionados ao processo de produção das informações, que muitas vezes não se completa devido às inconsistências ocasionadas pela dificuldade que os ACSs têm no preenchimento das fichas, assim como na nomeação das inúmeras variáveis e na incompreensão dos termos e patologias presentes na formatação daqueles instrumentos gráficos (CARRENO et al, 2013).

Desta forma, o SIAB, reestruturado, passando a denominar-se Estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), não logrou êxito no objetivo de ser um instrumento de reorganização das práticas de trabalho da atenção básica no que tange a captação dos dados. Isto ocorre porque há uma falha na formação dos trabalhadores para o preenchimento de fichas e elaboração de relatórios. Uma das



evidências é o conhecimento que logrei ter, *in loco*, do trabalho dos ACSs ao acompanhar, por um período, as rotinas de trabalho das equipes da ESF.

Uma das consequências das falhas observadas é a baixa confiabilidade dos dados contidos no SIAB (e-SUS) gerada pelas inconsistências no momento do preenchimento, incrementada pela falta de flexibilidade das fichas, que são a interface principal do sistema (CARRENO et al, 2013). Portanto, é pensando neste importante momento, exatamente na interação entre o agente comunitário de saúde e o sistema de informações da atenção básica, que este trabalho se desenvolverá.

Realizaremos os estudos preliminares para a sua concepção, o que servirá de base para uma implementação completa no futuro. A implementação implicará na informatização desta interface, que deverá ser instalada em palmtops ou tablets, que equiparão as equipes da ESF substituindo as inconsistentes fichas atuais.

A utilidade e a simplicidade são as chaves para que uma ferramenta tenha uma grande difusão entre os seus usuários. E este raciocínio não é diferente quando se trata de ferramentas virtuais, portanto, tecnológicas, e que utilizam processamento eletrônico em suas operações. A criação de uma interface informatizada, que terá o objetivo de equipar aos agentes comunitários de saúde, deverá ter tais estigmas.

E esta interface amigável não significará espaço de ociosidade entre os profissionais. De forma encapsulada, a interface e todo o sistema buscarão extrair as mais valiosas informações que sustentarão a rede de serviços e a tornarão um instrumento importante no processo de planejamento, de forma muito mais consistente e efetiva, transformando o serviço das pessoas em campo, agregando motivação ao mesmo.

## **2) Justificativa**

As redes de informação já são do conhecimento humano há muito tempo, desde quando surgiu a necessidade de se organizar as ações para o cumprimento de algum objetivo. Tais redes eram, e ainda são, muito comuns nos serviços de inteligência existentes desde os mais primórdios episódios de organização da sociedade humana. As redes implicam a coparticipação de diversos atores visando o aumento da sinergia para a conclusão de algum objetivo. Por outro lado, a



administração e controle de tais estruturas são atividades muito complexas (MALMEGRIN, 2010).

Com o advento das tecnologias da informação e sua junção com a eletrônica tivemos o acesso às redes estruturadas por computador. Tal assunto é amplamente estudado na ciência da computação e quando o assunto é relacionado a redes, quaisquer que sejam o seu formato e aplicação, a utilização e a abordagem auxiliadas por computação traz um novo sentido e uma nova percepção, ou percepções, ao problema trabalhado (SANTOS, 2014).

E isto não é diferente quando se trata de formação de redes básicas de saúde. Atualmente, não se pode prescindir da utilização da ciência da computação na solução dos antigos problemas da saúde, agora sob o enfoque da informática. E, ao estudar o tema, vislumbrei a possibilidade de contribuir para o elemento que julgo ser o mais frágil do sistema de informações da atenção básica, exatamente junto às fontes de dados, que são a própria razão de existir do Sistema Único de Saúde: o usuário, ou cidadão (MENDES, 2011).

Nesta fase de abordagem e de interface do sistema através da Estratégia Saúde da Família, e após observar as condições precárias dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no que tange a documentação e utilização das informações alcançadas por estes profissionais, fiquei motivado a pensar na construção de uma ferramenta de ligação entre o sistema e o usuário. A contribuição vislumbrada será a de otimização das ações de saúde e aumento da efetividade das mesmas através da análise dos dados garimpados em campo (CARRENO et al, 2013).

O sistema de informações da atenção básica está distante de seu principal ator, o usuário da saúde. O sistema SIAB, agora reestruturado como e-SUS, precisa ser alimentado para poder oferecer aos gestores os seus dados reunidos e compilados. A equipe de análise inicial do sistema decidiu pela entrada dos dados em uma fase posterior preferindo, talvez motivada por questões financeiras, criar um hiato entre as interfaces. Este sistema possui duas interfaces: uma no *front*, junto aos ACSs, em forma de fichas, e outra mais à retaguarda, com a digitação propriamente dita dos dados no computador. (BRASIL, 2015)



A série de inconsistências geradas com estas duas providências nos inspirou para a criação da proposta de aglutinar estas duas interfaces em uma única interface digital. Este problema observado gera dificuldades na operacionalização do sistema com estas duas interfaces, pois a falta de clareza no preenchimento e manuseio das fichas leva a uma baixa qualidade dos dados e, portanto, baixa qualidade na alimentação das fichas (interface 1) e baixa qualidade na digitação dos dados (interface 2) (SANTOS et al, 2014).

Uma vez substituídas pela interface digital, as fichas não serão mais preenchidas informalmente, ou de diversas maneiras diferentes por cada profissional, para suprir as suas próprias dificuldades. O sistema direcionará o profissional usuário, impedindo preenchimentos equivocados e nivelando os dados de tal forma que possibilitará uma melhor análise pelos gestores. Com a interface digital, não haverá a necessidade da fase de digitação dos dados no computador, sendo que estes poderão ser descarregados diretamente no sistema através dos arquivos gravados nas interfaces digitais (CARRENO et al, 2013).

Outra vantagem desta interface digital será a possibilidade de oferecer os necessários feedbacks aos agentes de campo das informações coletadas. Este aspecto gera um importante fator motivacional quando o ACS percebe a importância de sua tarefa, proporcionando, ainda, a possibilidade do aumento dos esforços para incrementar naquilo que ele próprio conseguir inferir como ponto fraco em sua atuação (SANTOS et al, 2014).

Mais uma vantagem será o aumento do escopo de opções de preenchimento, eliminando a inflexibilidade e limitação das fichas de papel ampliando, por exemplo, o horizonte de doenças e de condições referidas, o que uma ficha estática não permitiria. Desta forma, novos temas poderão ser inseridos como, por exemplo, indicadores específicos para as demandas da saúde mental, além de novas características ambientais diferentes das usuais relacionadas ao saneamento básico, com coleta de esgoto, água encanada, etc (CARRENO et al, 2013).

### **3) Objetivo Geral**

Desenvolver as bases de uma interface digital para a coleta de dados referentes a um grupo populacional de determinadas regiões urbanas para equipar



os Agentes Comunitários de Saúde e subsidiar o planejamento das ações de saúde regionais auxiliando como um mecanismo de gestão.

#### 4) Objetivos Específicos

- Mapear os campos de preenchimento das fichas
- Levantar as instâncias possíveis para preenchimento dos campos
- Criar banco de dados com registros relacionados aos dados das fichas
- Realizar cadastramento geográfico da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família.
- Realizar cadastramento dos dados pessoais referentes às pessoas integrantes dos núcleos familiares da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família.
- Realizar o cadastramento dos dados referentes às doenças transmissíveis e doenças e agravos não transmissíveis para o cálculo das taxas de incidência e das taxas de prevalência
- Realizar o acompanhamento do tratamento de enfermos encaminhados à atenção secundária

#### 5) Metodologia/Detalhamento do projeto

A interface lógica em questão será criada através de um processo de reengenharia analisando um instrumento já existente e transformando-o em instrumento digital que poderá equipar *palmtops* ou outros aparelhos portáteis, para substituição das arcaicas fichas/planilhas de levantamento de dados para o SIAB (e-SUS). Para o desenvolvimento da análise do software que advirá destes estudos será necessário o cumprimento das seguintes etapas:

##### 5.1 – Participação Popular

Atualmente, em qualquer projeto relacionado a políticas públicas e/ou de gestão pública, a participação popular é fundamental. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é, originariamente, um programa de ação social no qual o contato com a comunidade é o cerne de seu desenvolvimento. Portanto, uma consulta/pesquisa junto às comunidades se fará necessária para se conhecer o que a comunidade espera do programa, do Estado, com relação à saúde e que tipo de informações





gostaria de passar relacionada ao *feedback* que gostariam de obter. A comunidade, então, é participante direta da intervenção.

## 5.2 – Recursos Humanos

Podemos elencar os profissionais do setor primário, especialmente os agentes comunitários de saúde e os gestores da rede. Além destes, será necessária a participação de uma equipe multidisciplinar, composta por técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, etc) usuários-cidadãos, usuários-servidores e gestores que farão a transformação das informações colhidas na parte preliminar de estudos de viabilidade iniciando, em seguida, o planejamento.

A equipe multidisciplinar será a “visão além do alcance” do projeto. Estes profissionais unidos terão a incumbência de aumentar o alcance das informações colhidas. A multidisciplinaridade permitirá a percepção de nuances possivelmente não captadas por um só profissional de determinada especialidade científica.

## 5.3 – Recursos Materiais

O material utilizado, do ponto de vista físico, será composto por: recursos humanos, computadores, notebooks, tablets, impressoras, telefones celulares e locais para reuniões. Do ponto de vista lógico, serão necessários sistemas operacionais, editores de texto, planilhas eletrônicas, bancos de dados e compiladores de linguagens de computação. Por quê? Para a construção de sistemas informatizados, estes são os materiais necessários.

Seguem as etapas do Plano de Ação:

### 1ª Etapa - Definição do Problema

A definição do problema consiste na realização de uma avaliação local da utilização dos dados obtidos, comparando os dados enviados com o *feedback* retornado. A análise dos impactos da rede de atenção de saúde no que tange a sua efetividade e capacidade de articulação entre os diversos níveis de atenção através das ações de referência e contrarreferência. Faz parte da iniciativa para a construção de um sistema que aprimore a forma como os agentes comunitários de saúde atuam em sua jornada diária pelos lares das comunidades sob sua responsabilidade, a hipótese de que este serviço poderá ser melhorado quando tiverem em mãos instrumentos mais eficazes e com maior alcance e maneabilidade.



A prova desta hipótese é que tais instrumentos não existem ou são incipientes, manuais e com grande capacidade de perda de informações. Portanto, o problema é a ineficácia com que o nível primário obtém os dados das comunidades e desarticulação com os demais níveis de atenção.

## 2ª Etapa – Estudo de viabilidade

Neste ponto serão verificadas as fronteiras e determinados os escopos que o sistema abarcará. A viabilidade diz respeito aos alcances pretendidos. Um sistema complexo demais seria inviável. O equilíbrio entre as necessidades e as disponibilidades, o que inclui prazos e efetividade serão verificados nesta etapa.

No estudo de viabilidades estarão incluídas, também, as entrevistas que serão realizadas com a comunidade e com os profissionais do setor primário. Tais entrevistas são primordiais para o estabelecimento de uma perspectiva do problema.

## 3ª Etapa - Planejamento

### 1º Passo - Estudo do processo atual

Neste primeiro instante serão estudados todos os procedimentos utilizados pelo atual processo de obtenção de dados. Segundo Kushnir (2010), é necessário o apoio de um arcabouço legal para a definição do que fazer. Em se tratando de ações públicas voltadas para a saúde, consubstanciadas nas ações da Estratégia Saúde da Família, as diretrizes utilizadas por este programa formam o ponto de partida para a criação do sistema informatizado.

Tais diretrizes são as normas necessárias para definir as demais ações. Não necessariamente tais normas precisam ter o formato legal, ou seja, formato de instrumentos jurídicos. As normas podem consistir de procedimentos científicos consagrados tais como os estudos utilizados pela Epidemiologia. Como o nível básico tem o contato direto com a cidadania e suas mazelas, a utilização dos conhecimentos desta ciência será primordial.

### 2º Passo - Estudo das Demandas e Perfis Epidemiológicos

Neste momento, as demandas da comunidade serão analisadas comparando-as com as estratégias e os recursos disponíveis até então. Tais demandas se encaixam e se correlacionam com as macrodiretrizes do sistema? É possível a sua adequação ou são improcedentes na realidade almejada? As respostas a estas perguntas balizarão a construção do sistema.



### 3º Passo - Definição das Variáveis e Dados a Serem Buscados

Neste momento, serão definidas as informações que serão buscadas pelo sistema e serão definidas as estratégias especiais para, por exemplo, a instrumentação das linhas de cuidado. Tais linhas de cuidado serão projetadas de acordo com o perfil epidemiológico pré-existente. Um novo perfil epidemiológico deverá ser buscado e realimentado pelo sistema. Para tanto, o sistema deverá ser apto a realizar pesquisas descritivas e analíticas. As necessidades para a formação de um perfil epidemiológico são exatamente as informações principais que o sistema buscará atingir.

### 4º Passo - Análise do Sistema

Esta é uma parte exclusivamente tecnológica e fundamental para a criação de um sistema informatizado. Todos os estudos feitos até aqui servirão de base para esta fase. Nesta fase serão necessárias diversas reuniões com o pessoal diretamente envolvido com o sistema, em todos os níveis para a criação lógica do software. Fazendo uma comparação com outros setores, como a engenharia, por exemplo, este momento seria como a construção da maquete. Como não é possível este nível de abstração nas ciências da computação, o analista deve fazer uso de outras ferramentas gráficas.

### 5º Passo - Montagem do Banco de Dados

A esta altura já estarão definidas as informações a serem buscadas, então será iniciada a criação do banco de dados.

### 4ª Etapa – Implementação

Neste ponto será realizada a programação do sistema propriamente dita.

### 5ª Etapa – Teste

Neste ponto o sistema será testado.

### 6ª Etapa – Treinamento

Com o sistema pronto para ser usado, será iniciada a fase de treinamento com as equipes da ESF.

## 6 – Resultados Esperados

Com a implementação da nova interface lógica, espera-se que ele se torne um equipamento indispensável que acompanhará as equipes da Estratégia

Saúde da Família em sua missão diária. E, a partir da análise dos dados colhidos, se obterá uma visão mais acurada da realidade epidemiológica, social e da saúde do núcleo comunitário envolvido, facilitando e permitindo aos gestores públicos um diagnóstico mais acurado, o que facilitará uma melhor alocação de recursos e a intervenção necessária e suficiente para permitir ao enfermo a recuperação de sua saúde e, muito antes disso, prevenir, dentro das capacidades humanas a incidência de novos casos.

## 7 - Cronograma

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO									
Item	Atividade	Períodos (meses)							
		1	2	3	4	5	6	7	8
1	Definição do Problema	x							
2	Estudo de Viabilidade		x						
3	Estudo do Processo Atual		x						
4	Estudo das Demandas		x						
5	Estudo dos Perfis Epidemiológicos		x						
6	Definição das Variáveis e Dados			x					
7	Análise do Sistema				x				
8	Montagem do Banco de Dados					x			
9	Implementação						x		
10	Testes							x	
11	Treinamento							x	
12	Monitoramento	x	x	x	x	x	x	x	
13	Avaliação								x

## 8 – Orçamento

ORÇAMENTO PROPOSTO				
ITEM	ESPECIFICAÇÃO	QUANTIDADE	UNITÁRIO	TOTAL
1	Papel ofício A4 (pacote com 500 folhas)	5	R\$ 13,00	R\$ 65,00
2	Caneta esferográfica cor azul (caixa com 50 unidades) cor vermelha (cx. com 50 unid. )	1 1	R\$ 25,00 R\$ 25,00	R\$ 25,00 R\$ 25,00
3	Computador Desktop, HD 1 TB, Monitor 20", Processador Intel Quad Core 2, Q 9550, 2,83 GHz	3	R\$ 2.000,00	R\$ 6.000,00
4	Notebook (Intel Dual Core 4GB 500GB Tela LED 14" Windows 8.1)	2	R\$ 1.039,00	R\$ 2.078,00
5	Datashow – Qualquer configuração	1	R\$ 0,00 (disponível)	R\$ 0,00
6	Pacote de Software (Sistema Operacional, Planilhas, Banco de Dados, Compilador	5	R\$ 5.500,00	R\$ 27.500,00
7	Médico PSF (horas trabalhadas por mês) por 2 meses	80	R\$ 46,00	R\$ 3.600,00
8	Analista de Sistema (horas trabalhadas por mês) por 8 meses	1280	R\$ 25,00	R\$ 32.000,00
9	Agente Comunitário de Saúde ESF (horas trabalhadas por mês) por 2 meses	320	R\$ 5,00	R\$ 1.600,00
10	Gestor Público (Horas trabalhadas por mês) por 8 meses	80	R\$ 30,00	R\$ 2.400,00
11	Total			R\$ 75.293,00

### Detalhamento da Participação dos Recursos Humanos

Com relação aos recursos humanos, temos que o **analista de sistemas** participará de todas as fases relacionadas no cronograma, correspondentes aos itens 1 ao 13 sendo, então, necessárias 1280 horas (em jornadas de oito horas por dia e cinco dias por semana, por oito meses). Por sua vez, o **médico** necessitará participar das fases correspondentes aos itens 1 a 5 previstos no cronograma (em jornada de duas horas por dia, cinco dias por semana, por dois meses) perfazendo 80 horas. Já o **agente comunitário de saúde** será importante a partir das fases correspondentes aos itens 11, 12 e 13 do cronograma (em jornadas de oito horas por dia, cinco dias por semana, por dois meses) totalizando 320 horas. O **gestor público** participará da fase denominada como estudo de viabilidade e da fase de avaliação, itens 2 e 13, por dois meses (duas horas por dia, por cinco dias por semana).

### Público-Alvo:

População estimada em 15.000 habitantes do bairro Progresso da cidade de Juiz de Fora.

### Origem dos Recursos:

- Orçamento da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora;
- Convênio com a Secretaria de Estado de Saúde do Governo de Minas Gerais;



- Convênio com o Ministério da Saúde.

## 9 - Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. **e-SUS Atenção Básica, Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada – CDS (Versão 2.0)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CARRENO, Ioná et al. Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): uma revisão integrativa. **Ciência e Saúde Coletiva** Rio de Janeiro v. 20 nº 3, mar., 2015.

CARVALHO, Antônio Ivo de; BARBOSA, Pedro Ribeiro **Políticas de Saúde: Fundamentos e Diretrizes do SUS**. Brasília: CAPES/UAB, 2010.

MALMEGRIN, Maria Leonídia. **Redes Públicas de Cooperação em Ambientes Federativos**. Brasília: CAPES/UAB, 2010.

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

SANTOS, Carla Nogueira et al. Sistema de Informação da Atenção Básica: revisão integrativa de literatura. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**. Rio de Janeiro v. 6 nº 1, jan./mar., 2014.

KUSCHNIR, Rosana Chigres et al. **Gestão dos Sistemas e Serviços de Saúde**. Brasília: CAPES/ UAB, 2010.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO

**Curso de Especialização em Gestão Pública de Organização e  
Serviços de Saúde - PNAP**

**Termo de Declaração de Autenticidade de Autoria**

Declaro, sob as penas da lei e para os devidos fins, junto à Universidade Federal de Juiz de Fora, que meu Trabalho de Conclusão de Curso (projeto de intervenção) do Curso de Especialização em Gestão Pública de Organização e Serviços de Saúde - GPOS - é original, de minha única e exclusiva autoria. E não se trata de cópia integral ou parcial de textos e trabalhos de autoria de outrem, seja em formato de papel, eletrônico, digital, audiovisual ou qualquer outro meio.

Declaro ainda ter total conhecimento e compreensão do que é considerado plágio, não apenas a cópia integral do trabalho, mas também de parte dele, inclusive de artigos e/ou parágrafos, sem citação do autor ou de sua fonte.

Declaro, por fim, ter total conhecimento e compreensão das punições decorrentes da prática de plágio, através das sanções civis previstas na lei do direito autoral e criminais previstas no Código Penal, além das cominações administrativas e acadêmicas que poderão resultar em reprovação.

Juiz de Fora, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
NOME LEGÍVEL DO ALUNO (A)

\_\_\_\_\_  
Matrícula

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

\_\_\_\_\_  
CPF

\_\_\_\_\_  
<sup>1</sup> LEI N° 9.610, DE 19 DE FEVEREIRO DE 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências.

<sup>2</sup> Art. 184. Violar direitos de autor e os que lhe são conexos: Pena - detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano, ou multa.







Universidade Federal de Juiz de Fora  
Comissão de Trabalho de Conclusão de Curso - CTCC  
Curso de Especialização PNAP



## ATA DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

+++PREENCHA EM LETRA DE FORMA+++

Ata de defesa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do curso de ESPECIALIZAÇÃO PNAP da Universidade Federal de Juiz de Fora, realizada no Pólo UAB,  Pólo Ilícinea  Pólo Ubá.

<b>Exame:</b>	DATA	HORA
<b>Curso</b>	<input type="checkbox"/> GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL	<input type="checkbox"/> GESTÃO PÚBLICA DE ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE
<b>Aluno:</b>		
<b>Orientador:</b>		

Banca Examinadora:

NOME COMPLETO	INSTITUIÇÃO/CARGO

Título do Trabalho de Conclusão de Curso:


De acordo com as normas do Curso de Especialização PNAP da Universidade Federal de Juiz de Fora, aprovadas pela Comissão de Trabalho de Conclusão de Curso (CTCC), o aluno submeteu seu **Trabalho de Conclusão de Curso** em forma escrita e oral, sendo, após exposição de cerca de \_ \_ \_ \_ minutos, argüido oralmente pelos membros da banca, tendo tido como resultado:

- Aprovação por unanimidade.
- Aprovação somente após satisfazer as seguintes exigências solicitadas pela banca e no prazo estipulado pela mesma (não superior a trinta dias).

- Reprovação.

Documentos anexados a esta ata durante a apresentação:

- Declaração de autenticidade
- Ficha de Avaliação
- Projeto Final impresso assinado pelo aluno

Na forma regulamentar foi lavrada a presente ata que é abaixo assinada pelos membros da banca na ordem acima determinada e pelo candidato.

Banca Examinadora: (assinatura)

Juiz de Fora , de de

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Candidato: (assinatura)

\_\_\_\_\_



**Curso de Especialização em Gestão Pública de Organização e  
Serviços de Saúde - PNAP**

**Termo de Declaração de Autorização para Publicação**

Eu,..... autorizo a  
publicação do projeto de intervenção intitulado:  
.....  
.....

Declaro estar ciente dos itens presentes na LEI Nº 9.610, DE 19 DE FEVEREIRO DE 1998 (DIREITOS AUTORAIS), responsabilizando-me por quaisquer problemas relacionados a questões de PLÁGIO.

Autorizo, ainda, a revisão do texto, conforme os padrões ortográficos e editoriais adotados pelo Centro de Educação a Distância da UFJF, além da aplicação de sua padronização e identidade visual.

Declaro que o trabalho supra é de minha autoria, assumindo publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo.

Estou ciente de que não obterei nenhuma remuneração ou lucro de nenhuma espécie com esta publicação, bem como, de que não me serão devidos direitos autorais decorrentes da dela.

Por ser verdade, firmo o presente e dou fé.

Juiz de Fora, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
NOME LEGÍVEL DO ALUNO (A)

\_\_\_\_\_  
Matrícula

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

\_\_\_\_\_  
CPF