

DISPOSITIVOS CONSTITUINTES DA GESTÃO EM SAÚDE:

da avaliação à tecnologia para
mudança das práticas

MARIA SALETE BESSA JORGE
MARDÊNIA GOMES FERREIRA VASCONCELOS



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

REITOR

José Jackson Coelho Sampaio

VICE-REITOR

Hidelbrando dos Santos Soares

EDITORA DA UECE

Erasmio Miessa Ruiz

CONSELHO EDITORIAL

Antônio Luciano Pontes	Lucili Grangeiro Cortez
Eduardo Diatahy Bezerra de Menezes	Luiz Cruz Lima
Emanuel Ângelo da Rocha Frago	Manfredo Ramos
Francisco Horácio da Silva Frota	Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Francisco Josênio Camelo Parente	Marcony Silva Cunha
Gisafran Nazareno Mota Jucá	Maria do Socorro Ferreira Osterne
José Ferreira Nunes	Maria Salete Bessa Jorge
Liduina Farias Almeida da Costa	Silvia Maria Nóbrega-Therrien

CONSELHO CONSULTIVO

Antônio Torres Montenegro UFPE	Maria do Socorro Silva Aragão UFC
Eliane P. Zamith Brito FGV	Maria Lírida Callou de Araújo e Mendonça UNIFOR
Homero Santiago USP	Pierre Salama Universidade de Paris VIII
Ieda Maria Alves USP	Romeu Gomes FIOCRUZ
Manuel Domingos Neto UFF	Túlio Batista Franco UFF

DISPOSITIVOS CONSTITUINTES DA GESTÃO EM SAÚDE: da avaliação à tecnologia para mudança das práticas

MARIA SALETE BESSA JORGE
MARDÊNIA GOMES FERREIRA VASCONCELOS

1ª Edição

Fortaleza - CE

2018



Dispositivos constituintes da gestão em saúde: da avaliação à tecnologia para mudança das práticas

© 2018 *Copyright by* Maria Salete Bessa Jorge e Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos

Impresso no Brasil / Printed in Brazil
Efetuado depósito legal na Biblioteca Nacional

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE
Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Reitoria – Fortaleza – Ceará
CEP: 60714-903 – Tel: (085) 3101-9893
www.uece.br/eduece – E-mail: eduece@uece.br

Editora filiada à



Coordenação Editorial

Erasmus Miessa Ruiz

Diagramação e Capa

Narcelio Lopes

Revisão de Texto

Lorna Etiene Castelo Branco Reis

Ficha Catalográfica

Lúcia Oliveira CRB - 3/304

D612 Dispositivos constituintes da gestão em saúde da avaliação à tecnologia para mudança das práticas / Organizado por Maria Salete Bessa Jorge, Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos. - Fortaleza: EdUECE, 2018. 330 p.: il. ISBN: 978-85-7826-679-0

1. Gestão em saúde. 2. Serviços de saúde. 3. Saúde coletiva. I. Jorge, Maria Salete Bessa. II. Vasconcelos, Mardênia Gomes Ferreira. II. Título.

CDD: 362.11

PREFÁCIO

A gestão em saúde tem ocupado espaços de discussão, recentemente, devido a sua importância no desenvolvimento de cuidados em saúde compatíveis com as necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Desse modo, ao considerar o sistema público de saúde, vários desafios para a gestão são apresentados como gerência de gastos, materiais bem como o monitoramento e avaliação de diferentes práticas, serviços e políticas de saúde.

A gestão em saúde pode ser considerada uma subárea do campo da saúde coletiva, por isso possui o compromisso no reconhecimento sócio-cultural do processo saúde-doença bem como na contribuição no desenvolvimento social e da qualidade de vida.

Ademais, a gestão em saúde deve ser desenvolvida de acordo com os princípios doutrinários do SUS de universalidade, equidade e integralidade. Nesse sentido, a prática da gestão deve estar de acordo com a ideia de saúde como um direito universal, buscando assegurar a inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado por meio da promoção da participação social.

Ao considerar a integralidade, a gestão em saúde deve organizar suas práticas por meio de “horizontalização” dos programas anteriormente verticais a fim de superar a fragmentação das práticas nos serviços de saúde. Essa nova forma de organização significa considerar o usuário do sistema de saúde como um ser integrado e histórico.

Em conformidade a essas considerações, o livro abrange a gestão em saúde em diferentes níveis de atenção em saúde, discutindo desde a realidade da APS até o contexto hospitalar em diálogo com temas relacionados à educação em saúde, às políticas bem como às ferramentas de gestão. A judicialização da saúde também é discutida nesse livro no sentido dos novos desafios que são colocados à gestão na atualidade.

Ressalta-se também a pluralidade metodológica que contempla métodos quantitativos e qualitativos nas discussões abordadas no livro, possibilitando uma ampla visão sobre a gestão em saúde.

Diante do exposto, o livro busca discutir a gestão em saúde por meio de evidências científicas e contribuições teórico-analíticas, abordando o uso de tecnologias como ferramenta de gestão e a avaliação como norteadora da gestão.

Desse modo, desejo a você, caro leitor, uma excelente reflexão e uma boa leitura!

Milena Lima de Paula

INTRODUÇÃO

Marluce Maria Araújo Assis

REFLEXÕES INICIAIS....

O livro aposta na análise da gestão em saúde, em diferentes níveis de atuação no Sistema Único de Saúde (SUS), envolvendo eixos orientadores relacionados à educação, às políticas especiais (com diversas linhas de cuidado e programas específicos), às ferramentas de gestão no macro e microespaços institucionais, com trabalhos de campo e relatos de experiência na porta de entrada do sistema, situada na Atenção Primária à Saúde (APS), e no âmbito hospitalar. Aponta, também, a judicialização como sinalizadora de discussão sobre o modo como tem sido operada a gestão em saúde.

Cabe lembrar e resgatar que, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei 8080/90, representou um grande marco na atenção à saúde e uma grande conquista para a população brasileira. A saúde passa a ser considerada como um direito universal a ser garantido pelo Estado, incorporando um novo conceito de saúde, que contraria o antigo conceito de “o estado de não doença”. A saúde, então, seria resultado das condições de moradia, saneamento básico, alimentação, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e outros (BRASIL, 1990).

Para tanto, o SUS possui um arcabouço institucional que contempla princípios doutrinários e organizacionais. Assim, dentre os princípios doutrinários, são destacados a universalidade, a equidade e a integralidade nos serviços e nas ações de saúde; já os seus prin-

cípios organizacionais, consistem na descentralização, regionalização e hierarquização da rede de serviços e participação social (BRASIL, 2000).

A gestão em saúde tem sido marcada por um modelo fragmentado, em dissonância com os fundamentos do SUS, conforme aponta Campos *et al.* (2015, p.339): “é a hegemonia da racionalidade empresarial que tende a invadir o espaço do SUS, que deveria funcionar segundo uma racionalidade pública”.

Nesse sentido, é fundamental avançarmos na construção de sistemas de saúde resolutivos, pois envolve as demandas/necessidades dos usuários, famílias e grupos da comunidade. Isto requer definição de políticas com planejamento e gestão competentes e responsáveis e o uso de indicadores quantitativos e qualitativos para avaliar a estrutura dos serviços, os processos de produção do cuidado, com apresentação de resultados que retratem a resolubilidade da atenção. Isso permite valorizar adequadamente, o trabalho das equipes de saúde que respondam, de fato, as necessidades da população.

O SUS, portanto, representou um contexto favorável a processos de reforma do modelo de gestão em saúde, no qual se insere a Atenção Primária à Saúde (APS) e como parte desta a Estratégia Saúde da Família (ESF). Inicialmente formulado como um programa vertical orientado a populações de risco, em um segundo momento, passou a ser considerado pelo governo brasileiro a principal estratégia reordenadora do modelo de saúde. Além de promover maior acesso à APS, a ESF incorporou, entre suas diretrizes, o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, maior participação social e intersetorialidade, aliadas à definição de “porta de entrada” e à formação de equipe multiprofissional (BRASIL, 2006; ASSIS *et al.*, 2010; ASSIS; ALMEIDA, 2014; ASSIS, 2015).

A APS, definida a partir da Declaração de Alma Ata, foi considerada portadora de cuidados fundamentais que deveriam ser garantidos a todos dentro de uma lógica de prevenção, reabilitação e de articulação com os demais níveis de atenção, capaz de garantir o acesso e a utilização dos serviços demandados, o que aproximaria instituições de saúde e comunidade.

Em 2011, o Brasil lançou, através do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), com o objetivo de induzir a ampliação da capacidade da gestão tripartite (federal, estadual e municipal) do SUS e ampliação da oferta e qualidade dos serviços de APS, em face das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2012).

O PMAQ instituiu recursos financeiros adicionais para os municípios participantes, os quais estão condicionados ao alcance de padrões de acesso e de qualidade, e se operacionaliza em ciclos de adesão/contratualização, desenvolvimento e avaliação externa. A conclusão do primeiro ciclo de avaliação do PMAQ se deu em agosto de 2012, incluindo mais de 16 mil equipes de atenção básica, em 3700 municípios (ALELUIA; ALMEIDA; MEDINA, 2015), sendo esta iniciativa especialmente focada na estratégia Saúde da Família, modelo predominante de APS no SUS (CECÍLIO *et al.*, 2012).

Após período de ampla expansão da ESF, principalmente a partir dos anos 2000, ainda são incipientes, na maior parte dos municípios, medidas para alcançar melhor a coordenação. A ausência de integração da rede, associada à oferta insuficiente, repercute negativamente no acesso aos serviços especializados, considerados o grande gargalo do SUS (ALMEIDA *et al.*, 2010).

Nesse sentido, as análises traduzidas em alguns trabalhos de pesquisa no Brasil, como o de Giovanella *et al.* (2009), mostram que os serviços de atenção primária têm se configurado como importante fonte de cuidado regular e porta de entrada preferencial nos municípios estudados. Mais de 70% (em Belo Horizonte, 85%) das famílias cadastradas buscam o mesmo serviço de saúde para assistência ou prevenção de saúde. Dentre estes, indicaram como serviço de primeiro contato e procura regular o centro de saúde e/ou a unidade de SF: 75% (Belo Horizonte), 70% (Vitória), 70% (Aracaju) e 50% (Florianópolis).

Reconhece-se, em outras produções (CUNHA; GIOVANELLA, 2011, entre outros), que os incentivos governamentais para a implantação de equipes do PSF, sem dúvida, promoveram ampliação da oferta de atenção primária na maioria dos municípios brasileiros.

Torna-se pertinente, no entanto, refletir se existe, por parte da população adscrita, o real reconhecimento das unidades de PSF como fonte regular de cuidados ou se a utilização da unidade é simplesmente pela restrição de opções, o que poderia implicar a não adesão às recomendações terapêuticas e, ainda, a busca de serviços de emergência para tratamento de agravos passíveis de intervenção pela equipe de atenção primária.

O trabalho de Assis *et al.* (2010), entre outros, tomaram como base as categorias teóricas de APS de Starfield (2001): acesso, acolhimento, vínculo, coordenação e orientação para a comunidade analisar a produção do cuidado na ESF. Os autores apontam a necessidade de construir análises qualitativas do processo, no sentido de derrotar o conformismo social, e garantir acesso universal e equitativo no atendimento às necessidades da população. Ou seja, urge enfrentar os obstáculos e fazer um SUS melhor.

Portanto, o livro se alinha às premissas apontadas acima, trazendo evidências teórico-empíricas sobre o uso de tecnologias como ferramenta de gestão e a avaliação como balizadora da gestão, indicando experiências relacionadas aos processos de gerenciamento e acreditação hospitalar, gestão do cuidado em serviços específicos como hematologia, judicialização da saúde em dois cenários cearenses, entre outras temáticas.

Ressalta-se, no entanto, que transversaliza a discussão nos capítulos deste livro os compromissos e a responsabilização com o SUS, que se organiza a partir da APS como porta de entrada preferencial e os outros níveis de atenção (com ênfase no hospital), com a preocupação de evidenciar pesquisas empíricas e relatos de experiência com o modo como opera ferramentas que possibilitem a avaliação contínua e permanente dos serviços, na construção de um sistema resolutivo.

AVALIAÇÃO COMO NECESSÁRIA NA PRÁTICA DOS SERVIÇOS E SISTEMAS DE SAÚDE

O hábito de avaliar programas e projetos sociais com métodos e técnicas científicas tornou-se mais frequente após a Segunda Guerra Mundial, em países centrais do capitalismo, devido ao maciço investimento em políticas públicas de bem-estar social. Nos últimos setenta anos, a avaliação passou a fazer parte de investimentos teóricos e práticos, visando à maior eficiência e efetividade das ações (MINAYO *et al.*, 2005).

Donabedian (1980) foi um dos autores que demarcou a necessidade de avaliação das práticas de saúde, ao discutir as influências do contexto organizacional na definição da qualidade do cuidado, distinguindo quatro tipos de organização dos provedores do cuidado médico: profissional individual; diversos profissionais; uma equipe organizada; um plano; instituição ou sistema.

Por outro lado, as características ou atributos das práticas de saúde e da sua organização social podem ser agrupados da seguinte maneira:

a) relacionados com a disponibilidade e distribuição social dos recursos (cobertura, acessibilidade e equidade); b) relacionados com o efeito das ações e práticas de saúde implementadas (eficácia, efetividade e impacto); c) relacionados com os custos das ações (eficiência); d) relacionados com a adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente (qualidade técnico-científica); e) relacionados à percepção dos usuários sobre as práticas (satisfação dos usuários, aceitabilidade). Todos são aspectos importantes que devem ser considerados nas avaliações de programas e estratégias políticas para reformulação das práticas de saúde (DONABEDIAN, 1980).

Para Donabedian (1990) eficácia significa o efeito potencial ou o efeito em determinadas condições experimentais. Já a efetividade e o impacto traduziriam o efeito real num sistema operacional. A eficiência corresponde às relações entre custos e resultados, ou entre resultados e insumos.

Contandriopoulos *et al.* (2000), com vasta experiência de avaliação da gestão em serviços da realidade canadense, delimitam muito bem que uma intervenção em saúde, qualquer que seja, pode sofrer dois tipos de avaliação: a avaliação normativa, que busca estudar cada um dos componentes da intervenção em relação a normas e critérios; e uma pesquisa avaliativa, que examina as relações entre os diferentes componentes de uma intervenção através de procedimento científico. A pesquisa avaliativa analisa a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e o contexto na qual ela está inserida, considerando as perspectivas dos diferentes atores envolvidos no processo.

A avaliação tradicional de políticas ou programas sociais, incluindo os de saúde, geralmente trabalha com instrumentos quantitativos que analisam a estrutura, o processo e o resultado dos programas.

Para Donabedian (1984) entende-se por estrutura as características relativamente estáveis dos provedores da atenção, os instrumentos e recursos que têm ao seu alcance e os lugares físicos e organizacionais onde trabalham. Incluem-se aí os recursos humanos, físicos e financeiros de que necessitam para proporcionar a atenção. Já o processo pode ser compreendido como a série de atividades desenvolvidas entre profissionais de saúde e pacientes durante as etapas do cuidado. Quanto aos resultados, um programa pode ter vários objetivos, como a cura de uma doença ou interrupção de sua progressão, restauração da capacidade funcional ou alívio da dor.

A importância da avaliação em sistemas e serviços de saúde vem sendo ressaltada em diversos momentos da discussão das políticas de saúde e práticas em serviços, evidenciada pelo crescente volume de encontros científicos de saúde pública em diversos cenários internacionais, traduzindo-se em movimentos institucionais dirigidos a inserir a prática da avaliação no planejamento e na implementação de programas e ações na área da saúde. Essa tendência está inserida em alguns países, com uma prática institucionalizada de avaliação de sistemas e serviços de saúde, cujos resultados contribuem para as decisões políticas e práticas de saúde (CARVALHO; NOVAES, 2004).

A avaliação constitui um campo específico de conhecimento, com a utilização de métodos e técnicas diversificadas e, por isso, já desenvolveu uma diversidade de instrumental metodológico que permite abordar totalidades mais complexas, tais como sistemas nacionais e locais de saúde, estratégias e práticas profissionais. Para o presente trabalho, buscam-se análises das diferentes práticas, em especial, a Enfermagem de Saúde Coletiva.

Com relação a este aspecto, o Relatório *Health Promotion Evaluation: Recommendations to Policymakers* aponta a necessidade de desenvolver estratégias avaliativas que ultrapassem as fronteiras da prática tradicional em saúde, centradas no biológico e na prevenção de doenças (WHO, 1998).

Dessa forma, estabelece que, para uma avaliação de programas de saúde ser apropriada, deve considerar os seguintes aspectos: participação, que deve envolver, de maneira apropriada e em todos os estágios da avaliação, a totalidade daqueles que têm interesse legítimo na iniciativa que está sendo avaliada; uso de múltiplos métodos e de vários campos disciplinares, lançando mão de diversificados procedimentos na coleta de dados, assegurando o alcance de um *mix* de informações relacionadas ao processo e ao resultado; capacitação, que deve avaliar a capacidade de indivíduos, organizações e governos no campo da avaliação e no equacionamento de problemas relevantes; e adaptabilidade (*appropriateness*), que avalia a flexibilidade e a adaptação da proposta à realidade local, levando em conta a natureza complexa da intervenção e o seu impacto de longo prazo.

Na Europa, os modelos de avaliação utilizados a partir da década de 90, do século passado, tem uma aderência às propostas tradicionais pautadas em indicadores epidemiológicos e vinculadas a uma sistematização dos serviços de saúde, com experiência significativa na análise de competência profissional, voltadas para os diferentes níveis de complexidade do sistema (HOYOS – ALONSO *et al.*, 2016) e avaliação de indicadores de satisfação das pessoas em relação ao atendimento recebido nas unidades de saúde (FERNANDEZ *et al.*, 1996).

Dessa maneira, o continente europeu tem acumulado experiências em instrumentos de avaliação para a APS como o SOAPC (com-

munication, decision making, stress, history of change) que avalia os atributos organizacionais; o TACT (The Teamwork in assertive community treatment) que avalia o papel dos processos das equipes no desempenho do tratamento comunitário; e instrumentos que avaliam as relações da equipe de saúde com os usuários, frente à continuidade em diferentes níveis de atenção, o CCAENA (*continuidad asistencial entre niveles desde la perspectiva del usuario*) (VELÉZ, GIRALDO, 2015).

Em relação à porta preferencial do sistema de saúde, tem-se adotado as dimensões de análise proposta por Starfield (2001): acesso, porta de entrada, vínculo, coordenação dos serviços, contexto familiar e orientação para a comunidade, relacionando-as à capacidade dos serviços (estrutura), desempenho (processos) e respostas objetivas às demandas dos usuários e famílias (resultados). (VILLALBÍ *et al.*, 2003).

No contexto do Brasil, a utilização de processos de avaliação dos serviços de saúde é recente e muito tímida, no entanto, na década de 90 e a partir dos anos 2000, observou-se um incremento nas práticas de avaliação, perceptível pela grande quantidade de produções científicas produzidas nesse período, com abordagens mais tradicionais que valorizam dimensões e indicadores quantitativos (HARTZ, 2000; CONTADRIPOULOS *et al.*, 2000, entre outros) e abordagens com enfoque qualitativo, ainda pouco utilizado, mas inserindo-se como alternativa para a avaliação de programas sociais, serviços e práticas de saúde (MINAYO *et al.*, 2005; BOSI; MERCADO- MARTINEZ, 2010) entre outros.

Na perspectiva quantitativa, o trabalho de Macinko e colaboradores (2003, 2007) foi um marco no processo de avaliação da APS, utilizando as dimensões de Starfield, referidas acima, e foi disparador para a utilização do instrumento em vários cenários do país. A referida metodologia foi adotada para avaliar a produção do cuidado na Estratégia Saúde da Família em 07(sete) municípios da Bahia, buscando analisar o acesso aos serviços de saúde, acolhimento, vínculo, responsabilização, linhas de cuidado, orientação para a comunidade e a formação profissional (ASSIS *et al.*, 2010). O estudo permitiu tra-

çar um mapeamento da estratégia, mas apresentou limitações em relação ao aprofundamento das subjetividades das práticas e das relações. Mas, como instigam Minayo e colaboradores (2005), a avaliação não é um evento isolado, mas sim, um processo que integra avaliadores e avaliados na busca do comprometimento e do aperfeiçoamento dos indivíduos, grupos, programas e instituições. E, nesse sentido, é necessária uma abordagem compreensiva (subjetiva) no processo avaliativo. Nesta linha, refere-se à emergente construção de outras formas de abordagem na avaliação para quebrar com o modelo quantitativo predominante e incluir aí, avaliações que contemplem, também, uma abordagem qualitativa do processo.

Para Bosi e Mercado-Martinez (2010) urge a necessidade de criação de modelos de avaliação que valorize a subjetividade e a participação efetiva dos seus interlocutores (dirigentes, trabalhadores, usuários e famílias) que conflua para a qualificação da atenção primária, entendida como estratégia central de reordenamento do sistema. Implica, portanto, inserir o diálogo e o reconhecimento da alteridade, sobretudo se considerarmos como meta a melhoria do atendimento prestado às populações em situações de risco, em geral imersas em outros códigos e culturas, que exigem instrumentos que possibilitem escutas diferenciadas. Transparece, portanto, a obrigação de abertura às necessidades, valores e direitos da população, de forma a construir modelos de gestão que valorize tecnologias leves (de relações e subjetividades) (MERHY, 2014), estruturas organizadas e ferramentas inteligentes que possibilitem o desenvolvimento da formação profissional e processos de trabalho com base em habilidades relacionais, cujos objetivos escapam ao alcance dos instrumentos tradicionais e às mensurações da lógica avaliativa formal.

A materialização da rede de saúde por meio da coordenação dos cuidados na APS nos níveis de análise referidos anteriormente, exige o embricamento das agendas dos distintos entes nacionais, de maneira cooperada, articulando os diferentes sujeitos (dirigentes, trabalhadores de saúde e usuários). O que traz grandes desafios para avaliação dos serviços e práticas de saúde.

REFLEXÕES DISPARADORAS PARA A LEITURA DO LIVRO...

A gestão em saúde horizontal, participativa e democrática em seus diferentes espaços de intervenção revela-se como fundamentais para assegurar a atenção de qualidade em um sistema de saúde universal. Desse modo, a leitura do conteúdo apresentado evidencia as dificuldades e potencialidades para aprofundar políticas específicas; reordenar os contextos institucionais, ressignificar a produção do cuidado com as diferentes concepções e práticas, de forma interprofissional e interdisciplinar; (re)construir as representações subjetivas e simbólicas das pessoas que geram os serviços e as que demandam; indicar tecnologias que ajudem a melhorar a gestão e a prática dos serviços; e refletir sobre os modos de operar a judicialização no SUS.

O livro instiga a revisitar as bases teórico-conceituais contidas no postulado do SUS por meio do princípio da universalidade (acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção), de alguma forma traz a equidade (igualdade de insumo e acesso por necessidades iguais), a integralidade (existência de uma integração na relação profissional-usuário, abrangendo a totalidade psico-fisiológica e social, como um todo indivisível, inserido numa organização institucional que englobe ações de promoção, proteção e recuperação da saúde). E sinaliza as diretrizes de descentralização (reestruturação do poder com autonomia e coparticipação entre os níveis federativos) e participação social (instâncias problematizadoras de exercício da democracia e da atualização de identidade das lutas de saúde no país) (ASSIS *et al.*, 2007; 2010).

Por fim, as análises pautadas na avaliação dos serviços, necessita envolver diferentes dimensões: políticas, econômicas, institucionais, de práticas e de organização social. Significa, portanto, na prática, implicar sujeitos, organizar estruturas, ressignificar processos, de forma inventiva e inovadora.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; ESCOREL, S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010.

ALELUIA, I. R. S.; ALMEIDA, E. R.; MEDINA, M. G. A coordenação do cuidado pela Atenção Primária à Saúde e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: contribuições para a análise. In: ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M.; SOUZA, M. K. B. (Orgs.). **Atenção Primária à saúde na coordenação do cuidado em Regiões de Saúde**. Salvador: Edufba, 2015. p. 89-113.

ASSIS, M. M. A.; CERQUEIRA, E. M.; NASCIMENTO, M. A. A. et al. Atenção Primária à Saúde e sua articulação com a Estratégia Saúde da Família: construção política metodológica e prática. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 10, p. 189-199, 2007.

ASSIS, M. M. A.; NASCIMENTO, M. A. A.; JORGE, M. S. B.; FRANCO, T. B. (Orgs.). **Produção do cuidado no programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador: Edufba, 2010.

ASSIS, M. M. A.; ALMEIDA, M. V. G. (Orgs.). **Acesso aos serviços e tecnologias no Sistema Único de Saúde: abordagens teóricas e práticas**. Feira de Santana: UEFS, 2014.

ASSIS, M. M. A. Redes de Atenção à Saúde e os desafios da Atenção Primária à Saúde: um olhar sobre o cenário da Bahia. In: Almeida, P. F.; Santos, A. M.; Souza, M. K. B. (Orgs.). **Atenção Primária à saúde na coordenação do cuidado em Regiões de Saúde**. Salvador: Edufba, 2015. p. 45-64.

BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTINEZ, F. J. Modelos avaliativos e reforma sanitária Brasileira: enfoque qualitativo-participativo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 566-570, jun. 2010. Disponível: www.scielo.br. Acesso em: 18 fev. 2016.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasil: Ministério da Saúde, 2012.

CAMPOS, G. W. S.; LIMA, L. D.; RIZZOTTO, M. L. F. et al. Entrevista com o Prof. Gastão Wagner de Souza Campos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, p. 338-339, dez. 2015.

CARVALHO, D. S., NOVAES, H. M. D. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. 220-230, 2004.

CECÍLIO, L. C. O.; ANDREAZZA, R.; CARAPINHEIRO, G. et al. A atenção básica à saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual o pode ser o seu papel? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, 2012.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J-L.; PINEAULT, R. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais a práticas da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 29-48.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1029-1042, 2011.

DONABEDIAN, A. Explorations in quality assesment an monitoring. v. 1. **Ann Arbor**, Michigan: Health Admnistration Press, 1980.

_____. **La capacidad de la atención médica**: definición e métodos de evaluacón. México: La prensa Médica Mexicana, 1984.

_____. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology Laboratory Medicine**, v. 114, p. 1115-1118, 1990.

FERNÁNDEZ, J. A. M., ULE, E. C.; TEMPRANO, M. S.; GÓMEZ, A. A.; BARRIENTOS, A. C. B. Factores de insatisfacción con la asistencia sanitaria. Un estudio Delphi. **Atención Primaria**, Barcelona. v. 17, n. 5, mar. 1996. Disponível em: <<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria>>. Acesso em: 20 fev. 2016.

GIOVANELA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; ALMEIDA, P. F.; ESCOREL, S.; SENA, M. C. M.; FAUSTO, M. C. R. et al. Saúde da família: limites e possibi-

lidades para uma abordagem integral à saúde de Atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 783-794, 2009.

HARTZ, Z. M. A. (Org). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais a práticas da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

HOYOS-ALONSO, M. D. C. de; BONIS, J.; BRYANT, V.; ALCALÁ, M. V. C; PUIME, A. O. Calidad del registro del diagnóstico de demencia en atención primaria. La situación en España en el periodo 2002-2011. **Atención Primaria**, Barcelona, v. 48, n. 1, jan. 2016. Disponível em: <<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria>>. Acesso em: 20 fev. 2016.

MACINKO, J.; ALMEIDA, C.; OLIVEIRA, E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de Atenção Básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 243-56, set/dez. 2003.

MACINKO, J.; ALMEIDA, C.; SÁ, P. de. **A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. Health Policy Plan**, v. 22, n. 3, p. 167-77, 2007. Disponível em: <<http://heapol.oxfordjournals.org/content/22/3/167>>. Acesso em: 23 jan. 2016.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 4. Ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. (Org). et al. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagens de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

STARFIELD, B. **Atención Primaria**: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnologia. Barcelona: Masson, 2001.

VÉLEZ A. C.; GIRALDO, A. O. Instrumentos para la evaluación de la atención primaria de salud: una revisión narrativa. **Enfermeira Global**, n. 39, p. 328-34, jun. 2015. Disponível em: <www.um.es/global>. Acesso em: 21 fev. 2016.

VILLALBÍ, J. R.; PASARÍN, M.; CABEZAS, C.; STARFIELD, B. Evaluación de la atención primaria de salud. **Aten. Primaria**, Barcelona, v. 31, n. 6, p. 382-5, 2003. Disponível em: <<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria>>. Acesso em: 28 jan. 2016.

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Regional Office for Europe. **Health promotion evaluation**: recommendations to policymakers. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1998.

Sumário

PREFÁCIO	5
INTRODUÇÃO	7
Capítulo 1	23
PROGRAMA BOLSA DE INCENTIVO À EDUCAÇÃO NA REDE SESA – PROENSINO/SESA E AS TRANSFORMAÇÕES DO TRABALHO NO SETOR SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
<i>José Luís Paiva de Mendonça Ferreira e Andrea Caprara</i>	
Capítulo 2	32
OFINAS PEDAGÓGICAS: CONSTRUINDO ESTRATÉGIAS PARA DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS – RELATO DE EXPERIÊNCIA	
<i>Francisca Amisterlane Mota de Lima Barroso e Francisco José Maia Pinto</i>	
Capítulo 3	42
O FAZER PROFISSIONAL E O USO DE TECNOLOGIAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: REVISÃO INTEGRATIVA	
<i>Roberta Sampaio de Brito Mamede e Maria Salete Bessa Jorge</i>	
Capítulo 4	58
POLÍTICAS DE SAÚDE BASEADAS EM EVIDÊNCIA: O DESAFIO DA TOMADA DE DECISÃO	
<i>Tereza Doralúcia Rodrigues Ponte e Antonio Rodrigues Ferreira Júnior</i>	
Capítulo 5	67
AVALIAÇÃO ECONÔMICA COMO FERRAMENTA DE GESTÃO	
<i>Pedro Lopes Ferreira e Patricia Ferreira Antunes</i>	
Capítulo 6	92
OLHARES E POSSIBILIDADES DO PERFIL DOS GESTORES MUNICIPAIS DO SUS	
<i>José Wellington Rios Vital e Carlos Garcia Filho</i>	
Capítulo 7	102
PRÁTICA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DA APS NO BRASIL E NO MUNDO: UTOPIA	
<i>Verônica Cristina Gamboa Lizano, Maria Angela Alves do Nascimento Marluce Maria Araujo Assis e Maria Salete</i>	

Bessa Jorge

Capítulo 8.....126

GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS HOSPITALARES: O MANEJO DOS RESÍDUOS QUÍMICOS

Eliana Lima da Silva e Gláucia Posso Lima

Capítulo 9.....132

ESTÍMULO À CAPTAÇÃO DE DOADORES EM UM HEMOCENTRO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Soleane Lavor de Almeida, Emiliana Bezerra Gomes e Thereza Maria Magalhães Moreira

Capítulo 10.....143

SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR: UM LEVANTAMENTO DE DADOS A PARTIR DE PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

Ana Valeska Araújo Viana e José Jackson Coelho Sampaio

Capítulo 11.....154

O SUS TECNOLÓGICO: REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE GESTORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE TELEMEDICINA

Kamila Regina da Silva Oliveira e Maria Helena Lima Sousa

Capítulo 12.....173

QUESTIONÁRIOS VALIDADOS NO BRASIL PARA MENSURAR A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Lize Maria Alencar Nobre, Dafne Lopes Salles e Thereza Maria Magalhães Moreira

Capítulo 13.....187

O PAPEL DO GESTOR NO CUIDADO LETRADO EM SAÚDE PARA MULHERES SOBREVIVENTES DE CÂNCER DE MAMA

Maria Lucila Magalhães Rodrigues e Helena Alves de Carvalho Sampaio

Capítulo 14.....198

TERRITORIALIZAÇÃO COMO FERRAMENTA DE APOIO À GESTÃO EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UM CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Magda Roberta Borges de Mello e Milena Lima de Paula

Capítulo 15.....216

GESTÃO DO CUIDADO EM SERVIÇO DE HEMATOLOGIA DE REFERÊNCIA ESTADUAL

Márcia Alves Ferreira e Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos

Capítulo 16.....228

SISTEMA INSTITUCIONAL DE CONTROLE DE ESTOQUE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Lidianny Barreto Araújo e Thereza Maria Magalhães Moreira

Capítulo 17.....	243
ANÁLISE DO PCAtool e PMAQ COMO INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	
<i>Maria Clarice Tavares Evangelista e Antonio Rodrigues Ferreira Júnior</i>	
Capítulo 18.....	254
PROCESSO DE ACREDITAÇÃO PEDAGÓGICA COMO FERRAMENTA DE GESTÃO NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	
<i>Rosimary da Silva Barbosa e Maria Helena Lima Sousa</i>	
Capítulo 19.....	268
CONSTRUÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE UM CHECKLIST PARA CONTROLE DE MATERIAL CIRÚRGICO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	
<i>Antonia Abigail do Nascimento Cavalcante e Maria Salete Bessa Jorge</i>	
Capítulo 20.....	278
QUALIDADE E ACREDITAÇÃO NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE	
<i>Carolina Batista Cavalcante Freitas e Márcio de Oliveira Mota</i>	
Capítulo 21.....	289
SATISFAÇÃO DO USUÁRIO COMO NORTEADOR PARA O CUIDADO DE QUALIDADE NO CSF: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
<i>Aline Vasconcelos Alves Frota e Milena Lima de Paula</i>	
Capítulo 22.....	300
COORDENADORIA JURÍDICA DE SAÚDE: O RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM MUNICÍPIO CEARENSE	
<i>Rogério Rodrigues de Mendonça e Adriano Rodrigues de Souza</i>	
Capítulo 23.....	306
JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA NO MUNICÍPIO DE BARBALHA-CE	
<i>Pollyanna Callou de Moraes Dantas e Maria Helena Lima Sousa</i>	
POSFÁCIO	317
ORGANIZADORES E AUTORES	318

Capítulo 1

PROGRAMA BOLSA DE INCENTIVO À EDUCAÇÃO NA REDE SESA – PROENSINO/SESA E AS TRANSFORMAÇÕES DO TRABALHO NO SETOR SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

José Luís Paiva de Mendonça Ferreira

Andrea Caprara

INTRODUÇÃO

A Coordenadoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (CGTES), da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA), buscando efetivar o Artigo 200 da Constituição Federal, que trata e compete ao Sistema Único de Saúde (SUS) ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde, criou o Programa Bolsa de Incentivo à Educação na Rede Sesa – PROENSINO/SESA. A iniciativa representa um marco na construção e troca de saberes sistematizados entre serviço e instituição de ensino, visando contribuir com a formação dos futuros trabalhadores do SUS para que estes conheçam a complexidade da Rede de Atenção à Saúde e suas diretrizes no processo de organização dos serviços de saúde no Ceará.

Criado em 2010, após o Seminário de Avaliação da Regulação das Práticas de Saúde no Ceará, foi identificado que os alunos que utilizavam as unidades da Rede SESA, como cenário de práticas, apresentavam uma visão limitada no Sistema Único de Saúde (SUS) e competências inadequadas ao processo de trabalho na saúde, nesse sentido decidiu-se criar um programa que aproximasse a universidade da realidade do SUS. Assegurando um espaço à comunidade acadêmica, permitindo uma prática reflexiva, contribuindo, dessa forma, para a formação de estudantes que atuarão na saúde, educação permanente dos trabalhadores/preceptores das unidades que

compõem a rede SESA, docentes das instituições de ensino superior (IES) conveniadas com essa rede, gestores e usuários dos serviços de saúde enquanto atores deste processo.

O PROENSINO tem como objetivos contribuir para a formação dos futuros trabalhadores do SUS, adequando suas competências profissionais ao contexto do serviço público de saúde e permitindo a reflexão do estudante acerca de sua prática, promovendo a integração ensino-serviço-comunidade; promover a experimentação de um modelo de ensino-aprendizagem que enseje a constância do diálogo entre o ensino e o serviço; Permitir aos graduandos a vivência de realidades e contextos dos usuários, reconhecendo as potencialidades de seu modo de vida; oferecer aos estudantes a oportunidade de aprender a construir projetos terapêuticos compartilhados com os demais profissionais e com os usuários; incentivar a pesquisa, considerando as especificidades do serviço; fortalecer a Política Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS) como estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor saúde.

A Política de Educação Permanente propõe que o processo de capacitação dos profissionais sejam estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho e que tenham como objetivo a transformação das práticas dos profissionais e da própria organização do trabalho que, por sua vez, pode impactar positivamente no modo de produzir saúde para a sociedade.

De acordo com Ceccim (2013), Educação Permanente em Saúde (EPS) é:

A definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilitam construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano.

Esta proposta conecta-se a uma experiência de encontro entre trabalhadores e usuários, trabalhadores e gestores e trabalhadores entre si, na perspectiva da Educação Permanente em Saúde. É um

convite aos trabalhadores do SUS para a invenção de práticas de aprender, de cuidar e de fazer/viver a EPS para que possam dar destaque à potência do trabalho vivo em ato (CECCIM, 2013).

Processos educacionais no campo das intervenções em saúde podem ser considerados capazes de mobilizar, circular, produzir e transferir conhecimento, tecnologia, valores e sentimentos, podendo até operar em conjunto, ou seja, de maneira formal ou informal, grupos com dinâmicas próprias de legitimidade de liderança e influência nas relações de poder já estruturadas (QUINTANA; ROSCHKE, 2008).

A educação permanente em saúde (EPS) é um conceito pedagógico capaz de estabelecer relações orgânicas entre o ensino, o serviço, a gestão e o controle social. Dessa forma, ela agrega aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e a capacidade resolutiva da clínica, além de promover a saúde coletiva. Nesse contexto, a EPS constitui ferramenta de ensino-aprendizagem, de forma a potencializar o *locus* de atuação profissional a partir da conexão entre educação e trabalho, no qual o aprender e o ensinar incorporam-se ao cotidiano das organizações. Assim, ela se baseia na aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos e se desenvolve a partir dos problemas diários e do contexto local, considerando os conhecimentos e as experiências preexistentes das equipes de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

O PROENSINO configura-se como importante atividade extracurricular. As atividades extracurriculares são definidas como ações desenvolvidas para além da realidade dos currículos, que ultrapassam a linha preestabelecida do curso. Essas atividades são configuradas como “currículo paralelo”, desenvolvidas, simultaneamente, ao currículo oficial (PERES, ANDRADE e GARCIA, 2007). Desse modo, é possível salientar a importância de fomentar a realização dessas atividades realizadas pelos alunos fora da sala de aula, não previstas pelos cursos de graduação e que são dispositivos para mudanças na formação desses estudantes.

Diante disso, essas atividades visam à formação dos estudantes, com a estimulação da autonomia, baseando-se na liberdade de decisões, tornando-os críticos para adquirir experiência em sua área de atuação,

na busca pela complementação de sua prática. Também, podem aprimorar a formação profissional, conduzindo à qualificação da formação para compreender e responder às necessidades de saúde da população, de acordo com os princípios que norteiam o SUS (VIANA, *et al.*, 2012). Além disso, as atividades extracurriculares são importantes na formação acadêmica e profissional, preenchendo lacunas curriculares, complementando as competências, além de contribuir na atuação em serviços de saúde (PAIVA e MARTINS, 2012; COSTA *et al.* 2012).

O objetivo do presente estudo foi relatar a experiência do PROENSINO nas unidades de saúde da Rede SESA e descrever as transformações das práticas de trabalho no setor saúde com a implementação do programa. O envolvimento com o PROENSINO se dá, desde o momento que comecei a atuar como Assessor Técnico da SESA no Núcleo de Valorização, Negociação e Educação em Saúde (NUVEN), núcleo responsável pela coordenação do programa, onde pude participar da coordenação, monitoramento e avaliação das ações do PROENSINO, dentro da minha prática, surgiu a necessidade de estudar o programa e seus desdobramentos.

MÉTODOS

Esta investigação constitui-se de um relato de experiência que descreve a vivência do autor, como membro da equipe de coordenação do PROENSINO - SESA. Trata-se de um olhar plural, a partir de métodos descritivos e observacionais.

O relato de experiência é uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações que abordam uma situação vivenciada no âmbito profissional de interesse da comunidade científica. A experiência vivenciada, que resultou na redação deste relato, aconteceu de agosto de 2016 a janeiro de 2018, desde o momento que os bolsistas selecionados através do Edital 001/2015 começaram a desenvolver atividades nas coordenadorias, núcleos e unidades hospitalares da Rede SESA, desenvolvendo atividades inerentes à sua formação acadêmica, voltadas para

os objetivos das instituições envolvidas e para o desenvolvimento de competências necessárias ao processo de trabalho no SUS.

As ações desenvolvidas pela coordenação do projeto são: mapeamento das necessidades da Rede SESA; Realização de Processo Seletivo: elaboração do Guia metodológico do PROENSINO SESA; elaboração de instrumentos de Avaliação de Ensino-aprendizagem; realização de curso de formação pedagógica dos preceptores; realização de curso de imersão no SUS para os estudantes; elaboração do plano de atividades do bolsista com participação dos estudantes, preceptores, gestores das unidades de saúde e instituições de ensino; realização de seminários de integração; realização de reunião do Grupo Condutor do PROENSINO.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

O programa destina-se a concessão de 115 bolsas de extensão a estudantes regularmente matriculados nos cursos de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, História, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

A seleção dos estudantes ocorre por meio de edital de seleção a cada dois anos, tempo máximo que eles ficam no estágio. Os graduandos selecionados recebem uma bolsa para atuar durante 20 horas semanais, podendo ser dividida em 16 (dezesesseis) horas presenciais e 4 (quatro) horas para atividades complementares.

São requisitos para o estagiário: a) Estar regularmente matriculado em curso na área determinada, em uma das instituições de ensino superior conveniadas com a SESA e com a SEPLAG, em Fortaleza; b) Ter cursado, no mínimo, 50% (cinquenta) dos créditos requeridos para a conclusão do respectivo curso; c) Ter disponibilidade de 20(vinte) horas semanais para a dedicação ao Plano de Atividades do Bolsista (PAB).

O PROENSINO - SESA é direcionado a alunos das mais diversas áreas profissionais e possibilita aos estudantes uma maior reflexão das práticas no trabalho, promovendo o exercício do racio-

cínio crítico, além de contribuir com o processo de produção, socialização e democratização do conhecimento, formando profissionais capacitados para atuar no ambiente de trabalho e para enfrentar as demandas atuais. Destina-se a complementar o processo formativo do bolsista e promover o seu desenvolvimento profissional.

Quadro 1 - Distribuição das vagas por aluno de graduação

CURSO	Nº DE VAGAS		
	TOTAL	AC	PD
BIBLIOTECONOMIA	02	02	-
DIREITO	02	02	-
EDUCAÇÃO FÍSICA	02	02	
ENFERMAGEM	33	30	03
FARMÁCIA	13	12	01
FISIOTERAPIA	10	09	01
FONOAUDIOLOGIA	02	02	-
HISTÓRIA	02	02	-
NUTRIÇÃO	09	09	-
ODONTOLOGIA	10	09	01
PEDAGOGIA	02	02	-
PSICOLOGIA	11	10	01
SERVIÇO SOCIAL	15	14	01
TERAPIA OCUPACIONAL	02	02	-
TOTAL GERAL	115	107	08

AC – Vagas para Ampla Concorrência

PD – Vagas Reservadas para Pessoas com Deficiência

Fonte: Edital 001/2015

O processo formativo ocorre no contexto do SUS, através da construção de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) que são sistematizados nos serviços de saúde enquanto cenários de aprendizagem. Por meio de tecnologias em saúde, utiliza-se de infraestrutura disponível em diferentes cenários, contribuindo para uma formação diferenciada e humanizada.

Até o momento já ocorreram três versões do programa: na primeira, considerada piloto, foram selecionados 47 estudantes; na segunda o programa foi ampliado para 150 vagas e, na terceira, foram selecionados 115 estudantes.

Os estudantes desempenham atividades ligadas ao ensino, gestão, assistência, pesquisa e extensão. Na área de Ensino, estimula-se o envolvimento no processo de formação e educação permanente, a participação em cursos de capacitação, em sessões clínicas e estudos de casos clínicos ; Na gestão, foi incentivado o conhecimento acerca das políticas vigentes do SUS; Na Assistência, os estudantes desenvolvem atividades com atuação nas áreas específicas, de acordo com a competência acadêmica; Na Pesquisa, foram orientados no desenvolvimento de eventos científicos e do desenvolvimento de pesquisas a partir dos dados advindos da demanda do SUS, envolvendo a temática de saúde e educação; Na Extensão, os estudantes foram inseridos em projetos de extensão existentes no serviço e realizam visitas de campo e territorialização, promovendo a sensibilização da comunidade quanto a hábitos saudáveis. Os estudantes bolsistas também participam de eventos promovidos pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Estágio no PROENSINO é de fundamental importância no processo de formação profissional no âmbito do SUS. Constitui-se em um espaço que possibilita ao estudante vivenciar as ações desenvolvidas nos serviços de saúde de âmbito Estadual, percebendo as diferenças do mundo acadêmico, teórico referente às políticas e aos serviços de saúde com a realidade implantada e em funcionamento no SUS. Representa uma “janela do futuro” por meio do qual o aluno antevê seu próximo modo de viver enquanto profissional de saúde em formação. Deve ser uma passagem natural do “saber sobre” para o “saber como”: um momento de validação do aprendizado teórico e prático em confronto com a realidade. Visa ao aprendizado de competências próprias da atividade profissional e à contextualização curricular, objetivando o desenvolvimento do educando para a vida cidadã e para o trabalho em saúde.

Este programa transforma as práticas de atenção e de gestão no SUS por meio: da construção e troca de saberes entre os trabalhadores da saúde e graduandos na rede de atenção à saúde no Ceará; da aproximação do SUS com as universidades para o desenvolvimento

de competências básicas para o exercício das profissões em saúde; da regulação das práticas de ensino na saúde nos cenários de prática do SUS; da concepção de estágio como um espaço privilegiado de aprendizagem do SUS; da análise e reflexão em torno da realidade dos cenários de aprendizagem do SUS.

Permitindo a criação de uma rede-escola do SUS, com aprendizado permanente e ascendente. Os alunos ensinam a aprender, pois estimulam mudanças no processo de trabalho dos serviços de saúde e os preceptores aprendem a ensinar, pois estão em construção permanente do aprendizado e aprendem com a troca de experiência.

O PROENSINO configura-se como importante estratégia para ampliar a troca de saberes entre o serviço, ensino e comunidade, além de fortalecer a Política de Educação Permanente, estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor saúde para que este venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, compromissada e tecnicamente competente e promove aos estudantes reflexão das práticas no trabalho, estimulando o exercício do raciocínio crítico, permitindo a produção, socialização e democratização do conhecimento.

O processo formativo busca promover a capacidade de aprender a aprender, o trabalho em equipe, a postura ética, colaborativa e compromissada com as necessidades de saúde da sociedade, além de aprofundar, de modo crítico e reflexivo, o conhecimento cientificamente produzido.

A dicotomia entre ensino e produção dos cuidados em saúde se ameniza, quando a integração ensino-serviço-comunidade acontece de forma efetiva, unindo docentes, estudantes e profissionais de saúde, tendo como foco central o usuário. A formação dos profissionais que atuarão no SUS é um componente decisivo para a efetivação da política estadual de saúde, capaz de fortalecer e aumentar a qualidade de resposta do serviço às demandas da população.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS):** princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM - MS, de 13 de fevereiro de 2004.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 ago. 2007.

CARVALHO, Y.; CECCIM, R. B. Formação e Educação em Saúde: Aprendizados com Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. de S. et al (Orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

CECCIM, R. B. **Educação permanente em movimento:** diretrizes do curso de especialização, 2013.

CECCIM R. B., FEUERWERKER L. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

_____. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-167, 2005.

PAIVA, K. C. M; MARTINS, V. L. V. Contribuições do estágio extracurricular para as competências profissionais: percepções de acadêmicos de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n. 2, p. 384-94, abr./jun. 2012.

PERES, C. M; ANDRADE, A. S; GARCIA, S. B. Atividades extracurriculares: multiplicidade e diferenciação necessárias ao currículo. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, 2007.

QUINTANA, P. B.; ROSCHKE, M. A; RIBEIRO, E. C. O. **Educação permanente processo de trabalho e qualidade de serviço na saúde**. 2008.

VIANA, R.T. et al. O estágio extracurricular na formação profissional: a opinião dos estudantes de fisioterapia. **FisioterPesq**, v. 19, n. 4, p. 339-344. 2012.

Capítulo 2

OFICINAS PEDAGÓGICAS: CONSTRUINDO ESTRATÉGIAS PARA DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS – RELATO DE EXPERIÊNCIA

Francisca Amisterlane Mota de Lima Barroso

Francisco José Maia Pinto

INTRODUÇÃO

Atualmente, é comum que as gerências dos serviços de saúde utilizem as atividades educativas como instrumentos para organização dos serviços e capacitação dos trabalhadores, com a finalidade de assistir melhor à população que procura por esses serviços.

Os enfermeiros que atuam na assistência precisam agregar capacidades para operacionalização de suas ações, ou seja, de competências específicas. Pois, é necessário ter habilidade e conhecimento técnico para realizar determinada ação baseada em saberes e vivências que advêm da prática profissional (LE BOTERF, 2012).

Dentro do seu conjunto de ações, o enfermeiro dispõe do planejamento, supervisão, avaliação, dimensionamento de pessoal, educação permanente, e atividades que podem ser desenvolvidas com a finalidade de manter a qualidade da assistência prestada com segurança pela equipe de enfermagem (FELLI; PEDUZZI, 2011).

Corroborando com essa ideia, Santos e Radünz, (2011) relatam que a continuidade da educação na área da saúde é uma preocupação mundial, pois contribui para transformar a prática dos trabalhadores, possibilitando melhorar a qualidade dos serviços, influenciando nos processos de trabalho, bem como para melhoria do desenvolvimento pessoal e da instituição em que se trabalha, melhorando os serviços de saúde.

Nesse contexto, as atividades educativas surgem para adequar os profissionais às necessidades do mercado de trabalho, de forma que forneça aos profissionais condições de acompanhar as constantes transformações tecnológicas, com formação crítico-reflexiva para que estes sejam capazes de provocar mudanças de curto, médio e longo prazos na sociedade (PERES; CIAMPONE, 2012).

Para Paviani e Fontana (2009), a articulação entre teoria e prática é um desafio constante, em especial, para a enfermagem, onde o egresso na vida profissional é inserido no contexto assistencial, sobretudo, como líder de equipe. Esse processo faz com que sentimentos, como ansiedade e insegurança afluam. Contudo, entre o pensar e o fazer algo existe uma grande distância que pode ser vencida. Um dos caminhos possíveis para a superação dessa situação é a construção de estratégias de integração entre pressupostos teóricos e práticas, o que, fundamentalmente, caracteriza as oficinas pedagógicas.

Com o intuito de socializar experiências bem-sucedidas na realização de oficinas pedagógicas, o trabalho vem relatar o processo de elaboração e implementação dessas oficinas, que se configuraram estratégias adotadas para subsidiar o processo de aprendizagem de técnicos de enfermagem.

OFICINAS PEDAGÓGICAS: ESTRATÉGIAS NA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO

Conforme o Ministério da Saúde (MS), a Educação Permanente em Saúde (EPS) é a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho (BRASIL, 2004).

A EPS como política pública desde 2004 (Portaria nº.198/GM 2004) preconiza: atividades educativas transformadoras das práticas em saúde para os trabalhadores da área; valorizar a problematização dos processos de trabalho e a construção de conhecimentos, através da participação dos sujeitos. A EPS reconhece o potencial educativo do cotidiano do trabalho, através da construção de consensos direcionados para a efetivação do sistema de saúde.

Com base nisso, as oficinas pedagógicas são um processo ativo de transformação, com um tempo e um espaço determinado para o aprendizado, ou seja, é uma forma de construir conhecimento, com ênfase na ação, sem perder de vista, porém, a base teórica. Uma oficina tem como metodologia ativa o sentir-pensar-agir, isso possibilita viver situações concretas e significativas (PAVIANI; FONTANA, 2009).

Basicamente, a oficina pedagógica atende a duas finalidades: 1) articulação de conceitos, noções de como agir diante das situações concretas vivenciadas pelos participantes e 2) trabalho em equipe. Desse modo, a construção de saberes e as ações vividas decorrem do conhecimento prévio, das habilidades, dos interesses dos participantes (VIEIRA; VOLQUIND, 2002).

Como qualquer atividade pedagógica, a oficina requer planejamento. Todavia, a metodologia utilizada permite uma maior flexibilidade, pois o participante pode ajustar-se à situação-problema de acordo com as condições oferecidas pela instituição.

Portanto, vale salientar que as oficinas pedagógicas visam desenvolver competências em profissionais da saúde, pois trabalham com a evolução de um nível para outro. Entretanto, o profissional precisa ter sido bem-sucedido no nível anterior, para assim vivenciar uma variedade de situações clínicas sob outra dimensão, resultando em avanço para o nível mais elevado (GALLANI; DALLAIRE, 2014).

O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM

No Brasil, a Enfermagem é considerada uma profissão institucionalizada e moderna. O exercício da profissão está diretamente vinculado à forma como ocorre o seu ensino. Há pouco tempo, o ensino estava voltado para modelos idealizados da enfermagem, que não se encontra na prática. Com isso, evidenciou-se uma necessidade de reflexão sobre o desenvolvimento de competências a partir da compreensão da realidade do seu ensino em confronto à realidade da sua prática.

O conceito de competência permeia o processo de formação do enfermeiro e tem grande influência sobre sua atuação. A palavra competência é derivada do latim (*competentia*), significando qualidade de avaliar e solucionar uma situação-problema, por meio de mobilização de talentos e aptidões para esta ação (FABRIZ *et al.*, 2014).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) enfatizam a necessidade de prover o enfermeiro de competências gerais e específicas para o trabalho. Das competências gerais como atenção à saúde, tomada de decisão, liderança, administração e gerenciamento, comunicação, e educação permanente, cinco estão relacionadas às competências gerenciais (BRASIL, 2001).

Gallani; Dallaire (2014) dizem que a enfermagem é o maior contingente, na grande maioria das vezes, dentro de uma instituição hospitalar, é de suma importância o desenvolvimento da competência profissional do enfermeiro para que ele possa atender, adequadamente, às necessidades de saúde da população. O desenvolvimento dessas competências requer saberes complexos, requer desenvolver e, então, conclui-se que preparar enfermeiros competentes é um desafio, onde a instituição tem autonomia para definir a metodologia, podendo optar por utilizar projetos, cursos e oficinas.

Evidenciou-se com esse tópico que o conceito de competência permeia o processo de formação do enfermeiro e tem grande influência sobre sua atuação.

MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência sobre a criação e a efetividade do Projeto Florescer Talentos, desenvolvido por gestores do Hospital Regional Unimed (HRU) para aproveitar os colaboradores da instituição em novas funções.

Esse hospital foi criado em 1998 e está situado no município de Fortaleza, é uma referência nacional em procedimentos de alta complexidade e é privado com o maior número de leitos do Ceará, contribuindo para a formação de recursos humanos e desenvolvimento de

pesquisas na área da saúde, além de desempenhar importante papel na assistência à saúde do estado. O HRU destaca-se ainda por possuir Certificação Internacional em Proteção e Segurança do Paciente. Conta com um corpo clínico de excelência, time de resposta rápida para atendimento de urgência e emergência, além dos programas voltados para gestantes, centro de imagens e laboratório

Esse projeto foi construído nos meses de janeiro e fevereiro de 2016, porém só foi implementado no segundo semestre de 2016. A motivação surgiu a partir do momento que o hospital sofria com baixa no quadro de funcionários, sobretudo de técnicos em enfermagem para assumir a função de enfermeiro. Com isso, entendeu-se que havia uma necessidade de preparar esses técnicos para aproveitá-los internamente, visto que os enfermeiros que vêm do mercado, muitas vezes, não atendem à realidade específica do HRU, enquanto hospital acreditado.

O critério de elegibilidade para participar do projeto consistia em metas alcançadas pelo profissional durante o período de um ano. Dentre elas: quatro ações de treinamento e desenvolvimento, somando 16 horas; ter atingido a média da avaliação de desempenho vigente; não apresentar suspensões e/ou advertências dentro desse período; ter no máximo duas faltas não justificadas nesse mesmo período e ser funcionário do HRU - Fortaleza há mais de 12 meses.

A amostra foi composta por profissionais de enfermagem divididos em 2 turmas, na seguinte composição: 16 colaboradores na primeira turma (ano 2016) e a segunda foi composta por 26 (ano 2017). Respectivamente, os encontros ocorreram durante os meses de julho a dezembro dos anos citados anteriormente. Ambos com o mesmo conteúdo programático e metodologias discursivas e práticas, com carga horária de 4 horas por encontro.

Quadro 1- Temáticas ministradas no Projeto Florescer Talentos ofertado pelo HRU

Turma 1- Módulos	
JULHO	Apresentação do Projeto e levantamento de expectativas - Participantes Apresentação do Projeto para Gestores O que é ser enfermeiro? (Postura e boas maneiras) Comunicação
AGOSTO	Protocolos Institucionais Trabalho em Equipe
SETEMBRO	Procedimentos Invasivos Trabalho Sob Pressão e Tomada de Decisão
OUTUBRO	PCR - Parada Cardiorrespiratória
NOVEMBRO	Gestão de Conflitos e <i>Feedback</i> Equipamentos Liderança
DEZEMBRO	Segurança do Paciente Visão Sistêmica

Fonte: O ator, 2018.

O projeto teve facilitadores com diversas formações, dentre eles: Enfermagem, Fisioterapia, Administração e Psicologia.

No decorrer das duas turmas, houve necessidade de ajustes na didática. Tais ajustes contribuíram para uma maior capacitação do colaborador. Visto que, nesse período, mudamos a proposta de avaliação, onde nos módulos técnicos os participantes respondiam um pré e um pós-teste para avaliar o que era absorvido; nos módulos comportamentais, optou-se por uma abordagem de mais vivência, utilizando casos reais da assistência ao paciente, que eram compartilhados pelos facilitadores. E, por fim, iniciamos o módulo de tutoria, onde durante cinco encontros (um por mês) o técnico podia acompanhar o turno de um(a) enfermeiro(a) para aprender mais sobre a realidade da função.

Quadro 2 - Temáticas ministradas no Projeto Florescer Talentos ofertado pelo HRU

Turma 2- Módulos	
AGOSTO	Apresentação do Projeto e levantamento de expectativas - Participantes Apresentação do Projeto para Gestores O que é ser enfermeiro? (Postura e boas maneiras) Quem faz a gestão da minha carreira?
SETEMBRO	1- Mentoria Protocolos Institucionais <i>Feedback</i> 2- Mentoria
OUTUBRO	Procedimentos Invasivos Atendimento ao Cliente e Trabalho em Equipe 3- Mentoria
NOVEMBRO	PCR - Parada Cardiorrespiratória Que líder quero ser? 4- Mentoria
DEZEMBRO	Encerramento 5- Mentoria

Fonte: O ator, 2018.

RESULTADOS

Do total de 42 colaboradores que participaram das oficinas pedagógicas, foram contratados 4 funcionários da primeira turma e 2 da segunda turma. Visto que, do quantitativo de 28 vagas ofertadas para contratação de Enfermeiros efetivos no período de agosto/2017 até março/2018, cinco foram preenchidas por funcionários já pertencentes ao hospital, ou seja, técnicos de enfermagem que completaram sua graduação e tiveram a oportunidade de mudar de função, assumindo assim o papel de enfermeiros.

Quadro 3- Demonstrativo das vagas 28 para Enfermeiro no período de agosto/2017 até março/2018

Período	Nº de vagas e motivo
Agosto/2017	05 vagas de aumento de quadro
Setembro/2017	01 vaga de substituição
Outubro/2017	01 vaga de substituição
Novembro/2017	02 vagas de substituição
Dezembro/2017	02 vagas de substituição
Janeiro/2018	06 vagas de aumento de quadro
Fevereiro/2018	03 vagas de substituição
Março/2018	07 vagas de aumento de quadro e 01 vaga de substituição

Fonte: O autor, 2018.

É importante ressaltar que, até a criação do Projeto Florescer Talentos, não existia nenhuma ação de desenvolvimento focada nesse público, embora ele represente a maior categoria assistencial da cooperativa HRU.

Siqueira e Kuregant (2005) afirmam que a Enfermagem possui uma grande parcela dos recursos humanos de uma organização hospitalar. Assim, situações de demissão e afastamento, ocorrem com frequência, desencadeando admissões de novos profissionais.

O desenvolvimento do Projeto Florescer Talentos possibilitou a discussão da importância das competências para o gerenciamento em enfermagem, oficinas pedagógicas como estratégias na construção do conhecimento; o desenvolvimento de competências em profissionais da saúde.

A metodologia utilizada no projeto contemplou esses quesitos, refletindo de forma positiva para a instituição hospitalar, uma vez que os colaboradores têm possibilidades de desenvolver uma carreira sólida.

CONCLUSÃO

A implantação do projeto de educação permanente para Técnicos de Enfermagem graduandos em Enfermagem no Hospital Regional Unimed é uma experiência positiva que vislumbra a possibilidade de unir ensino, pesquisa e prática profissional.

Percebemos que foi possível proporcionar melhor sistematização do conhecimento, vez que no desenvolvimento de todas as oficinas foi valorizado o conhecimento que já possuíam, deixando claro o grupo que apenas lhes faltava estabelecer o elo entre o saber e o fazer da enfermagem; possibilitando, assim, o desenvolvimento de uma consciência crítico-reflexiva com a finalidade de transformação do sujeito inserido no contexto social e político da referida instituição hospitalar.

As reflexões sobre os aspectos trabalhados ocorreram no decorrer da realização de todas as oficinas, pois é importante que processo e produto sejam avaliados sempre para que sejam realizados eventuais ajustes e não só na etapa final.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Resolução n. 3, de 7 de novembro de 2001. Dispõe sobre as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 9 nov. 2001, Seção 1:37.

FABRIZ, L. A. et al. Competências necessárias para o gerenciamento na prática do enfermeiro: revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, v. 8, n. 6, p. 1757-63, jun. 2014.

FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT, P.; TRONCH, D. M. R.; FUGULIN, F. M. T.; PERES, H. H. C.; MASSAROLLO, M. C. K. B.; FERNANDES M. F. P. et al. **Gerenciamento em enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p.1-12.

GALLANI, MC; DALLAIRE, C. Desenvolvimento de competências em enfermagem: por que e como. **Cogitare Enferm.**, v. 19, n. 1, p. 9-11, jan./mar. 2014.

LE BOTERF, G. Avaliar a competência de um profissional três dimensões a explorar. **Reflexão RH Pessoal** [Internet]. Jun, 2006. Disponível em: <<http://www.guyleboterfconseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

MANZO, B. F. et al. Implications of hospital accreditation on the everyday lives of healthcare professionals. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 46, n. 2, p. 388-94, 2012.

PAVIANI, N. M. S.; FONTANA, N. M. Oficinas pedagógicas: relato de uma experiência. **Conjectura**, v. 14, n. 2, maio/ago. 2009.

PERES A. M, CIAMPONE, M. H. T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm** [Internet], v. 15, n. 3, p. 492-9, jul./set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a15>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

RESENDE, E. **O livro das competências**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2000.

SANTOS, V. E. P.; RADÚNZ, V. O estresse de acadêmicas de enfermagem e a segurança do paciente. **Rev enferm UERJ**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 616-20, 2011.

SIQUEIRA, I. L. C. P.; KURCGANT, P. Estratégia de capacitação de enfermeiros recém-admitidos em unidades de internação geral. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 39, n. 3, p. 251-7, 2005.

VIEIRA, E.; VOLQUIND, L. **Oficinas de ensino: O quê? Por quê? Como?** 4. ed. Porto Alegre: Edipucrs, 2002.

Capítulo 3

O FAZER PROFISSIONAL E O USO DE TECNOLOGIAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: REVISÃO INTEGRATIVA

Roberta Sampaio de Brito Mamede

Maria Salete Bessa Jorge

INTRODUÇÃO

Historicamente o uso de tecnologias pelo homem vem se aprimorando e expandindo cada vez mais o seu alcance. Schall e Modena (2005, p. 246) afirmam que o termo tecnologia “refere-se a uma técnica, artefato ou alternativa desenvolvidos pelo homem, para facilitar a realização de um trabalho ou criação”. As referidas autoras acrescentam ainda que o termo não deve se limitar ao objeto ou ao instrumento como mediador da ação do homem, pois há o conhecimento aplicado, o que pode ampliar tal ação (SCHALL; MODENA, 2005).

Com destaque para a área da saúde, a crescente utilização de tecnologias vem colaborando para a qualificação dos serviços prestados. Merhy (2002), classifica tais tecnologias como leve, leve-dura e dura. Em linhas gerais, a tecnologia leve compreende o campo das relações, o vínculo e a gestão; a leve-dura, o campo dos saberes estruturados; e a dura, por sua vez, trata dos equipamentos tecnológicos.

Merhy e Feuerwerker (2009, p. 6) estabelecem uma comparação, no fazer profissional, referindo-se ao uso de “caixas de ferramentas tecnológicas”, nas quais estão contemplados elementos que oportunizam os processos de trabalho na saúde. São exemplos de tecnologias “instrumentos, equipamentos, métodos, processos utilizados para a solução de problemas; método ou processo de construção e trabalho” (SANTOS, 2016, p.12).

A adoção de inovações tecnológicas urge nos espaços de produção do cuidado em saúde mental. Mecanismos que venham a qualificar as práticas profissionais, a aprimorar a gestão do cuidado e a potencializar a corresponsabilização dos usuários dos serviços em seu tratamento podem oportunizar a produção da saúde com melhores predicados. Para Merhy e Feuerwerker (2009, p. 5), “as práticas de saúde, como toda atividade humana são atos produtivos, pois modificam alguma coisa e produzem algo novo”. O ato de gerar algo novo requer investimentos, tanto no campo econômico quanto no campo relacional, pois as relações estabelecidas no fazer saúde conduzem, em parte, a lógica do cuidado.

Este capítulo tem como objetivo dialogar sobre as tecnologias direcionadas para a qualificação das práticas profissionais nos serviços de saúde mental a partir da realização de uma revisão bibliográfica sistemática integrativa. Para tanto, tomou-se como questão-problema a seguinte indagação: Quais tipos de tecnologias existentes na literatura brasileira, inglesa e espanhola em relação à qualificação das práticas profissionais nos serviços de saúde mental?

Tecnologias que favoreçam o alinhamento das práticas profissionais com os preceitos da Reforma Psiquiática, o gerenciamento das ações e o empoderamento dos usuários dos serviços devem ser priorizadas pelas gestões, em seus diferentes níveis, como forma de promover a prestação de serviços com maior qualidade, facilitando o acesso e garantindo direitos.

MÉTOD

O presente estudo foi realizado com base nos pilares da revisão integrativa, de abordagem qualitativa, a qual pode ser utilizada, segundo Botelho, Cunha e Macedo (2011, p.133) quando se busca “a síntese e a análise do conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado”.

Destacam-se seis etapas principais para a realização da referida revisão, muito embora seja recomendado a inclusão da etapa zero,

pressupondo a existência de possíveis barreiras, conforme apontado no Manual Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa: a pesquisa baseada em evidências (GRUPO ANIMA EDUCAÇÃO, 2014).

Para a construção desta pesquisa, optamos por partir de tal etapa, onde foram encontrados obstáculos quanto à disponibilidade de artigos nas bases de dados, inicialmente pesquisadas, fato este que direcionou um novo delineamento do estudo.

A coleta de informações foi gerada entre os meses de março e abril de 2018.

Botelho, Cunha e Macedo (2011) propõem os seis passos da revisão integrativa, conforme segue:

1. Identificação do tema e seleção da questão da pesquisa;
2. Estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão;
3. Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados;
4. Categorização dos estudos selecionados;
5. Análise e interpretação dos resultados; e
6. Apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

Tomando por base as recomendações dos referidos autores, na primeira etapa houve a definição do problema, o qual trata das tecnologias existentes para a qualificação das práticas profissionais nos serviços de saúde mental, sendo formulada uma pergunta de pesquisa, conforme já apontado na introdução deste capítulo: Quais tipos de tecnologias existentes na literatura brasileira, inglesa e espanhola em relação à qualificação das práticas profissionais nos serviços de saúde mental? Definiu-se ainda a estratégia de busca, onde ficou determinado o cruzamento dos descritores a partir da utilização dos operadores booleanos AND e OR, respeitando as especificidades de cada banco ou base de dados.

Foram utilizados três descritores em português, inglês e espanhol, sendo esses escolhidos conforme os termos Desc/Mesh: *health personnel, technology e mental health services*. A pesquisa foi realizada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e na PUBMED, incluindo todas as bases de dados nelas existentes.

Na segunda etapa, passou-se a operar a busca dos estudos, dispondo da aplicação de filtros, tendo como critérios de inclusão artigos completos, gratuitos, dos últimos cinco anos, em português, inglês ou espanhol, que tratassem da área de interesse do estudo, quanto aos critérios de exclusão, estabeleceu-se a retirada de artigos em duplicidade.

Realizou-se, na terceira etapa, a leitura do título e resumo das publicações, além da organização dos estudos pré-selecionados e da identificação dos estudos selecionados. As buscas dos artigos foram gerenciadas em cinco momentos, os quais compreendem passos das etapas dois e três, sendo detalhados mais adiante.

Já na quarta etapa, passamos a contar com os recursos do *software* NVIVO 12. Trata-se de uma tecnologia que auxilia na análise de dados de pesquisas qualitativas e métodos mistos. Os artigos selecionados foram exportados para o referido *software*, viabilizando a categorização e análise das informações, a formação de uma biblioteca individual e favorecendo a análise crítica dos estudos selecionados. No tocante ao processo de análise, adotou-se o método de análise de conteúdo com fundamento em Bardin (2006), o qual é dividido em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretações.

Na quinta etapa foi realizada a discussão dos resultados, sendo por fim contemplado na última etapa, a descrição da revisão e a indicação de novos estudos.

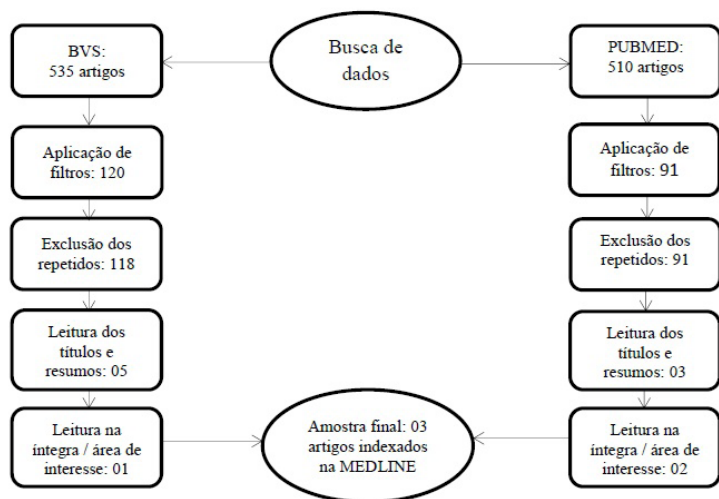
Ainda sobre o processo de busca dos artigos selecionados, este foi realizado em cinco momentos a partir da busca no banco de dados da BVS e na base da PUBMED, acessada através do PortalCAPS.

Iniciamos as pesquisas pela BVS, sendo encontrados 535 artigos ao informarmos os descritores, conforme a estratégia de busca deste banco. Após aplicação dos filtros, chegamos a 120 artigos. Exceituando-se os estudos repetidos, passamos a 118 artigos. Após a leitura dos títulos e resumos, restaram 5 artigos, porém, somente 1 estava enquadrado na área de interesse da pesquisa, o qual correspondia à base de dados da MEDLINE.

Seguimos as buscas na PUBMED, com o mesmo percurso adotado anteriormente, adequados às suas especificidades. Foram localizados 510 artigos a princípio, 91 após os filtros, não sendo identificados artigos em duplicidade. Somaram-se 3 estudos após a leitura dos títulos e resumos, dos quais apenas 2 atendiam a área de interesse, estando ambos indexados para a base de dados da MEDLINE.

É possível observar a seguir a síntese do processo que gerou a escolha dos 3 estudos analisados (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma do processo de busca dos artigos



Fonte: Elaborada pelas autoras.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os três estudos selecionados estavam indexados na base de dados da MEDLINE, uma das mais utilizadas na produção do conhecimento na área da saúde. As publicações tinham o inglês como idioma, não sendo localizados artigos na literatura brasileira ou es-

panhola que atendessem aos critérios de inclusão estabelecidos na revisão integrativa.

Tomou-se como referência temporal as publicações dos últimos 5 anos, sendo localizados estudos de 2013, 2015 e 2017, nos periódicos *Social Work Public Health*, *BMC Health Services Research* e *Global Mental Health*, respectivamente.

Os trabalhos analisados apresentavam experiências vivenciadas nos Estados Unidos, na Nigéria e na Índia, porém, mesmo diante da diversidade dos territórios, comungavam em indicativos, como por exemplo, a necessidade de qualificação do cuidado em saúde mental no campo da atenção primária.

As informações referentes aos estudos selecionados foram ordenadas em uma matriz de síntese, para auxiliar no processo de análise da revisão: base de dados, periódico, ano de publicação, título, autores, fenômeno estudado e tipo de tecnologia empregada, podendo ser verificadas no quadro a seguir (Quadro 1).

Quadro 1 - Matriz de síntese

Base de dados	Periódico	Ano de publicação	Título do artigo	Autores	Fenômeno estudado	Tipo de tecnologia
MEDLINE (BVS)	<i>Social Work Public Health</i>	2013	Treatment for Substance Use Disorder: Opportunities and Challenges under the Affordable Care Act / Tratamento para Transtorno por Uso de Substância: Oportunidades e Desafios sob o Ato de Cuidado Acessível	Betty Tai, Nora D. Volkow.	Ato de Cuidado Acessível (ACA) / Atenção Primária: Modelo de Cuidados Crônicos para o tratamento de transtornos do uso de substâncias (SUD) / Estados Unidos.	Tecnologias de Informação em Saúde (HITS): Registros Eletrônicos de Saúde (EHR).
MEDLINE (PUB-MED)	<i>BMC Health Services Research</i>	2015	Integrating mental health into primary care in Nigeria: report of a demonstration project using the mental health gap action programme intervention guide / Integrando a saúde mental nos cuidados primários na Nigéria: relatório de um projeto de demonstração usando a ação lacuna de saúde mental usando a ação lacuna de saúde mental guia de intervenção do programa	Oye Gureje; Jibril Abdulmalik; Lola Kola; Emmanuel Musa; Mohammad Taghi Yasamy; Kazem Adebayo.	Integração dos Serviços de Saúde Mental na Atenção Primária através do mHGAP-IG e do modelo de treinamento em cascata / Nigéria.	Guia de intervenção do programa de ação sobre a lacuna de saúde mental da Organização Mundial de Saúde (mhGAP-IG) e modelo de treinamento em cascata.
MEDLINE (PUB-MED)	<i>Global Mental Health</i>	2017	Increasing use of mental health services in remote areas using mobile technology: a pre-post evaluation of the SMART Mental Health project in rural India / Aumentar o uso de serviços de saúde mental em áreas remotas usando tecnologia móvel: pós avaliação do SMART Mental Health projeto na Índia rural	Pallab K Maulik; Sudha Kallakuri; Siddhardha Deva-rappalli; Vamsi Krishna Vadlamani; Vivekanand Jha; Anushka Patel.	Qualificação da capacidade dos profissionais de saúde da atenção primária quanto aos cuidados em saúde mental – melhoramentos através do uso de tecnologia móvel baseada em EDSS (Sistemas Eletrônicos de Apoio à Decisão) / Índia.	Tecnologia móvel baseada em <i>Electronic Decision Support Systems</i> (EDSS).

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Dos estudos coletados, o artigo intitulado *Treatment for Substance Use Disorder: Opportunities and Challenges under the Affordable Care Act*, abordou o tratamento para o transtorno do uso de substância (SUD), um dos principais problemas de saúde pública dos Estados Unidos e presente no cenário mundial. A partir do entendimento que o vício é uma doença cerebral crônica e que gera problemas mesmo após a descontinuidade do uso por longas datas, o governo lançou mão de legislações que apoiassem intervenções qualificadas para a superação do problema, como, por exemplo a Lei de Proteção ao Paciente e Cuidado Acessível (2010). Em linhas gerais, foi sugerido para o tratamento do SUD a mudança do modelo reativo, que atua em causas agudas, para o proativo, baseado em triagem e intervenção breve, além da adoção de um modelo de cuidados crônicos (MCC). O MCC necessita ser articulado por uma equipe multiprofissional, com um sistema de cuidado integrado que analisa os pacientes em risco e previne recaídas. A atenção primária em saúde aparece como um local-chave para a detecção e prevenção de problemas relacionados ao álcool e às drogas. O sucesso da proposta está associado a investimentos em equipes multidisciplinares e ao uso de tecnologias modernas de informação em saúde, tendo no Registro Eletrônico de Saúde (EHR) uma ferramenta essencial que permite o compartilhamento e a troca de informações entre os profissionais, qualificando assim a assistência prestada (TAI; VOLKOW, 2013).

O segundo artigo, *Integrating mental health into primary care in Nigeria: report of a demonstration project using the mental health gap action programme intervention guide*, tratou da apresentação de um projeto piloto sobre o processo de integração dos serviços de saúde mental na atenção primária da Nigéria. Com base em pesquisas em saúde mental realizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) foram apontadas lacunas nos cuidados dos serviços de saúde mental, principalmente nos países de baixa renda. Esforços para mudar esse cenário esbarram na falta de profissionais qualificados e de serviços especializados para transtornos mentais, neurológicos e de uso de substâncias (MNS). A estratégia adotada para ampliar o acesso aos serviços de saúde mental foi privilegiar investimentos no território, em espaços mais próximos da comunidade. Tal iniciativa

demandou a qualificação de profissionais a partir do uso do guia de intervenção do programa de ação sobre a lacuna de saúde mental da OMS (mhGAP-IG), que foi contextualizado para a configuração local e do modelo de treinamento em cascata, bem supervisionado, no qual especialistas treinavam facilitadores que, por sua vez, treinavam os profissionais da atenção primária, sendo qualificados ao final 198 trabalhadores, expandindo o acesso ao cuidado em saúde mental (GUREJE *et al.*, 2015)

O terceiro estudo selecionado, *Increasing use of mental health services in remote areas using mobile technology: a pre-post evaluation of the SMART Mental Health project in rural India*, discutiu o aumento do acesso aos serviços de saúde mental, na zona rural da Índia, mediante qualificação das práticas profissionais com o uso de tecnologia móvel. As lacunas existentes no tratamento de transtornos mentais, como a questão do estigma, da falta de profissionais qualificados e dos próprios serviços de saúde, dificultam o acesso aos cuidados em saúde mental. Como estratégia de superação foi realizado, em 30 aldeias, o Projeto de Saúde Mental (SMART), baseado em encaminhamento e tratamento sistematizado. Na oportunidade de realização do referido projeto, foram promovidas campanhas como forma de superar o preconceito relacionado aos transtornos mentais. Realizou-se, ainda, o treinamento de 21 Ativistas de Saúde Social Credenciados - ASHAs e médicos da atenção primária para rastrear, diagnosticar e gerenciar indivíduos com transtornos mentais comuns, baseado em Sistemas Eletrônicos de Apoio à Decisão (EDSS). O modelo foi tomado como aceitável e viável, com a ampliação do acesso aos serviços e uma maior conscientização sobre a saúde mental, durante a execução do projeto em questão (MAULIK *et al.*, 2017).

Os conteúdos direcionam-se para situações-problema que envolvem o universo da saúde mental e se inter cruzam ao apontarem a necessidade de qualificação do cuidado em saúde, especialmente na atenção primária, a partir do uso de tecnologias.

Dentre as categorias elencadas após a exploração do material coletado, temos em evidência o cuidado em saúde mental. Para contribuir com o processo de análise, dispomos dos recursos do *software* NVIVO 12, conforme já anunciado (Figura 2).

Cuidar no território, nas comunidades, nos espaços mais próximos dos usuários passa a ser um mecanismo que viabiliza o acesso ao tratamento de transtornos mentais e àqueles relacionados ao uso de substâncias.

Referente ao acesso e ao modo de produção do cuidado em saúde mental, entende-se que

A necessidade de cuidar de perto, acompanhando o sujeito e estabelecendo uma relação de corresponsabilização, fazendo uso da escuta qualificada, acolhendo e constituindo vínculos sólidos pautados no respeito e partilha são estratégias que potencializam a melhoria da qualidade do cuidado e conseqüentemente no acesso aos cuidados demandados, contribuindo para o empoderamento dos sujeitos (GURGEL *et al.*, 2017, p. 4)

E é nesse “cuidar de perto” que se encaixa a atenção primária, muito embora ainda demande valorização.

Outras duas categorias, que embora não apareçam tão expressivamente na “nuvem de palavras”, mas que ganham relevância dentro dos estudos, são o estigma e a tecnologia. Para auxiliar em suas análises, usaremos as árvores de palavras geradas pelo *software* NVIVO 12 (Figuras 3 e 4).

O estigma no contexto da saúde mental não é elemento novo. Carregado pelo estereótipo da loucura, da marginalização do indivíduo com transtorno mental ou do uso de substâncias psicoativas, é assinalado pela OMS como uma das lacunas do acesso aos serviços de saúde mental.

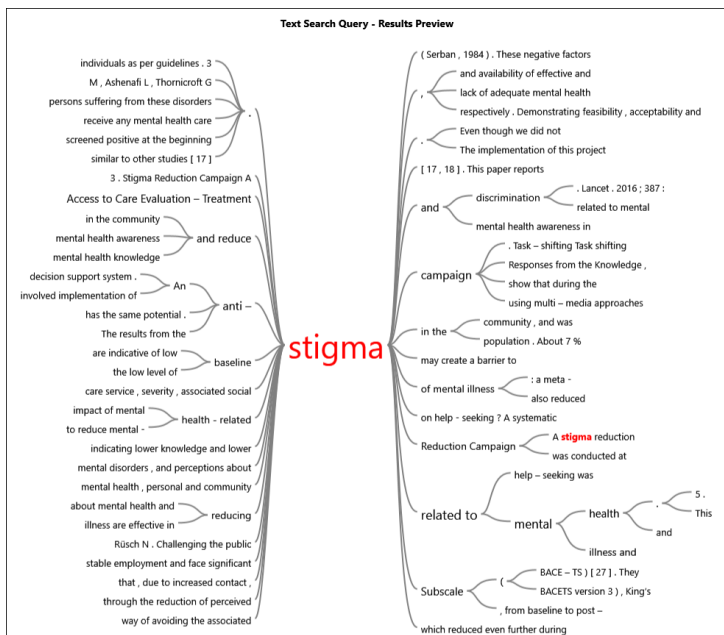


Figura 3 - Árvore de palavras – Estigma

Fonte: Software NVIVO 12.

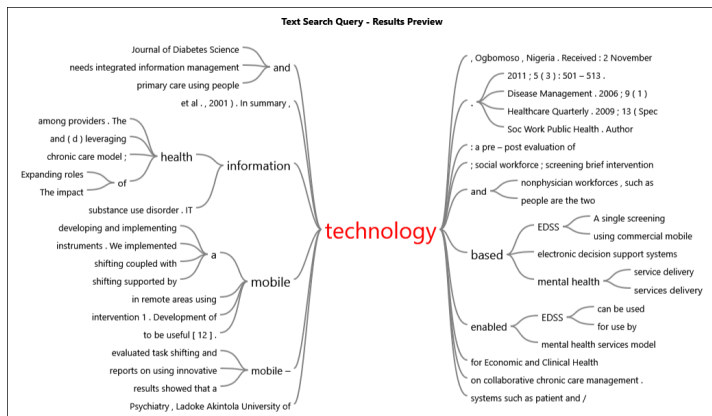
Apontado como “uma fraca consciência sobre saúde”, o estigma está relacionado à redução do acesso aos serviços de saúde mental, ao preconceito vivenciado pelas pessoas com transtorno mental, à não aceitação de tratamento, dentre outras percepções.

Ao logo da experiência vivenciada na Índia foram realizadas campanhas de conscientização para a superação do estigma, buscando assim a viabilidade do acesso aos serviços de saúde. Segundo os autores, obteve-se sucesso ao longo da execução do projeto realizado, porém, faz-se necessário um trabalho continuado, a longo prazo.

Não tem sido diferente em outras partes do mundo. O preconceito em relação às pessoas com transtornos mentais ainda provoca barreiras ao cuidado em saúde mental, o que demanda um olhar mais apurado dos formuladores de políticas, em especial.

Sobre as tecnologias, em suas diferentes formas de apresentação, seja por recursos educacionais integrados às ferramentas eletrônicas, ou não, os estudos apontaram que seu uso pode potencializar a qualidade e o próprio acesso aos serviços de saúde mental (Figura 3).

Figura 4 - Árvore de palavras - Tecnologia



Fonte: Software NVIVO 12.

A partir dos dados levantados, o termo tecnologia está diretamente associado ao cuidado de pessoas na atenção primária; à informação em saúde mental; à viabilidade de compartilhamento de informações entre os profissionais de saúde; ao modelo de cuidados crônicos como ferramenta a ser utilizada na atenção primária; ao suporte dado na tomada de decisão; ao modelo de triagem, diagnóstico e tratamento; como instrumento para o desenvolvimento e implementação de serviços, dentre outros.

Aqui, mais uma vez, resgatamos a pergunta que direcionou esta pesquisa: Quais tipos de tecnologias existentes na literatura brasileira, inglesa e espanhola em relação à qualificação das práticas profissionais nos serviços de saúde mental?

Sem a pretensão de respondê-la em definitivo, mas como o indicativo de sugestão, diremos que existem diferentes tipos de tecnologias, em sua compreensão ampla, conforme apresentado nas primeiras linhas deste capítulo. Digamos que diante do produto gerado pela revisão integrativa realizada, foram apontadas tecnologias educacionais, como o modelo de treinamento em cascata, que aparece economicamente viável e o estímulo ao uso da tecnologia móvel, dispondo do acesso facilitado da Internet à grande parcela dos profissionais de saúde.

O como fazer não dependerá apenas de receitas prontas, mas, também, do olhar dos profissionais, da tomada de decisão dos gestores, em investir na qualificação dos serviços prestados no campo da saúde mental, expandindo acesso ao cuidado, e ao envolvimento dos usuários nesse processo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fazer profissional nos espaços de cuidado em saúde mental demandam constantes investimentos. Com o auxílio do uso de diferentes ferramentas tecnológicas é possível qualificar as práticas profissionais, melhorar o acesso aos serviços de saúde mental e envolver os usuários no cuidado com sua saúde.

O fortalecimento dos vínculos entre os sujeitos do cuidado em saúde, profissionais e usuários, e a tentativa de superação do estigma que paira nesse campo também devem ser trabalhados.

Como forma de contribuir no processo de construção do conhecimento e na implementação de práticas inovadoras, a partir do uso de tecnologias modernas, sugere-se a ampliação de pesquisas no campo da saúde mental, especialmente, no tocante à adoção de tecnologias para o melhoramento dos serviços prestados.

REFERÊNCIAS

BARROS, S.; OLIVEIRA M. A. F.; SILVA, A. L. A. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41(Esp), p. 815-9, 2007.

BOTELHO, Louise Lira Roedel; CUNHA, Cristiano Castro de Almeida; MACEDO, Marcelo. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 5, n. 11, p. 121-136, maio./ago. 2011. ISSN: 1980-5756. Disponível em: <<https://www.gestaoeso.ciedade.org/gestaoesociedade/article/view/1220/906>>. Acesso em: 02 abr. 2018.

GRUPO ANIMA EDUCAÇÃO. **Manual Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa**: a pesquisa baseada em evidências. Belo Horizonte: Grupo Anima Educação, 2014. Disponível em: <http://disciplinas.nucleoad.com.br/pdf/anima_tcc/gerais/manuais/manual_revisao.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2018.

GUREJE, O.; ABDULMALIK, J.; KOLA, L.; MUSA, E.; YASAMY, M. T.; ADEBAYO, K. Integrating mental health into primary care in Nigeria: report of a demonstration project using the mental health gap action programme intervention guide. **BMC Health Serv. Res.**, v. 15, p. 242, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4475323/>>. Acesso em: 02 abr. 2018.

MAULIK, P. K.; DEVARAPALLI, S.; KALLAKURI, S.; PRAVEEN, D.; JHA, V.; PATEL, A. Systematic Medical Appraisal, Referral and Treatment (SMART) Mental Health Programme for providing innovative mental health care in rural communities in India. **Global Mental Health**. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5269616/>>. Acesso em: 02 abr. 2018.

MERHY, E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In:

MERHY, E. E.; ONOKO, R. (Org.). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: UFS, 2009. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-25.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2018.

SANTOS, Z. M. S. A. Tecnologia em Saúde: Aspectos teórico-conceituais. In: SANTOS, Z. M. S. A. et al. **Tecnologias em Saúde**: da abordagem teórica

a construção e aplicação no cenário do cuidado [livro eletrônico]. Fortaleza: EdUECE, 2016. Disponível em: <<http://www.uece.br/eduecedmdocuments/Ebook%20%20Tecnologia%20em%20Saude%20%20EBOOK.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2018.

SCHALL, V. T.; MODENA, C. M. As novas tecnologias de informação e comunicação em educação em saúde. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. (Org.). **Críticas e atenuantes: Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/w5p4j/pdf/minayo-9788575413920.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2018.

TAI, B.; VOLKOW, N. D. Treatment for substance use disorders: opportunities and challenges under the affordable care act. **Soc. Work Public Health**. 2013, v. 28, p. 165-74. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4827339/>>. Acesso em: 02 abr. 2018.

Capítulo 4

POLÍTICAS DE SAÚDE BASEADAS EM EVIDÊNCIA: O DESAFIO DA TOMADA DE DECISÃO

Tereza Doralúcia Rodrigues Ponte
Antonio Rodrigues Ferreira Júnior

As discussões acerca do uso de evidências científicas para a tomada de decisão na área da saúde tornam-se prementes em um contexto de inovações constantes e exigência de adensamento tecnológico nos mais diversos territórios. Salienta-se, também, a conjuntura atual de dificuldades macroeconômicas e sociais, que exige essa ação como ferramenta para qualificar a gestão em saúde no Brasil.

Ao fazer uma consulta ao dicionário AURELIO (2018), o termo evidência vem do latim *evidentia* e significa tornar evidente, mostrar-se claramente. Os gestores de saúde, nem sempre, buscam evidências para determinar suas tomadas de decisão. Muitas vezes essas decisões sofrem influências da conjuntura política da região, impedindo a realização de um planejamento estratégico baseado nas necessidades da população com ações baseada em evidências científicas.

Para Silva (2014), além das barreiras encontradas nos processos de pesquisa, existe um distanciamento da política com a academia, resultado da falta de comunicação e colaboração entre pesquisadores e tomadores de decisão.

O conhecimento científico pode otimizar o processo de formulação e a implementação de políticas de saúde tornando-as mais efetivas. A utilização de evidências científicas como subsídio da tomada de decisão, desde a identificação de problemas de saúde relevantes até a escolha política de enfrentamento destes problemas, depende da capacidade das organizações e dos formuladores de políticas de

acessar o conhecimento disponível e utilizá-lo de forma sistemática e adequada (BARRETO, 2013).

Nesse contexto, iniciativas para a promoção do uso do conhecimento como subsídio para a tomada de decisão no cotidiano da gestão de sistemas locais de saúde podem ser relevantes para a compreensão da dinâmica da apropriação social do conhecimento, especialmente em regiões economicamente desfavorecidas, onde o uso responsável de recursos para a saúde se faz mais exigível.

Com diversos fatores influenciando os tomadores de decisão, a evidência científica constitui apenas um dos elementos capaz de influenciar e informar a tomada de decisão diante dos problemas de saúde da população. Uma decisão sem o suporte de evidências pode levar a efeitos catastróficos, inclusive com o desperdício de recurso.

Na perspectiva de Dias (2015), a promoção do uso sistemático de evidências científicas nos processos decisórios representa um importante desafio para políticas de saúde no Brasil e no mundo, podendo melhorar a aplicação de recursos ao buscar maior eficiência e efetividade na promoção, prevenção e atenção à saúde.

O Brasil experimenta o aumento dos custos e gastos em saúde em decorrência do envelhecimento populacional e da alta carga de doenças infecto-parasitárias concomitantes às doenças crônicas não transmissíveis, assim como o aumento da expectativa e das demandas dos usuários em relação aos serviços de saúde e sistemas de saúde. Além da redução dos recursos disponibilizados pela União, daí a importância das iniciativas para sintetizar e traduzir os achados dessas pesquisas e transformá-las em ações efetivas a custos apropriados.

No âmbito municipal a implementação das políticas de saúde, apresentam inovação nos processos, impulsionada pela criatividade de gestores e trabalhadores do sistema de saúde, mediante a criação de mecanismos de interação entre governo e sociedade (SILVA, 2014).

Observa-se que muitos gestores de saúde são pouco qualificados para buscar evidências que fundamentem sua tomada de decisão. Em diversos municípios de pequeno porte, o cargo de gestor da saúde funciona como moeda de troca para conjunturas políticas e eleitorei-

ras. Isso pode ocasionar fragilidades para a implementação do sistema de saúde, considerando a inabilidade técnica de alguns gestores, bem como a influência política de quem os nomeou aos cargos, propiciando tomadas de decisões com critérios pouco esclarecidos.

Destarte, a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2012) recomenda que as políticas e sistemas de saúde sejam informadas pelas melhores evidências, conhecimentos e valores sociais existentes. Com essa ideia, os governos da província de Ontário (Canadá) e da Austrália são jurisdições que inseriram planos de “tradução do conhecimento” em suas agendas decisórias, visando à produção de evidências de pesquisa, à promoção e ao apoio ao uso das melhores evidências relacionadas a sistemas de saúde e apoio ao desenvolvimento de políticas para aumentar o desempenho e a sustentabilidade do sistema de saúde (SILVA, 2014).

Na síntese de evidência produzida por Dias (2015), foram identificadas quatro estratégias para ampliar o uso de evidências por tomadores de decisão: produzir e disseminar sínteses de evidências com linguagem adaptada a diferentes públicos, estimular o uso do jornalismo e de outras formas de comunicação para ampliar a disseminação do conhecimento científico, utilizar plataforma virtual *on-line* para disseminação do conhecimento científico e promover a interação entre pesquisadores e tomadores de decisão.

É possível e necessário experimentar inovação, criatividade e tomada de decisões informadas pelas melhores evidências, objetivando melhores resultados em saúde. Estratégias adequadas podem favorecer o potencial inovador e criativo nos processos de gestão, assim como iniciativas de consolidação de práticas de formulação e implementação de políticas informadas por evidências no Brasil e no mundo (SILVA, 2014).

Nessa perspectiva, visualiza-se como fundamental o papel da Coordenação da Regional de Saúde para fomentar o interesse nos gestores municipais a buscar evidências científicas para a tomada de decisão, com o intuito de melhorar o desempenho e a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde - SUS.

INTERAÇÃO ENTRE PESQUISADORES E FORMULADORES DE POLÍTICAS

O distanciamento dos pesquisadores e tomadores de decisão não é de hoje. Para Choi (2005), fazer política baseada em evidências deveria funcionar bem, os pesquisadores deveriam produzir provas para que os tomadores de decisão pudessem usar nas suas decisões. Como contrapartida os tomadores de decisão forneceriam aos pesquisadores requisitos de evidência e recurso para a pesquisa.

Existe um ceticismo de ambos, pesquisadores e tomadores de decisão têm mentalidades diferentes, por exemplo: objetivos, atitudes em relação à informação, linguagem, percepção de tempo e caminhos profissionais diferentes (CHOI, 2005).

Um importante avanço foi alcançado na reunião dos Ministros da Saúde dos G7 (os sete países mais ricos do mundo), ocorrida em Milão na Itália em novembro de 2017. Na ocasião, foi permitido que especialistas técnicos das principais organizações internacionais assistissem à reunião e interagissem com os tomadores de decisão sobre o efeito de fatores climáticos e ambientais na saúde (CAMPOSTRINI; GUERRA, 2018).

Este trabalho obteve uma contribuição de enquadrar a discussão de criadores de políticas dentro dos limites de evidência científica e consenso. Foram fornecidas evidências apoiadas em apresentações dos especialistas e estudiosos da área.

A interação entre pesquisadores e tomadores de decisão apresenta vantagens, como: 1) estimular o uso de pesquisas em saúde; 2) facilitar a discussão sobre políticas e como implementá-las; 3) aumentar o interesse dos tomadores de decisão sobre o processo de construção científica. A organização de espaços deliberativos ou de plataformas institucionalizadas, nos quais resultados de pesquisa e de projetos de políticas de saúde sejam apresentados e discutidos com a participação de pesquisadores e tomadores de decisões, pode contribuir para o uso sistemático de evidências científicas na formulação, implementação, monitoramento e avaliação das políticas de saúde (DIAS *et al.*, 2015).

É necessário um movimento de reforma no setor de ensino para que expresse o atendimento dos interesses públicos no cumprimento das responsabilidades de formação acadêmico-científica, ética e humanística com vistas ao desempenho tecno-profissional na área da saúde. Nas últimas décadas, o ensino superior em saúde tem sido alvo de profundas críticas quanto à sua capacidade de desenvolver no estudante o potencial intelectual, o julgamento, a avaliação crítica, a abordagem criativa de análise e o raciocínio crítico (FERREIRA, 2010).

Uma proposta transformadora dos processos de formação e organização do serviço seria alicerçada numa adequada articulação entre o sistema de saúde, suas várias esferas de gestão e as instituições formadoras, mudando a concepção hegemônica tradicional, para uma concepção construtivista – problematizadora das práticas e dos saberes, incentivando a produção de conhecimento nos serviços (FERREIRA, 2010).

Salienta-se que a academia, por meio de seus pesquisadores, possui ferramentas para potencializar o trabalho desenvolvido pelos gestores dos sistemas de saúde no mundo, no entanto essa relação precisa ser fortalecida com a participação dos pesquisadores nos processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde (CAMPOSTRINI; GUERRA, 2018).

Através da problematização a academia iria produzir conhecimento para enfrentar problemas presentes nos serviços de saúde, assim teria oportunidade de reconstruir o ensino em direção as reais necessidades da sociedade.

PERFIL DE COMPETÊNCIA PARA GESTORES

Competência é a capacidade de agir eficazmente em determinada situação, apoiada em conhecimentos, mas sem se limitar a elas. A competência é mobilizada pelas situações da prática diária e ultrapassa a qualificação definida pelos requisitos associados à posição ou ao cargo ocupado (ANDRÉ, CIAMPONE, SANTELLE, 2013).

O gestor de saúde deve alinhar a teoria à necessidade real da prática. Ele deve ser compreendido como todo indivíduo que assume

uma posição de liderança dentro do sistema de saúde. Além de conhecimento, é necessário desenvolver novas habilidades que são permeadas por mudanças práticas na atitude perante o trabalho. Nessa perspectiva, a gestão de pessoas deve ser direcionada na formação e desenvolvimento contínuo dos profissionais de saúde para gerir serviços integrados ao SUS (ANDRÉ, CIAMPONE, SANTELLE, 2013).

FRANK (2010), em uma revisão sistemática para definir competência em formação médica, desenvolveu uma proposta de definição para Educação Baseada em Competências que é uma abordagem para preparar profissionais de saúde para a prática orientada, fundamentalmente, a se formar habilidades e organizados em trono de competências derivadas da análise das necessidades da população.

Os debates atuais sobre o processo de ensino aprendizagem na área da saúde colocam em evidência uma formação profissional que imprime pela qualidade dos cuidados prestados em saúde, com ênfase nas habilidades técnicas e científicas, além de acenar, com muito vigor, para a importância das competências ética e humanística, e para uma prática dedicada ao bem-estar dos pacientes acima dos interesses pessoais (MENDONÇA, 2016).

Faz-se necessária atualização constante das formações desenvolvidas pelas universidades aos profissionais da saúde, considerando que no futuro estes serão gestores atuantes no sistema de saúde. Essas competências precisam ser discutidas à luz da realidade encontrada nos serviços para aprimorar a formação contínua da qualificação profissional (BRITO; BRAGA, 2010).

No entanto, também é importante entender que as políticas governamentais, especialmente do Ministério da Saúde, que é o principal orientador das práticas de saúde brasileiras tendem a fomentar o desenvolvimento de práticas centralizadoras e fragmentadas. Essa fragilidade deve ser discutida na tentativa de evitar problemas nos serviços de saúde causadas pelo uso de algumas especificidades gerenciais para a tomada de decisão em detrimento de outras que podem contribuir sobremaneira para o desenvolvimento das atividades no âmbito do Sistema Único de Saúde (MARQUES, EGRY, 2011).

A realidade mudou e hoje não basta apenas ser indicado e querer ser gerente, é necessário ter formação e competência para a função. O surgimento de novas modalidades de organização e prestação de serviços coloca novos desafios para os quais os gestores não estão preparados.

O uso eficiente e equitativo dos escassos recursos da saúde constitui resultado esperado da gestão. Para tanto, é preciso implantar políticas e fomentar as existentes para que a gestão se fortaleça. Os caminhos para o alcance deste objetivo passam, não só pela adoção de medidas estruturais mais abrangentes, mas também pela formação e capacitação de técnicos e gestores do SUS para a produção e uso de evidências econômicas, pela estruturação de unidades de economia da saúde e pelo uso rotineiro dessas evidências na tomada de decisão (VIEIRA, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

No Brasil, muitos são os desafios para implantar o uso de evidências na tomada de decisões pelos gestores, incluindo a falta de familiaridade, dificuldades em identificar problemas de pesquisas relevantes, pouco envolvimento dos principais interessados e falta de interação entre academia e gestores. Pesquisas futuras serão necessárias para elaborar estratégias de superar esses desafios.

Salienta-se que a interação entre pesquisadores e serviços de saúde seria uma forma de fortalecer o sistema de saúde e melhorar seus resultados, reconhecendo que as políticas e a gestão do sistema de saúde podem ser melhor implementadas quanto à sua efetividade, eficácia e desempenho na medida em que os formuladores de políticas e tomadores de decisão se apropriem de evidências e experiências validadas pelos resultados de pesquisas.

REFERÊNCIAS

ANDRÉ, Adriana Maria; CIAMPONE, Maria Helena Trench; SANTELLE, Odete. Tendências de gerenciamento de unidades de saúde e de pessoas. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 1, p. 158-163, 2013.

ANGULO-TUESTA, Antônia; SANTOS, Leonor; ITURRI, José. Os significados e perspectivas dos pesquisadores sobre o impacto da pesquisa na política e prática de saúde. **CIAIQ2016**, v. 2, 2016.

BARRETO, Jorge Otávio Maia; SOUZA, Nathan Mendes. Avançando no uso de políticas e práticas de saúde informadas por evidências: a experiência de Piripiri-Piauí. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 25-34, 2013.

BRITO, Lydia Maria Pinto; BRAGA, José Luciano. Perfil ideal de competência profissional de gestores da área de saúde. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, n. 5, p. 26-39, 2010.

CAMPOSTRINI, Stefano; GUERRA, Ranieri. Can the scientific world positively influence decision makers on planetary health? **The Lancet**, v. 391, n. 10119, p. 425-426, 2018.

CHOI, Bernard CK et al. Can scientists and policy makers work together? **Journal of Epidemiology and community health**, v. 59, n. 8, p. 632-637, 2005.

DIAS, Raphael Igor da Silva Corrêa et al. Estratégias para estimular o uso de evidências científicas na tomada de decisão. **Cadernos de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 316-322, 2015.

EVIDÊNCIA. Dicionário Aurélio. Edição on-line. Disponível em: <<https://dicionariodoaurelio.com/evidencia/>>. Acesso em: 28 maio 2018.

FERREIRA, Ricardo Corrêa; FIORINI, Vânia Maria Lopes; CRIVELARO, Everton. Formação profissional no SUS: o papel da Atenção Básica em Saúde na perspectiva docente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 2, p. 207-15, 2010.

FRANK, Jason R. et al. Toward a definition of competency-based education in medicine: a systematic review of published definitions. **Medical teacher**, v. 32, n. 8, p. 631-637, 2010.

LIVERANI, Marco; HAWKINS, Benjamin; PARKHURST, Justin O. Political and institutional influences on the use of evidence in public health policy. A systematic review. **PLoS One**, v. 8, n. 10, p. e77404, 2013.

MARQUES, Cláudia Maria da Silva; EGRY, Emiko Yoshikawa. As competências profissionais em saúde e as políticas ministeriais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 1, p. 187-93, 2011.

SILVA, Silvio Fernandes da et al. **Curso de especialização em gestão de políticas de saúde informadas por evidências**: caderno do curso 2015, São Paulo, 2015.

SILVA, Silvio Fernandes da; SOUZA, Nathan Mendes; BARRETO, Jorge Otávio Maia. **Fronteiras da autonomia da gestão local de saúde**: inovação, criatividade e tomada de decisão informada por evidências. 2014.

VIEIRA, Fabíola Sulpino et al. **Uso de estudos econômicos no Sistema Único de Saúde**: percepção e atitudes de tomadores de decisão. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **World Health Report 2012**: no health without research. Disponível em: <<http://www.who.int/rpc/whr2012/en/index.html>>. Acesso em: 1º out. 2011.

AVALIAÇÃO ECONÔMICA COMO FERRAMENTA DE GESTÃO

Pedro Lopes Ferreira

Patricia Ferreira Antunes

INTRODUÇÃO

A afectação óptima dos recursos escassos na saúde constitui uma parte importante do processo de tomada de decisão. A avaliação econômica orientada para a obtenção de eficiência ou do máximo benefício, dados os recursos disponíveis, tem sido desenvolvida para apoio à decisão, operacionalizando o que em inglês se denomina por *value for money*. Se os recursos fossem ilimitados e os sistemas de saúde tivessem a possibilidade de proporcionar qualquer tecnologia de saúde a todos os cidadãos que dela necessitassem, nesse caso, não haveria necessidade de se recorrer à avaliação econômica. No entanto, dado os recursos serem escassos, esta situação torna-se irreal, conduzindo inevitavelmente à escolha de apenas algumas opções. É a materialização do conceito de custo de oportunidade, significando a utilização dos recursos em determinadas alternativas em detrimento da utilização dos mesmos recursos em outras alternativas.

Os recursos financeiros alocados aos cuidados de saúde, quer para indivíduos quer para a população, dependem de vários fatores sociais e econômicos. Em 2016, Portugal gastou *per capita* com os seus residentes 2.734 USD, enquanto o Brasil gastou 995 USD (OECD, 2017). Destes, grande parte (respetivamente, 33,8% e 44,8%) foram gastos diretos, isto é, despesas efetuadas diretamente do bolso dos cidadãos.

Concomitantemente, é expectável que o crescente envelhecimento populacional, o aumento da prevalência de doenças crônicas, a ausência de medidas de contenção de custos e a inovação tecnológica

induzam o crescimento dos gastos em saúde relativamente ao PIB. Desses, a inovação tecnológica é o principal fator para o crescimento dos gastos a longo prazo em cuidados de saúde (ROSEBOOM *et al.*, 2017). Desse modo, considerando o previsível aumento nos gastos em saúde a um ritmo superior ao do crescimento econômico e a consequente pressão nos orçamentos públicos, infere-se também que o processo de tomada de decisão reveste-se de cada vez maior importância para o planejamento e a gestão dos sistemas e serviços de saúde.

Neste âmbito, a avaliação econômica em saúde, tendo surgido na década de 1960, é uma ferramenta relevante que permite a definição do valor obtido em saúde (BLUMENSCHNEIN e JOHANNESON, 1996; HUTTON, 2012), através do custo que pressupõe a opção por uma tecnologia ou intervenção em saúde. A sua utilização crescente para apoio à decisão tem promovido o estabelecimento de requisitos rigorosos no que concerne aos métodos de análise, nomeadamente (i) a definição do problema de decisão, (ii) a adoção de um horizonte temporal adequado para a investigação em curso, (iii) a especificação de uma função objetiva sob a forma de uma medida de ganhos em saúde, (iv) a inclusão de uma perspectiva de custos, (v) a necessidade de incorporar na análise toda a evidência relevante e (vi) a inclusão da incerteza (BRIGGS *et al.*, 2006; SCULPHER *et al.*, 2005).

Num mercado perfeito, a oferta e a procura de bens ou serviços atingem o equilíbrio, sem regulações externas ou interferências do Estado. No entanto, este resultado é condicionado quando existem “falhas de mercado”. É o que sucede no mercado da saúde nomeadamente pelo fato de existir incerteza (e.g., no que respeita à alteração do estado de saúde e do tipo de tratamento a escolher), assimetria de informação (e.g., entre prestadores de cuidados de saúde e consumidores desses cuidados) e externalidades (e.g., caso da imunidade de grupo que se atinge pelo fato de cada um dos indivíduos se vacinar). A existência de falhas de mercado na saúde, conducentes a ineficiências e desigualdades, justificam a regulação deste mercado, para alcançar a optimização na alocação e na distribuição dos recursos escassos (Brazier *et al.*, 2007). Isso implica a definição de critérios de decisão tendo por base técnicas de avaliação econômica que traduzem benefícios para os indivíduos.

A avaliação econômica é assim utilizada no processo de tomada de decisão em saúde com diversos objetivos que, de acordo com Morris, Devlin e Parkin (2007) poderão ser elencados como (i) maximizar os benefícios decorrentes dos gastos em saúde; (ii) ultrapassar as desigualdades regionais no acesso à saúde; (iii) limitar os custos e gerir a procura; e (iv) providenciar poder negocial junto dos fornecedores de produtos e tecnologias de saúde. No entanto, o motivo mais comum para a sua utilização é o de conter custos e gerir a procura de cuidados, materializado pela avaliação de tecnologias em saúde como forma de controle da introdução de novas tecnologias habitualmente com um custo muito elevado.

Os governos de diversos países têm adotado técnicas de avaliação econômica para apoio à decisão no reembolso de custos aos doentes ou prestadores de serviços (por exemplo, no que concerne à utilização de medicamentos) (Brasil, 2009; Silva *et al.*, 1968). São várias as organizações, em distintos países, que utilizam técnicas de avaliação econômica para informar os decisores. Destas, destacam-se alguns exemplos apresentados no quadro 1.

Quadro 1 - Entidades de avaliação econômica

Austria	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Institut für Pharmaökonomische Forschung</i> http://www.ipf-ac.at/index.php?id=1&L=1
Brasil	<ul style="list-style-type: none"> • Agência Nacional de Vigilância Sanitária do (Anvisa) http://portal.anvisa.gov.br/
Canadá	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Agency for Drugs and Technologies in Health</i> https://www.cadth.ca/
Espanha	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Agência Nacional Instituto de Salud Carlos III</i> http://www.isciii.es/
EUA	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Food and Drug Administration</i> https://www.fda.gov/
Finlândia	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ministry of Social Affairs and Health</i> http://stm.fi/en/frontpage
França	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Haute Autorité de Santé</i> https://www.has-sante.fr/portail/
Holanda	<ul style="list-style-type: none"> • <i>College voor zorgverzekeringen</i> https://www.zorgwijzer.nl/zorgvergelijker/english#

Irlanda	<ul style="list-style-type: none"> • <i>National Centre for Pharmacoeconomics (NCPE)</i> http://www.ncpe.ie/ • <i>Health Information and Quality Authority</i> https://www.hiqa.ie/
Noruega	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Statens legemiddelverk</i> https://legemiddelverket.no/English
Portugal	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (INFARMED)</i> http://www.infarmed.pt/
Reino Unido	<ul style="list-style-type: none"> • <i>National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE)</i> https://www.nice.org.uk/ • <i>Scottish Medicines Consortium</i> https://www.scottishmedicines.org.uk/ • <i>All Wales Medicines Strategy Group (AWMSG)</i> http://www.awmsg.org/

Fonte: Elaborado pelos autores.

TÉCNICAS DE AVALIAÇÃO ECONÔMICA

Qualquer avaliação econômica em saúde pressupõe a existência de duas ou mais alternativas e, para cada uma delas, a determinação dos respectivos custos e consequências. Se não existir comparação dos custos e consequências ou se não estiverem a ser comparadas duas ou mais alternativas, a avaliação econômica denomina-se parcial. As diferentes técnicas de avaliação econômica diferem pelas unidades que utilizam para valorar os benefícios dos cuidados de saúde (WEINSTEIN, 1981). O quadro 2 apresenta a classificação das avaliações econômicas em saúde.

Quadro 2 – Tipologia das avaliações econômicas

		Determinação de custos e consequências?		
		NÃO		SIM
Compara- ção entre duas ou mais alter- nativas?	NÃO	Apenas conse- quências	Apenas custos	
		Avaliação Parcial		Avaliação Parcial
		- 1A - Descrição de resultados	- 1B - Descrição de custos	2 Descrição custo-re- sultado de um só programa
		Avaliação Parcial		Avaliação Completa
	SIM	- 3A - Avaliação da eficácia ou efeti- vidade	- 3B - Análise de custos	4 Custo-benefício Custo-efetividade [Minimização de custo] Custo-utilidade

Fonte : Adaptado de Drummond et al. (2005)

Tal como indicado nesse quadro, existem várias técnicas de avaliação econômica que permitem uma avaliação comparativa de custos e consequências de diferentes alternativas. Essas técnicas são: (i) análise custo-benefício; (ii) análise custo-efetividade; e (iii) análise custo-utilidade. A minimização de custo pode, como veremos a seguir, ser considerada um caso particular da técnica custo-efetividade. De notar que os conceitos subjacentes a estas técnicas têm sofrido alguma evolução ao longo do tempo; no entanto, neste texto mantemo-nos fiéis à tipologia inicial.

De uma forma sucinta, apresentam-se em seguida as diferentes técnicas completas de avaliação econômica elencadas.

Análise Custo-Benefício

A análise custo-benefício avalia custos e consequências de diferentes alternativas e, para facilitar a comparação entre elas, utiliza uma unidade de medida monetária. Desse modo, este tipo de análise atribui um valor monetário a todos os resultados de uma intervenção, isto é, valora os resultados em saúde em termos de disposição

para pagar dos indivíduos (PEARCE e TURNER, 1990). Além disso, determina o valor monetário resultante da diferença entre os custos envolvidos na utilização de uma alternativa com os ganhos, poupança ou benefícios obtidos com a opção da sua utilização.

Na prática, pressupõe-se que, na análise custo-benefício, uma alternativa não poderá ser escolhida se o seu benefício líquido for negativo. Tal não sucede nas restantes análises econômicas, particularmente na área da saúde, em que se assume que, se um determinado resultado proporciona ganhos em saúde, importa apenas escolher a alternativa que o oferece com maior custo-efetividade (i.e., que possibilite o mesmo resultado com menor custo). Isso significa que, nestes tipos de análises, poderá estar em causa a escolha de alternativas não autossustentáveis.

Drummond *et al.* (2005) consideram, também, que a análise custo-benefício, ao incluir como parte da análise o valor monetário dos resultados em saúde, permite uma utilização mais abrangente, alargando o seu uso a outros setores da economia para além do da saúde. Não deixa de ser, no entanto, relevante que o conceito de disponibilidade para pagar possa ser limitado pela capacidade de pagar diretamente dependente do rendimento disponível e do valor que cada indivíduo atribui ao dinheiro e às alternativas em análise.

Análise Custo-Efetividade

A análise custo-efetividade compara os custos e os resultados de efetividade de várias alternativas que concorrem para o mesmo objetivo. A efetividade é definida pela OMS como o resultado desejado de um programa, serviço ou procedimento para melhorar o estado de saúde ou reduzir um problema de saúde, nas condições reais de prestação de cuidados (WHO, 1991).

Quando duas ou mais alternativas atingem o mesmo nível do objetivo determinado, a alternativa com menor custo é considerada como a mais custo-efetiva. Nesse tipo de avaliação econômica, a unidade de medida utilizada é o custo por unidade de resultado pretendido (e.g. número de anos de vida ganhos, número de casos de cancro

detectados), mais em termos funcionais do que clínicos (TORRANCE, 1986).

No caso dos resultados de diferentes alternativas serem praticamente equivalentes, a análise custo-efetividade poderá ser considerada como uma análise de minimização de custo, embora esta seja uma perspectiva pouco habitual devido à incerteza e à variabilidade associadas à estimação dos custos e dos resultados em saúde.

A análise custo-efetividade é particularmente utilizada nos casos em que o decisor, com um orçamento específico, considera um conjunto limitado de opções, numa determinada área de atuação. Tome-se, por exemplo, o caso em que um decisor é responsável por organizar um programa de rastreio oncológico e onde, como resultado, poderá estar interessado no número de casos de cancro detectados. No entanto, é facilmente perceptível que o benefício obtido por se detectar casos de cancro é variável em função do tipo de cancro, da idade do doente e da fase de desenvolvimento da doença. Se se considerar que o objetivo principal dos programas de rastreio oncológico é o de prevenir a morbilidade e mortalidade prematuras, o número de casos detectados poderá não ser uma unidade de medida ou efeito desejável (DRUMMOND *et al.*, 2005).

Na verdade, a análise custo-efetividade apresenta várias limitações. Pelo fato das unidades de efeito diferirem de intervenção para intervenção, esta técnica pode não ser aconselhada para efetuar comparações entre diferentes programas ou intervenções. Por outro lado, este tipo de avaliação econômica não permite obter informação relativa ao custo de oportunidade de financiar uma nova intervenção que se revele custo-efetiva. Utilizar uma única unidade de efeito ou resultado, limita a avaliação de intervenções com mais do que um tipo de resultado de interesse. Por fim, não questiona nem valoriza os objetivos da medida a avaliar.

Nesse sentido, a análise custo-efetividade é considerada uma técnica restritiva, impossibilitando, assim, uma decisão informada sobre a eficiente alocação de recursos (BRAZIER *et al.*, 2007; DRUMMOND *et al.*, 2005).

A análise custo-utilidade foi desenvolvida para responder às limitações da análise custo-efetividade. Nessa análise, o conceito de utilidade é tido como a preferência que um indivíduo ou uma sociedade possui por um determinado conjunto de resultados em saúde (TORRANCE, 1986).

Drummond *et al.* (2005) consideram a análise custo-utilidade similar à análise custo-efetividade no que concerne aos custos, mas diferente no que respeita aos tipos de resultados ou efeitos. Enquanto que na análise custo-efetividade os resultados são únicos, não valorados e específicos de um programa, na análise custo-utilidade os resultados podem ser únicos ou múltiplos, genéricos (i.e. não relativos a um programa específico) e incorporar a noção de valor associado aos resultados. Por esse motivo, a análise custo-utilidade possui uma utilização mais abrangente, tornando-se mais útil para os decisores em saúde. Uma característica distintiva da análise custo-utilidade é medir a preferência relativa pelos resultados de acordo com a teoria de utilidade de von Neumann-Morgenstern (1944).

MEDIDAS DE AVALIAÇÃO ECONÔMICA

Neste tipo de avaliação econômica, a consequência respeita o número de anos com saúde perfeita e, por isso, a unidade de medida mais comumente utilizada é os anos de vida ajustados à qualidade (*Quality-Adjusted Life-Years* ou QALY) que incorpora, num só indicador, a quantidade e a qualidade dos anos de vida de um indivíduo.

Ao longo dos últimos anos, o conceito de QALY tem gerado alguma controvérsia e, por isso, outras unidades de medida têm sido sugeridas para introdução em técnicas de avaliação econômica. Outras alternativas genéricas existem para medidas de resultados como os anos saudáveis equivalentes, os anos de vida ajustados por incapacidade e os anos salvos equivalentes de vida jovem.

Neste capítulo serão brevemente apresentadas as principais medidas utilizadas para determinar e quantificar as consequências numa avaliação econômica.

QALY – Anos de vida ajustados à qualidade

Na análise custo-utilidade a unidade de consequência, normalmente utilizada, é o custo por cada ano saudável ou o custo por cada QALY ganho por se escolher um determinado tratamento ou programa em detrimento de outro. Neste tipo de avaliação econômica o recurso aos QALY possibilita diversas vantagens, porque condensa, num só valor, toda a análise multidimensional e, por isso, permite comparar alternativas com vários tipos de resultados em saúde. No entanto, essa agregação simples faz com que um QALY tenha sempre o mesmo valor, independentemente de quem o experiencia.

O QALY foi originalmente desenvolvido em avaliação econômica como uma medida de efetividade em saúde, com o intuito de apoiar a decisão sobre a alocação de recursos escassos em programas de saúde concorrentes (WEINSTEIN *et al.*, 2009). Trata-se da medida de referência na qual as agências reguladoras e de contratação de vários países baseiam-se para efetuar técnicas de avaliação econômica em saúde, reconhecendo o QALY como uma medida válida para avaliações de produtos médicos e de intervenções de saúde (FERREIRA e FERREIRA 2014; LIPSCOMB *et al.*, 2009).

Esta medida é também utilizada em tabelas de classificação de custo por QALY (em inglês, *league tables*), com o intuito de ordenar programas ou tecnologias de saúde em função da sua eficiência ou do menor rácio custo-efetividade incremental. No entanto, para uma utilização adequada dessas tabelas, é necessário dispor de dados locais específicos, devidamente contextualizados, o que nem sempre sucede por falta de recursos, tempo ou de conhecimentos técnicos para a condução deste tipo de análise, obrigando a recorrer a tabelas já publicadas em outros estudos que poderão não ser tão relevantes para a análise local (MASON, 1994). Por este motivo, há poucos exemplos de tabelas de classificação de custo por QALY utilizadas na priorização de recursos (WILLIAMS *et al.*, 2012).

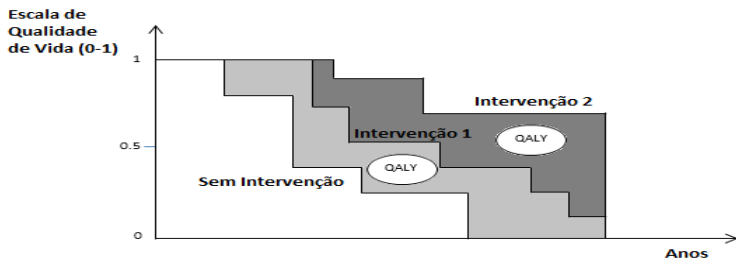
O QALY é uma unidade de medida que constituiu uma verdadeira inovação na economia da saúde, ao combinar numa única medida o benefício dos cuidados de saúde, em termos de longevidade e de qualidade dos anos de vida (BRAZIER *et al.*, 2007). A missão de opti-

mizar os recursos que a sociedade utiliza, a possibilidade de utilização em situações distintas (e.g., em diferentes patologias) e nos âmbitos individual e populacional torna o QALY uma medida preferencial para apoio à decisão, sobretudo por parte de organismos públicos que recorrem a técnicas de avaliação econômica (KOBELT, 2013).

Para concretizar o conceito de QALY é necessária a identificação de pesos que representam a qualidade de vida relacionada com a saúde dos estados de saúde sob avaliação. Esses pesos devem ser baseados em preferências, ancorados nos pontos de referência 'saúde perfeita' e 'morte' e medidos numa escala intervalar (DRUMMOND *et al.*, 2005).

O modelo QALY assume que os indivíduos se movem através de estados de saúde ao longo do tempo e que cada estado de saúde tem um valor associado. De acordo com Brazier *et al.*, (2007), o QALY é um indicador que mede a qualidade de vida relacionada com a saúde, atribuindo para cada par (período de tempo/estado de saúde) um peso específico, que varia entre 0 (estado equivalente a morte) e 1 (estado equivalente a saúde perfeita). Os estados de saúde considerados piores que morte assumem valores negativos. Note-se que esta abordagem valora estados de saúde e não alterações entre estados de saúde. Na prática tem-se que, para um determinado indivíduo, a perspectiva de viver anos num estado de saúde inferior ao estado de saúde perfeita pode ser equacionada pela perspectiva de viver anos em perfeita saúde, considerando (BRAZIER *et al.*, 2007). Em termos gráficos, este conceito pode ser representado de acordo com a Figura 1.

Figura 1 - Exemplo do conceito de QALY



Fonte: Adaptado de Cornes (2012).

No exemplo apresentado nessa figura é possível observar o efeito dos QALY de acordo com a intervenção efetuada. Assim, a intervenção 1 aumenta a qualidade e a quantidade de anos vividos, enquanto a intervenção 2 aumenta apenas a qualidade de vida, mantendo-se o número de anos de vida igual ao da intervenção 1.

O número de QALY associado a cada intervenção é representado pela área entre cada alternativa (sem intervenção, intervenção 1 e intervenção 2). No caso apresentado, o benefício líquido da intervenção 2 corresponde à área da intervenção 2 subtraída da área correspondente à ausência de intervenção e da área referente à intervenção 1. A título de exemplo, se se considerar que um indivíduo que padece de uma determinada patologia vê a sua qualidade de vida reduzida, por esse motivo, em 0,01 durante 15 anos e, se o mesmo indivíduo for submetido a um tratamento para essa patologia que lhe permite alcançar uma qualidade de vida de 0,6 durante 20 anos, os QALY obtidos calculam-se da seguinte forma:

$$(20 \times 0,6) - (15 \times 0,01) = 11,85$$

Considerando uma situação com ausência de incerteza, sem desconto temporal e sem alterações no estado de saúde, o número de QALY relativos a um resultado em saúde calcula-se multiplicando o valor atribuído a um estado de saúde específico pelo número de anos passados nesse estado.

Se se admitir que pequenas alterações do estado de saúde ocorrem quando se passa de um período de tempo para outro, a determinação do QALY passa a ser uma combinação de valores de estados de saúde, durações e probabilidades. Assim, o QALY convencional pode ser definido de acordo com o seguinte:

$$QALY_{conv} = \sum_{t=1...T} \sum_{s=1...S} p_{st} V(H_{st}) (1+r)^{t-1} \quad [1]$$

em que p_{st} corresponde à probabilidade do indivíduo se encontrar no estado de saúde H_s , no período t ; $V(H_{st})$ é o valor atribuído ao estado de saúde H_s no período t ; $(1+r)^{t-1}$ respeita um fator de desconto que serve para atribuir valores correntes a $V(H_{st})$ e em que r corresponde à taxa de desconto temporal; S é o número discreto de estados de saúde que podem ocorrer; e T respeita ao horizonte temporal relevante

para a tomada de decisão (LIPSCOMB *et al.*, 2009). Quando os QALY são usados para decisões ao nível da sociedade, V reflete habitualmente o valor médio das preferências dos indivíduos que constituem o grupo.

Note-se que tanto os indivíduos como a sociedade em geral preferem que os ganhos em saúde ocorram num momento mais próximo do que futuro e, por esse motivo, os valores obtidos são multiplicados por um fator de desconto que justifica essa preferência temporal (DRUMMOND *et al.*, 2005). Este fator de desconto não é, no entanto, livre de crítica quando se utiliza uma técnica de elicitación de preferências que já incorpora uma preferência temporal (e.g. equivalência em tempo).

Não obstante, os valores obtidos por técnicas como o jogo-padrão (SG, do inglês *standard gamble*) não serem afetados por preferências temporais, o mesmo não sucede com a equivalência em tempo. Além disso, o valor habitualmente recomendado para a taxa social de desconto, pela maior parte das linhas orientadoras de avaliação econômica (3 a 5%), pode não representar a preferência temporal do indivíduo. Apesar de assumirem ser necessário aprofundar a investigação sobre esses constrangimentos, Drummond *et al.* (2005) continuam a recomendar a prática de desconto temporal, no valor recomendado da taxa social, independentemente da técnica de elicitación de preferências utilizadas.

Brazier *et al.* (2007) explicam que o valor esperado de uma intervenção em saúde resulta da soma de todos os valores esperados individuais que, por sua vez, advêm da ponderação do valor pela probabilidade de um determinado estado de saúde ocorrer. Como os indivíduos podem melhorar independentemente da intervenção ocorrer, fala-se de benefício líquido, i.e., da diferença de valor esperado com e sem intervenção em saúde que pode ser expressa da seguinte forma:

$$QALY = S_h S_t p_{1ht} Q_{ht} - S_h S_t p_{0ht} Q_{ht} \quad [2]$$

onde p_{0ht} representa a probabilidade do indivíduo se encontrar no estado de saúde h , no período t , sem ter sido sujeito à intervenção em saúde; p_{1ht} representa a probabilidade do indivíduo se encontrar no estado de saúde h , no período t , mas tendo sido sujeito à intervenção em saúde, e Q_{ht} representa o valor do estado de saúde h , no período t . Note-se que t assume a inclusão do desconto temporal, considerando

$$Q_{ht} = \frac{Q_h}{(1+r)^t} \quad [3]$$

e em que r corresponde à taxa de desconto temporal (BRAZIER *et al.*, 1999).

De acordo com Miyamoto (1999), uma aplicação típica do QALY envolve a análise de utilidade de uma decisão. Considere-se, como exemplo, um doente que escolhe uma de entre duas ou mais alternativas terapêuticas. Uma das componentes dessa análise constitui a construção de modelos de probabilidade para cada escolha de tratamento. Cada modelo descreve os possíveis estados de saúde que podem ocorrer associados à alternativa terapêutica e atribuiu uma probabilidade a cada um desses estados. Num caso simples, o modelo de probabilidade poderá ser descrito como uma lotaria para estados de saúde específicos. Em casos mais complexos, o modelo poderá ser apresentado como uma árvore de decisão ou um modelo de Markov. A segunda componente da análise de decisão envolve já a construção de um modelo de utilidade para os possíveis resultados em saúde. Juntando essas duas componentes de análise de decisão, i.e., considerando a elaboração de modelos de probabilidade para cada alternativa terapêutica e a concretização de um modelo de utilidade para os possíveis resultados em saúde, poder-se-á calcular a utilidade esperada de cada escolha de tratamento.

O objetivo inerente à decisão será determinar qual das alternativas possui a utilidade esperada mais elevada (MIYAMOTO, 1999). Neste âmbito, assume-se que o conceito central do QALY se baseia nos princípios da teoria da utilidade, a teoria clássica de apoio à decisão em cenário de incerteza. A primeira formalização do modelo foi realizada por Pliskin e colaboradores (1980), que identificaram as três condições para o QALY ser considerado uma medida cardinal válida de utilidade. O QALY é considerado uma função de utilidade válida, que representa as preferências individuais, se as seguintes condições forem garantidas (BRANDEAU *et al.*, 2004):

- independência de utilidade mútua, i.e., a preferência por um de dois atributos, estando um deles fixo a um nível constante, não depende do nível particular desse atributo constante (e.g. um indivíduo com artrite reumatoide não

julga o seu estado de saúde de forma diferente por ter cinco ou 20 anos de esperança de vida);

- troca proporcional constante de anos de vida por estados de saúde, i.e., a proporção do tempo restante de vida que um indivíduo está disposto a trocar por uma melhoria específica de qualidade é independente da real quantidade de anos restantes de vida (e.g. se se considerar uma situação em que é pedido a um indivíduo para trocar uma certa quantidade do seu tempo de vida para ter um estado de saúde perfeito ao invés de um estado de saúde inferior, se ele disponibilizar 10 anos em 20, também disponibilizará 5 em 10 ou dois anos e meio em cinco); e
- neutralidade face ao risco relativo à duração de vida, i.e., a função utilidade para os anos de vida é linear.

Por outro lado, as condições identificadas por Pliskin e colaboradores podem ser simplificadas de acordo com os seguintes pressupostos (TOWERS *et al.*, 2005):

- Condição zero – os respondentes não têm preferências sobre os estados de saúde quando os anos de vida são iguallados a zero, isto é, (Estado de Saúde $Q_1, 0$) \sim (Estado de Saúde $Q_2, 0$)
- Escala intervalar – para permitir a agregação de QALY, os intervalos com igual distância têm a mesma interpretação, significando, por exemplo, que um ganho de 0,2 para 0,4 tem o mesmo valor que um ganho de 0,6 para 0,8; e
- Neutralidade face ao risco – a preferência dos indivíduos não é afectada pelo nível de incerteza em torno do valor médio dos resultados.

Vários autores reconhecem que as condições acima elencadas são muito restritivas ou algo irrealistas, impossibilitando a obtenção das preferências dos indivíduos e resultando em decisões de tratamento sub-óptimas (BRAZIER *et al.*, 2007; BRANDEAU *et al.*, 2004; TOWERS *et al.*, 2005). Veja-se, por exemplo, a condição da neutralidade face ao risco. Brandeau *et al.* (2004) assinalam alguns estudos

que identificaram diferentes níveis de aversão ao risco nos seus sujeitos. Tome-se, como exemplos, o estudo de McNeil, Weichselbaum e Pauker (1978) que encontrou uma moderada aversão ao risco em relação aos anos de vida nos doentes com cancro pulmonar, o estudo de Stiggelbout *et al.*, (1994) que mostrou a existência de uma ligeira aversão ao risco em doentes com cancro do testículo e o trabalho de Verhoef, de Haan e van Daal (1994) que encontrou aversão ao risco em relação aos anos de vida em mulheres saudáveis, mas preferências propensas ao risco em jogos envolvendo durações curtas de tempo.

Já num contexto distinto, Mehrez e Gafni (1987) evidenciaram, por seu turno, a existência de aversão ao risco quando a duração de tempo foi maior.

Nas situações apresentadas, a condição de neutralidade face ao risco não foi garantida, podendo levar a que o QALY não fosse considerado uma representação válida das preferências dos indivíduos. No entanto, Brandeau *et al.* (2004) também apresentam as soluções propostas por outros investigadores que relaxam os critérios para considerar o QALY como uma função de utilidade válida. Esses investigadores sugerem, em primeiro lugar, que a neutralidade face ao risco e à condição zero são suficientes para garantir a existência e a validade de um modelo de QALY. A condição zero é, por si só, uma situação incontornável no contexto de saúde. Assim, subsiste a condição de neutralidade face ao risco para garantir a validação do modelo que, tal como referido anteriormente, é, por diversas vezes, incumprida. Miyamoto (1999) sugere que a condição zero e uma condição alternativa que designou como invariância de equivalentes de probabilidade (ou invariância de jogo-padrão) são suficientes para garantir o modelo multiplicativo do QALY. Dessa forma, um modelo generalizado de QALY manter-se-á válido, numa situação sem neutralidade face ao risco, se e só se ambas as condições de invariância de equivalentes de probabilidade e condição zero forem garantidas.

Quando se utilizam QALY, assume-se que o objetivo principal do decisor é maximizar a saúde da população, num contexto de recursos escassos. No entanto, Weinstein *et al.* (2009) referem que os decisores podem ter outros objetivos relacionados com equidade, jus-

tiça e metas políticas e para os quais o modelo convencional de QALY poderá não ser o mais adequado.

O QALY convencional expressa a utilidade pessoal dos resultados em saúde avaliados *ex ante* e em média pela população em geral, que assume um véu de ignorância sobre a sua saúde futura. Como o valor expresso é obtido em termos de interesse pessoal e *ex ante*, i.e., por indivíduos que poderão não ter tido a experiência prévia com os estados de saúde valorados, a decisão é habitualmente designada por decisão de utilidade (NORD *et al.*, 2009). No entanto, nada impede que os valores sejam elicitados *ex post*, i.e., por indivíduos com experiência direta corrente ou passada com os estados de saúde objeto de valoração (utilidade experienciada). Além disso, o QALY pode ser modificado de forma a expressar o valor da sociedade quando estão em causa objetivos de justiça, ultrapassando, assim, o interesse pessoal (NORD *et al.*, 2009).

Independentemente do modelo formal de análise escolhido, os resultados da avaliação econômica não devem ser considerados como derradeiras respostas para a alocação de recursos, mas sim como contributos para futuras deliberações e processos de decisão justos.

HYE - Anos saudáveis equivalentes

Os anos saudáveis equivalentes ou HYE (do inglês, *Healthy Years Equivalent*) foram propostos no início da década de 1990 por Mehrez e Gafni como uma melhoria teórica sobre os QALY (MEHREZ e GAFNI, 1991). Tal como o QALY, esta unidade de medida combina dois resultados em saúde: qualidade de vida e longevidade.

Esses autores defendem que os HYE representam na totalidade as preferências dos indivíduos pela forma como se calcula cada função individual de utilidade, ao não restringir a relação entre os estados de saúde e os anos de vida. São dois os pontos principais em que esta unidade de medida difere dos QALY. Em primeiro lugar, mede as preferências dos indivíduos ao longo dos estados de saúde por que eventualmente passaria (caminho ou perfil) e não de cada estado de saúde individualmente; em segundo lugar, utiliza uma técnica de elicitação de preferências denominada de jogo-padrão em duas

etapas, sendo que na primeira determina a utilidade convencional para o caminho de estados de saúde e na segunda mede o número de anos saudáveis que corresponde à mesma utilidade (DRUMMOND *et al.*, 2005).

Apesar do avanço teórico que representam, os HYE têm também sido alvo de crítica. Um dos primeiros aspectos apontados relaciona-se com a viabilidade de realização da técnica do jogo-padrão por duas etapas. No entanto, tanto os autores que propõem esta unidade de medida, como outros, conseguiram replicar a técnica com relativa facilidade (TOWERS *et al.*, 2005). A segunda crítica apontada, e mais relevante, é que a técnica de elicitación por duas etapas é redundante. Vários artigos de investigação referem que os HYE são teoricamente equivalentes à técnica de equivalência em tempo (DRUMMOND *et al.*, 2005; TOWERS *et al.*, 2005). Por outro lado, a incorporação de risco na técnica de valoração utilizada (jogo-padrão) tem induzido alguma preocupação pois os indivíduos poderão não expressar de forma rigorosa as suas preferências utilizando os HYE. Pelo fato de a tarefa ser cognitivamente exigente, os respondentes poderão ter alguma dificuldade em compreender a informação complexa contida num perfil de saúde e, dessa forma, recorrer a heurística para julgar esses perfis. Acresce ainda que as pessoas valoram alterações em saúde de acordo com o que pensam que vão sentir assim que essa alteração ocorre, ao invés de considerarem possíveis adaptações ao longo dos anos. Outra característica que se pode observar nos respondentes é a insensibilidade à abrangência do perfil, significando que poderão atribuir um valor inferior à totalidade do perfil do que à soma dos valores das partes que o constituem.

Com base na evidência científica que existe, não é claro que os HYE constituam uma melhor medida de preferências em saúde do que os QALY, justificando-se, assim, a realização de mais estudos de investigação nesta área (TOWERS *et al.*, 2005).

SAVE - Anos salvos equivalentes de vida jovem

Os anos salvos equivalentes de vida jovem ou SAVE (do inglês, *Saved Young Life Equivalent*) representam uma outra alternativa ao

QALY convencional. Essa unidade de medida foi introduzida tendo por base o argumento de que os QALY refletem uma perspectiva individual e não uma perspectiva societal, deixando de parte o valor social (DRUMMOND *et al.*, 2005; NORD 1992). A técnica utilizada no método do SAVE é a da equivalência na pessoa. Um exemplo da aplicação dessa técnica passa, por exemplo, por questionar as pessoas sobre quantos doentes do tipo A deverão ser tratados para equivaler, em valor social, ao tratamento de 10 doentes do tipo B.

A abordagem dos SAVE difere da dos QALY na medida em que cada elemento da sociedade é questionado sobre que trocas gostaria para outros indivíduos, criando as bases da tomada de decisão societária. Nos QALY, cada elemento da sociedade é questionado sobre as trocas que gostaria para si mesmo e, nesse caso, a tomada de decisão societária toma forma a partir dessas trocas individuais (Drummond *et al.*, 2005).

Não existe, no entanto, grande consenso teórico ou mesmo ético sobre qual das unidades de medida é mais vantajosa e vários investigadores defendem a necessidade de um aprofundamento da aplicação dos SAVE em mais estudos de investigação. Drummond *et al.* (2005) sugerem que, em alguns estudos, poderá ser uma possibilidade a introdução dos SAVE como medida complementar aos QALY, considerando que eventuais resultados distintos nos valores obtidos apenas enriquecerão a discussão dos agentes de decisão.

DALY - Anos de vida ajustados por incapacidade

Esta unidade de medida foi desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde com o intuito de estimar o fardo global de doença e a efetividade das intervenções de saúde (MURRAY e LOPEZ, 1996). Os anos de vida ajustados por incapacidade ou DALY (do inglês, *Disability Adjusted Life-Year*) são conceitualmente semelhantes aos QALY, na medida em que combinam mortalidade e morbidade numa só medida (CHEN *et al.*, 2015). O fardo de doença é medido em termos de DALY perdidos, comparando com uma vida ideal saudável, com uma pontuação de qualidade equivalente a 1 e longevidade igual à do país com maior esperança de vida (no caso, o Japão). De

forma a calcular os DALY totais para uma população e determinada condição é necessário estimar os anos de vida perdidos, que resultam do número de mortes ocorridas numa população, multiplicados pela média do remanescente da esperança de vida da população, quando a idade da morte, e os anos vividos com incapacidade com severidade e duração conhecidas, associados a essa condição (CHEN *et al.*, 2015; MURRAY e LOPEZ 1996).

Apesar de conceitualmente semelhantes, os anos de vida ajustados por incapacidade apresentam algumas características que os distinguem dos QALY, designadamente a longevidade ser considerada constante (no QALY este valor difere em função da situação), os pesos associados à incapacidade basearem-se em pontuações da técnica de compromisso na pessoa obtidos através de um painel de profissionais de saúde (no QALY os pesos baseiam-se em preferências), os pesos poderem assumir, para além dos valores associados ao estado de saúde equivalente a morte e ao estado de saúde equivalente a saúde perfeita, apenas sete valores discretos (ao invés do QALY que pode assumir qualquer valor dentro da escala de utilidade) e utilizarem pesos de idade, isto é, ponderações que atribuem pesos inferiores a anos de vida de indivíduos jovens e idosos e ponderações que atribuem pesos superiores a anos de vida de indivíduos de meia-idade, pelo fato de serem estes que cuidam tanto de jovens como de idosos (DRUMMOND *et al.*, 2005).

O DALY como unidade de medida tem sido alvo de grande debate não só por poder gerar resultados com enviesamento positivo quando utilizado, por exemplo, em países com esperança de vida inferior à do país de referência (Japão), mas também pelas características acima descritas serem consideradas, por diversos investigadores, como arbitrárias e pouco transparentes (DRUMMOND *et al.*, 2005). Outra limitação significativa que influencia o uso de DALY é o método de requerer uma diversidade significativa de informação relacionada com estruturas etárias específicas da população, esperança de vida, incidência, prevalência e outras métricas que dificultam a sua aplicação por parte dos investigadores (Chen *et al.*, 2015).

CONCLUSÃO

Em resumo, o quadro 3 apresenta as principais características de cada tipo de avaliação econômica.

Quadro 3 – Características dos principais tipos de avaliações econômicas

Tipo	Custos	Resultados	Fórmula
Minimização de custo	Valor monetário	Pressupõe-se resultados semelhantes para as intervenções comparadas	$C_x - C_y$
Custo-benefício	Valor monetário	Convertidos para valores monetários	
Custo-efetividade	Valor monetário	Medida clínica (e.g. anos de sobrevivência, anos de vida ganhos; dias de incapacidade evitados)	
Custo-utilidade	Valor monetário	Anos de vida ajustados para a qualidade	

Legenda: C_i : custos da intervenção i ;
 B_i : benefícios da intervenção i ;
 E_i : efectividade da intervenção i ;
QALY; Anos de vida ajustados pela qualidade
DALY; Anos de vida ajustados pela incapacidade

Fonte: Adaptado de Drummond *et al.* (2005).

Perante todas as opções existentes de técnicas de avaliação econômica, a escolha entre as diversas formas depende não só da perspectiva do analista em termos de avaliação econômica, mas também de fatores como o problema em apreço, os dados disponíveis para análise, os desafios associados às unidades de medida e as limitações que cada técnica incorpora.

No âmbito do apoio à decisão, o analista pode assumir uma perspectiva em que considera que a melhor forma de proceder à avaliação econômica é determinar o valor que o indivíduo está disposto a pagar pelas alternativas em análise, de forma a comparar com os custos inerentes e determinar qual a opção mais vantajosa. Esta é uma perspectiva no âmbito da economia do bem-estar, do Estado Social ou do Estado-Providência (do inglês, *welfare state*) que coloca um enfoque significativo no valor que os indivíduos associam aos resultados,

considerando os indivíduos como os melhores avaliadores do seu próprio bem-estar. Nesse contexto, insere-se a análise custo-benefício.

No entanto, esta técnica não é isenta de críticas na medida em que o valor que o indivíduo afirma estar disposto a pagar pode ser condicionado pela sua disponibilidade financeira e pela noção individual que este possui do valor das alternativas em análise (DRUMMOND *et al.*, 2005). Por outro lado, o analista pode entender a avaliação econômica como uma forma de melhor alocar os recursos financeiros em saúde. E, neste caso, a análise efetuada incide apenas sobre atributos de saúde (isto é, exclui atributos não relacionados com a saúde como a disponibilidade para pagar), comparando os recursos de saúde consumidos com os ganhos em saúde obtidos, medidos, por exemplo, em unidades de medida de saúde ou resultados de saúde, embora seja preferível a utilização de índices de forma a efetuar comparações transversais entre programas. Essa é a perspectiva mais comum entre os decisores na área da saúde e enquadra-se no âmbito de uma perspectiva *extrawelfarist*, incluindo aspetos sociais, mais do que a utilidade no consumo de bens ou serviços inserindo-se, neste contexto, as análises custo-efetividade e custo-utilidade (DRUMMOND *et al.*, 2005; WEINSTEIN, 1981).

As decisões em saúde são cada vez mais baseadas em estudos de avaliação econômica que medem resultados com recurso a QALY. Esta unidade de medida combina, num só indicador, a quantidade de anos de vida de um indivíduo e a qualidade desse período de vida através de pesos baseados em preferências relativas aos estados de saúde sob avaliação. Esses pesos são estimados com recurso a instrumentos de medição em saúde baseados em preferências, tal como o EQ-5D (FERREIRA *et al.*, 2013). Os pesos associados a cada estado de saúde constituem o valor relativo que os indivíduos atribuem a viver em cada um desses estados.

Na medida em que as sociedades diferem entre si e possuem valores específicos baseados no seu passado cultural, não basta a determinação de um só sistema de valores para uso partilhado de diversos países. Considerando as características únicas associadas à população de cada país, é necessário a condução de estudos nacionais de valoração, que reflitam as preferências de uma amostra repre-

sentativa da sua população. Os decisores políticos e as agências de avaliação de tecnologias em saúde de cada país optam pela população em geral como fonte de preferências numa perspectiva de que todos são potenciais utilizadores de recursos em saúde e contribuintes que financiam o sistema de saúde.

Ao decisor em saúde cabe a deliberação final sobre quais os valores a utilizar.

REFERÊNCIAS

BLUMENSCHNEIN, K.; JOHANNESON, M. Economic evaluation in healthcare. A brief history and future directions. **Pharmacoeconomics**, v. 10, n. 2, p. 114–22, 1996.

BRANDEAU, M.; SAINFORT, F.; PIERSKALLA, W. **Operations Research and Health Care: A Handbook of Methods and Applications**, Springer US, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes metodológicas: estudos de avaliação econômica em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRAZIER, J.; DEVERILL, M.; GREEN, C.; HARPER, R.; BOOTH, A. A review of the use of health status measures in economic evaluation. **Health Technology Assessment**, v. 3, n. 9, p. 1-164, 1999.

BRAZIER, J.; RATCLIFFE, J.; SALOMON, J.; TSUCHIYA, A. **Measuring and Valuing Health Benefits for Economic Evaluation**. Oxford: Oxford University Press, 2007.

BRIGGS, A.; CLAXTON, K.; SCULPHER, M. **Decision modelling for health economic evaluation**. Oxford: Oxford University Press, 2006.

CHEN, A.; JACOBSEN, K. H.; DESHMUKH, A. A.; CANTOR, S. B. The evolution of the disability-adjusted life year (DALY). **Socio-Economic Planning Sciences**, v. 49, p. 10-15, 2015.

CORNES, P. The economic pressures for biosimilar drug use in cancer medicine. **Targeted oncology**, 2012, 7 suppl. 1: S57-67.

DRUMMOND, M. F.; SCULPHER, M. J.; CLAXTON, K.; STODDART, G. L.; TORRANCE, G. W. **Methods for the economic evaluation of health care programmes**. Oxford, etc.: Oxford University Press, 2005.

FERREIRA, L.; FERREIRA, P. Health State Values and Country-Specific Value Sets. In: MICHALOS, A. C. ed. **Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research**. Dordrecht: Springer Netherlands, 2014. p. 2744-2749.

FERREIRA P. L.; FERREIRA, L. N.; PEREIRA, L. N. Contributos para a validação da versão portuguesa do EQ-5D. **Acta Med Port**, v. 26, n. 6, p. 664-675, nov-dez. 2013.

HUTTON, J. Health Economics and the evolution of economic evaluation of health technologies. **Health Econ.**, v. 21, n. 1, p. 13-8, 2012.

KOBELT, G. **Health Economics: an introduction to Economic Evaluation**. London: OHE, ed., 2013.

LIPSCOMB, J.; DRUMMOND, M.; FRYBACK, D.; GOLD, M.; REVICKI, D. Retaining, and Enhancing the QALY. **Value in Health**, v. 12, suppl. 1, p. 18-26, 2009.

MASON, J. Cost-per-QALY league tables: their role in pharmacoeconomic analysis. **PharmacoEconomics**, v. 5, n. 6, p. 472-481, 1994.

MCNEIL, B.; WEICHSELBAUM, R.; PAUKER, S. Fallacy of the Five-Year Survival in Lung Cancer. **NEJM**, v. 299, n. 25, p. 1397-1401, 1978.

MEHREZ, A.; GAFNI, A. An empirical evaluation of two assessment methods for utility measurement for life years. **Socio-Economic Planning Sciences**, v. 21, n. 6, p. 371-375, 1987.

_____. The healthy-years equivalents: how to measure them using the standard gamble approach. **Medical Decision Making**, v. 11, n. 2, p. 140-146, 1991.

MIYAMOTO, J. Quality-Adjusted Life Years (QALY) Utility Models under Expected Utility and Rank Dependent Utility Assumptions. **Journal of Mathematical Psychology**, v. 43, n. 2, p. 201-237, 1999.

MORRIS, S.; DEVLIN, N.; PARKIN, D. **Economic analysis in health care**. Chichester; Hoboken, NJ: J. Wiley & Sons, 2007.

MURRAY, C.; LOPEZ, A. **The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from deceases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2010**. Harvard University Press, 1996. p. 1-35.

NORD, E.; DANIELS, N.; KAMLET, M. QALYs: Some Challenges. **Value in Health**, v. 12, suppl. 1, p. 10-15.

NORD, E. An alternative to QALYs: The saved young life equivalent (SAVE). **BMJ**, 305, 10 out., p. 875-877.

OECD. **Health at a glance 2017**: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, 2017.

PEARCE, D.; TURNER, R. **Economics of Natural Resources and the Environment**. Harvester Wheatsheaf, Great Britain, 1990.

PLISKIN, J.; SHEPARD, D.; WEINSTEIN M. Utility Functions for Life Years and Health Status. **Operations Research**, v. 28, n. 1, p. 206-224, 1980.

ROSEBOOM, K. J.; VAN DONGEN, J. M.; TOMPA, E.; VAN TULDER, M. W.; BOSMANS, J. E. Economic evaluations of health technologies in Dutch health-care decision-making: a qualitative study of the current and potential use, barriers, and facilitators. **BMC Health Services Research**, v. 17, n. 1, 2017.

SCULPHER, M.; CLAXTON, K.; AKEHURST, R. It's just evaluation for decision-making: recent developments in, and challenges for, cost-effectiveness research. In: **Health policy and economics: opportunities and challenges**. Maidenhead: Open University Press, p. 8-41, 2005.

SILVA, E. A.; PINTO, C. G.; SAMPAIO, C.; PEREIRA, J.; DRUMMOND, M.; TRINDADE, R. **Orientações Metodológicas para Estudos de Avaliação Econômica de Medicamentos**. INFARMED, 1998.

STIGGELBOUT, A. M.; KIEBERT, G. M.; KIEVIT, J.; LEER, J. W.; STOTER, G.; DE HAES, J. C. Utility assessment in cancer patients: adjustment of time tradeoff scores for the utility of life years and comparison with standard gamble scores. **Medical Decision Making**, v. 14, n. 1, p. 82-90, 1994.

TORRANCE, G. W. Measurement of Health States Utilities for Economic Appraisal. **Journal of Health Economics**, v. 5, n. 1, p. 1-30, 1986.

TORRANCE, G. W. Social preferences for health states: an empirical evaluation of three measurement techniques. **Socio-Economic Planning Science**, v. 10, p. 129-36, 1976.

TOWERS, I.; SPENCER, A.; BRAZIER, J. Healthy year equivalents versus quality-adjusted life years: the debate continues. **Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research**, v. 5, n. 3, p. 245-54, 2005.

VERHOEF, L.; HAAN, A.; VAN DAAL, W. Risk attitude in gambles with years of life: empirical support for prospect theory. **Medical Decision Making**, v. 14, n. 2, p. 194-200, 1994.

WEINSTEIN, M. C.; TORRANCE, G.; MCGUIRE, A. QALYs: The Basics. **Value in Health**, v. 12, suppl. 1, S5-9.

WEINSTEIN, M. C. Economic Assessment of Medical Practices and Technologies. **Medical Decision Making**, v. 1, n. 4, p. 309-330, 1981.

WILLIAMS, I.; ROBINSON, S.; DICKINSON, H. **Rationing in health care: the theory and practice of priority setting**. Bristol: Policy Press, 2012.

VON NEUMANN, J.; MORGENSTERN, O. **Theory of games and economic behavior**. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1944.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health Programmes Evaluation**. Geneva: World Health Organization (WHO), 1991.

Capítulo 6

OLHARES E POSSIBILIDADES DO PERFIL DOS GESTORES MUNICIPAIS DO SUS

José Wellington Rios Vital

Carlos Garcia Filho

INTRODUÇÃO

Uma das formas mais comuns de construir uma carreira dentro da gestão em saúde é como Administrador de serviços de saúde. O gestor pode assumir as responsabilidades de supervisionar o funcionamento de uma unidade básica de saúde, de uma clínica ou de um hospital.

Algumas das funções, básicas, dos gestores são assegurar que todos os médicos, enfermeiros e os demais profissionais de saúde estejam motivados e atualizados quanto às necessidades técnicas; que os equipamentos estejam com a manutenção em dia e funcionando; que a instalação ofereça um bom nível de qualidade na atenção aos usuários; e que sua equipe seja competente e comprometida.

A gestão em saúde pode aproximar-se da academia. Dentro dessa opção, o gestor pode se envolver com a supervisão de projetos de pesquisas financiadas por universidades e institutos de pesquisa. Outra opção para o gestor em saúde é considerar a consultoria em saúde como carreira. Esse papel precisa de um conhecimento sólido na assistência à saúde, gerenciamento de serviços de saúde, experiência com planos de saúde, acreditação, hotelaria hospitalar, *marketing* em saúde. Os consultores de gestão em saúde, pelos conhecimentos e a experiência adquirida, também podem ajudar na formação de outros profissionais como parte do processo permanente de educação na saúde.

Observa-se, portanto, que as oportunidades para construir uma carreira em gestão em saúde são variadas e vêm crescendo. Al-

gumas envolvem interação com os pacientes, profissionais e serviços de saúde, enquanto outras se concentram na criação e manutenção de normas que regem o estado da saúde dentro de uma determinada jurisdição.

Em todas as situações, o objetivo final do gerenciamento em saúde é certificar-se que o sistema funciona com eficiência e que as pessoas são cuidadas de maneira competente e eficaz. No caso específico do Sistema Único de Saúde (SUS), o Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, veio cumprir o papel de regulamentar a Lei 8.080/90, vinte e um anos após sua publicação, de forma a preencher uma lacuna do arcabouço normativo do SUS. Não é uma inovação, mas reforça a necessidade da gestão do SUS cumprir o que preconiza as legislações emitidas anteriormente à sua criação.

O gestor do SUS procura organizar as relações interfederativas, mediante a consagração dos colegiados interfederativos tripartite, bipartite e regional, nos quais as decisões são consensuais em razão do compartilhamento da gestão, e definem ainda, as portas de entrada do sistema de saúde, dispendo sobre a hierarquização da complexidade dos seus serviços, a integralidade da assistência, a assistência farmacêutica, metas de desempenho e sua avaliação mediante indicadores de saúde.

O objetivo deste capítulo é descrever as possibilidades de atuação do gestor em saúde dentro e fora do SUS para explorar as competências necessárias para sua atuação. Para tal, será realizada revisão de literatura com base, principalmente, em Chiavenatto (2009), Giovanella (2005) e Costa (2010).

TRATAMENTO METODOLÓGICO

O método refere-se ao estudo dos caminhos e dos instrumentos empregados para se fazer pesquisa científica, os quais devem responder às perguntas elaboradas pelo pesquisador de forma eficiente e ética.

A pesquisa bibliográfica exploratória, método adotado neste capítulo, abrange leitura, análise e interpretação de textos disponíveis em

livros, periódicos, documentos, mapas, imagens. Todo material recolhido deve ser submetido a uma seleção, a partir da qual é possível estabelecer um plano de leitura. Trata-se de uma leitura atenta e sistemática que se faz acompanhar de anotações e fichamentos que, eventualmente, poderão servir à fundamentação teórica do estudo (GIL, 1995).

Segundo Minayo (1994, p. 34):

A pesquisa bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de *web sites*. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. Existem porém pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta.

Para elaboração deste capítulo, foram utilizados como referências bibliográficas manuais consagrados tanto da Administração quanto da Saúde Coletiva, complementados pela seleção de artigos publicados em periódicos científicos nos últimos cinco anos sobre o tema e disponíveis na base de dados Scielo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O gestor de saúde deve sistematizar e comunicar adequadamente as linhas estratégicas da organização, definindo e disseminando missão, visão, valores, ética e comportamento corporativo para todos os colaboradores. Suas ações devem ser claras, garantindo que todos entendam e alcancem o objetivo do trabalho. Chiavenato (2009, p. 5) afirma que:

[...] falar de gestão de pessoas é falar de gente, de mentalidade, de vitalidade, ação e proação. A Gestão de Pessoas é uma das áreas que mais tem sofrido mudanças e transformações nestes últimos anos. Não apenas nos seus aspectos tangíveis e concretos como, principalmente, nos aspectos conceituais e intangíveis.

A gestão de pessoas tem sido a responsável pela excelência das organizações bem-sucedidas e pelo aporte de capital intelectual, enfatizando a importância do fator humano para o sucesso das organizações. A gerência ganha importância hoje nas organizações de saúde como um meio de dar eficácia aos seus serviços (BRASIL, 2000). Contudo, não se pode esquecer que parte significativa do discurso e das práticas administrativas já está há algum tempo sendo utilizada no setor saúde. Provavelmente, o que surge de novo é o conceito de gerência e a necessidade de realizar uma releitura das práticas administrativas até então utilizadas (CROZATTI, 1998).

Não se deve correr o risco de reificar o conceito ou reduzi-lo à retórica da transformação da gerência em solução mágica para a eficácia do setor saúde. É evidente que não há organização eficaz sem gerência, ou seja, sem um trabalho competente de previsão, organização, direção e controle dos recursos humanos, materiais e financeiros para atingir os objetivos organizacionais (CHIAVENATO, 2009).

O trabalho da gerência, portanto, realiza a mediação entre pessoas, tecnologia, materiais e ambiente. O responsável por essa tarefa deve possuir um compromisso com os objetivos organizacionais e com a população a ser atendida. Esse é, atualmente, um dos grandes desafios que a Administração Pública enfrenta (BRASIL, 2000).

Essa questão reforça a necessidade da participação da população, por meio do controle social, na gestão dos serviços de saúde. Esse controle, contudo, não deve passar apenas pela relação das organizações com seus usuários, mas no interior da própria instituição, envolvendo seus servidores na tarefa organizacional (DUARTE, 2003).

Observa-se que, na Administração Pública, é comum os dirigentes não estarem comprometidos com os resultados da organização, mas com seus interesses particulares ou do seu grupo político,

desvirtuando as atribuições que assumiu ao aceitar o cargo de gerência. O fortalecimento do controle social pode ser uma alternativa para diminuir práticas clientelistas e a confusão entre público e privado.

As atribuições do gestor em saúde não se resumem à gestão de pessoas, segundo Giovanella (2005, p. 89), englobam um grande espectro de responsabilidades como:

- a) Desenvolver uma liderança de cultura compartilhada, revendo e melhorando a efetividade de comportamentos pessoais, estimulando a visão de curto, médio e longo prazo, com clara definição das relações de causa e efeito.
- b) Desenvolver e estimular o sistema de gerenciamento da organização, incluindo a análise dos resultados alcançados em busca dos melhores desempenhos no futuro e garantia de benefícios sustentáveis para todos.
- c) Tomar decisões baseadas nas melhores evidências: dados, fatos e ciência; utilizando todo o conhecimento necessário para interpretar os resultados alcançados e estabelecer futuras metas para os processos mais relevantes.
- d) Inspirar, buscar e criar uma cultura de envolvimento, comprometimento, empreendedorismo, melhoria contínua e ética em todos os níveis.
- e) Promover uma cultura que apoia as novas gerações, ideias e novas formas de pensar, encorajando a inovação e o desenvolvimento organizacional.
- f) Exercer a flexibilidade e a resiliência, procurando rever, adaptar e realinhar os rumos da organização, quando necessário, inspirando confiança o tempo todo.
- g) Alocar recursos para garantir necessidades em longo prazo e procurar ser competitivo nas áreas de relevância para a organização.
- h) Analisar dados e informações para determinar o impacto de novas tecnologias e modelos de negócio na *performance* da organização.

- i) Comparar o seu próprio desempenho com outras organizações de saúde ou de outra área para entender melhor os pontos fortes da sua gestão com as oportunidades de melhorias.
- j) Garantir a sustentabilidade na área econômica, social e ambiental da organização.
- k) Alinhar os objetivos individuais e de todo o grupo com os objetivos estratégicos da organização, garantindo o comprometimento de todos na maximização da *performance*.
- l) Gerenciar o recrutamento, o desenvolvimento de carreira e os planos de sucessão, apoiado por políticas adequadas de forma a garantir credibilidade e equilíbrio.
- m) Encorajar os colaboradores a defenderem a organização, sentindo orgulho pelo que fazem no trabalho e para que sirvam socialmente como embaixadores na obtenção do sucesso organizacional.
- n) Estimular os colaboradores a continuamente rever, melhorar e otimizar a eficiência e eficácia dos processos internos da organização.
- o) Compreender as necessidades de comunicação interna e a expectativa das pessoas com relação à informação; desenvolvendo estratégias de comunicação, políticas e canais apropriados baseados nas necessidades e expectativas.
- p) Estimular a troca de informações, conhecimentos e melhores práticas entre as equipes, permitindo o diálogo por toda a organização.
- q) Construir um relacionamento sustentável com seus parceiros e fornecedores baseado no mútuo respeito, confiança e transparência; procurando criar uma significativa rede de relacionamentos de forma a identificar potenciais oportunidades de parcerias futuras.
- r) Estabelecer padrões de governança corporativa adequados para todos os níveis hierárquicos da organização.

- s) Analisar os indicadores: de desempenho dos principais processos internos; de reputação e imagem da organização; de valor de produtos e serviços, de fidelidade dos usuários; de satisfação, envolvimento e engajamento dos colaboradores; e de *performance* financeira.

Assim, o gestor em saúde deve liderar e estimular o desenvolvimento dos valores da organização com modelos de integridade, responsabilidade social e comportamento ético, tanto interno como externamente. A quantidade de atribuições mostra a complexidade da gestão em saúde e aponta para a necessidade de exercê-la de forma compartilhada. Além de exercer o papel de líder, o gestor de saúde deve saber escutar os que estão à sua volta, para otimizar a execução dos seus trabalhos.

Costa (2010), apresenta cinco características que considera essenciais a um bom gestor em saúde:

Flexibilidade - para lidar com pessoas, principalmente quando se trata de saúde, é essencial ter flexibilidade. O profissional precisa estar pronto para resolver problemas inesperados e saber conviver com os colaboradores e usuários. É importante ainda manter o foco nas metas que devem ser cumpridas, mas sempre consciente de que o processo pode passar por alterações.

Liderança - o gestor precisa ser um dos principais apoios dos colaboradores e, sempre que necessário, deve auxiliá-los na resolução dos problemas que surgem com frequência em um serviço de saúde. O líder também deve ter uma boa visão do que está acontecendo no local de trabalho, avaliar a demanda e o atendimento para gerar melhor atendimento aos usuários.

Organização - além de saber cuidar da sua equipe, o bom líder também precisa estar atento aos demais setores necessários para o bom desempenho de um serviço de saúde, como limpeza, transporte, aquisições. A boa gestão de todo esse grupo permite que cada um realize a sua função de uma maneira mais qualificada e segura, além de organizar o processo de trabalho.

Empatia - é importante que o líder saiba interagir em harmonia com todos os seus colaboradores. Isso promove a integração no trabalho e alimenta o espírito de equipe, facilitando a resolução de problemas que surgem a todo momento em um serviço de saúde. O gestor deve mostrar que está acessível e é aberto para escutar críticas e sugestões de sua equipe.

Inovação - com tantas pessoas e atividades para gerir é importante ter programas para acompanhar os dados e os atendimentos de cada um, o que também facilita na tomada de decisões, redução de custos de operação e melhoraria a qualidade do serviço oferecido aos usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O gestor em saúde deve considerar que ser não é o mesmo que estar. Ser é mais que estar. Embora o verbo “estar” usado no lugar de “ser” pareça denotar humildade, pode transparecer uma renitência em se assumir como gestor, mas aparentando comedimento. Não há como estar simplesmente, é preciso ser e estar inteiro todos os dias para realizar as inúmeras atividades inerentes à gestão com competência.

Uma característica importante do gestor não identificada na literatura é sua capacidade de manter sigilo. Um secretário de saúde cuida da gestão pública da saúde, mas também dos segredos que lhe são confiados pelas instituições, pelos trabalhadores e pelos usuários dos serviços de saúde.

Ficou evidente, na literatura, que a gestão em saúde é sempre uma função pública, ainda que exercida em instituição privada. Portanto, o gestor pode ser demitido ou exonerado a qualquer momento, desde que deixe de servir ou não cumpra o estabelecido pelos objetivos organizacionais. Para permanecer no cargo, deve aferrar-se ao compromisso público, sem se afastar dele ainda que seja pressionado.

Também foi destacado na literatura a necessidade do gestor reunir uma equipe de trabalho. Tendo em vista a quantidade e a complexidade das tarefas relacionadas à gestão, não se pode esperar que

o gestor trabalhe de modo isolado. É essencial buscar colaboradores para dividir o ônus da sua tarefa, obviamente compartilhando o bônus. Portanto, é importante não restringir o acesso; pelo contrário, ampliar a oportunidade da equipe em participar da gestão é uma estratégia valiosa para ampliar suas chances de sucesso.

No caso do serviço público, um edital de habilitação de profissionais para serem gestores de serviços, de unidades ou de departamento pode ser uma boa estratégia para evitar indicações baseadas em critérios político-partidários.

Ainda discutindo a gestão em saúde na perspectiva do gestor do SUS, destaca-se que uma autoridade não pode fazer o que quer, mas o que a lei lhe determina. O Estado é um construído para servir à sociedade no desiderato da cidadania como direito de todos, fruto do contrato social, que autoriza ao poder governamental o exercício legítimo da força, inclusive. Essa missão do Estado institui a autoridade cuja relação com a sociedade se baseia na lei e na ética pública.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Competência para o trabalho em uma Unidade Básica de Saúde sob a Estratégia de Saúde da Família: médico e enfermeiro**. Brasília, 2000.

CHIAVENATTO, I. **Gestão de Pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. Rio de Janeiro: Campus, 2009.

COSTA, Eliezer Arantes da. Gestão Estratégica de Negócio em Saúde. In: ZUCCHI, Paola; FERRAZ, Marcos Bosi. **Economia e Gestão em Saúde**. Barueri: Manole, 2010. cap. 15, p. 329-330.

CROZATTI, Jaime. Modelo de gestão e cultura organizacional: conceitos e interações. **Caderno de Estudos**, São Paulo, v. 10, n. 18, p.1-20, 1998. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-92511998000200004>. Acesso em: 16 mar. 2018.

DUARTE, E. C. A informação, a análise e a ação em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde.**, v. 12, n. 2, p. 61-62, jun. 2003. Disponível em:< <http://scielo.iec.gov.br/>

scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000200001>. Acesso em: 20 mar. 2018.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 1995.

GIOVANELLA, L. A. **Longitudinalidade na Atenção Primária**: avaliando os modelos assistenciais do SUS. Departamento de Administração e Planejamento de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

Capítulo 7

PRÁTICA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DA APS NO BRASIL E NO MUNDO: UTOPIA

Verónica Cristina Gamboa Lizano
Maria Angela Alves do Nascimento
Marluce Maria Araujo Assis
Maria Salete Bessa Jorge

OBJETO DE ESTUDO E BASES TEÓRICO-METODOLÓGICAS

Neste capítulo trazemos a discussão sobre processo de trabalho de Marx (1988) revisitado por Mendes-Gonçalves (1992) na perspectiva do processo de trabalho em saúde, assim como das contribuições de Franco e Mehry (2007) sobre as tecnologias que intervêm no processo de trabalho na área da saúde.

Ao delimitarmos a especificidade sobre o processo de trabalho nas práticas da Promoção da Saúde, vimos uma escassez de estudos publicados, o que pode evidenciar talvez que, até aquele momento a Promoção da Saúde não seja ‘valorizada’ como prática em saúde, apesar da sua existência no dia a dia como ações e atividades, sem uma conotação da sua concepção, uma vez que comumente não é diferenciada e sistematizada, nem contemplada na produção científica, como no caso do *corpus* deste estudo.

Este é um recorte da pesquisa sobre Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil e no Mundo (GAMBOA, 2018), defendida como dissertação do Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, em março de 2018. Neste sentido, abordamos neste capítulo um dos objetivos desta pesquisa. É um estudo de natureza qualitativa do tipo Revisão Integrativa, fundamentado na perspectiva crítico-a-

nalítica, com o objetivo de analisar as práticas de Promoção da Saúde no contexto da APS no Brasil e em outros países do mundo.

Por conseguinte, para a produção de dados empíricos percorremos as seis(6) etapas da Revisão Integrativa revistas por Botelho, Cunha e Macedo (2011) inicialmente definidas por Jackson (1980).

Numa **Primeira Etapa**, identificamos a temática a pesquisar e recortamos o objeto de estudo, a partir da definição do problema de pesquisa. Na oportunidade definimos, também, as estratégias de busca das produções científicas publicadas no período de janeiro de 2006 a julho 2017, tendo como cenário o Brasil e outros países, deixando a busca aberta a artigos dos cinco continentes (América, Europa, África, Ásia e Oceania) para assim, ter uma visão global de como estão se desenvolvendo as práticas em Promoção da Saúde em diversas latitudes do globo numa abordagem da APS. Consideramos inicialmente três descritores em inglês, por ser considerada uma língua *standar* na publicação de trabalhos científicos, até porque, geralmente os artigos (independentemente da língua de publicação) incluem um *abstract* com palavras-chave também em inglês.

Os descritores foram *health promotion* (promoção da saúde), *primary healthcare* (atenção primária à saúde) e *practice* (prática). Utilizamos somente artigos publicados em revistas científicas, divulgadas nas bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde BVS (*BIREME*), *Academic Search Premier (EBSCO)*, *Medline-Pubmed*, *SciELO Cuba*, *Science Direct (El Sevier)*, *SciELO.org*, *SCOPUS (El Sevier)*, *Medline Complete (EBSCO)* e *Web of Science - Coleção Principal*. Para a busca inicial utilizamos o operador booleano AND para relacionar os descritores procurados.

Nessa **Segunda Etapa** como resultado da busca anterior, obtivemos 791 artigos, os quais reduziram a 616, ao limitarmos aqueles artigos com condição de *peer review*. Posteriormente, criamos critérios de inclusão para a definição do grupo de artigos mais refinados, considerados para a nossa pré-seleção: trabalhos científicos na modalidade de artigo, em qualquer língua, publicados no período do ano janeiro 2006 - julho 2017, com metodologia quantitativa, qualitativa ou quanti-qualitativa/quali-quantitativa, pertencentes aos cinco(5)

continentes (Europa, Ásia, África, América e Oceania), publicados em revistas na área de Saúde Pública - Saúde Coletiva - Saúde Comunitária.

Em seguida, demos continuidade à **Terceira Etapa**, considerando-se os 616 artigos obtidos para realizar uma provável seleção a partir da leitura do título e resumo, na tentativa de incluir aqueles trabalhos com a APS como cenário. Salientamos que os 616 artigos que resultaram da nossa busca foram de três(3) bases de dados: 588 de *EBSCO*, 23 de *SciELO.org* e 5 de *SciELO Cuba*.

A partir da leitura desses artigos, obtivemos 67 artigos considerados pré-selecionados, nos quais foram lidos mais uma vez os resumos, palavras-chave e título, colocando uma maior atenção ao nosso objeto de estudo. Assim, foram selecionados 18 artigos, os quais foram considerados o *corpus do estudo* para a análise em profundidade.

Na **Quarta Etapa**, realizamos leituras aprofundadas (flutuantes e exaustivas) das 18 produções científicas, com a finalidade de identificar as informações relevantes. Durante as leituras, focamos na categoria de estudo-processo de trabalho da Promoção da Saúde no contexto da APS no Brasil e no mundo. Para extrair as informações coerentes a esta categoria e os núcleos de sentido que a compõem, criamos uma matriz constituída dos elementos do processo de trabalho, tendo como núcleos de sentido a finalidade da prática, o objeto do trabalho, os instrumentos, a descrição das atividades e os agentes do trabalho.

Já na **Quinta Etapa**, análise dos dados, utilizamos o método de análise Hermenêutica Dialética, tendo nos embasado em Minayo (2010) revisitado por Assis e Jorge (2010).

A **Sexta Etapa** é resultante das discussões da Revisão Integrativa, tendo possibilitado a definição da categoria de análise. Os trechos dos fragmentos dos artigos, *corpus* desses estudos analisados, são identificados pelo seu título acompanhado por um número dado intencionalmente de 1 a 8 por ordem crescente de levantamento. No sentido de deixar explícitos esses artigos, eles serão nominados apenas na primeira vez que forem referenciados.

RESULTADOS

PROCESSO DE TRABALHO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE: finalidade, objeto, instrumentos, atividades-ações e agentes da prática.

Ao estudarmos o Processo de Trabalho em Saúde compreendemos qualquer processo de trabalho é realizado para atingir finalidade(s) específica(s) e é essa que guia todo o processo de trabalho (FARIA; WERNECK; SANTOS; TEIXEIRA, 2009), pois é a partir dela que são estabelecidos os critérios ou parâmetros de como será realizado.

Entre as 18 produções científicas analisadas, a finalidade da prática da Promoção da Saúde no contexto da APS foi referida em nove(9) artigos como qualidade de vida aqui destacada em quatro artigos: Artigo 3 *The effectiveness of the Omaha System intervention on the women's health promotion lifestyle profile and quality of life* (ERCI, 2012), Artigo 6 *Examining the correspondence of theoretical and real interpretations of health promotion* (IRVINE, 2007), Artigo 8 *Attitudes about and practices of health promotion and prevention among primary care providers* (LUQUIS;PAZ, 2015) e Artigo 13 *Health promotion and disease prevention among nurses working in local public health organizations in Montreal, Quebec* (RICHARD *et al.*, 2010), convergindo ao explicitarem que a principal finalidade da Promoção da Saúde é garantir à população e às pessoas qualidade de vida, fortalecer a saúde e que tenham seu bem-estar, conforme os fragmentos de trechos desses artigos a seguir: [...] “reduce the potential years of life lost in premature mortality, and ensure better quality of the remaining life” (Artigo 3); [...] “achieving optimum health [...] maintenance of optimum health” (Artigo 6); [...] “promote personalized wellness and prevention services, including smoking cessation, weight management, and nutrition among other activities” (Artigo 8) e [...] “enhancement of quality of life and positive conditions, such as wellbeing and happiness, and their underlying healthy life styles” (Artigo 13).

O Artigo 1 *From child health surveillance to child health promotion and onwards: a tale of babies and bath water* (BELLMAN;

VIJERATNAM, 2012), o Artigo 5 *Audit of mental health promotion in primary care in NHS trust* (HAMILL; POWIS, 2006) e o Artigo 15 *Feasibility of an implementation strategy for the integration of health promotion in routine primary care: a quantitative process evaluation* (SANCHEZ *et al.*, 2017) convergem em relação à finalidade da prática da Promoção da Saúde ao adjetivarem a atenção com qualidade (boa, sem estigmatização, acessível, com práticas ótimas).

A promoção da 'boa' prática em atenção à saúde dá uma conotação à Atenção Primária sem estigma e acessível assim como otimizar a promoção da saúde na prática da APS e na atenção comunitária.

Diferentemente das finalidades aqui referidas, apesar da convergência entre si, o Artigo 9 *Práticas grupais como dispositivos na promoção da saúde* (FERREIRA; KIND, 2010) e o Artigo 16 *A controlled intervention study of changing health – providers attitudes toward personal lifestyle habits and health promotions kills* (SHAHAR *et al.*, 2009) retratam como finalidade da prática da Promoção da Saúde a geração de empoderamento das pessoas usuárias dos serviços de saúde assim como dos profissionais da saúde, destacadas nos fragmentos dos trechos a seguir:[...] objetivo ainda a ser alcançado pelas práticas de promoção da saúde, 'necessidade de aumento dos níveis de autonomia e protagonismo' (Artigo 9) e *The program aims to empower health professionals in delivering health-promotion counseling through personal experience by modifying their own life style behavior* (Artigo 16).

Por conseguinte, concordamos não apenas com os achados dos artigos 9 e 16, assim como o posicionamento de Carvalho (2004) ao defender o empoderamento como um dos eixos centrais da Promoção da Saúde, tanto aplicado à abordagem individual como à abordagem coletiva. Porém, acreditamos que é preciso um empoderamento real e efetivo da prática da Promoção da Saúde, uma vez que ele só será atingido ao se trabalhar as cinco áreas de ação: elaboração de políticas saudáveis, criação de ambientes favoráveis, estímulo da participação comunitária, desenvolvimento das habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde.

A respeito desse empoderamento, no Artigo 11 *Patients' experience of a nurse led life style clinic at a Swedish health centre* (NYM-

BERG; DREVENHORN, 2016), complementa que os ‘pacientes’ querem ser estimulados intelectualmente para mudar seus estilos de vida e não somente serem obrigados a mudar certos comportamentos.

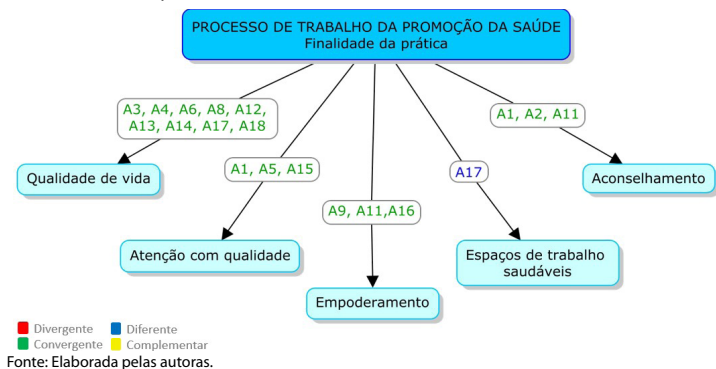
Outrossim, diferentemente dos demais artigos analisados o Artigo 17 *Going for gold: the health promoting general practice* (WATSON, 2008) ressalta uma das áreas de ação da Promoção da Saúde como finalidade da prática, a geração de espaços de trabalhos saudáveis que sejam modelo para outros locais de trabalho, diferente das demais finalidades aqui mencionadas: “If a practice were to create a healthy working environment, it could also be used as a model to encourage other work places to follow” (Artigo 17).

Outras finalidades da Promoção da Saúde são referidas no Artigo 2 *Evaluation of nation wide health promotion campaigns in the Netherlands: an exploration of practice, wishes and opportunities* (BRUG; TAK; VELDE, 2011) e no Artigo 11 (NYMBERG; DREVENHORN, 2016) ao focarem o aconselhamento e a ajuda para melhoria dos comportamentos em saúde para os estilos de vida saudáveis, práticas inerentes à Promoção da Saúde, convergindo com o Artigo 1 (BELLMAN; VIJERATNAM, 2012), ao reforçar o aconselhamento como um avanço na prática da Promoção da Saúde, pois reconhece a sua importância por oferecer guia e apoio aos pais e mães em relação à saúde da criança, sobretudo a respeito do acesso àqueles com mais necessidades socioeconômicas.

Todavia, a discussão de Ribeiro e outros (2011) sobre aconselhamento é permeada por uma crítica às abordagens prescritivas nas quais os agentes ditam aos usuários qual deve ser seu modo de vida, guiados pelo saber técnico-científico, desconsiderando a cultura, os hábitos, a singularidade do viver de cada indivíduo ou grupo.

Como síntese da análise sobre a finalidade da prática em Promoção da Saúde apresentamos a Figura 1, na qual são identificados na cor verde aqueles artigos que apresentaram ideias convergentes; em vermelho, os artigos divergentes; em amarelo, os complementares e em azul, os diferentes.

Figura 1 - Finalidade da prática de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil e no mundo, fev. 2018



Já em relação ao objeto de trabalho da Promoção da Saúde, dos 18 artigos *corpus* deste estudo, 12 deles, dentre eles: Artigo 2 (BRUG; TAK; VELDE, 2011), Artigo 5 (HAMILL; POWIS, 2006), Artigo 6 (IRVINE, 2007), Artigo 7 *How to promote exercise in primary care* (LIIRA, 2010), dentre outros, enfatizam como objeto da sua prática em Promoção da Saúde, a saúde populacional.

Em relação ao enfoque populacional, vimos que desde a Carta de Ottawa (OMS, 1986, p.1) é destacada a abordagem coletiva, aqui exemplificada: “As ações de promoção da saúde objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a realizarem, completamente, seu potencial de saúde”.

Tal característica em relação ao seu objeto de trabalho como a saúde da população, não descartamos que podem existir programas, projetos ou outro tipo de esforços que foquem o seu trabalho com grupos específicos da população, porém, é preciso a atenção ao individual, integrando o coletivo diante da singularidade inerente a cada um dos sujeitos dentro desse coletivo, inclusive grupos específicos como o Artigo 3 (ERCI, 2012) e Artigo 4 *Percepções e ações de mulheres em relação à prevenção e promoção da saúde na Atenção Básica* (FIGUEIRA; FERREIRA; SCHALL; MODENA, 2009) que tem como

objeto de trabalho a saúde da mulher. Figueiredo e Martins (2006, p.140) defendem a prática da Promoção à Saúde a esse grupo específico por entenderem que a “atenção especial é dada às mulheres, reconhecidas como as principais promotoras da saúde em todo o mundo”.

Na Declaração de Sundsvall (OMS, 1991) é defendido como um dos quatro aspectos para um ambiente promotor da saúde corresponde à necessidade de utilizar e reconhecer o potencial, a capacidade e o conhecimento das mulheres dos diversos setores.

Consideramos que o protagonismo das mulheres na prática da Promoção da Saúde é fundamental, em prol da defesa dos interesses e dos direitos em saúde deste grupo historicamente excluído e explorado, até porque esta é uma luta social necessária para uma saúde com equidade para todos e todas em parceria com os integrantes da família.

Já o Artigo 1 (BELLMAN; VIJERATNAM, 2012) ao delimitar a saúde infantil como objeto do trabalho explicita que os pais só buscam o serviço de saúde quando a criança se encontra doente ou para imunizá-la, qual gera poucos encontros anuais, dificultando, assim, uma possível dificuldade para o vínculo usuário-profissional-serviço no desenvolvimento do processo de trabalho com a prática da Promoção da Saúde no contexto da APS.

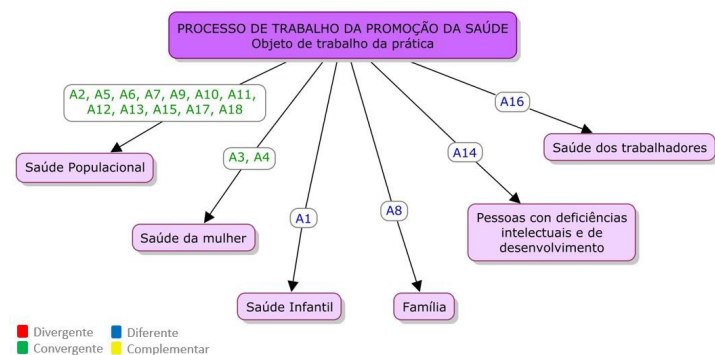
Porém, o Artigo 16 (SHAHAR *et al.*, 2009), diferentemente dos demais, refere à saúde dos trabalhadores como objeto de trabalho. Sobre isso, Figueiredo e Martins (2016) propõem que a segurança e o bem-estar dos trabalhadores são preocupações, também, da Promoção da Saúde, uma vez que para a OMS (2010) a saúde das pessoas trabalhadoras é importante para a produtividade, sustentabilidade e competitividade das comunidades, assim como para a economia em geral, desde os níveis locais até os nacionais. Contudo, vemos aí a preocupação com a saúde no enfoque à classe trabalhadora numa perspectiva do olhar economicista, tendo em vista o capital diante da sua força produtiva.

Apenas o Artigo 8 (LUQUIS; PAZ, 2015) considerou a família como objeto de trabalho. Figueiredo e Martins (2016, p.117) concebem, numa visão sistêmica, a família como um “ser social constituída por membros individuais que interagem entre si com a comunidade” a

qual tem uma forte influência sobre o comportamento das pessoas, afetando de forma positiva (reforçando) ou negativa (fragilizando) a sua qualidade de vida na busca de sociedades mais saudáveis. Entretanto, numa abordagem ampliada, a família não poderá ser vista apenas na visão sistêmica, apesar do seu potencial influenciador no indivíduo, até porque ela precisa interagir numa realidade contextualizada a partir dos Determinantes Sociais da Saúde.

Como síntese da análise sobre o objeto de trabalho da prática em Promoção da Saúde, apresentamos a Figura 2, na qual se identificam na cor verde aqueles artigos que foram convergentes, de vermelho os artigos divergentes, de amarelo os complementares e de azul os diferentes.

Figura 2 - Objeto de trabalho da prática de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil e no mundo, fev. 2018



Fonte: Elaborada pelas autoras.

A respeito dos instrumentos utilizados na prática da Promoção da Saúde, existe uma convergência entre o Artigo 15 (SANCHEZ *et al.*, 2017) que utilizou na intervenção modelos teóricos baseados em evidências que explicam a mudança de comportamento: o *Health Belief Model*, o *Theory of Planned Behaviour*, o *Transtheoretical Model* e a *Social-Cognitive Theory*, enquanto o Artigo 16 baseou-se em teorias de aprendizagem experimental e no *Bridge's model of change*.

Portanto, mesmo com instrumentos diferenciados, há convergência na utilização de modelos teóricos no planejamento da intervenção cujo objetivo é fomentar a mudança de conduta. Já o Artigo 3 (ERCI, 2012) é complementar, pois menciona a combinação de estratégias como meio para desenvolver a prática da promoção da saúde: “The most effective health promotion programs should include a combination of strategies to increase awareness, facilitate behaviour change, develop cultures and physical environments that encourage and support healthy life style practices” (Artigo 3).

Na Declaração de Ottawa (OMS,1986), Vasconcelos e Costa (2014) destacam o princípio da Promoção da Saúde ‘ações multi-estratégicas’. Uma convergência com os artigos referenciados, ao combinarem abordagens de uma forma complementar para garantir o sucesso da prática, reforçado no Artigo 3 ao falar que os programas em Promoção da Saúde melhor sucedidos deveriam incluir uma mistura de estratégias para motivar e apoiar as práticas de estilos de vida saudáveis.

O Artigo 10 *The “Health coaching” programme: a newpatient-centred and visually supported approach for health behaviour change in primary care* (NEUNER-JEHLE; SCHMID; GRÜNINGER, 2013) e o Artigo 11 (NYMBERG; DREVENHORN, 2016), os instrumentos para a comunicação são um ponto de convergência enquanto a sua relevância na prática de Promoção da Saúde, isto de forma complementar com instrumentos para visualização dos riscos e a técnica da entrevista motivacional.

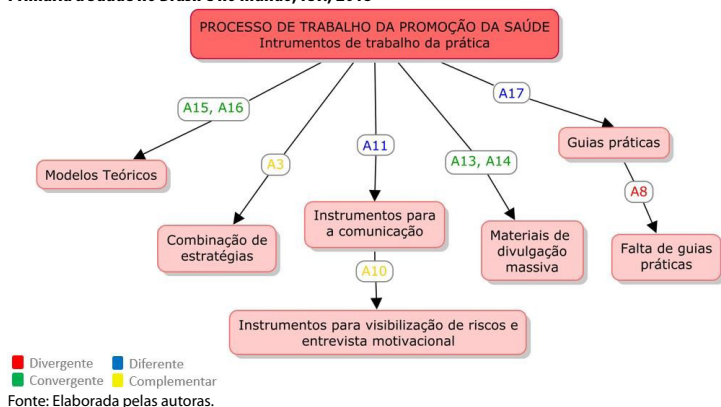
O Artigo 13 se reporta às estratégias educacionais orientadas a hábitos saudáveis numa abordagem populacional, utilizando a mídia; o Artigo 14 *Promoting health aging of individuals with developmental disabilities: a qualitative case study health and living situation of individual swith I/DD* cria o próprio material para a capacitação dos funcionários ao nível local, nesse caso, numa unidade de APS. Por outro lado, o Artigo 17 (WATSON, 2008) fala da utilização de guias práticas para os funcionários, com vistas a melhorar a saúde do trabalhador e suas condições no local de trabalho. Vemos, então, como as diferentes estratégias de educação em saúde servem à Promoção da Saúde, tanto no nível local como populacional.

De forma divergente, encontramos a falta de guias ou protocolos para desenvolver a Promoção da Saúde explicitada no Artigo 8 (LUQUIS; PAZ, 2015) a seguir [...] “health care providers encountered barriers such as heavy workload, lack of guidelines, and unclear objectives about prevention” (Artigo 8).

No Artigo 9 (FERREIRA; KIND, 2010), explicita que diante do formato alternativo, sem uma aparente relação com um saber técnico, a Promoção da Saúde não é vista como prática em saúde. É uma produção que tem ‘pouco’ apoio institucional para desenvolver trabalhos grupais, pois desconsidera a singularidade das práticas grupais em Promoção à Saúde, o que torna impossível a sua replicabilidade.

Como síntese da análise sobre os instrumentos de trabalho da prática em Promoção da Saúde apresentamos a Figura 3, na qual se identificam na cor verde aqueles artigos que foram convergentes, de vermelho os artigos divergentes, de amarelo os complementares e de azul os diferentes.

Figura 3 - Instrumentos de trabalho da prática de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil e no mundo, fev., 2018



Concordamos com Faria, Werneck, Santos e Teixeira (2009) que, efetivamente, existe um espectro amplo de possibilidades em

relação aos meios e instrumentos para o desenvolvimento da prática da Promoção da Saúde no cenário da Atenção Primária, a partir das atividades/ações desenvolvidas no contexto desses artigos.

Há uma convergência entre Artigo 1 (BELLMAN; VIJERATNAM, 2012), Artigo 2 (BRUG; TAK; VELDE, 2011), Artigo 9 (FERREIRA; KIND, 2010), Artigo 13 (RICHARD *et al.*, 2010), Artigo 16 (SHAHAR *et al.*, 2009) e Artigo 18 *Health promotion: facilitators and barriers perceived by district nurses* (WILHELMSSON; LINDBERG, 2009) sobre as atividades de educação em saúde como fundamentais da prática da Promoção da Saúde. Também, são mencionadas as campanhas educativas com materiais criados especificamente para essa campanha e modificáveis ao longo do tempo, adaptando-os às necessidades.

Diferentemente dos demais artigos aqui referidos, o Artigo 4 (FIGUEIRA; FERREIRA; SCHALL; MODENA, 2009) não especifica quais são as atividades desenvolvidas e foca apenas nas temáticas trabalhadas agrupadas em estilos de vida saudáveis, como o Artigo 7 *How to promote exercise in primary care* (LIIRA, 2010) que traz a promoção da atividade física, mas não descreve quais as atividades específicas; e o Artigo 15 (SANCHEZ *et al.*, 2017) que faz referência à promoção de estilos de vida saudáveis, utilizando a forma digital de plataformas *on-line*.

Nesse sentido, os estudos de Austvoll-Dahlgren e outros (2013), Balduino e outros (2016) e Brusse e outros (2014) fazem referência à tecnologia como parte do processo de trabalho da Promoção da Saúde, citando especificamente os aplicativos de celulares assim como as plataformas *on-line* (*sites* na Internet) e outros meios digitais, que facilitam o acesso por parte dos usuários de forma não presencial e individual, mostrando como os processos de trabalho em saúde podem avançar e evoluir junto com a globalização.

O próprio Artigo 4, o Artigo 6 (IRVINE, 2007), o Artigo 8 (LUQUIS; PAZ, 2015), o Artigo 11 (NYMBERG; DREVENHORN, 2016), o Artigo 12 *Health promotion and ill-health prevention: the role of general practice* (PECKHAM; HANN; BOYCE, 2011) e o Artigo 18 (WILHELMSSON; LINDBERG, 2009) consideram prevenção como uma atividade de promoção da saúde, divergindo da concepção teórica da Promoção da Saúde.

Apesar desses artigos mencionarem e focarem as atividades de caráter preventivo, são atividades contraditórias com a Promoção da Saúde. Czeresnia e Freitas (2009) referem que tal contradição pode ser esclarecida como estudo das mudanças significativas em relação à articulação e à utilização do conhecimento nas suas práticas (tanto da PS como da prevenção). No entanto, o Artigo 4 (FIGUEIRA; FERREIRA; SCHALL; MODENA, 2009) reporta-se a essa contradição entre os termos preventivo e individualista, tornando impreciso o limite entre Promoção da Saúde e prevenção. Além do mais, menciona o fato das ações em Promoção da Saúde muitas vezes serem dispersas, desarticuladas e, portanto, pouco visíveis e reconhecidas.

No entanto, o Artigo 12 (PECKHAM; HANN; BOYCE, 2011), faz referência sobre como os profissionais da saúde se sentem mais 'confortáveis' desenvolvendo prevenção do que desenvolvendo Promoção da Saúde: "While GPs and other primary care staff have many opportunities to be proactive in promoting good health and preventing ill health they are more likely to report that they are more comfortable managing illness than promoting health" (Artigo12).

Vimos no Artigo 12 (PECKHAM; HANN; BOYCE, 2011), um equívoco, ainda que não seja uma questão discutida pelos autores, ao mencionarem a Promoção da Saúde como uma atividade no marco da prevenção secundária. Porém, em divergência a tal equívoco, o Artigo 13 (RICHARD *et al.*, 2010) salienta que parte de pesquisadores tem um limitado domínio conceitual da prevenção de doenças e da Promoção da Saúde, o qual mantém a prevenção como a prática dominante e a Promoção da Saúde fica num segundo plano, marginalizada, conforme observado nessa pesquisa desenvolvida especificamente com enfermeiras.

Em contribuição a esse debate, Ribeiro e outros (2011) apresentam quatro elementos a partir dos quais podem diferenciar a compreensão da Promoção da Saúde e da prevenção, dentre os quais o conceito de saúde do qual partem o campo de atuação, os agentes responsáveis e as estratégias empregadas, uma discussão sobre a diferença de Promoção da Saúde e prevenção.

No Artigo 5 (HAMILL; POWIS, 2006) a atividade Aconselhamento é aproximada ao Artigo 14 (ROLL; BOWERS, 2017) que propõe as Assessorias em Saúde e com o Artigo 15 (SANCHEZ *et al.*, 2017) que traz as atividades de Aconselhamento Intensivo. Todavia, questionamos a forma como vem sendo repassado esse aconselhamento. No entanto, Ribeiro e outros (2011) criticam a abordagem prescritiva, na qual o profissional da saúde se posiciona ante o usuário como o possuidor do ‘saber absoluto’, julgando e criticando o modo em que aquele usuário vive e se comporta.

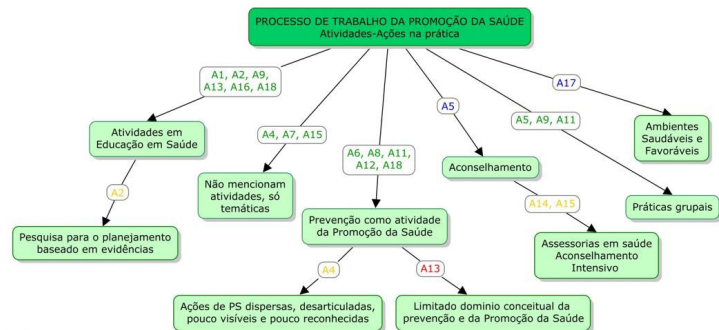
O Artigo 9 (FERREIRA; KIND, 2010) refere o Trabalho Grupal como atividade importante da Promoção da Saúde, o qual é convergente com o Artigo 5 (HAMILL; POWIS, 2006) e o Artigo 11 (NYMBERG; DREVENHORN, 2016). Este último ainda idealiza como esses grupos de ‘pacientes’ participam do próprio planejamento das atividades.

Diferentemente dos demais estudos, o Artigo 17 (WATSON, 2008) menciona como as atividades de Promoção da Saúde ‘devem’ ser elaboradas em e para o interior da instituição-centro, criando ambientes saudáveis e favoráveis para a saúde.

Concordamos com Vasconcelos e Costa (2014, p.333) que as atividades de Promoção da Saúde precisam “ir além daquelas dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, que consistem, basicamente, em componentes educativos relacionados com riscos comportamentais (tabagismo, dieta, sedentarismo, etc)”. Todavia, os autores colocam em discussão o fato de que nem sempre os profissionais da saúde conseguem desenvolver atividades educativas de forma sistemática e qualitativa, considerando a escassez de capacitação para desenvolver aquilo e pela imensa demanda das atividades curativas.

Como síntese da análise sobre as atividades e ações da prática em Promoção da Saúde apresentamos a Figura 4, na qual se identificam na cor verde aqueles artigos que foram convergentes, de vermelho os artigos divergentes, de amarelo os complementares e de azul os diferentes.

Figura 4 - Atividades e Ações da prática de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil e no mundo, fev. 2018



■ Divergente ■ Diferente
■ Convergente ■ Complementar
 Fonte: Elaborada pelas autoras.

No decorrer do desenvolvimento dessas atividades, os estudos destacam os agentes que formam parte do processo de trabalho. Faria, Werneck, Santos e Teixeira (2009, p.24) concebem esse agente como aquele “sujeito – ou conjunto de sujeitos – que executa as ações, estabelece os objetivos e as relações de adequação dos meios e condições para a transformação dos objetos”. E complementam que podem existir nos processos de trabalho agentes individuais ou agentes coletivos (evidenciado nas atividades que são coletivas, conjuntas ou complementares de vários agentes).

Quando falamos em agentes coletivos, compreendemos como trabalho de grupo ou de equipe, mencionado e salientado ao longo das 10 Conferências Internacionais de Promoção da Saúde como parte fundamental da sua prática e reforçado por Fernández e Mendes (2007) ao trazerem o conceito da intersectorialidade, com ênfase à articulação desejada entre sujeitos e organizações variadas.

No Artigo 1 (BELLMAN; VIJERATNAM, 2012) são considerados como agentes do processo de trabalho os Médicos Generalistas, assim como os Visitadores Sanitários; respeito ao primeiro grupo citado, o Artigo 7 (LIIRA, 2010) e o Artigo 12 (PECKHAM; HANN; BOYCE 2011) há uma convergência ao trazerem o médico generalista como

protagonista na Promoção da Saúde, apesar de reconhecerem que esse profissional não está sempre envolvido devido ao pouco compromisso e domínio da prática em Promoção da Saúde; no Artigo 18 (WILHELMSSON; LINDBERG, 2009) o médico generalista e a enfermeira de distrito são considerados os principais atores da Promoção da Saúde.

Especificamente a profissional enfermeira, no País de Gales, de acordo com o Artigo 6 (IRVINE, 2007), que atua com promoção da saúde na APS, é a enfermeira comunitária, considerada como a protagonista na Promoção da Saúde; na Suécia, Artigo 11 (NYMBERG; DREVENHORN, 2016), é a enfermeira da atenção primária com formação específica em Promoção da Saúde; no Canadá, Artigo 13 (RICHARD *et al.*, 2010) é a enfermeira EM SAÚDE PÚBLICA; e nos Estados Unidos, o Artigo 14 (ROLL; BOWERS, 2017) nos Estados Unidos, a enfermeira generalista. Podemos observar nos estudos supracitados, a enfermeira necessita ser uma *expertise* na APS.

Ademais, chamou-nos atenção, no Artigo 18 (WILHELMSSON; LINDBERG, 2009) como aspecto facilitador para a prática em Promoção da Saúde o conhecimento das enfermeiras distritais, em relação à sua especialização, explicitado no conhecimento profundo e na exploração sistemática da prática em Promoção da Saúde, assim como o estabelecimento de prerrequisitos como as metas comuns, as guias e os recursos elaborados; também são referidas a atitude e as características próprias das enfermeiras e a liberdade de escolha como outros aspectos facilitadores para a prática. Contudo, mesmo com tal realidade, esse mesmo Artigo 18 mencionou as limitações das enfermeiras de distrito para trabalharem com atividades de Promoção à Saúde, mesmo quando a lei exige delas desenvolverem tais ações e constituem uma parte central da sua formação e treinamento como especialistas.

Porém, o Artigo 6 (IRVINE, 2007) apesar de referir anteriormente sobre o protagonismo da enfermeira nas atividades de Promoção à Saúde, traz uma divergência em relação ao protagonismo das enfermeiras de distrito e dos visitantes sanitários, uma vez que é preciso que eles tenham uma melhor formação em Promoção à Saúde. Ademais, ainda destaca o pequeno número de atividades restritas à educação em saúde desenvolvidas pelas enfermeiras, confundindo a promoção à saúde com prevenção à doença.

Já o Artigo 2 (BRUG; TAK; VELDE, 2011) diferentemente dos demais, faz referência aos representantes dos institutos de promoção da saúde nos Países Baixos como os agentes responsáveis, os quais também propõem uma parceria com as Faculdades com o objetivo de melhorar os processos avaliativos das campanhas em Promoção da Saúde, assim como o desenvolvimento propriamente dito das campanhas. Na Inglaterra, é especificado no Artigo 5 (HAMILL; POWIS, 2006), no cenário da Promoção da Saúde mental o terapeuta como ator-chave no processo.

A respeito da formação profissional em Promoção da Saúde, Figueiredo e Martins (2016, p.378) embasados em Chiesa e outros (2007) defendem que “a capacitação em Promoção da Saúde tem como premissa a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, articulando-se com os saberes técnicos e populares para o enfrentamento e a busca de resolução dos problemas de saúde”. Desse modo, o novo paradigma da Promoção da Saúde requer um perfil profissional próximo às mudanças dos conceitos e estratégias do paradigma *per se*, mantendo uma relação multidirecional com os princípios do sistema de saúde em que está inserido o profissional e próximo ao cenário de saúde pública.

A equipe de saúde que trabalha com a Promoção da Saúde necessita ter uma formação específica, como reforça o Artigo 10 (NEUNER-JEHLE; SCHMID; GRÜNINGER, 2013), ao mencionar a necessidade de ter competências em relação ao processo de mudança de comportamentos em saúde nos diferentes níveis desde a formação dos médicos, na pesquisa, nas associações médicas e no apoio à elaboração política em saúde, até nos cenários executivos, legislativos e de fiscalização. No Artigo 12 (PECKHAM; HANN; BOYCE, 2011), menciona que tanto os visitantes sanitários, quanto os enfermeiros, farmacêuticos, parteiras e outros precisam ter competência para atuar na Promoção da Saúde, pois eles têm uma participação importante nos processos educativos e informativos com o público.

De acordo com o Artigo 17 (WATSON, 2008), as enfermeiras na atenção primária desenvolvem as ações de Promoção da Saúde segundo o proposto na Carta de Ottawa (OMS, 1986), portanto, precisam ter acesso à educação permanente, disposição de tempo para o desenvolvimento das ações, bem como o apoio efetivo dos gestores.

Ainda sobre a formação, Figueiredo e Martins (2016, p.381) defendem que “a Promoção à Saúde requer, assim, uma reestruturação na formação profissional que valorize a [...] técnica e a adoção de postura crítica em relação aos acontecimentos sociais que afetam a vida e a saúde das pessoas. Sem, é claro, perder o foco na humanização do atendimento”. Por conseguinte, consideramos que os profissionais da saúde têm que compreender a dinâmica dos processos locais e respeitar a cultura e outros aspectos contextuais, para assim planejar, desenvolver e avaliar ações, projetos e programas em Promoção da Saúde que valorizem as identidades das populações com quem se constrói a saúde, complementando tal realidade, no Artigo 6 (IRVINE, 2007), os profissionais de saúde limitavam-se a desenvolver o trabalho em Promoção da Saúde quando oportuno naquele momento, ou seja, somente quando surgia a oportunidade, apesar de considerarem por eles desejável.

Divergindo de tal realidade, o Artigo 16 (SHAHAR *et al.*, 2009) evidencia inadequação de competências, habilidades, seguridade e até tempo dos profissionais da saúde (especialmente médicos e enfermeiras) para o aconselhamento aos seus ‘pacientes’ sobre mudanças nos estilos de vida.

Essa é uma situação que observamos na maioria dos estudos analisados que consideram como uma das dificuldades na prática da Promoção da Saúde uma vez que os profissionais não têm incorporado o significado da Promoção da Saúde, justificado no Artigo 5 (HAMILL; POWIS, 2006) ao explicitar que os médicos generalistas não desenvolvem atividades de PS por conta de que achavam que tinham que ser um especialista.

Particularmente, no Artigo 8 (LUQUIS; PAZ, 2015), os médicos se sentem ‘inadequados’ e sem guias e objetivos definidos para educar os ‘pacientes’ em relação ao risco, isto junto com cargas laborais grandes que dificultam o desenvolvimento das ações de Promoção da Saúde, ainda quando existe uma disposição de realizá-las.

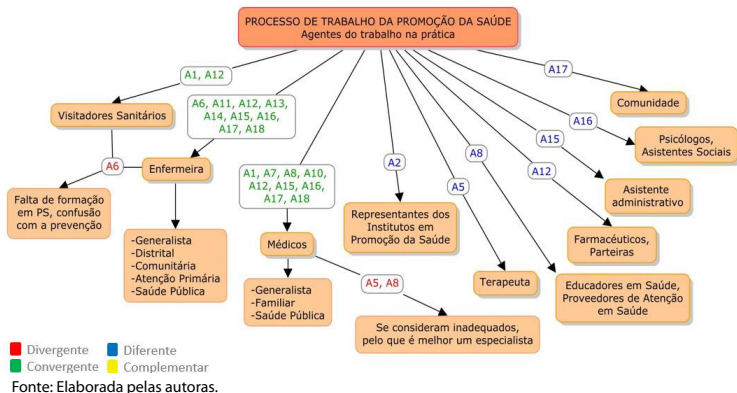
Todavia, o Artigo 12 (PECKHAM; HANN; BOYCE, 2011) do Reino Unido, faz referência ao protagonismo dos médicos generalistas na Promoção da Saúde, e ressalta que a Promoção da Saúde

envolve todos os trabalhadores na prática, o que é complementado com o Artigo 15 (SANCHEZ *et al.*, 2017) da Espanha, que inclusive propõe o envolvimento tanto dos assistentes administrativos quanto das enfermeiras e dos médicos, ainda que seja em diferentes graus. O Artigo 17 (WATSON, 2008), também do Reino Unido, enfatiza a relevância da participação dos profissionais da atenção primária e dos médicos em Saúde Pública, assim como de membros da comunidade. O Artigo 16 (SHAHAR *et al.*, 2009) de Israel, complementa com a participação de psicólogos e assistentes sociais como facilitadores das atividades de Promoção da Saúde.

Tais artigos nos oportunizaram conhecer, no cenário Europeu, a visão que eles têm sobre os agentes em Promoção da Saúde que são coletivos e que não corresponde somente a um tipo de profissional em saúde a desenvolver na Atenção Primária as ações de Promoção da Saúde com as comunidades.

Como síntese da análise sobre os agentes de trabalho da prática de Promoção da Saúde na APS, apresentamos a Figura 5, na qual se identificam na cor verde aqueles artigos que foram convergentes, de vermelho os artigos divergentes, de amarelo os complementares e de azul os diferentes.

Figura 5 - Agentes do trabalho da prática de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil e no mundo, fev. 2018



REFLEXÕES FINAIS

A escassez de estudos publicados nos últimos 10 anos que abordam as práticas da Promoção à Saúde (PS) no cenário da APS levou-nos a refletir sobre a necessidade não apenas da realização de outros estudos, mas também de publicações para a dar visibilidade como elas vêm efetivamente sendo produzidas e compreendidas.

É preciso que haja um esforço das políticas de Estado para que sejam assumidas as deliberações da Carta de Ottawa (OMS,1986) pelos gestores governamentais, profissionais de saúde e sociedade em cada município, distrito, localidade, e outros espaços sociais. Ressaltamos a relevância da participação social e, neste sentido, precisamos olvidar esforços para contribuir com o empoderamento da população para atuar em prol da melhoria da sua qualidade de vida e saúde, o que implica maior participação no controle da sua saúde, considerando a saúde como conceito 'positivo' que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. A Promoção da Saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.

Ademais, não podemos deixar de destacar a responsabilização, o compromisso, e a necessidade dos saberes e práticas de competência dos profissionais de saúde. Para tanto, é urgente a formação profissional em Promoção da Saúde, pois alguns destes agentes, sobretudo a figura do médico e das enfermeiras, tendem a ter conflito na hora de agir na Promoção da Saúde, concebendo-a como sinônimo de prevenção, ou com dificuldade para dialogar sobre práticas saudáveis.

Acreditamos numa prática da Promoção da Saúde na APS que venha contribuir aos sistemas de saúde do mundo, com uma visão que poderá complementar a oferta dos serviços de saúde, ao ter uma abordagem inovadora, diferenciada, centrada na pessoa e rompendo com os paradigmas do modelo hegemônico biomédico tradicional. Consideramos que a Promoção da Saúde precisa ser desenvolvida na APS junto com as outras atividades de caráter clínico, pois os profissionais com formação em Promoção da Saúde teriam condições para contribuir com as possibilidades, potencialidades e ferramentas que existem nas comunidades para melhorar a forma em que vivem e desfrutam sua saúde, tanto individual como comunitária e coletivamente.

REFERÊNCIAS

ASSIS, M. M.; JORGE, M. S. Métodos de Análise em Pesquisas Qualitativas. In: SANTANA, J.; ALVES, M. A. **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: UEFS, 2010.

AUSTVOLL-DAHLGREN, A. et al. Development of a complex intervention to improve health literacy skills. **Health Information and Libraries Journal**, v. 30, p. 278-293, 2013.

BALDUINO, A. et al. Experience of hypertensive patients with self-management of healthcare. **Journal of Advanced Nursing**, 2016.

BELLMAN, M.; VIJERATNAM, S. From child health surveillance to child health promotion, and onwards: a tale of babies and bathwater. **Archives of Disease in Childhood**, v. 97, p. 73-77, 2012.

BOTELHO, Louise Lira Roedel; CUNHA, Cristiano Castro de Almeida; MACEDO, Marcelo. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, v. 5, n. 11, p.121-136, 2011.

BRUG, J.; TAK, N. I.; VELDE, S. J. T. Evaluation of nationwide health promotion campaigns in the Netherlands: an exploration of practices, wishes and opportunities. **Health Promotion International**, v. 26, n. 2, p. 244-254, 2011.

BRUSSE, C. et al. Social Media and Mobile Apps for Health Promotion in Australian Indigenous Populations: scoping review. **Journal of Medical Internet Research**, v. 16, n. 12, p. 280-294, 2014.

CARVALHO, S. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 4, 2004, p. 1088-1095.

CHIESA, A. M. et al. A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da Promoção da Saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 236-240, 2007.

CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

ERCI, B. The effectiveness of the Omaha System intervention on the women’s health promotion lifestyle profile and quality of life. **Journal of Advanced Nursing**, p. 898-907, 2012.

FARIA, H. X.; ARAUJO, M. D. Uma Perspectiva de Análise sobre o Processo de Trabalho em Saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde Social São Paulo**, v.19, n. 2, p. 429-439, 2010.

FARIA, H. P.; WERNECK, M. A. F.; SANTOS, M. A.; TEIXEIRA, P. F. **Processos de Trabalho em Saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

FERNÁNDEZ, J. C. A.; MENDES, R. **Promoção da Saúde e Gestão Local**. São Paulo: Hucitec, 2007.

FERREIRA, J. L. N.; KIND, L. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. **Physis**, v. 20, n. 4, p. 1119-1142, 2010.

FIGUEIRA, T.; FERREIRA, E.; SCHALL, V.; MODENA, C. Percepções e ações de mulheres em relação à prevenção e promoção da saúde na atenção básica. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 6, p. 937-43, 2009.

FIGUEIREDO, G. L. A.; MARTINS, C. H. G. **Políticas, Tecnologias e Práticas em Promoção da Saúde**. França: UNIFRAN, São Paulo: Hucitec, 2016.

FRANCO, Túlio Batista; MEHRY, Emerson Eliad. Programa de Saúde da Família, PSF: contradições de um programa destinado à mudança de modelo technoassistencial. In: MEHRY, E. E.; MAGALHÃES JR, H. M.; FRANCO, T. B. (Org.) **O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2007.

HAMILL, L.; POWIS, J. Audit of mental health promotion in primary care in an NHS trust. **Primary Care Mental Health**, v. 4, p. 143-157, 2006.

IRVINE, F. Examining the correspondence of theoretical and real interpretations of health promotion. **Journal of Clinical Nursing**, p. 593-602, 2007.

LIIRA, H. How to promote exercise in primary care. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, v. 28, p. 130-131, 2010.

LUQUIS, R.; PAZ, H. Attitudes about and practices of health promotion and prevention among primary care providers. **Health Promotion Practice**, v. 16, n. 5, p. 745-755, 2015.

MARX, K. **O Capital**. Livro 3. São Paulo: Nova Cultura, v. 4, 1988, p.183-189.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

NEUNER-JEHLE, S.; SCHMID, M.; GRÜNINGER, U. The “Health Coaching” programme: a new patient-centred and visually supported approach for health behaviour change in primary care. **BMC Family Practice**, v. 14, n. 100, p. 1-8, 2013.

NYMBERG, P.; DREVENHORN, E. Patients’ experience of a nurse-led lifestyle clinic at a Swedish health centre. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 30, p.349-355, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para a ação: para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais**. Brasília: SESI/DN,2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/OMS. **Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud**. 1986. Disponível em: <<http://www1.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf/>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

PECKHAM, S. M.; HANN, A. B.; BOYCE, T. Health promotion and ill-health prevention: the role of general practice. **Quality in Primary Care**, v. 19, p. 317-323, 2011.

RIBEIRO, C. D. M. et al. **Saúde Suplementar: Biopolítica e Promoção da Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011.

RICHARD, L. et al. Health Promotion and Disease Prevention among nurses working in local public health organizations in Montréal, Québec. **Public Health Department**, v. 27, n. 5, p. 450-458, 2010.

ROLL, A. E.; BOWERS, B. J. Promoting Healthy aging of individuals with developmental disabilities: a qualitative case study health and living situation of individuals with I/ DD. **Western Journal of Nursing Research**, v. 39, n. 2, p. 234-251, 2017.

SANCHEZ, A.; GRANDES, G.; CORTADA, J. M.; POMBO, H.; MARTINEZ, C.; CORRALES, M. H.; LA PEÑA, E. DE; MUGICA, J.; GOROSTIZA, E. Feasibility of an implementation strategy for the integration of health promotion in routine primary care: a quantitative process evaluation. **BMC Family Practice**, v. 18, n. 24, p. 1-14, 2017.

SHAHAR, D. R.; HENKIN, Y.; ROZEN, G. S.; ADLER, D.; LEVY, O.; SAFRA, C.; ITZHAK, B.; GOLAN, R.; SHAI, I. A controlled intervention study of changing health-providers’ attitudes toward personal lifestyle habits and health-promotion skills. **Nutrition**, v. 25, p. 532-539, 2009.

VASCONCELOS, K. E. L.; DA COSTA, M. D. H. Por uma crítica da Promoção da Saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS. São Paulo: Hucitec, 2014.

WATSON, M. Going for gold: The health promoting general practice. **Quality in Primary Care**, v. 16, p. 177-185, 2008.

WILHELMSSON, S.; LINDBERG, M. Health promotion: Facilitators and barriers perceived by district nurses. **International Journal of Nursing Practice**, v. 15, p. 156-163, 2009.

GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS HOSPITALARES: O MANEJO DOS RESÍDUOS QUÍMICOS

Eliana Lima da Silva

GlauCIA Posso Lima

Os Resíduos dos Serviços de Saúde são todos os resíduos gerados pelas unidades de saúde relacionadas com a atenção à saúde humana ou animal, inclusive os serviços de assistência domiciliar, e são classificados em grupos: A (Infectantes), B(Químicos), C(Radioativos), D(Comum) e E (Perfurocortantes). (ANVISA, 2018).

Diante da complexidade de se gerenciar resíduos dos serviços de saúde e visando à prevenção dos riscos potenciais à saúde pública e ao meio ambiente, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), órgão regulamentador das instituições de saúde, por meio da sua Resolução nº 222/2018, e o Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA), órgão que regimenta o meio ambiente por meio da Resolução nº 358/2005, estabeleceram condições para que todos os serviços de saúde gerenciem seus resíduos.

Para que esses resíduos sejam gerenciados com segurança, devem ser seguidas as seguintes etapas: segregação, acondicionamento, identificação, transporte interno, armazenamento temporário interno, tratamento, armazenamento temporário externo, e destinação final.

Os resíduos classificados como Grupo B têm uma particularidade que deve ser observada, à periculosidade das substâncias presentes, decorrente das características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade, tais características estão identificadas nas Fichas de Informações de Segurança de Produtos Químicos (FISPQ), não se aplicando aos produtos farmacêuticos e cosméticos. (ANVISA 2018).

Para Furukawa, Cunha e Pedreira (2016) entre os resíduos de medicamentos considerados perigosos pelas leis brasileiras, podem ser citados: produtos hormonais; antimicrobianos; citostáticos; antineoplásicos; imunossupressores; digitálicos; imunomoduladores e antirretrovirais.

Os resíduos químicos são perigosos pelo risco que as substâncias presentes em suas formulações têm de, se descartadas sem o prévio tratamento, causarem danos às estruturas e ao meio ambiente, além de oferecer agravos à saúde das pessoas, como por exemplo o mercúrio contido nas lâmpadas fluorescentes, que se inalado em níveis altos, pode gerar problemas neurológicos e até hidragirismo.

Atualmente, o gerenciamento dos resíduos hospitalares vem sendo discutido e estes do Grupo B, aos quais fazem parte os químicos, são um grande desafio para instituições de saúde, visto que as unidades e, principalmente, os laboratórios e as farmácias precisam ter conhecimento, não apenas do manuseio, mas também do seu descarte.

Ao serem descartados de maneira incorreta pode gerar sérios prejuízos ao meio ambiente e aos profissionais que trabalham no aterro sanitário, pois possibilita seu contato direto com agentes tóxicos. Uma outra forma desses medicamentos serem descartados nos aterros são pelo próprio usuário, caso não seja devidamente orientado quanto ao descarte adequado da medicação em uso, pois descartam suas medicações juntamente com os resíduos domésticos.

Diante de tais reflexões, este estudo tem como objetivo identificar se as instituições de saúde têm conhecimento a respeito do manejo dos resíduos químicos, sobre suas implicações ao meio ambiente e o risco que pode causar à saúde do trabalhador e, posteriormente, se seguem as leis vigentes.

MÉTODO

Este estudo fundamentou-se na revisão sistemática e integrativa de abordagem exploratória e de caráter quali-quantitativo, que possibilita análise literária e promoção de discussão de métodos e resultados encontrados nas pesquisas. Para Botelho, Cunha e Mace-

do (2011), o estudo de revisão integrativa é realizado através de seis etapas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; categorização dos estudos selecionados; análise e interpretação dos resultados; apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

A pesquisa foi realizada no mês de abril de 2018, por meio de consultas a artigos científicos, publicados entre 2013 a 2017 selecionados através de busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), por meio da fonte: Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde – (LILACS).

Os descritores utilizados na busca foram: gerenciamento, resíduos químicos e saúde. Os critérios de inclusão definidos para a seleção foram: artigos publicados em língua portuguesa, disponíveis *on-line*, com texto completo que retratassem a temática referente ao gerenciamento de resíduos químicos nos serviços de saúde nos últimos cinco anos. Excluíram-se os estudos que relatavam outras modalidades de gestão de resíduos que não os hospitalares, teses e monografias e com período superior a cinco anos.

A coleta de dados norteou-se pelos critérios acima estabelecidos e pela leitura crítica dos resumos de cada artigo e posterior leitura na íntegra. Foram encontrados 19 artigos, dos quais apenas 03 foram selecionados por sua relação direta com a temática do trabalho, fomentando uma discussão teórica.

Com base nos 03 artigos foi construída uma matriz de síntese para categorização e análise dos artigos conforme Quadro 1, objetivando categorizar as publicações e contendo os seguintes itens: procedência título do artigo, autores, ano de publicação e considerações/temática abordada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra final desta revisão foi constituída por 03 artigos científicos, selecionados pelos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Pode-se evidenciar a distribuição das produções, de acordo

com o ano de publicação na referida base, sendo: 01 no ano de 2013, 01 em 2014, 01 em 2016, todos disponíveis no LILACS.

Verificou-se na revisão realizada, a presença de 03 trabalhos que analisam o manejo adequado do resíduo, bem como o cumprimento das normas vigentes. Porém, o notório é que a etapa segregação, a mais importante do processo, pois dá continuidade a todos os outros é falha. Como regra geral notou-se escassez de artigos mais específicos sobre o manejo dos resíduos químicos nos serviços de saúde.

Quadro 1 - Artigos que envolvem a temática Gerenciamento de Resíduos Hospitalares/Químicos

Procedência	Título do Artigo	Autores	Ano	Considerações/Temática
LILACS	O trabalhador de enfermagem frente ao gerenciamento de resíduo químico em unidade de quimioterapia antineoplásica	BARONI, F.C.A. L; OLIVERIA, J.C. M; MATOS, G.L.G. <i>et al.</i>	2013	Analisou o conhecimento dos trabalhadores de enfermagem sobre o gerenciamento dos resíduos quimioterápicos antineoplásico.
LILACS	Gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde em um hospital de pequeno porte	CASTRO, R. R; GUIMARÃES, O.S; LIMA, V. M. L. e <i>et al.</i>	2014	Buscou realizar diagnóstico situacional da produção e manejo dos resíduos gerados em um hospital de pequeno porte no interior do Ceará, Brasil, em 2014.
LILACS	Avaliação de ações ecologicamente sustentáveis no processo de medicação	FURUKAWA, P.O; CUNHA, I.C.K. O; PEDREIRA, M.L.G.	2016	Analisou ações sustentáveis do ponto de vista ambiental no processo de medicação, desde o recebimento da prescrição pela farmácia até o descarte de resíduos pela enfermagem.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

A Gestão dos resíduos hospitalares efetiva envolve o cumprimento das normas vigentes, conseqüentemente uma preocupação por parte dos gestores com a funcionalidade do processo o que implica em todas as etapas do manejo do resíduo realizadas de forma adequada. Entretanto, o que se tem observado é que alguns profissionais por desconhecimento sobre a classificação dos resíduos, em especial os químicos e seus descartes, provocam a mistura dos mesmos.

Baroni *et al.* (2013) reafirmam o que se expõe no parágrafo anterior, pois em seu estudo mencionam que não se pode desconsiderar que todo e qualquer artigo hospitalar que tiver contato direto com o quimioterápico deverá ser considerado contaminado por ele e, portanto, também pertencente ao grupo B.

Os resíduos químicos apresentam riscos potenciais de acidentes inerentes às suas propriedades específicas, diante disso tornam-se mais complexos, devendo ser avaliado a compatibilidade do produto e respeitada suas etapas, visto que alguns desses químicos devem ser tratados antes do descarte. Essa problemática é abordada em outros estudos.

Como mostra Castro *et al.* (2014) no seu estudo à segregação não acontece de maneira adequada, pois apenas os resíduos do grupo E são descartados separadamente, trata-se do grupo do perfurocorante o que já é bem definido aos profissionais de saúde, observou também que, junto com os resíduos do grupo D, são segregados os dos grupos A e B.

Para Furukawa, Cunha e Pedreira (2016) alguns hospitais são paradigmas de que todo o resíduo proveniente de áreas relacionadas à assistência é infectante ou químico, quando, na verdade, há muitos resíduos que podem ser descartados como resíduos comuns ou ser reaproveitados e reciclados por não apresentarem risco ao meio ambiente e à saúde humana.

Ressalta-se a importância da intervenção da equipe de educação continuada, implementando ações que definam bem os profissionais de sua instituição, a classificação de seus resíduos e as etapas deles e de um gestor consciente de suas atribuições, uma vez que o resíduo segregado inadequadamente expõe todos ao risco, tratando-se de uma questão de saúde pública.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fazendo uma reflexão do estudo torna-se evidente que para os resíduos hospitalares serem segregados de maneira correta, parte do princípio que deve ser apresentado um Plano de Gerenciamento de

Resíduos dos Serviços de Saúde (PGRSS) bem definido, adequado a cada instituição, respeitando suas limitações e normas vigentes.

Entende-se que desconstruir um paradigma é um processo difícil e nesse contexto a equipe de educação continuada tem um papel fundamental de sensibilizar seus profissionais, discutir questões ambientais, sustentáveis, implementando ações que diminuam impacto ao meio ambiente diante das atividades realizadas por estes.

Os gestores e as equipes de saúde devem incorporar uma postura crítica e comprometida não apenas com a redução de custos, mas com a redução do uso inadequado de insumos e, consequentemente, uma menor produção desses resíduos.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº222, de 28 de março de 2018**. Disponível em: <www.anvisa.gov.br/legis>. Acesso em: 20 abr. 2018.

BARONI, F. C. A. L.; OLIVERIA, J.C. M.; MATOS, G.L.G. et al. O trabalhador de enfermagem frente ao gerenciamento de resíduo químico em unidade de quimioterapia antineoplásica. **Rev. Min. Enferm.**, v. 17, n. 3, p. 554-559, jul./set. 2013.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O Método da Revisão Integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 5, n. 11, p.121-136, mai./ago. 2011.

CASTRO, R. R.; GUIMARÃES, O. S.; LIMA, V. M. L. et al. Gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde em um hospital de pequeno porte. **Rev. Rene**, v. 15, n. 5, p. 860-868, set./out. 2014.

FURUKAWA, P. O.; CUNHA, I. C. K.O.; PEDREIRA, M. L. G. Avaliação de ações ecologicamente sustentáveis no processo de medicação. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 69, n. 1, p. 23-29, jan./fev. 2016.

ESTÍMULO À CAPTAÇÃO DE DOADORES EM UM HEMOCENTRO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Soleane Lavor de Almeida

Emiliana Bezerra Gomes

Thereza Maria Magalhães Moreira

INTRODUÇÃO

A doação de sangue é filosoficamente concebida como ato de cidadania e responsabilidade social. Deve ser feita de forma espontânea e altruísta e busca o maior número possível de doadores fidelizados.

Apesar de todo o avanço em torno da doação de sangue, o hemocentro do Crato - Ceará ainda busca aumentar o número de doações, visto o crescente número de acidentes, cirurgias de grande porte na região do Cariri e a consequente demanda de transfusão sanguínea, que consiste no recebimento de sangue ou seus derivados, com base nas doações, para sanar distúrbios hematológicos clínicos agudos e crônicos.

A captação de doadores constitui um setor dos Hemocentros que trabalha com a finalidade de captar e fidelizar o doador. Desenvolve atividades e campanhas para incentivo e conscientização da população em relação à doação de sangue, assegurando além da quantidade, a qualidade. Para tanto, são necessárias parcerias com diversos segmentos: escolas, empresas, unidades básicas de saúde, hospitais, indústrias, universidades, igrejas, entre outros.

No Hemocentro Regional do Cariri, localizado na cidade do Crato, o setor da captação de doadores desenvolve os seguintes projetos e programas: 1) Coleta externa (O programa Coleta externa acontece nos 28 municípios que compõem a região do Cariri), 2) Projeto Escola,

3) Doador do futuro (Concurso de frases e desenhos das escolas públicas e privadas, com os alunos do ensino fundamental I, II e médio), 4) Gincanas em escolas, 5) Hemotur (Visita de alunos à instituição do hemocentro, com a finalidade de conhecer o funcionamento do ciclo do sangue, seus laboratórios e oportunizar o esclarecimento dos mitos acerca da doação de sangue), 6) Cadastro de medula óssea, 7) Projeto empresa cidadã amiga da doação de sangue (É realizado nas empresas parceiras a captação e coleta de sangue). Além disso, são utilizados os meios de comunicação, para divulgar tais atividades e campanhas.

A experiência por trabalhar neste Hemocentro, trouxe a possibilidade de compreender a necessidade de múltiplas estratégias para a captação e fidelização de doadores, comparar os índices de doação e as estratégias historicamente realizadas, como as do Hemocentro Coordenador de Fortaleza, que tem parcerias com artistas e cantores, que realizam apresentações nas campanhas do Hemoce e as divulga nas redes sociais, reforçando a importância da doação de sangue e convidando a população a comparecer no Hemoce para doar, elevando o número de candidatos aptos à doação. O *marketing* é uma estratégia importante na captação de doadores e contribui na produção do hábito de doar na população (RODRIGUES; REIBNITZ, 2011).

Esta estratégia foi implantada pelo serviço de captação no Hemoce - Crato pela sugestão e apoio da sua ouvidoria, o que permitiu a formulação de indicadores, nos quais se verificou um aumento no número de doações de sangue em campanhas dos Hemocentros, quando havia a presença de artistas e divulgação em redes sociais. A captação de doadores seguiu as parcerias com artistas regionais, potenciais formadores de opinião, uma estratégia inovadora, que valoriza o doador, levando a música ao ambiente de doação, tornando-o mais acolhedor nas campanhas do Hemoce.

O presente estudo tem como objetivo relatar a experiência na captação de doadores pelo uso de estratégias como *marketing* e apresentação de músicos regionais em um hemocentro do interior do Ceará, Nordeste do Brasil.

METÓDO

Trata-se de um relato de experiência fundamentado em dados de documentos e do Sistema Banco de Sangue (SBS), que permitiu descrever a vivência em um Hemocentro da região do Cariri, do aumento de candidatos a doações no período das campanhas do Hemocentro - Crato, decorrente do uso de estratégias na captação de doadores.

A Hemorrede do Ceará está estruturada e organizada para atender à população cearense em todo o território estadual. A regionalização dos serviços possibilita o atendimento descentralizado a 184 municípios, 8.904.459 milhões de habitantes, 327 estabelecimentos hospitalares, 156 estabelecimentos ambulatoriais 64 Agências Transfusionais e 18.843 leitos, possibilitando, dessa forma, o acesso de doadores e pacientes aos serviços da Hemorrede (HEMOCE, 2018).

O Centro de Hematologia e Hemoterapia integra a rede de unidades de saúde da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, foi criado em 1979 e com início de funcionamento em 1983. Os Hemocentros de Sobral, Crato e Iguatu, assim como o Hemonúcleo de Juazeiro do Norte, foram criados na década de 90 e por último o de Quixadá em 2004.

Juazeiro do Norte, cidade sede do Hemonúcleo, tem em torno de 270.383 habitantes. Esse serviço atende ao Hospital Regional do Cariri e aos Hospitais Santo Antônio e São Vicente, em Barbalha. Por estar inserido num município de maior população tem um número maior de candidatos à doação, em comparação ao Hemocentro - Crato, que possui no seu município a população de 121.428 habitantes (IBGE, 2016).

Os dados foram coletados nos relatórios, informações que constam no SBS, sistema de uso restrito dos profissionais que atuam nos Hemocentros do Estado do Ceará. A análise decorreu da avaliação dos indicadores de doação.

Este estudo segue os preceitos éticos de pesquisa com documentos de acordo com a resolução 580/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta o disposto no item XIII. 4 da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que estabelece normativas

relativas às especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS), a serem contempladas em resolução específica, e dá outras providências. Nela dispõe que o conjunto organizado de documentos, em formato físico ou eletrônico, pode servir como fonte para a coleta de informações para constituição de um banco de dados com finalidade de pesquisa científica.

RESULTADOS

Nos período de 2015 a 2017 o Hemonúcleo de Juazeiro do Norte teve 35.679 candidatos à doação e o Hemocentro Crato 32.398 candidatos. Contudo, na semana nacional do doador voluntário de sangue, no mês de novembro nos últimos três anos, houve um aumento no número de doações sanguíneas no Hemoce - Crato.

Em 2015, a semana nacional de doador voluntário de sangue, utilizou de estratégias para captação de doadores: rádio, televisão, panfletos e blitz educativa. No Hemonúcleo Juazeiro houve 446 candidatos à doação e no Hemocentro Crato 283 candidatos. Uma diferença de 163 candidatos à doação de sangue.

Em 2016, a semana nacional de doador voluntário de sangue, utilizou como estratégias para captação de doadores os mesmos instrumentos de divulgação utilizados no ano anterior, mas teve a iniciativa de convidar o cantor e compositor Maurício Jorge. No Hemonúcleo de Juazeiro do Norte, houve 419 candidatos à doação de sangue e no Hemocentro Crato houve 310 candidatos. Diferença de 109 candidatos, uma melhoria comparada ao ano de 2015.

Durante os anos de 2015 e 2016, verificamos uma quantidade de candidatos na semana nacional de doação de sangue no Hemocentro Crato, inferior ao Hemonúcleo Juazeiro do Norte, houve a necessidade de busca de novas estratégias inovadoras, para um aumento da adesão da população à doação de sangue e, em 2017, o Hemocentro Crato incentivou a doação de sangue com a parceria de cantores regionais.

Com isso, a semana nacional do doador voluntário de sangue realizada no período de 20 a 24 de novembro de 2017, teve a partici-

pação de artistas regionais. O hemocentro Crato teve a presença dos cantores: 1) Cleudo Soares, 2) Maurício Jorge, 3) Gardênia Garcia, 4) Mariah Alexandria e 5) Emanuel Pinheiro e no Hemonúcleo de Juazeiro do Norte, houve a apresentação do cantor Sirlan Grangeiro.

Foi verificado aumento na quantidade de candidatos à doação de sangue, 219 candidatos no Hemocentro Crato, e 218 candidatos no Hemonúcleo de Juazeiro do Norte. Houve também a divulgação em redes sociais, de dois vídeos dos cantores Jonas Esticado e Fábio Carneirinho, sendo observada uma continuação dos elevados índices de doações no Juazeiro do Norte, porém um aumento nas doações do Hemocentro Crato, com um doador a mais que o Hemonúcleo, fato esse nunca acontecido antes.

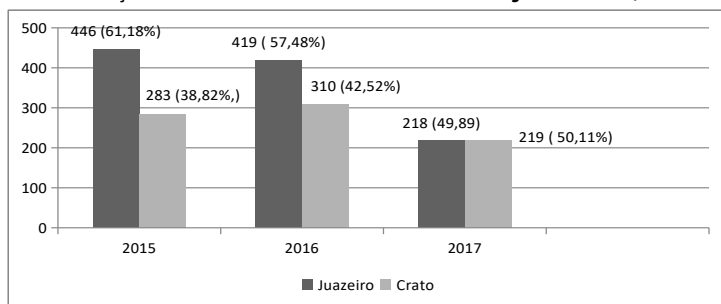
Quadro 1 – Artistas com apresentações na Semana Nacional do Doador de 2017. Crato-Ceará, 2018

Dias da semana nacional do doador	Crato Atrações	Juazeiro Atrações
20/11/2017	Cleudo Soares	
21/11/2017	Maurício Jorge	
22/11/2017	Gardênia Garcia	Sirlan Grangeiro
23/11/2017	Mariah Alexandria Emanuel Pinheiro	
24/11/2017	Mauricio Jorge	

Fonte: Elaborado pelas autoras.

O resultado obtido, após a semana nacional de doadores em 2017, foi de um empate técnico entre a quantidade de candidatos à doação de sangue, no Hemocentro Crato e Hemonúcleo Juazeiro do Norte, verificando-se que a presença de cantores nas campanhas do Hemoce aumenta o número de doações, pois os artistas são formadores de opinião e a instituição torna-se mais acolhedora ao doador que comparece ao Hemoce para salvar vidas e é acolhido em um ambiente com música, uma valorização para eles.

Gráfico 1 – Doações na semana nacional do doador voluntário de sangue. Crato-Ceará, 2018.



Fonte: Elaborado pelas autoras.

Quando houve implementação das estratégias de *marketing* com a divulgação de vídeos nas redes sociais e da presença de cantores regionais, no período da semana nacional do doador voluntário entre 2015 a 2017 no mês de novembro, pudemos evidenciar aumento no número de candidatos à doação de sangue (Tabela 1).

Tabela 1 – Candidatos na Semana Nacional do Doador Voluntário de sangue em Crato e Juazeiro do Norte. Crato-Ceará, 2018.

ANO	JUAZEIRO	CRATO
2015	446	283
2016	419	310
2017	218	219

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Em 2018, nos meses de janeiro a março, o Hemocentro Crato também fez parcerias com artistas regionais e projetos sociais, resultando no aumento do número de candidatos à doação de sangue, na Campanha de Carnaval: “Caia na folia com a solidariedade em dia” e na Campanha da Semana Santa: “Vidas que salvam vidas”. Sobre os meses analisados do ano de 2018, no mês de fevereiro o município de Crato supera o município de Juazeiro do Norte, sendo semelhante em número nos dois municípios nos demais meses. Podemos citar as ações de cada mês: em janeiro foi realizada Campanha de Carnaval:

“Caia na folia com a solidariedade em dia”. No dia 23/01/2018, foi realizada a abertura da campanha com a presença da cantora Leninha Linard, Blitz Educativa, Presença da radialista: Silene Santos: Palestra sobre DST/HIV e métodos contraceptivos. Presença da psicóloga Carla Cavalcante com o projeto: “Escuto história de amor”. Em continuidade à Campanha de Carnaval no dia 30/01/2018, com a presença do cantor João Paulo Silva.

No mês de fevereiro de 2018 foi dada continuidade à Campanha de Carnaval, no dia 06/02/2018 com a presença dos cantores Wanderson Lisboa e Patrick Lacerda. No mês de março foi realizada a Campanha da Semana Santa: “Vidas que salvam vidas”, na qual o Hemoce Crato na presença da cantora Kafka Kowaska e Banda Voz Ativa e o Hemoce Juazeiro na presença do cantor Fábio Carneirinho. Podemos verificar que o setor de captação de doadores e a ouvidoria sempre buscam maneiras de motivação para o doador e que ele se sinta bem para realizar as doações.

Em janeiro e fevereiro de 2018 estiveram presentes no Hemoce Crato os cantores (Quadro 2): Leninha Linard, João Paulo Silva, Wanderson Lisboa e Patrick Lacerda, a radialista Silene Santos ministrando palestra sobre infecções sexualmente transmissíveis - IST/HIV e a psicóloga Carla Cavalcante com trabalho social: “Escuto histórias de amor”. Foram 1837 candidatos à doação de sangue e no Hemonúcleo Juazeiro do Norte foram 1798 candidatos, com uma diferença de 39 candidatos.

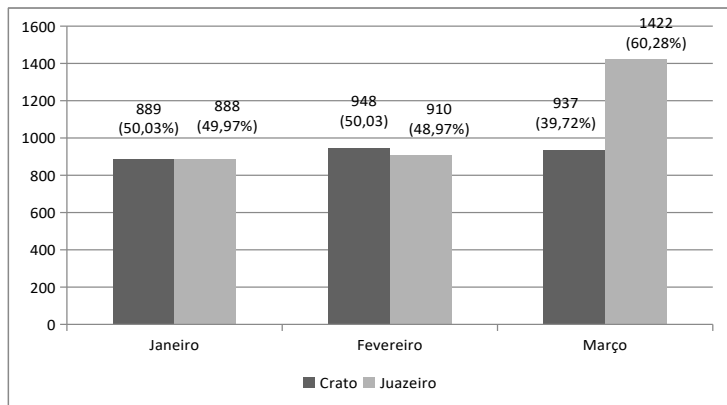
Quadro 2 - Atrações nas campanhas do Hemoce de Jan-Mar/2018. Crato -Ceará, 2018.

Meses / Campanhas do HEMOCE:	JUAZEIRO Atrações	CRATO Atrações
JANEIRO: 23/ 01/2018 e 30/01/2018: Abertura da Campanha de Carnaval: “Caia na folia com a solidariedade em dia”.		Cantora Leninha Linard Radialista Silene Santos Psicóloga: Carla Cavalcante Cantor: João Paulo Silva
FEVEREIRO: 06/02/2018 Campanha de Carnaval: “Caia na folia com a solidariedade em dias”.		Cantores: Wanderson Lisboa e Patrick Lacerda
MARÇO: Campanha da Semana Santa: “Vidas que salvam vidas”.	Cantor Fábio Carneirinho	Cantor Kafka Kowaska e Banda Voz Ativa

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Em março, na abertura da Campanha da Semana Santa, esteve presente no Hemocentro Crato Kafka Kowaska e Banda Voz Ativa e no Hemonúcleo Juazeiro do Norte, o cantor Fábio Carneirinho. Verifica-se não haver continuidade nas atrações culturais durante o mês e não ter sido possível o aumento de candidatos como no Hemonúcleo de Juazeiro do Norte.

Gráfico 2 – Candidatos à doação de sangue no primeiro trimestre de 2018, Hemocentro Crato e Hemonúcleo. Crato - Ceará, 2018



Fonte: Elaborado pelas autoras.

DISCUSSÃO

Entende-se que as ações educativas são fundamentais, para desmistificar preconceitos e tabus quanto à doação de sangue, esclarecendo a importância de um ato de solidariedade e cidadania. Há ainda muitos desafios que dificultam a prática da doação de sangue, cultural, medo e falta de conhecimento da população, propagação de inverdades que afastam o doador dos Hemocentros.

As informações a respeito da opinião e sentimentos dos doadores são importantes para a organização e administração dos serviços, pois propiciam o conhecimento dos atributos considerados por eles.

Essas informações podem servir de base para a elaboração de estratégias que tenham por objetivo educar, mobilizar, captar e fidelizar um público crescente, quanto à importância da doação voluntária e periódica de sangue, levando-o a participar ativamente do processo de doação de sangue, de forma consciente e responsável (BARBOSA; NICOLA, 2014).

O público de doadores fidelizados aumentou no Hemocentro Crato no período das campanhas do Hemoce, o setor da ouvidoria, pelos dados obtidos, observa a satisfação do doador em não apenas doar sangue, mas sentir-se valorizado em ser homenageado por artistas regionais.

Constatamos que, mesmo com estratégias já utilizadas nos Hemocentros, para captar doadores de sangue é necessário adotar medidas inovadoras no setor da captação dos Hemocentros, pois medidas já utilizadas, como ações educativas e as parcerias com escolas, igrejas, unidades de saúde, projetos de coletas externas, não são inovadoras. O relato de experiência justifica a necessidade de parcerias com cantores e artistas regionais, para divulgação da importância da doação de sangue.

O *marketing* é importante para a captação de doadores, sendo necessária a utilização de estratégias consistentes para tornar a doação de sangue, parte de hábitos e valores da população. A doação de sangue não faz parte da vida da maioria da população, por isso é fundamental o planejamento, o desenvolvimento, a avaliação de estratégias e a sua socialização, possibilitando novas formas de captação, o que justifica o desenvolvimento dessa revisão integrativa (RODRIGUES; REIBNITZ, 2011).

Foi observado que a estratégia de parcerias com cantores regionais aumentou o número de doações e fidelização de doadores nas campanhas do Hemoce, resultando em aumento de doações e doadores fidelizados, tratando-se de uma medida inovadora, a qual o doador retorna ao Hemoce para doar sangue e assistir à participação de artistas regionais, sendo então acolhido em um ambiente com música.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento deste relato de experiência permitiu constatar ser necessário inovar nas estratégias de captação de doadores, pois divulgar as campanhas do Hemoce, apenas em rádios, jornais e Blitz Educativas, com entregas de panfletos e com orientações não têm os mesmos resultados no número de doações de sangue do que quando é trabalhado com parcerias de artistas e cantores regionais.

A junção de artistas conhecidos no meio regional e parceiros com o HEMOCE favorece a captação de doadores, com ênfase para a semana de doadores no mês de novembro, realizada anualmente. Diariamente teve a presença de um cantor regional, e a circulação nas redes sociais de dois artefatos tecnológicos, vídeos de artistas promovendo educação em saúde, divulgando a importância da doação de sangue e sensibilizando a população sobre o ato de doar.

Foi verificado aumento de doações no Hemocentro Crato em relação ao Hemonúcleo Juazeiro, após as parcerias com os cantores da região do Cariri. Ademais, o Hemocentro Crato sempre procura manter contato com os artistas, criando vínculo e parceria com eles, que participam com mais frequência dos eventos realizados na instituição de saúde, comprometendo-se em ajudar o próximo.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Halana Batistel; NICOLA, Anair Lazzari. Enfermagem na terapia transfusional e hemovigilância: análise da conformidade em um hospital de ensino. Saúde (Santa Maria), p. 97-104, 2014.

COMITÊ TRANSFUSIONAL MULTIDISCIPLINAR. **Guia de Condutas Hemoterápicas**. Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio-Libanês. 2. ed. Impresso em maio de 2010.

HANSEN, John T. Netter Anatomia Clínica. 3. ed. Editora Elsevier, 11 de junho de 2015.

HEMOCE. **Hemocentro do Estado do Ceará**. Disponível em: <<http://www.hemoce.ce.gov.br/index.php/item-simples/um-passeio-no-tempo>>. Acesso em: 20 maio 2018.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. 2016. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/7L5>>. Acesso em: 15 abr. 2018

MELO, Alan Lane de; NEVES, David Pereira; LINARDI, Pedro Marcos; VITOR, Ricardo W. Almeida. *Parasitologia Humana*. 12. ed. Sanar, 2011.

RODRIGUES, Rosane Suely May; REIBNITZ, Kenya Schmidt. Estratégias de captação de doadores de sangue: uma revisão integrativa da literatura. *Texto e Contexto Enfermagem*, v. 20, n. 2, p. 384, 2011.

SARAIVA, João Carlos Pina. A história da Hemoterapia no Brasil. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.*, São José do Rio Preto, v. 27, n. 3, jul./set. 2005.

VITA, M. N. S.; FERNANDES, M. A. C. F.; FILHO, G. E.; JUNIOR, Z. B. de L.; SÁ, M. de L. V. de; MENEZES, M. D.; FERREIRA, S. R. V. **Manual de Transfusão Sanguínea**. Hospital Universitário Lauro Wanderley-Ebserh Agência Transfusional, jun. 2015.

SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR: UM LEVANTAMENTO DE DADOS A PARTIR DE PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

Ana Valeska Araújo Viana

José Jackson Coelho Sampaio

INTRODUÇÃO

A Vigilância em Saúde do Trabalhador - VISAT é um componente do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde com a finalidade de reduzir o número de mortes entre trabalhadores e promover a saúde. Pautada nos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS e integrada com as vigilâncias sanitária, epidemiológica, saúde e ambiental (BRASIL, 2014).

No âmbito da VISAT, a integração com a rede assistencial tem como uma de suas funções identificar o perfil dos trabalhadores e as condições de trabalho em que se encontram, a fim de identificar possíveis riscos, além de notificar casos de adoecimentos relacionados ao trabalho e estabelecer articulações entre as diversas instâncias da vigilância e da assistência (BRASIL, 2014).

O Ministério da Saúde - MS, a partir da Portaria 777, de 28 de abril de 2004, determinou como de notificação compulsória, dentre outros agravos, os casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho, a ser feita por meio de registro no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. O MS também disponibiliza a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador -RENAST, cujo objetivo, no plano da assistência, é garantir a atenção integral (CEREST, 2010).

A Portaria N^o 1.679/MS, de 19 de setembro de 2002, determina como ação de responsabilidade estadual, dentre outras, a capacitação

de recursos humanos para a realização das ações referentes à saúde do trabalhador e à regulamentação, bem como desenvolver instrumentos de gestão necessários para a operacionalização da referida política. E como ações de responsabilidade municipal, dentre outras, a garantia do atendimento ao acidentado e ao suspeito ou portador de doença profissional ou do trabalho, e a notificação dos agravos à saúde, alimentando o sistema de informações dos órgãos e sistemas de vigilância, com regularidade.

Ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST são atribuídas as seguintes funções: oferecer suporte técnico e científico ao Sistema Único de Saúde - SUS, supervisionando a rede de serviços, incluindo a vigilância e a formação de recursos humanos (BRASIL, 2002).

Por meio do presente estudo, pretende-se refletir sobre a situação da saúde mental do trabalhador no Brasil, apresentando indicativos da necessidade de aprofundamento da discussão acerca da saúde do trabalhador e do envolvimento de empregadores, empregados e governo no planejamento, na avaliação e na gestão das políticas de saúde.

TRATAMENTO METODOLÓGICO

Trata-se de estudo de levantamento de dados, obtidos a partir de pesquisa bibliográfica e analisados a partir de reflexão sobre as ações existentes e perspectivas de novas atuações.

Os dados obtidos são oriundos de relatórios da Organização Mundial de Saúde - OMS, da Organização Internacional do Trabalho - OIT, do Observatório Digital de Saúde e Segurança do Trabalho, da legislação acerca da saúde mental do trabalhador produzida pelo MS e pelo Ministério do Trabalho - MT e de artigos científicos.

A pesquisa refere-se ao contexto brasileiro, desde a criação da política de cuidado com a saúde do trabalhador, à criação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST. Aborda-se, no período de 2002 a 2017, o cenário do Brasil em termos de adoecimento e afastamentos trabalhistas ocasionados por transtornos psicossociais.

Os descritores utilizados para a busca dos artigos na Biblioteca Virtual em Saúde - BVS foram: saúde mental do trabalhador; saúde ocupacional; vigilância e regulação em saúde.

A busca no sítio do MS ocorreu a partir da legislação em saúde e o assunto pesquisado foi saúde do trabalhador; também foi utilizado o *blog* da saúde, no referido sítio, como ferramenta de consulta.

O Observatório Digital de Saúde e Segurança do Trabalho, localizado no sítio do Ministério Público do Trabalho - MPT compõe outra fonte de investigação científica, oferecendo dados referentes aos anos de 2012 a 2017, conforme critério de escolha dos pesquisadores. A pesquisa valeu-se de toda a extensão temporal apresentada no Observatório.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os descritores usados como base de pesquisa apresentaram textos com outras possibilidades de investigação científica e foram excluídos da análise por serem objetos de estudos posteriores sobre a vigilância da saúde do trabalhador.

Foram analisados 10 documentos dentre artigos e portarias ministeriais, dos 30 coletados. Os textos utilizados como fontes de levantamento e análise de dados são todos relacionados ao quantitativo de pessoas afastadas do ambiente laboral por adoecimento mental no Brasil. Materiais informativos acerca de dados de afastamentos em outros países serviram como base comparativa, para demonstrar a preocupação mundial com o tema.

Leão e Gomez (2014) apontam que o modo como o trabalho está dividido e organizado, numa determinada sociedade, conduz os indivíduos a várias formas de expressão do processo saúde/doença, com destaque para os sofrimentos biopsíquico, biológico e social. Na União Europeia, por exemplo, problemas ocasionados por ansiedades e angústias originadas no trabalho são responsáveis por 28% das queixas dos trabalhadores e 25% do absenteísmo, custando aos cofres públicos, aproximadamente, por ano, 20 milhões de euros.

Em se tratando do Brasil, os Transtornos Mentais e do Comportamento -TMC estão entre os 10 maiores motivos de concessão de auxílio-doença por incapacidade.

Conforme os dados da Previdência Social, em seu anuário estatístico, no ano de 2014 foram gastos R\$162.751,00; em 2015, R\$138.716,00 e, em 2016, R\$145.918,00, totalizando, nos três anos, R\$447.385,00 somente com aposentadoria por invalidez, em geral. Do total, R\$41.833,00 foram gastos com aposentadoria por invalidez decorrente de TMC, correspondendo à soma de 29.229 aposentadorias concedidas, durante os anos citados.

A saúde do trabalhador, especificamente no que se refere à vigilância, passou a fazer parte do âmbito da atenção à saúde, com a elaboração e aprovação da Portaria 3.120, de 1º de julho de 1998, que também estabelece os procedimentos básicos das ações de vigilância, no sentido de prevenir agravos à saúde dos trabalhadores.

A Portaria 1.823, de 23 de agosto de 2012 institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, definindo princípios e diretrizes para o desenvolvimento da atenção integral à saúde, com ênfase na vigilância. No artigo 8º, a Portaria apresenta como objetivos da Política, dentre outros, o fortalecimento da Vigilância em Saúde do Trabalhador - VISAT e a promoção da saúde, dos ambientes e dos processos saudáveis trabalho.

O objeto da VISAT encontra-se em construção, não obstante a legislação existente e os serviços de vigilância surgidos com as normas legais. Isso porque a fiscalização vai além do aspecto legal e normativo, por meio de pesquisa e formação de recursos humanos, incluindo as áreas de assistência e reabilitação (BRASIL, 2005).

Cardoso e Araújo (2016), em pesquisa realizada no Brasil em referência ao ano de 2014, por meio dos CEREST, sobre a ocorrência de transtornos mentais relacionáveis ao trabalho, apresentaram como resultado serem estes a terceira causa de afastamento no trabalho.

Por ser um campo da saúde com peculiaridades práticas em relação a outros, a pesquisa envolve desafios e complexidades extraordinários. A pergunta norteadora dessa tarefa investigativa é, como

trabalhar a vigilância na saúde mental do trabalhador, sendo campo frágil, atravessado por subjetividade e ideologia, marcado pelas dinâmicas relacionais entre as pessoas, entre as pessoas e as organizações, entre as organizações, entre as dimensões da produção, da reprodução e do consumo.

Guirado (2017) apresentou como resultado de pesquisa a dificuldade das organizações em identificar os Transtornos Mentais Comuns - TMC e atuar preventivamente sobre eles, além de conceber modelo ideal de organização do trabalho que se adeque às características individuais dos trabalhadores. Mas, tais pretensões – aprimorar identificação de TMC, atuar preventivamente e criar modelo que adeque as organizações aos indivíduos – serão factíveis?

Se as organizações não conseguem identificar e atuar antes do indivíduo adoecer, é presumível que os trabalhadores adoçam mais e o índice de absenteísmo aumente. E esse adoecimento representa mundialmente uma preocupação, conforme Plano de Ação Mundial da Saúde dos Trabalhadores, que destaca além da preocupação com os perigos laborais físicos, a saúde do trabalhador no que se refere aos aspectos sociais, individuais e o acesso aos serviços de saúde (OMS, 2007).

O referido Plano apresenta como uma de suas ações relacionadas ao objetivo proteger e promover a saúde no local de trabalho, a promoção da saúde mental do trabalhador e familiar no ambiente organizacional. E em seu objetivo integrar a saúde dos trabalhadores em outras políticas afirma que é necessário fortalecer a capacidade do setor de saúde para promoção da inclusão da saúde dos trabalhadores na política de outros setores, integrando políticas de desenvolvimento econômico e redução da pobreza, atribuindo ao setor de saúde a tarefa de colaborar com o setor privado, a fim de evitar a transferência internacional de riscos ocupacionais e proteger a saúde no local de trabalho (OMS, 2007).

A OMS justifica a preocupação e o interesse pela saúde mental do trabalhador, baseada no Relatório Mundial de Saúde (2002), pelo impacto econômico, social e familiar que as perturbações mentais e comportamentais trazem ao mundo todo. Prevê, até 2020, um crescimento de 15% para Ano de Vida Ajustado por Incapacidade - AVAI,

parâmetro de medida da carga das doenças, desenvolvido pela Escola de Saúde Pública de Harvard, a OMS e o Banco Mundial.

Em relação aos custos financeiros com as doenças mentais, o Relatório afirma que parte desses custos é incalculável, por não ser possível mensurar o que se perde com a expressão dos transtornos mentais no cotidiano dos indivíduos e de suas famílias. Para Lehman e col., (1998): “Embora não seja possível medir toda a gama de sofrimento e infelicidade, um dos métodos de se aferir o seu impacto é usar instrumentos que meçam a qualidade de vida (QDV)” (apud OMS, 2002, p.60).

A OMS (2002) descreve acerca das perturbações mentais e comportamentais que mais de 25% da população mundial é afetada por essas e, aproximadamente 10% dessa população na fase adulta. Esses dados são genéricos e não contemplam a expressão da saúde/doença ligada ao processo de trabalho e não explicam o adoecimento ocasionado pela atividade laboral. Não obstante, os transtornos mentais têm se apresentado como uma das maiores causas de afastamento do trabalho no Brasil, conforme a Previdência Social, representando 9% da concessão de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez.

Segundo a OIT, o estresse ocupacional é responsável por um percentual variável de 50 a 60% das ausências ao trabalho, diariamente, afetando 40 milhões de pessoas na Europa e ocupa o segundo lugar em doenças ocupacionais no referido continente.

Os números apresentados acima possibilitam a reflexão acerca da relevância da vigilância na saúde do trabalhador na perspectiva de condições organizacionais que possam ser estímulos provocadores de transtornos psicossociais e chamam a atenção dos empregadores para o cuidado com o clima organizacional e com os primeiros sintomas de esgotamento mental demonstrados pelos trabalhadores (OMS, 2002).

Dados do SINAN referentes ao período de 2010 a 2015 demonstram um aumento equivalente a 168,6% de notificações de doenças ocupacionais relacionadas aos transtornos mentais. Em conjunto com outros dados da vigilância epidemiológica fica evidente o grande desafio da saúde do trabalhador, que consiste na efetividade da ope-

racionalização do direito à saúde, integralizando e universalizando ações de prevenção, promoção, assistência, cuidado e reabilitação. A RENAST é uma das estratégias para alcance do citado objetivo.

O Observatório da Saúde e Segurança do Trabalhador apresenta, de 2012 a 2017, 64.794 afastamentos do trabalho por notificações de transtornos mentais e comportamentais. Dessas, conforme discriminado na Tabela 1, 36.874 são mulheres e 27.920, homens.

Figura 1 - Afastamentos dos trabalhadores por doenças mentais e comportamentais no Brasil, por atividade econômica

Afastamentos por doenças mentais e comportamentais (2012-2017)	Mulheres	Homens	Atividade econômica
4.475	3.837	638	Área de atendimento hospitalar
8.209	5.541	2.668	Bancos múltiplos com carteira comercial
669	609	60	Transporte rodoviário de cargas
11.450	8.523	2.927	Administração pública em geral
24.803	Total das 4 atividades dominantes em números de afastamentos.		

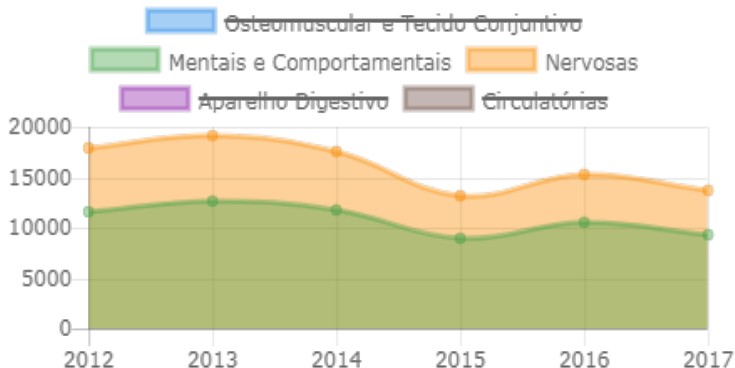
Fonte: Elaborada pela autora a partir de dados do observatório da saúde e segurança do trabalhador.

Analisando o exposto acima, é possível perceber que das quatro(4) atividades econômicas com maior quantitativo de afastamentos, a proporção de mulheres afastadas corresponde a 74,62%; enquanto a dos homens corresponde a 25,38%. Restando as outras atividades econômicas catalogadas pelo Observatório 61,73% dos afastamentos.

Importante ressaltar que os números acima, se analisados de modo isolado, não fornecem elementos suficientes para discussão acerca do maior ou menor acometimento de doenças mentais em mulheres. No mínimo, precisaríamos dispor da informação de quantos homens e mulheres trabalham, em cada atividade econômica, para então comparar e concluir.

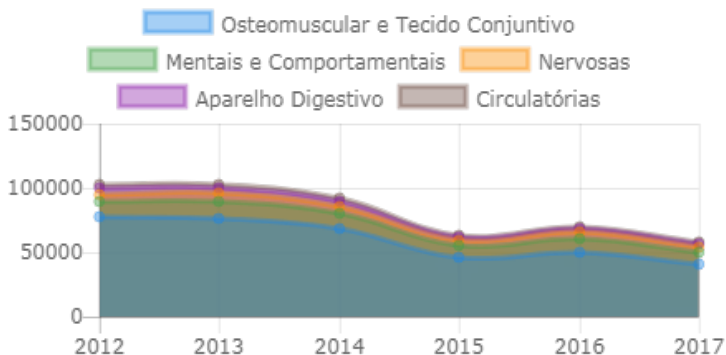
As imagens abaixo apresentam a evolução dos afastamentos previdenciários por grupos de doenças, de 2012 a 2017; a imagem 1 representa a evolução dos grupos de doenças mentais e comportamentais e nervosas, excluindo os outros grupos de doenças; e a imagem 2, inclui os grupos de doenças do aparelho digestivo, circulatórias, osteomusculares e do tecido conjuntivo.

Imagem 1 - Evolução dos afastamentos previdenciários por doenças mentais e comportamentais



Fonte: Observatório da Saúde e Segurança do Trabalhador.

Imagem 2 - Evolução dos afastamentos previdenciários por doenças mais comuns



Fonte: Observatório da Saúde e Segurança do Trabalhador.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível observar, a partir do exposto, que a vigilância da saúde no trabalho é dotada de legislação e mecanismos de garantia do direito em questão e possui um campo de atuação complexo. Consiste em ambiente de estudo e prática dotado de subjetividade, de particularidades, de configurações e relações que dificilmente conseguem evidenciar o nexo causal existente entre o trabalho e os transtornos mentais gerados nesse contexto, sobretudo concluir pelo que se pode atribuir mais exclusivamente a esse contexto.

Os números relacionados à saúde do trabalhador, especificamente relativos à saúde mental, precisam ser interpretados e analisados, de forma conjunta, pelas pesquisas quantitativa e qualitativa, considerando que, além dos casos que são notificados e conduzem ao afastamento laboral, é necessário considerar as doenças e suas representações quando manifestadas e não reconhecidas como tal, que não são notificadas, que não são percebidas, mas que devem merecer a atenção de gestores e do poder público.

O cenário da vigilância da saúde do trabalhador aponta para a importância do questionamento à política atual, uma vez que, embora permeado de portarias e mecanismos de defesa, o campo de atuação no qual está inserido é particularmente emblemático, pois não são apenas os impactos econômicos que não podem ser aferidos (OMS, 2002), mas também os biopsicossociais, incluindo o conceito de alta qualidade de vida, referenciado no Relatório Mundial de Saúde Mental (2002).

O que é felicidade, infelicidade e como o indivíduo traz essas experiências consigo para a vida organizacional é uma pergunta que auxilia na compreensão do que se convencionou denominar qualidade de vida organizacional, pois remete ao sentir e ao expressar-se de forma satisfatória ou insatisfatória, traduzindo o conceito de estar bem.

“A depressão caracteriza-se por tristeza, perda de interesse nas atividades e diminuição de energia” (OMS, 2002, p. 65). Diante dessa categorização, este estudo questiona se estar bem é sentir-se disposto ao trabalho, no contexto capitalista. Se a resposta for positiva, como podemos mensurar e qualificar os indivíduos diagnosticados depres-

sivos que não se sentem bem na organização por trazerem comportamentos dotados de conteúdo emocional negativo oriundo de suas relações primárias familiares? Como fazer os recortes temporais e sociais e atribuir responsabilidade à organização pelo sofrimento psíquico dos trabalhadores, também como não desresponsabilizá-los? Como desenvolver uma política de saúde do trabalhador que valorize e diferencie os significados individuais e idiossincrásicos sem atribuir culpas, mas ao mesmo tempo sem desconsiderar a cultura da organização, o modo como o trabalho se organiza e que permeie a condição de saúde/doença em suas inúmeras expressões? Como pensar a lógica, concreta, quotidiana, operacional do trabalho, as formas como o trabalho é explorado e as expressões de significado/valor que a subjetividade do trabalhador incorpora?

Todas essas são questões que fornecem subsídios para pesquisas posteriores, para reflexão sobre o método de investigação, o método de interpretação, o método de exposição e os limites da capacidade de produzir conhecimento em território interteórico, interdisciplinar, conflitado ideologicamente, arena de disputa de interesses. Conhecimento permeado pela subjetividade humana e pelos pesos psicossociais impostos pelo modelo político-econômico em pleno desenvolvimento histórico.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Portaria GM nº 1.679, de 19 de setembro de 2002.** Disponível em: <http://www.cerest.ce.gov.br/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=61:&Itemid=310>. Acesso em: 04 mar. 2018.

_____. Secretaria da Previdência. **Anuário Estatístico.** Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/dados-abertos-previdencia-social/>>. Acesso em: 04 mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde:** caderno de legislação em saúde do trabalhador. 2. ed. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/caderno-legislacao-saude-trabalhador>>. Acesso em: 05 mar. 2018.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes de implantação da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS**. 2014. Disponível em: <<http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/Diretrizes-de-implantacao-da-Vigilancia-em-Saude-do-Trabalhador-no-SUS.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2018.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância em saúde do trabalhador: um breve panorama. **Boletim Epidemiológico**, v. 48, n. 18, 2017. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>>. Acesso em: 17 mar. 2018.

_____. **Transtornos mentais são a 3ª principal causa de afastamentos de trabalho**. Disponível em: <www.blogdasaude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/52979-transtornos-mentais-sao-a-terceira-principal-causa-de-afastamentos-de-trabalho>. Acesso em: 17 mar. 2018.

CARDOSO, Mariana de Castro Brandão; ARAUJO, Tânia Maria de. Os Centros de Referências em Saúde do Trabalhador e as ações em saúde mental: um inquérito no Brasil. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 41, e7, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S03036572016000100203&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: 05 mar. 2018.

CEREST. **O que é RENAST**. Disponível em: <http://www.cerest.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=668>. Acesso em: 04 mar. 2018.

GUIRADO, Gunther Monteiro de Paula. Transtornos mentais comuns e suas peculiaridades com o trabalho. **Revista Saúde em Foco**, n. 9, 2017. Disponível em: <http://www.unifia.edu.br/revista_eletronica/saude_foco/artigos/2017/017_transtornos_mentais.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2018.

LEÃO, Luís Henrique da Costa e GOMEZ, Carlos Minayo. A questão da saúde mental na vigilância em saúde do trabalhador. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n.12, p. 4649-4658, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n12/pt_1413-8123-csc-19-12-04649.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2018.

OMS. Organización Mundial de la Salud. **Salud de los trabajadores: plan de acción mundial**. 60ª Asamblea Mundial de la Salud. 2007. Disponível em: <http://www.who.int/occupational_health/WHO_health_assembly_sp_web.pdf?ua=1>. Acesso em: 11 mar. 2018.

O SUS TECNOLÓGICO: REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE GESTORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE TELEMEDICINA

Kamila Regina da Silva Oliveira

Maria Helena Lima Sousa

1 INTRODUÇÃO

A Telemedicina é uma das grandes conquistas da prática médica moderna, sendo uma forma racional de unir a medicina com as tecnologias de comunicação com a finalidade de realizar ações médicas a distância. Dá-se através da utilização de recursos de informática e telemática, redes de computadores conectados por meio de telecomunicação, para transmissão remota de dados médicos. Utilizando este recurso, profissionais da saúde podem oferecer assistência especializada, vencendo as restrições de caráter geográfico. Com a utilização dessas ferramentas é possível solucionar problemas do sistema de saúde, como o acesso à assistência médica de comunidades desprovidas de especialistas, evitando o deslocamento desnecessário de pacientes (GOMES, TIMERMAN *et al.*, 2010).

Há de ressaltar, em se tratando de Consórcio Público, as contratações de alguns serviços médicos quando não realizadas por seleção pública são realizadas através de licitações em que comumente há o surgimento de empresas de Telemedicina nas concorrências. Essas empresas, visando oportunidades de mercado, investem em tecnologias digitais e estão adentrando nas unidades de saúde levando solução e completando as lacunas do SUS antes existentes para certas especialidades através da Telemedicina.

Contudo, quaisquer que sejam as ações da Telemedicina, por mais que impactam diretamente no fortalecimento dos serviços dis-

ponibilizados pelo SUS, há a necessidade de adequação, treinamento da equipe, logística de acesso a serviços de saúde, análise técnica, econômica e gerencial dentre outros procedimentos do ponto de vista não clínico (HOLANDA, FROTA, 2015).

Compreender os fenômenos sociais e a maneira como estes são captados, interpretados, visualizados e expressos no cotidiano pelos profissionais de saúde que se utilizam em suas rotinas às práticas e às tecnologias digitais inerentes à Telemedicina no seu ambiente, a unidade de saúde, torna-se relevante no contexto em que se exige a celeridade e a qualidade do diagnóstico de exames de imagem quando se tem um alto volume de serviços. Assim, essa pesquisa teve como objetivo compreender as representações sociais de gestores e profissionais de saúde sobre Telemedicina. Utilizou-se o cenário do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Crateús para aplicação da técnica da evocação livre de palavras com aporte na abordagem estrutural da Teoria das Representações Sociais, extraíndo o seu núcleo central relacionando, assim, com as configurações que se destacam e se entrelaçam a essa representação social.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SUS e o Novo Modelo de Gestão: Consórcios Públicos de Saúde

O Sistema único de Saúde, sistema público que abrange desde o atendimento ambulatorial até o complexo transplante de órgãos, foi implantado desde 1988 para atender ao artigo 196 da Constituição Brasileira, incorporando a União, estados e municípios e garantindo a todos os brasileiros o acesso integral, universal e gratuito. Sendo uma formulação política e organizacional de reordenamento dos serviços e ações de saúde no Brasil, o SUS, hoje, se estrutura em redes de atenção à saúde, preconizando o aumento da resolutividade da rede de unidades básicas de saúde e do seu papel de porta de entrada do SUS e garantindo o acesso aos serviços de média e alta complexidade a fim de superar as desigualdades de acesso existentes (CONASS, 2007).

Em se tratando de redes, a Atenção Primária à Saúde deve desempenhar ações básicas de saúde fazendo uma ligação entre os demais pontos de atenção, de modo a garantir a integralidade e a continuidade da atenção à saúde dos usuários (MENDES, 2008).

Já os serviços especializados são ofertados através dos pontos de atenção secundário e terciário, sendo este último tecnologicamente mais complexo, porém ambos servem de apoio à Atenção Primária não havendo, contudo, subordinação entre as redes de atenção. Igualmente importantes ao sistema, as redes de atenção devem responder com eficiência e eficácia aos problemas de saúde agudos e crônicos da população (MENDES, 2008).

O Governo do Estado do Ceará, a fim de contribuir para melhorar as condições de saúde da população, mediante a expansão do acesso e a melhoria da qualidade dos serviços especializados de saúde, promovendo a integração entre os distintos níveis de atenção criou o Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada em Saúde no Estado do Ceará, programa parcialmente financiado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) no que se segue: a) construção de 21 unidades de saúde, sendo 1 Hospital Regional Norte - "HRN" no município de Sobral, 9 Policlínicas tipo II e 11 CEOs; b) aquisição de equipamentos, mobiliário e instrumental para as 21 unidades de saúde; c) capacitação em Monitoramento e Avaliação de gestores da SESA e cursos de especialização em gestão de saúde para os gestores das novas unidades de saúde; d) contratação de serviços de acreditação das novas unidades de saúde, incluídas as unidades do "Plano Diretor de Regionalização - PDR Ceará 2006"; e) contratação de serviços de consultoria para o desenvolvimento e implantação de programa de certificação de serviços odontológicos especializados nos CEOs; f) contratação de serviços de consultoria para desenho e implantação de modelo de supervisão das novas unidades de saúde; g) contratação de serviços de consultoria para desenho e implantação de sistema de gestão integrada das novas unidades de saúde e suas interfaces com as regionais de saúde, a SESA e a Central de Regulação; h) serviços de consultoria para acompanhamento e supervisão independente das obras; i) estudos e pesquisas sobre a implantação dos novos serviços e unidades de saúde, bem como satisfação de usuá-

rios; j) ações de comunicação social dos resultados do Programa; l) serviços de consultoria para realização das avaliações intermediárias e final do Programa; m) serviços de consultoria e de terceiros para apoio à gestão do Programa, incluindo a implantação de sistema de gerenciamento do Programa; e n) auditoria externa (CEARÁ, 2017).

O Governo do Estado do Ceará além de dar o passo inicial no financiamento para a construção das unidades de saúde e a fim de otimizar a gestão da rede de atenção secundária, pôs em prática o custeio compartilhado entre os municípios e o estado para funcionamento de unidades de saúde através da criação dos Consórcios Públicos de Saúde. Essa estratégia inovadora de gestão faz com que os serviços especializados médicos e odontológicos contemplem gratuitamente toda a população de cada microrregião com custeio dividido de acordo com o percentual populacional de cada município, fortalecendo a regionalização da saúde. Para estimular essa estratégia de gestão, o Governo do Estado assumiu a responsabilidade de construir e equipar os 16 Centros de Especialidades Odontológicas e as 21 Policlínicas Regionais e de repassar 40% do custeio dessas unidades de saúde (CEARÁ, 2017).

Dentre as unidades de saúde que garantem a estruturação de redes de assistência e que são gerenciadas através destes Consórcios Públicos, as Policlínicas Regionais atendem às principais especialidades médicas de interesse epidemiológico no Ceará com serviços de suporte ao diagnóstico como exames radiológicos e de reabilitação dos pacientes sempre inovando e se atualizando, com o apoio do Governo do Estado, com programas de saúde, como por exemplo a criação do Núcleo de Estimulação Precoce destinado à reabilitação de crianças de 0 a 3 anos com malformação congênita.

Há uma corrida para a acreditação dessas unidades de saúde, tendo em vista acatar o que preconiza o programa, que é a melhoria da qualidade dos serviços especializados de saúde com o investimento na contratação de serviços de acreditação das novas unidades de saúde, incluídas as unidades do “Plano Diretor de Regionalização - PDR Ceará 2006”. Em se tratando de Policlínicas Regionais, atualmente há 4 unidades acreditadas do total de 21 Policlínicas. Dessa forma, o objetivo dessas unidades de saúde não é apenas ofertar o serviço especializado

para a população de cada região, mas ofertar esse serviço de qualidade, visando à acreditação, sejam esses serviços aliados a tecnologias ou não.

2.2 SUS e Tecnologia

A Constituição Federal de 1988 incluiu o desenvolvimento científico e tecnológico ao estabelecer as competências do Sistema Único de Saúde. A partir desse incremento, foi desenvolvida a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, com o intuito de fortalecer a produção e a partilha de conhecimentos e uma maior articulação entre as ações de fomento científico-tecnológico e a política de saúde dentro da Política Nacional de Saúde (CONASS, 2007).

Já em meados de 1994, iniciou-se, no País, o processo de construção de uma política de inovação em saúde a partir da I Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde. Em 2003, com a criação, dentro do Ministério da Saúde, da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde esta política de inovação em saúde se consolidou (OLIVEIRA, FERNANDES, 2015).

Atualmente, no Sistema Único de Saúde, um dos grandes desafios é a questão do uso, incorporação e exclusão das tecnologias em saúde. É uma questão não só técnica, mas política e econômica tendo em vista que vive - se hoje um momento de grandes iniciativas nessa área, seja em níveis nacional, estadual e municipal da gestão do Sistema. Uma das iniciativas é a criação da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias com o objetivo não só fomentar, mas difundir a ideia e ampliar ações de avaliação dessas tecnologias no âmbito da saúde pública (BRASIL, 2016).

Isso se faz importante tendo em vista o desenvolvimento acelerado dos sistemas de telecomunicação digital de alta velocidade e a queda no preço de microcomputadores que estão facilitando a aplicação de sistemas e novas tecnologias em todas as áreas, principalmente na saúde. Nesse ínterim e com vistas a minimizar as lacunas de profissionais especialistas nas áreas remotas do país, surgiu a utilização da Telemedicina (ALMEIDA, CRUZ, ARAÚJO, SOUZA, 2015).

A Telemedicina é uma das grandes conquistas da prática médica moderna, sendo uma forma racional de unir a medicina com as tecnologias de comunicação com a finalidade de realizar ações médicas à distância. Dá-se através da utilização de recursos de informática e telemática, redes de computadores conectados por meio de telecomunicação, para transmissão remota de dados médicos. Utilizando este recurso, profissionais da saúde podem oferecer assistência especializada, vencendo as restrições de caráter geográfico. Com a utilização dessas ferramentas é possível solucionar problemas do sistema de saúde, como o acesso à assistência médica de comunidades desprovidas de especialistas, evitando o deslocamento desnecessário de pacientes (GOMES, TIMERMAN *et al.*, 2010).

Entende-se que, enquanto Política Pública de Saúde, há de se garantir o direito à saúde da população, à qualidade da atenção e a uma gestão efetiva que garanta o interesse público em relação ao mercado do setor. Ou seja, o parque industrial farmacêutico, de equipamentos médico-hospitalares, de apoio diagnóstico e de prestação de serviços assistenciais. Dessa forma, a Telemedicina alia-se ao Sistema Único de Saúde, proporcionando essa garantia em regiões remotas.

2.3 O Estudo sobre Representações Sociais

Para se iniciar uma análise sobre a representatividade e o significado, para os gestores e profissionais de saúde que fazem parte do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Crateús sobre Telemedicina, faz-se necessário compreender a origem que compõe o termo representação social.

Representações Sociais é um termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção retida na lembrança ou do conteúdo do pensamento (MINAYO, 2011). Para Bauer (2011, p. 188), “as representações sociais são representações de alguma coisa sustentadas por alguém”. Spink (2011) já defende que as representações sociais, sendo formas de conhecimento prático, inserem-se mais especificamente entre correntes que estudam o conhecimento do senso comum. Para Guareschi (2011, p. 162), representação social é:

[...] um conceito dinâmico e explicativo, tanto da realidade social, como física e cultural. Possui uma dimensão histórica e transformadora. Junta aspectos culturais, cognitivos e valorativos [...]. Está presente nos meios e nas mentes [...].

Dessa forma, os vários conceitos de Representações Sociais podem ser resumidos às palavras de Wagner (2011, p. 119):

O conceito de representação social é multifacetado. De um lado, a representação social é concebida como um processo social que envolve comunicação e discurso, ao longo do qual significados e objetos sociais são construídos e elaborados. Por outro lado, e principalmente no que se relaciona ao conteúdo de pesquisas orientadas empiricamente, as representações sociais são operacionalizadas como atributos individuais – como estruturas individuais de conhecimento, símbolos e afetos distribuídos entre as pessoas em grupo ou sociedades.

A Teoria das Representações Sociais foi desenvolvida através do psicólogo social francês Serge Moscovici, após uma tentativa de visualizar os fenômenos psicológicos do ponto de vista social e cultural. Essa tentativa tornou-se relevante mediante a ausência da expressividade social e cultural desses fenômenos psicológicos nas teorias de representações coletivas de Durkheim, linguagem de Saussure, representações infantis de Piaget e desenvolvimento cultural de Vygotsky. De origem antropológica e sociológica, a Teoria das Representações Sociais visava superar as dificuldades encontradas em conceitos existentes e deveria abranger “a dimensão cultural e cognitiva; a dimensão dos meios de comunicação e das mentes das pessoas; as dimensões objetiva e subjetiva (GUARESCHI, 2011).

O conceito de representações sociais, através da antropologia e da sociologia, serviu de elemento decisivo para a elaboração de uma teoria da religião, da magia e do pensamento mítico (MOSCOVICI, 2011). Para Farr (2011, p. 38), “Moscovici não desenvolveu sua teoria

num vazio cultural. Ele teve a capacidade de se apoiar nos fundadores das ciências sociais na França, especialmente em Durkheim”. Durkheim, com seu coletivismo, defendeu a independência da sociologia da psicologia, sendo o que mais se opôs à psicologia do indivíduo, julgando que a sociologia era independente da psicologia. Já Saussure, com seu estudo da semiótica e sua distinção entre linguagem e fala, remete à língua um nível coletivo e à fala um nível intermediário entre o individualismo e o coletivo (FARR, 2011). Segundo a perspectiva Vygotskiana o indivíduo é sempre uma entidade social e, conseqüentemente, um símbolo vivo do grupo que ele representa (SPINK, 2011). Já no que tange à formação de símbolos e atividades lúdicas de crianças estudadas na teoria de Piaget, esta teoria desempenha um papel importante para a teoria das representações sociais, pois para Jovchelovitch (2011, p. 64):

A emergência do Eu em oposição ao mundo externo ocorre em relação estreita (ou mais ainda, como precondição) com as transformações mentais que permitem a representação das coisas e, portanto, o desenvolvimento do pensamento simbólico e da linguagem.

O estudo realizado na Europa por Moscovici, em *La Psychanalyse: Son image ET son public*, no ano de 1961, diferenciou-se em visualizar uma forma sociológica de psicologia social e não mais individualista, que era predominante nos Estados Unidos fazendo com que a teoria das representações sociais apresentasse uma interação entre psicologia social e ciências sociais, estudando, dessa forma, o indivíduo através da socialização. Para Farr (2011, p.27), “A teoria das representações sociais é uma forma sociológica de Psicologia Social, originada na Europa com a publicação, feita por Moscovici (1961) de seu estudo *La Psychanalyse: Son image ET son public*.” O estudo das representações sociais é motivado pelo anseio em compreender o senso comum através de uma sociedade nada homogênea diferentemente da teoria das representações coletivas de Durkheim ao esquecer-se da mobilidade na dinâmica social, pois para Bauer (2011, p. 188) “Uma sociedade se estrutura de acordo com diferentes clivagens”. Apesar

de Durkheim, com sua teoria da coletividade, ser referência para a Teoria das Representações Sociais, foi alvo de várias críticas por parte de Moscovici no que tange à estaticidade das representações coletivas. As representações coletivas eram suficientes para a época em que o conceito foi criado, pois o contexto era de uma sociedade simples, menos complexa que a contemporânea e com pouca diversidade de fenômenos sociais. Entretanto, com a contemporaneidade, as representações sociais passaram a ser dinâmicas, atuando em um conjunto de relações e comportamentos podendo, assim, desaparecer ou surgir com as transformações econômicas, políticas ou culturais das representações (MOSCOVICI, 2011).

As representações sociais revelam a realidade social através do senso comum, sendo este um protótipo dos fenômenos sociais. Contudo, segundo Moscovici (2011, p. 9), “isso não significa que as conversações, os saberes populares ou o senso comum devam ser considerados à parte, ou que se aceite que somente eles expressem as representações sociais”. Manifestações em palavras, sentimentos e condutas são analisados a partir de comportamentos sociais, tomando como base a linguagem como forma de interação social. (MINAYO, 2011) Sendo que a palavra, segundo Bakhtin (1986, apud MINAYO, 2011, p. 91), “[...] é o fenômeno ideológico por excelência. A palavra é o modo mais puro e sensível de relação social”.

Essa teoria, geralmente, pode ser explicada através das condições sociodinâmicas de um grupo. Entender o que pensa um grupo de pessoas de maneira racional em determinada esfera ou situação é um dos papéis das representações sociais. O papel que a Teoria das Representações Sociais confere à racionalidade da crença coletiva e sua significação, portanto, às ideologias, aos saberes populares e ao senso comum. Tal racionalidade advém de que coletivamente os homens tornam-se racionais e que um indivíduo isolado só não poderia sê-lo, pois não existe sujeito sem sistema nem sistema sem sujeito (MOSCOVICI, 2011). Assim, a teoria das representações sociais atenta-se em articular os fenômenos individuais e coletivos através da relação de interação entre indivíduo e sociedade.

Portanto, a observância dessas relações e interações sociais, a partir da perspectiva da Teoria das Representações Sociais de Moscovici, mostra a relevância dessa teoria ao empirismo, avaliação e compreensão do comportamento dos grupos sociais a partir de sua própria realidade. Assim, por meio das representações sociais construídas através de gestores e profissionais de saúde que fazem parte do Consórcio Público da Microrregião de Crateús, é possível inferir quais elementos são familiares aos grupos sociais. Como complemento da teoria de Moscovici, a teoria do núcleo central, proposta por Jean-Claude Abric em 1976, apresenta que as representações sociais são constituídas de um sistema sociocognitivo formado pelo núcleo central e seus elementos periféricos, sendo aquele resultante da natureza do objeto representado, garantindo a permanência da representação a partir das relações entre o grupo e o objeto e estes organizados em torno do núcleo central como forma de defesa, propiciando ainda uma evolução da representação social sem chegar a mudá-la (MADEIRA, 2001; SÁ, 2002 apud VERGARA e FERREIRA, 2005).

Considerando a possibilidade, por meio da evocação de palavras em torno da Telemedicina, de apreender o núcleo central e periférico como forma de compreender as representações constituídas, tendo em vista que o ambiente de unidade de saúde proporciona aos profissionais de saúde e seus gestores interagir com diferentes classes e culturas que possuem diversas visões de mundo, é possível compreender a representatividade da Telemedicina para esses profissionais.

3 A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DA PESQUISA

Este artigo baseia-se na abordagem de pesquisa descritiva, baseado nos aportes da teoria das representações sociais, pois tem como objetivo descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade. Focaliza, assim, uma perspectiva voltada para o aprofundamento na descrição e interpretação dentro de um contexto onde há interação social a fim de compreender o fenômeno em estudo, uma vez que a interpretação surgiu da percepção do fenômeno visto num contexto e analisado sua aparência e em sua profundidade (TRIVIÑOS, 1987).

Para a obtenção dos dados utilizou-se a técnica de evocação de palavras ao termo indutor “Telemedicina”, devendo a resposta ser a mais espontânea possível através da tempestade de ideias. A Técnica de Livre Associação consiste em apresentar um termo indutor que represente o objeto de estudo aos sujeitos investigados. Esses indivíduos, por sua vez, designam os elementos que compõem sua representação social em relação àquele objeto, a partir das palavras ou frases que lhes ocorrerem na mente.

Esta técnica permite ao sujeito falar e escrever vocábulos que lhe venham à mente, após ser estimulado por uma palavra indutora que caracteriza o objeto de estudo. Sabe-se também que, para análise de percepções essa técnica tem se mostrado útil, já que esta possibilita identificar a frequência e a ordem média de evocações de palavras, propiciando uma aproximação dos elementos de uma representação (SÁ, 1996). Foram entrevistados 46 gestores e profissionais de saúde que fazem parte do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Crateús, compostos por médicos, diretores, coordenadores secretários de saúde, técnicos de radiologia e enfermeiros. Solicitou-se dos sujeitos que verbalizassem palavras que lhes vinham à mente, após serem estimulados pela expressão Telemedicina.

Considerando a viabilidade técnica, relevância dos recursos, simplicidade do uso e acessibilidade geral, os dados foram analisados com o auxílio do *openEvoc*, programa cujo acesso se dá através da Internet que oferece recursos de apoio à coleta, processamento, análise e visualização de dados a partir de funções básicas da estatística descritiva, tais como cálculo de frequências, porcentagens, médias, medianas, moda. A funcionalidade essencial do programa consiste em coletar dados e processá-los de forma a gerar as tabelas de contingências de forma similar ao EVOC. As demais funcionalidades aproveitam-se dos recursos envolvidos na construção do quadro de frequências e da ordem de evocação para desempenhar ações mais simples, tais como gerar gráficos estatísticos elementares (setores, barras, linhas, dispersão), tabelas de distribuição de frequências e cálculos de correlações simples.

Figura 1 - Exemplo das opções para operacionalização do openEvoc

openEvoc 0.7 minhas pesquisas relatórios exportação sair

Nova pesquisa

Título

Modo da pesquisa

Coleta (participantes preenchem) transcrição (pesquisador preenche)

Instruções (apresentadas ao participante)

Você pode adicionar campos cujas respostas podem ser dos tipos:

- + Texto curto (até 255 caracteres)
- + Texto longo (> 255 caracteres)
- + Seleção booleana (A ou B)

Gravar Pesquisa

Fonte: openEvoc 0.7

A partir da coleta dos dados, análises pontuais foram realizadas para a construção progressiva das representações sociais dos sujeitos, organizando os elementos de suas representações e aplicando-os no contexto, pois para Godoi (2006, p. 384-385):

Para compreender como é possível dizer algo mais do que o que se diz literalmente (enunciado), e identificar o sujeito no discurso (enunciação), há que apelar às informações de fundo, às informações mutuamente compartilhadas pelos interlocutores sobre os fatos, ou seja, considerar os elementos de um item constitutivo da interpretação: o contexto.

4 APRESENTANDO E ANALISANDO OS RESULTADOS

Os resultados mostraram que os entrevistados realizaram a tarefa solicitada através da elaboração de 192 evocações com 92 palavras ou expressões diferentes. Destas, 61 não foram categorizadas já que foram citadas apenas uma vez, bem como por sua falta de similaridade com as demais palavras evocadas.

Considerando que para Möller (1996) uma representação só é social quando um conjunto de sujeitos a compartilha, as expressões e palavras com frequência unitária foram desconsideradas da tabulação. Dessa forma, foram excluídas 61 palavras, sendo, então, agrupadas em 05 categorias semânticas as 31 palavras restantes. Com isso, a análise se mostrou mais consistente e representativa com 33,69% do total de palavras evocadas submetidas à etapa seguinte do tratamento dos dados. A tabela 1 apresenta um resumo dos números envolvidos nessa etapa do estudo.

Tabela 1 - Números da evocação de palavras com formadores de opinião	
Evento	Quantidade
Entrevistas realizadas	48
Pessoas que responderam à evocação de palavras	48
Número total de evocações	192
Palavras e expressões não categorizadas	61
Palavras e expressões agrupadas em categorias	31
Percentual de palavras e expressões categorizadas (%)	33,69
Categorias semânticas submetidas à análise	5

Fonte: openEvoc 0.7

Considerando a categorização semântica das palavras evocadas, procedeu-se ao cálculo da frequência de ocorrência destas categorias e o cálculo da ordem média de evocação (O.M.E.). Sendo aquela representada pelo número de vezes em que ela foi citada e esta pela posição em que a expressão evocada foi hierarquizada pelos sujeitos da pesquisa. Dando continuidade ao tratamento dos dados, foi multiplicado por 1 o número de vezes em que cada termo foi evocado como o mais importante, por 2 as citações em segundo lugar na hie-

rarquização, por 3 as de terceiro lugar e, as de quarto lugar, multiplicadas por 4. Assim, a O.M.E. indica o grau de importância atribuído a cada palavra ou expressão, correspondendo à média aritmética desses produtos. Contudo, se algum termo aparecesse em 100% das evocações como o mais importante, a sua O.M.E. seria equivalente a 1,0, assim como se aparecesse sempre como a palavra ou expressão menos relevante, sua O.M.E. seria igual a 4,0. Nos casos em que uma mesma pessoa citou duas ou mais palavras que estavam agrupadas na mesma categoria, foram desconsideradas as que receberam menor importância na sua ordem hierárquica.

Tabela 2 - Exemplo de tratamento de respostas

(entrevistado nº 022)

Expressão evocada	Ordem atribuída	Categoria em que foi incluída
Agilidade	1	Resultado
Praticidade	3	Operacionalidade
Acessibilidade	1	Resultado
Economia	5	Financeiro

Fonte: openEvoc 0.7

Posteriormente, foram efetuados os cálculos da frequência e da O.M.E. de cada categoria conforme resultados expostos na tabela 3.

Tabela 3 - Frequência e O.M.E das categorias

Categoria	Frequência	OME
Resultado	64	2,22
Qualidade	13	3,08
Operacionalidade	24	2,79
Tecnologia	23	2,09
Financeiro	8	2,63
Média	26,4	2,56

Fonte: openEvoc 0.7

A partir do cálculo da frequência e da ordem média de evocação de cada categoria, foram levantados os elementos pertencentes ao núcleo central da representação social, agrupados conforme tabela 4 e distribuídos em quadrantes conforme discriminação abaixo e apresentados na figura 2.

- Quadrante superior esquerdo – palavras com frequência maior e O.M.E. menor do que a média;
- Quadrante superior direito – palavras com frequência maior e O.M.E. maior do que a média;
- Quadrante inferior direito – palavras com frequência menor e O.M.E maior do que a média;
- Quadrante inferior esquerdo – palavras que tiveram frequência menor e O.M.E. menor do que a média.

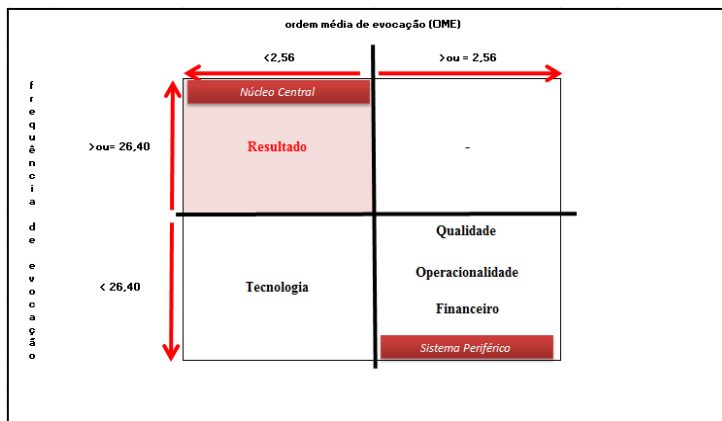
Tabela 4 - Agrupamentos em quadrantes das categorias

Frequencia	Ordem Média de Evocação	
	Inferior a 2,56	Igual ou superior a 2,56
Superior ou igual a 26,40	Resultado	-
Inferior a 26,40	Tecnologia	Qualidade
		Operacionalidade
		Financeiro

Fonte: openEvoc 0.7

Como toda representação se organiza em torno de um núcleo central que define, ao mesmo tempo, a sua significação e organização interna em termos de um sistema central e um sistema periférico, observa-se que a palavra “resultado”, possivelmente, compõe o núcleo central da representação. Sua situação no quadrante superior esquerdo do diagrama se reflete no elevado número de vezes em que foram evocadas, apresentando maior frequência de ocorrência e pronta evocação, enquanto os elementos periféricos são aqueles situados no quadrante inferior direito, conforme apresentados na figura 2.

Figura 2 - Representação do Núcleo Central e Sistema Periférico da Representação Social estudada



Fonte: Elaborada pelas autoras.

Considerando o resultado extraído a partir do tratamento dos dados desta pesquisa, constatou-se que a Telemedicina representa uma prática que beneficia os profissionais de saúde do cenário estudado através de sua rapidez de emissão de laudos. Sua atuação no SUS se dá de forma tecnológica avançada com qualidade, de fácil operacionalidade e com baixo custo. Desse modo, a representatividade da Telemedicina para os gestores e profissionais de saúde configura-se como uma prática benéfica tanto para os profissionais que se utilizam do sistema, como para a população da região, pacientes que utilizam os serviços da unidade de saúde pertencente ao Consórcio Público da Microrregião de Crateús.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa objetivou compreender as representações sociais de gestores e profissionais de saúde sobre Telemedicina. Utilizou-se o cenário do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Crateús para aplicação da técnica da evocação livre de palavras com aporte na

abordagem estrutural da Teoria das Representações Sociais, extraindo o seu núcleo central relacionando, assim, com as configurações que se destacam e se entrelaçam a essa representação social.

Verificou-se que a análise das evocações livres de palavras permitiu a identificação dos elementos constitutivos das representações sociais dos gestores e profissionais de saúde dentro do grupo estudado. A evocação “resultado” foi determinada como o provável elemento do núcleo central. Observa-se que os conteúdos acerca do benefício para os sujeitos da pesquisa em termos de fácil operacionalidade, qualidade de laudos e tecnologia utilizada são largamente propagados, conduzindo a ideia de praticidade e de avanço tecnológico no SUS.

Considerando-se que nos dias de hoje torna-se relevante compreender os fenômenos sociais e a maneira como estes são captados, interpretados, visualizados e expressos no cotidiano pelos profissionais de saúde que se utilizam em suas rotinas as práticas e as tecnologias digitais inerentes à Telemedicina no seu ambiente, a unidade de saúde, no contexto em que se exige a celeridade e a qualidade do diagnóstico de exames de imagem quando se tem um alto volume de serviços, tendo em vista a importância de se ter o diagnóstico precoce nas enfermidades.

Dessa forma, os resultados revelaram uma visão de credibilidade às novas práticas de trabalho associadas à Telemedicina, demonstrando que os profissionais de saúde e gestores têm legitimado essa tecnologia de laudos à distância.

Espera-se que este estudo possa contribuir para a construção do conhecimento e reflexão das novas tecnologias associadas à saúde nos processos de trabalho em unidades de saúde do SUS, em especial aos exames de imagem, onde se relaciona a importância na rapidez da entrega de laudos e sua qualidade através da Telemedicina.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, K.; CRUZ, F.; ARAÚJO, P.; SOUZA, T. Fatores determinantes para adoção de novas tecnologias na área de saúde: um estudo sobre a implantação da telemedicina em um hospital público. **XVIII SEMEAD**, 2015.

BAUER, Martin. A popularização da ciência como “imunização cultural”: a função de resistência das Representações Sociais. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITC, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

BRASIL. Presidência da República/Casa Civil. **Lei nº 11.326, de 24 de julho de 2006**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Sistema Único de Saúde. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Entendendo a Incorporação de Tecnologias em Saúde no SUS**: como se envolver [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Brasília, 2016.

FARR, Robert M. Representações sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITC, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 2011. p. 27-51.

GODOI, Christiane Kleinunbing; MATTOS, Pedro Lincoln C. L. de. Entrevista qualitativa: instrumento de pesquisa e evento dialógico. In: SILVA, Anielson Barbosa da.; GODOI, Christiane Kleinunbing; BANDEIRA-DE-MELLO, Rodrigo (Orgs.). **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais**: paradigmas, estratégias e métodos. São Paulo: Saraiva, 2006. p. 301-323.

_____. Perspectiva de análise do discurso nos estudos organizacionais. In: SILVA, Anielson Barbosa da.; GODOI, Christiane Kleinunbing; BANDEIRA-DE-MELLO, Rodrigo (Orgs.). **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais**: paradigmas, estratégias e métodos. São Paulo: Saraiva, 2006. p. 375-401.

GOMES, J. R.; TIMERMAN, S.; DE MORAES JR, J. B. M. X. **Telemedicina e sua aplicação em emergências**. Disponível em: < <http://www.projetotime.com.br/> >. Acesso em: 23 maio 2010.

GUARESCHI, Pedrinho A. “Sem dinheiro não há salvação”: ancorando o bem e o mal entre os neopentecostais. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITC, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 2011. p. 153-181.

HOLANDA, A.; FROTA, S. **Telemedicina**. INESP, 2015.

JOVCHELOVITCH, Sandra. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITC, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 2011. p. 53-72.

LARAIA, Roque de B. **Cultura: um conceito antropológico**. 23. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto – Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, dez. 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITC, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 2011. p. 73-92.

MÖLLER, Renato César. A representação social do fenômeno participativo em organizações públicas do Rio de Janeiro. In: **Política e administração**. Rio de Janeiro: Fundação Escola do Serviço Público. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

MOSCOVICI, S. Prefácio. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITC, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

OLIVEIRA, A.; FERNANDES, A. **Mudanças recentes nas políticas de ciência, tecnologia, inovação para a saúde no Brasil**: considerações sobre o fomento à pesquisa em rede. 2015.

SÁ, C. P. **Núcleo das representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1996.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ (SESA). Manual de Orientação. **Consórcios públicos em Saúde no Ceará**. Estratégia para o fortalecimento da regionalização da saúde. 2009.

SPINK, Mary Jane. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITC, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 2011. p. 95-118.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

WAGNER, Wolfgang. Descrição, explicação e método na pesquisa das representações sociais. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITC, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 2011. p. 119-149.

QUESTIONÁRIOS VALIDADOS NO BRASIL PARA MENSURAR A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Lize Maria Alencar Nobre

Dafne Lopes Salles

Thereza Maria Magalhães Moreira

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde – OMS (2009) publicou um consenso sobre o conceito de segurança do paciente, cuja definição evoluiu para “redução do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde a um mínimo aceitável”.

O principal objetivo da segurança do paciente é reduzir os eventos adversos, mas também erros, negligências, falhas e omissões do processo assistencial, que não causaram dano, mas poderiam ter causado (GAMA *et al*, 2016).

A preocupação mundial com a segurança do paciente intensificou-se a partir de 2002, advinda de discussões realizadas durante a 55ª Assembleia Mundial de Saúde, especialmente a respeito do alto custo provocado pelos eventos adversos (EAs), que impactam negativamente na qualidade da atenção à saúde.

Em 2004, a OMS lançou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, com o intuito de definir e identificar prioridades nessa área. Metas internacionais foram estabelecidas e boas práticas incentivadas para fortalecer a cultura de segurança nas instituições de saúde, de forma a encorajar decisões uniformemente apropriadas pelos profissionais (ANVISA, 2014).

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36 de 25 de julho de 2013 define a Cultura de Segurança como “conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde”.

O termo cultura de segurança vem sendo utilizado por indústrias consideradas de alto risco. Como um aspecto específico da cultura organizacional, este termo foi usado pela primeira vez, em 1986, pela Agência Internacional de Energia Atômica (AIEA) em um relatório público sobre o Grande Suposto Acidente (GSA) de Chernobyl (ANVISA, 2017).

A cultura de segurança gera crescente atenção e preocupação no campo das organizações de saúde e é um aspecto específico da cultura organizacional geral. É definida como o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização saudável e segura. Organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas pela comunicação fundada na confiança mútua, pelas percepções compartilhadas da importância da segurança e pela confiança na efetividade de ações preventivas (ANVISA, 2017).

No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi instituído por meio da Portaria GM/MS nº 529 de 1º de abril de 2013. Ainda, para facilitar a implantação, e a sustentação das ações de segurança do paciente nos serviços de saúde, a Anvisa publicou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36 de 25 de julho de 2013, que institui as ações de segurança do paciente em serviços de saúde, na qual consta a obrigatoriedade destes serviços instituírem em sua estrutura o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP). A principal atribuição do NSP é a vigilância dos incidentes e a implementação de medidas para reduzir a sua ocorrência (ANVISA, 2017).

O uso de instrumentos validados para medir o construto cultura de segurança permite uma precisão sobre esse dado subjetivo no cotidiano de cuidado ao paciente. A validade refere-se ao aspecto da me-

dida ser congruente com a propriedade medida dos objetos, demonstrando a representação desse construto na prática (PASQUALI, 2013).

A utilização de instrumentos validados para medir a cultura de segurança proporcionará resultados fidedignos que poderão ser utilizados por gestores e equipes de saúde como subsídios no estabelecimento de saúde, culminando com qualidade da segurança do paciente. O objetivo do presente estudo foi analisar, na produção nacional, quais questionários validados foram utilizados na validação da cultura de segurança.

MÉTODOS

Esta pesquisa foi realizada a partir de uma revisão integrativa da literatura, que cumpriu criteriosamente seis etapas: seleção da questão norteadora; definição das características das pesquisas primárias da amostra; seleção da pesquisa que compuseram a amostra da revisão; análise dos achados dos artigos incluídos na revisão; interpretação dos resultados e relatos da revisão, o que proporcionou o exame crítico dos achados.

A análise do estudo foi norteadora pela seguinte pergunta de pesquisa: quais questionários validados no Brasil utilizados para a avaliação da cultura de segurança do paciente?

Foi realizada uma pesquisa nas bases de dados eletrônicos MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), LILACS (Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library Online). Foram utilizados os seguintes descritores: *cultura de segurança*, *questionário* e *instrumentos*, conforme terminologia em saúde DeCS, da Biblioteca Virtual em Saúde. A sistematização para as buscas da pesquisa utilizou a seguinte equação de busca: (*cultura de segurança and questionários/instrumentos*).

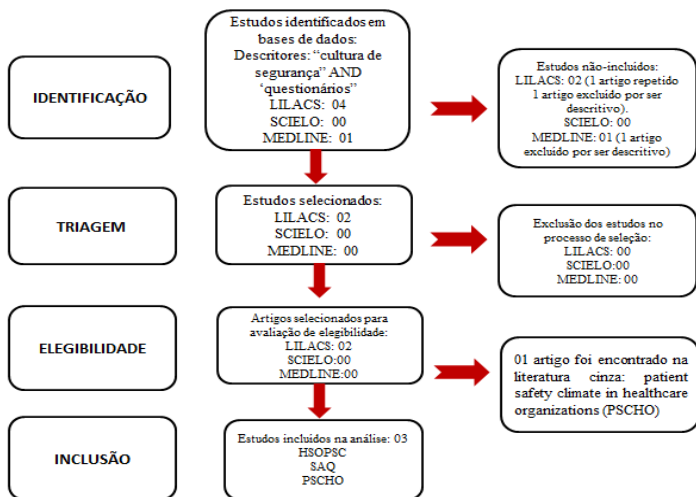
Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos sobre cultura de segurança, disponíveis na íntegra em língua portuguesa, espanhola e inglesa. Os critérios de exclusão adotados foram: comunicação prévia, revisão de literatura ou revisão teórica.

A fase de coleta de dados ocorreu no período de março de 2018 nas referidas bases eletrônicas. Com o resultado da pesquisa identificamos dois trabalhos potenciais para o estudo, sendo realizada leitura dos resumos, fazendo-se triagem dos que responderam ao objetivo do estudo.

Buscou-se na literatura cinza, artigos que pudessem complementar a pesquisa e foi encontrado outro questionário, totalizando de três artigos, que compuseram o substrato da análise.

Para a descrição das buscas, utilizou-se o PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses) para explicar como foi realizada a busca e a seleção dos estudos, conforme fluxograma.

Figura 1 - Fluxograma do PRISMA com a seleção de artigos nas bases de dados. Fortaleza, Ceará 2018



Fonte: Elaborada pelas autoras.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Sobre a caracterização dos estudos, os instrumentos apresentam diferentes características no que se refere ao ano, ao método, ao tamanho da amostra e ao local em que a pesquisa foi realizada. Essas características são evidenciadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização da produção científica da área de saúde coletiva que utilizou questionários validados para avaliar a cultura de segurança - Fortaleza-Ce – Brasil - 2018

Autores	Ano	Cidade	Método	Sujeitos/local	Instrumentos
Cláudia Tartaglia Reis, Josué Laguardia, Ana Glória Godoi Vasconcelos, Mônica Martins	2016	Rio de Janeiro	Estudo Metodológico	31 profissionais	Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)
Ricardo Alexandre dos Santos Águas Clara de Assis Coelho de Araújo, Maria de La Salette Rodrigues Soares	2016	Viana do Castelo-Portugal	Estudo Metodológico	157 enfermeiros	Tradução, adaptação cultural e validação do Safety Attitudes Questionnaire (ICU Version) para a população portuguesa
Marcia Raquel Panunto Dias Cunha, Edinêis de Brito Guirardello	2017	São Paulo-Cam-pinas	Estudo Metodológico	283 profissionais enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, auxiliares e técnicos de enfermagem	Adaptação Cultural e Avaliação das Propriedades de Medida do Instrumento Clima de Segurança do Paciente em Organizações de saúde (PSCHO)

Fonte: Elaborada pelas autoras.

A caracterização da produção científica permitiu a análise das dimensões, domínios e número de itens dos três questionários encontrados.

Tabela 2 - Descrição dos questionários quanto aos aspectos avaliados, número de itens e tipos de respostas. Fortaleza - Ceará – Brasil - 2018

INSTRUMENTO	ASPECTOS AVALIADOS (DOMÍNIOS)	nº de Itens	OBJETIVO
HSOP-SC	O HSOPSC apresenta 42 itens distribuídos em 12 dimensões: Trabalho em equipe dentro das unidades, Expectativas sobre seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente, Aprendizado organizacional- melhoria contínua, Apoio da gestão para segurança do paciente, Percepção geral da segurança do paciente, Retorno da informação e comunicação sobre o erro, Abertura da comunicação, Frequência de relato de eventos, Trabalho em equipe entre as unidades, Adequação de profissionais, Passagem de plantão ou de turno/transfêrências e Respostas não punitivas aos erros.	42 itens	O Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), criado pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) é um instrumento amplamente utilizado no mundo para mensurar cultura de segurança entre profissionais de hospitais, cujo trabalho influencia direta ou indiretamente a terapêutica do paciente, sejam eles profissionais de saúde ou de outras áreas, como a administrativa, de gestão, dentre outras. Algumas das suas dimensões apresentam baixa consistência interna e um modelo confirmatório não ajustado, o que dificulta comparações entre diferentes nacionalidades.
SAQ	O instrumento SAQ apresenta questões de múltipla escolha dispostas em 41 itens, distribuídos em seis domínios: Clima de Trabalho em Equipe, Satisfação no Trabalho, Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital, Clima de Segurança, Condições de Trabalho e Percepção do Estresse.	41 itens	Tem como finalidade mensurar atitudes favoráveis à segurança do paciente. Os estudos sobre este instrumento não fornecem alguns dados, em relação a sua confiabilidade.
PSCHO	Possui 12 dimensões do clima de segurança; aspectos da organização (engajamento da administração da instituição, recursos organizacionais para segurança, ênfase geral na segurança do paciente), unidade de trabalho, normas de segurança na unidade, aprendizado coletivo, reconhecimento da unidade e apoio à dedicação em relação à segurança psicológica e responsividade aos problemas, e interpessoais (medo do constrangimento, medo de culpabilização e punição, além da prestação do cuidado seguro).	51 itens	O escore do PSCHO não é o principal objeto de sua medida. O escore é obtido de forma que se destaquem às respostas que se opõem às situações seguras, chamadas de respostas problemáticas. O instrumento permite avaliar a percepção dos profissionais de diferentes áreas da instituição, inclusive aqueles que trabalham em posições administrativas ou que não realizam assistência direta. A confiabilidade foi mensurada por meio do alfa de Cronbach e mostrou-se aceitável para todas as dimensões do instrumento (0,61-0,95).

Fonte: Elaborada pelas autoras.

A Tabela 1 mostra que os estudos que avaliam a cultura de segurança por meio de instrumentos validados vêm aumentando ao longo das décadas analisadas, nos anos de 2016 e 2017. Uma provável explicação para esse crescimento é o interesse dos países, “segundo as recomendações da Organização” Mundial de Saúde (OMS) para o “Envolvimento do Cidadão na sua Segurança”, considerando os pacientes, familiares e acompanhantes como parceiros nos esforços para a prevenção de falhas e danos em serviços de saúde do país.

A Cultura de Segurança do Paciente é um tema desenvolvido sistematicamente pela Anvisa, desde 2004, reforçado com a publicação das diretrizes estabelecidas pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), em 2013 (ANVISA, 2017).

Percebe-se uma preocupação mundial com a cultura de segurança do paciente, por meio da criação de instrumentos amplamente utilizados no mundo para mensurar a cultura de segurança entre profissionais de hospitais, cujo trabalho influencia direta ou indiretamente na terapêutica do paciente, sejam da saúde ou não, de áreas como administração e gestão (REIS, LAGUARDIA, MARTINS, 2016).

Ressalta-se que a notificação de EA (Eventos Adversos), ocorridos em estabelecimentos de assistência à saúde por pacientes, familiares e acompanhantes ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) é voluntária e pode contribuir para o monitoramento das ocorrências destes eventos e acompanhamento de medidas preventivas implementadas pelos serviços de saúde (ANVISA, 2017).

A Tabela 2 demonstra as dimensões de cada instrumento encontrado. O instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) foi criado pela Agência de Pesquisa em Qualidade e Saúde (AHRQ), e é amplamente utilizado no mundo para mensurar cultura de segurança entre profissionais de hospitais, cujo trabalho influencia direta ou indiretamente o cuidado do paciente, sejam profissionais de saúde ou profissionais de outras áreas, como administração e gestão. O HSOPSC encontra-se na sua versão original em inglês, é constituído por nove seções sobre cultura de segurança, avaliadas no âmbito individual, das unidades hospitalares, além de avaliar variáveis de resultado. É um instrumento de fácil medida, compreensão

verbal e clareza nos itens, pois avalia o grau de concordância dos profissionais sobre questões relativas à cultura de segurança nos hospitais, por meio de uma escala tipo *likert*, com seis alternativas de respostas, onde zero é igual a “**Não entendi nada**” sendo o valor mais baixo e 5 significa “Entendi perfeitamente e não tive dúvidas”, sendo o valor mais alto, no total são 42 itens. A confiabilidade do instrumento não foi mencionada no estudo. A escala e o instrumento encontram-se disponíveis em inglês e em português (REIS, LAGUARDIA, MARTINS, 2016).

O instrumento foi traduzido do inglês para o português, por dois tradutores independentes, de nacionalidade brasileira: um deles possuía conhecimento sobre o tema avaliado pelo instrumento, gerando duas traduções. A apreciação formal da equivalência foi realizada por uma equipe formal composta por pesquisador da área de Avaliação dos Serviços de Saúde, Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente e especialista em Avaliação Psicométrica de Questionários. Foi realizado um pré-teste com 31 profissionais que trabalhavam em diversos hospitais do Rio de Janeiro (REIS, LAGUARDIA, MARTINS, 2016).

Na tradução para o português do instrumento HSOPSC (Hospital Survey on Patient Safety Culture) surgiram divergências entre os pesquisadores, sendo as decisões tomadas em consenso, mostrando que 70% das questões foram consideradas “inalteradas” e 30% “pouco alteradas”. Na adaptação Transcultural da Versão Brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), durante a análise fatorial não houve exclusão de itens e o instrumento comprovou ser pertinente ao seu propósito, que é o de avaliar a cultura de segurança do paciente no contexto hospitalar brasileiro. Modificações mais relevantes foram feitas com relação às profissões de saúde, pois algumas previstas no questionário original não se aplicam à realidade brasileira (REIS, LAGUARDIA, MARTINS, 2016).

O instrumento HSOPSC já foi utilizado em um estudo realizado em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão (federal, estadual e privado). O instrumento adaptado mede 12 dimensões da cultura de segurança. As percepções foram descritas através de

uma nota geral (0 a 10) e dos percentuais de respostas positivas para estimar fortalezas e fragilidades em cada dimensão. A taxa de resposta foi de 13,6% (n = 215). A segurança do paciente teve nota entre 7 e 10, para 78,1% dos respondentes, sendo a maior média das notas apresentadas pelo hospital privado (8,32). O tipo de gestão hospitalar, unidade de serviço, cargo e quantidade de notificação de eventos adversos estiveram associados à nota geral da segurança do paciente ($p < 0,001$). Apenas o hospital privado apresentou fortalezas nas dimensões analisadas, enquanto que as fragilidades apareceram em todos os hospitais (ANDRADE *et al.*, 2018).

A utilização do instrumento HSOPSC permitiu a identificação de fragilidades que devem receber planejamento de intervenções de melhoria. A maioria dos profissionais classificou a segurança como boa, no entanto, as fortalezas nas dimensões da segurança foram escassas e concentradas a um hospital privado. Tal resultado justifica-se porque os aparatos tecnológicos e a ambiência favorecem essa fortaleza, ao contrário do hospital público que refere falta de recursos humanos e materiais, que interfere diretamente na assistência segura ao paciente e que causa insatisfação e impotência nos trabalhadores (ANDRADE, *et al.*, 2018).

O instrumento Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), foi desenvolvido pelos pesquisadores da Universidade do Texas, nos Estados Unidos da América (SEXTON *et al.*, 2006). Esse instrumento foi utilizado inicialmente na Aviação Civil, com o objetivo de mensurar as atitudes dos membros da tripulação, no que diz respeito ao trabalho em equipe, liderança, comunicação, estresse, condições de trabalho, entre outros. O SAQ original surgiu da adaptação e discussão com peritos na área da saúde, porque 25% dos seus itens demonstraram utilidade para a área da saúde. É o instrumento de coleta de dados mais utilizado em organizações que prestam cuidados de saúde, para a avaliação do clima de segurança. Possui 65 questões, constituído por seis dimensões. O instrumento é de fácil medida, com boas propriedades psicométricas. Encontra-se validado em vários países, como: Inglaterra, Estados Unidos, Nova Zelândia, Suécia, Noruega, Taiwan, Brasil, Holanda, Irlanda, Egito, Irã, Grécia, Holanda, Portugal e Suí-

ça. O instrumento é medido pela escala tipo *likert*, com 5 alternativas de respostas onde 1, é igual a “Discordo completamente” significando o valor mais baixo e 5, igual a “Concordo completamente” o valor mais alto. A mensuração da confiabilidade do questionário se deu pelo coeficiente Alpha de Cronbach (CARVALHO, CASSIANI, 2012).

Para adaptação cultural e transcultural dos instrumentos, os autores dos três artigos seguiram a mesma metodologia: 1) tradução do inglês (instrumento original) para o português; 2) retro-tradução do português para o inglês; 3) apreciação da equivalência semântica; 4) comitê de juizes e 5) pré-teste da população-alvo dos instrumentos adaptados.

O questionário SAQ (Safety Attitudes Questionnaire) também demonstrou boas propriedades psicométricas, por meio da medida do coeficiente de Alpha de Cronbach, que apresentou um valor de 0,87, considerado com fidelidade elevada (CARVALHO, CASSIANI, 2012).

O SAQ (Safety Attitudes Questionnaire) mensurou o clima de segurança compreendido pelos profissionais de uma instituição de saúde. Foi desenvolvido em um hospital privado, no Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (RS), com 276 funcionários. O estudo foi baseado no delineamento transversal e contou com profissionais de enfermagem distribuídos entre enfermeiros, auxiliares ou técnicos que atuam nas áreas de pediatria e adulto. O escore final do instrumento varia de 0 a 100, no qual zero (0) corresponde à pior percepção de atitudes de segurança pelos profissionais de saúde e cem (100) à melhor. A média no domínio Clima de Segurança foi de 73. Pesquisa realizada em um hospital de ensino na Irlanda evidenciou as médias abaixo do valor aceitável de 75 (GOLLE *et al.*, 2018).

Vale ressaltar que a percepção dos profissionais de enfermagem referente à gerência do hospital e da unidade apresentaram escores baixos, 66% e 67% respectivamente. Este domínio refere-se à percepção dos profissionais acerca das atitudes de segurança desenvolvidas pela administração. Resultados estão a indicar a necessidade de as gerências ampliarem seus olhares para essas questões, pois não haverá mudanças na cultura se primeiramente as gerências da unidade e do hospital não aderirem a esse propósito (GOLLE *et al.*, 2018).

Essa distância pode estar presente devido à cultura de que os erros devem ser corrigidos por meio da punição, sem avaliar as circunstâncias em que ocorreu o incidente. Dessa maneira, percebe-se a necessidade de avaliação das atitudes apresentadas pelas gerências em relação às questões acerca da segurança do paciente e da relação com os profissionais de enfermagem (GOLLE *et al.* 2018).

O Instrumento Patient Safety Climate in Healthcare Organizations (PSCHO), que na versão em português é chamado de Clima de Segurança do Paciente em Organizações de Saúde possuía 122 itens na sua primeira versão, os quais foram reduzidos a 38 em seus primeiros estudos pilotos, devido a baixas taxas de respostas. Desenvolvido pelo Instituto de Cultura de Segurança do Paciente (PSCD) do Sistema de Saúde pela Veterans Affairs (AF) e Universidade de Stanford, utilizou questões adaptadas de cinco instrumentos: o Command Safety Assessment Survey (CSAS) da Aviação, o Operating Room Management Attitudes Questionnaire, o Anesthesia Work Environment Study, o Risk Management Questionnaire e o Safety Orientation in Medical Facilities. O PSCHO foi construído a partir da teoria relacionada às características de organização de alta confiabilidade (High Reliability Organization-HRO), como as relacionadas à aviação e à energia nuclear. Com o objetivo de realizar comparações entre os profissionais de saúde e os aviadores da Marinha, os autores optaram por manter, principalmente, os itens relacionados com o Inquérito de Avaliação de Segurança do Comando (CSAS). Desenvolvido por Gaba *et al.* (2003), modificado por Singer *et al.* (2007), hoje o questionário possui 51 itens, dos quais 45 referem-se à segurança do paciente, e 6 às questões demográficas. Esses 45 itens foram distribuídos em doze dimensões. Na versão brasileira, apenas 38 itens foram considerados com adequada confiabilidade. Utiliza a escala *likert*, com 5 alternativas de respostas onde 1 é “Discordo totalmente”, sendo o valor mais baixo e 5 igual a “Concordo totalmente”, sendo o valor mais alto. Trata-se de um questionário de medida temporal, com adequada validade de conteúdo e facilidade de compreensão pelos participantes. A confiabilidade do estudo foi mensurada por meio do coeficiente Alpha de Cronbach (CUNHA, 2017).

O questionário PSCHO demonstrou adequada validade de conteúdo e facilidade de compreensão pelos participantes. A análise fatorial confirmatória resultou na exclusão de quatro itens; foi obtida correlação de forte magnitude com a subescala de clima de segurança do SAQ e houve diferença significativa na avaliação do clima entre os hospitais pela maioria das dimensões do PSCHO. A confiabilidade foi considerada satisfatória, assim como o processo de adaptação cultural do instrumento. O PSCHO, versão brasileira, foi testado e um modelo com 38 itens mostrou-se válido e confiável para analisar o clima de segurança do paciente nas instituições hospitalares (CUNHA, 2017).

A utilização de tais instrumentos para mensurar a cultura de segurança do paciente consegue medir a percepção dos profissionais em relação ao comportamento e promove ações que priorizam a segurança no ambiente de trabalho, identificando erros, falhas e, desta forma, promovendo aprendizado no serviço de saúde, onde os membros da equipe compartilham informações sobre as falhas a fim de prevenir outros eventos adversos.

O delineamento de pesquisa refere-se ao plano geral do pesquisador para responder às questões de pesquisa ou suas hipóteses. Nos instrumentos estudados, considerando as amostras selecionadas, os estudos tinham como objetivo a tradução, a adaptação cultural, a transcultural e a validação de questionários de acordo com os locais da pesquisa.

CONCLUSÃO

Com esta revisão, pretendeu-se contribuir para a abordagem de um tema relevante para a saúde pública mundial que é a mensuração do clima de segurança. Foram encontrados três instrumentos que se adequaram ao objetivo proposto e cujos resultados foram comparados. Assim, são necessárias pesquisas que utilizem tais instrumentos para medir com eficácia a cultura de segurança e diminuir os eventos adversos que ainda ocorrem nas instituições de saúde.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**. Brasília: ANVISA. No prelo, 2014.

_____. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**. Brasília: ANVISA, 2017.

_____. **Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes**. Brasília: ANVISA, 2017.

ANDRADE, L. E. L. et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v. 23, n. 1, p. 161-172, 2018.

CARVALHO, R. E. F. L; CASSIANI, S. H. B. Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 para o Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, maio-jun. 2012, v. 20, n. 3, 2012.

CUNHA, M. R. P. D. **Adaptação cultural e avaliação das propriedades de medida do instrumento Patient Safety Climate in Healthcare Organizations**. Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas, 2017.

DONABEDIAN, A. The Seven Pillares of Quality. **Arch. Pathol. Lab. Med.**, v. 114, n. 11, p. 1115-8, nov. 1990.

GAMA, Z. A. S. et al. Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente. Projeto ISEP-Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 9, set. 2016.

GOLLE, L. et al. Cultura de Segurança do Paciente em Hospitais Privado. **Rev. Fund. Care Online**, v. 10, n. 1, p. 85-89, jan./mar. 2018.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente**. Geneva: Organización Mundial de la Salud, 2009.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. 5. ed. v.1. Petrópolis: Vozes, 2013.

REIS, C. T.; LAGUARDIA, J.; MARTINS, M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2199-2210, nov. 2012.

SEXTON, J. B.; HELMREICH, R. L.; NEILANDS, T. B. et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Services Research**, v. 6, n. 44, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Patient Safety a global priority. **Bull. World Health Organ.**, v. 82, n. 12, p. 891-970, 2004.

O PAPEL DO GESTOR NO CUIDADO LETRADO EM SAÚDE PARA MULHERES SOBREVIVENTES DE CÂNCER DE MAMA

Maria Lucila Magalhães Rodrigues

Helena Alves de Carvalho Sampaio

INTRODUÇÃO

Antes de adentrar no tema cuidado letrado em saúde é importante sabermos o que é letramento em saúde. Sorensen *et al.* (2012) definem letramento em saúde como o conhecimento, motivação e competências das pessoas para acessar, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde, podendo fazer julgamentos com vistas à tomada de decisões na rotina diária quanto ao cuidado em saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, de forma a melhorar ou manter a qualidade de vida. A Figura 1 traz uma visão esquemática desta definição.

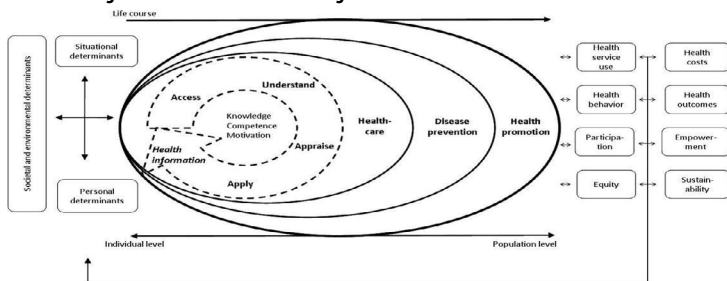
O letramento em saúde agrega vários aspectos, como crenças, expectativas, valores pessoais e sociais, cultura, gênero, grau de autonomia, componentes ambientais e suporte das equipes de saúde (LEVESQUE *et al.*, 2013).

Uma indagação frequente entre profissionais não familiarizados com esta temática é sobre “por que o letramento em saúde é importante?”.

A resposta é muito bem sumarizada em Abrams *et al.* (2014), após revisão de estudos sobre letramento em saúde. Os autores compilaram que o limitado (ou inadequado ou insuficiente) letramento em saúde é associado com uma menor utilização de serviços preventivos, menor conhecimento sobre sua própria condição, menor habilidade para o autocuidado, estilo de vida não saudável, má adesão ao

tratamento, dificuldade para interpretar rótulos e mensagens de saúde, menor compreensão das opções de tratamento, maior utilização de serviços de emergência, mais hospitalizações, pior *status* de saúde, maior mortalidade e maior custo do cuidado com a saúde.

Figura 1 - Modelo Conceitual Integrado de Letramento Funcional em Saúde



Fonte: SORENSEN *et al.* Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health, v.12, n. 80, p. 1-13, 2012. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80/>. Acesso em: 07 maio 2018.

Comparativamente a alguns países do exterior, principalmente Estados Unidos, há ainda poucas publicações, embora crescentes, com dados brasileiros. Um dos estudos pioneiros realizados no Brasil (CARTHERY-GOULART *et al.*, 2009) diagnosticou a situação de letramento em saúde em usuários voluntários de um hospital integrante da rede de atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), na cidade de São Paulo.

Em Fortaleza, professores da Universidade Estadual do Ceará (UECE), ligados ao Grupo de Pesquisa em Nutrição e Doenças Crônico-Degenerativas (GRUPESQNUT - DC), desenvolveram duas pesquisas sobre letramento em saúde financiadas no âmbito do Projeto de Pesquisas para o SUS - PPSUS - Ceará.

Na primeira, “Plano AlfaNutri: um novo paradigma, a alfabetização nutricional, para promoção da alimentação saudável e prática regular de atividade física na prevenção e controle de doenças crônicas”, foi aferido o letramento em saúde em usuários do SUS, atendidos na atenção primária e secundária. Nos resultados encontrados,

com aplicação de três instrumentos de aferição, a prevalência de letramento em saúde inadequado variou, dependendo do instrumento, de 46,5% a 71,8% (SAMPAIO *et al.*, 2012; SAMPAIO, 2014).

Os dados mostraram a necessidade de mudança nas estratégias de educação em saúde e a necessidade de capacitar os profissionais de saúde para proceder a esta mudança. Assim, em 2012, foi iniciada a segunda pesquisa, também financiada através do Projeto de Pesquisas para o SUS - PPSUS - Ceará. Esta, o “Plano Alfa-Saúde: aplicação dos pressupostos do letramento em saúde e da formação de navegadores na capacitação de equipes do SUS”, enfocou a capacitação de agentes comunitários de saúde e integrantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, aliando conteúdo teórico-operacional do letramento em saúde com conteúdos técnicos de educação em saúde na atenção primária.

Ao se pensar em letramento em saúde e seu impacto no processo educativo, surge a reflexão sobre seu papel em mulheres sobreviventes de câncer de mama. O câncer de mama não é mais considerado uma doença fatal, mas é uma doença crônica (SIMEÃO *et al.*, 2013). A sobrevivente da doença vai passar pelo processo terapêutico inicial, muitas vezes associado a procedimentos mais invasivos e mutiladores, e vai necessitar de acompanhamentos periódicos de longa duração a fim de manter a saúde e prevenir recidiva da neoplasia. Nessa perspectiva é fundamental a presença de um cuidado letrado em saúde, o qual permitirá o empoderamento necessário das ações desenvolvidas durante os contatos com os serviços de saúde.

LETRAMENTO EM SAÚDE E CUIDADO LETRADO EM SAÚDE – O PAPEL DO GESTOR

O tempo em que o impacto negativo do inadequado letramento em saúde sobre desfechos em saúde já vêm sendo discutidos fora do Brasil e o aumento de publicações nacionais sobre o tema despertam para a importância da participação do gestor na implantação de ações calcadas no letramento em saúde na atenção básica (SAMPAIO *et al.*, 2012).

O que se deve ter em mente é uma preparação da equipe de saúde e, neste contexto, o gestor deve viabilizar tanto a capacitação contínua das equipes de saúde, como a criação de uma organização letrada em saúde.

A organização letrada em saúde é fundamental para o cuidado em saúde centrado no paciente (usuário). Há 10 atributos para uma organização ser considerada letrada em saúde (BRACH *et al.*, 2012):

- 1) Ter líderes que coloquem o letramento em saúde como prioridade;
- 2) Integrar o letramento em saúde em todas as etapas de ação, desde o planejamento à avaliação;
- 3) Preparar uma força de trabalho para ser letrada em saúde e monitorar o progresso;
- 4) Incluir o paciente (usuário) no planejamento, implementação e avaliação das ações;
- 5) Criar um ambiente amigável, aberto e respeitoso para atender às necessidades do paciente (usuário) com diferentes níveis de letramento em saúde;
- 6) Utilizar as estratégias do letramento em saúde na comunicação interpessoal para garantir e checar a compreensão do paciente (usuário);
- 7) Assegurar acesso fácil à informação, aos serviços de saúde e à navegação nos serviços de saúde;
- 8) Desenvolver materiais fáceis de ler, compreender e aplicar;
- 9) Priorizar práticas de letramento em saúde em pontos de alto risco no processo de cuidado;
- 10) Comunicar de forma clara aspectos ligados à cobertura e custos envolvidos no cuidado em saúde.

Analisando-se os 10 atributos listados percebe-se que, sem um envolvimento direto e ativo do gestor, a Instituição não conseguirá trilhar os caminhos necessários para ser letrada em saúde.

Os gestores precisam, portanto, se envolver tanto na construção ou adaptação de infraestrutura física, como no desempenho dos profissionais e no desenvolvimento dos materiais educativos. É também sua responsabilidade engajar ao máximo o paciente (usuário). Enfim, o gestor precisa assumir que o letramento em saúde é chave para a qualidade, segurança e equidade no cuidado à saúde.

DEMANDAS DO CUIDADO EM MULHERES SOBREVIVENTES DO CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama é o que mais acomete as mulheres dentre os demais em todo o mundo (BRASIL, 2018). As mulheres acometidas pela doença precisam ser informadas e orientadas junto com suas famílias sobre o processo que enfrentam e enfrentarão, como forma de tentar reduzir o nível de ansiedade, fornecendo informações claras e concisas de todos os procedimentos aos quais serão submetidas, para que possam reduzir seus medos (HORTA, 2016).

Para Sarra *et al.* (2018) durante todo o processo de acompanhamento às mulheres com neoplasia mamária devem ser informadas sobre todos os passos a seguir desde o diagnóstico, as intervenções, tratamentos e exames que serão realizados. Também Avelar (2018) destaca que deve ser explicado o passo a passo dos procedimentos, eliminando as dúvidas da mulher e fazendo com que sua aceitação da terapia esteja condicionada à sua certeza de que está escolhendo o melhor para si.

Procedimentos de quimioterapia e radioterapia possuem protocolos bem definidos de planejamento e execução, os quais devem ser respeitados, entendidos e aceitos pela mulher. Esses procedimentos podem ser exitosos se bem conduzidos, e eles devem integrar as ações educativas à explicação sobre os possíveis efeitos secundários, como mucosite oral, náuseas, vômitos, perda de apetite, alterações

no sistema imunológico, queda de cabelo, efeitos estes que acabam contribuindo para situações de debilidade física e emocional (SARRA, 2018).

Outro assunto que necessita ser discutido com as mulheres é, quando for o caso, a realização de cirurgia para reconstrução da mama, pois este procedimento se associa à melhora da autoimagem, por devolver a feminilidade, e para a mulher é de extrema importância ser vista como completa fisicamente (HORTA, 2016).

O apoio e a empatia da equipe é fundamental, mas deve-se refletir que a falta de preparo profissional em adaptar às ações aos princípios do letramento em saúde pode comprometer o desfecho pretendido.

Enfim, esta gama de procedimentos terapêuticos possíveis citados, os quais podem ser realizados isoladamente ou em conjunto, per se, evidencia a importância da educação em saúde e, nesta, a importância do letramento em saúde.

Algumas diretrizes e protocolos ligados ao acompanhamento destas mulheres são necessários para bons resultados, conforme Portaria Ministerial Nº 04 de 23 de janeiro de 2018, de forma resumida descreveremos a seguir (BRASIL, 2018).

- **Consultas de Acompanhamento.** Essas consultas serão programadas em intervalos regulares. Com o passar do tempo a frequência dessas consultas vai diminuindo, até que após 5 anos, serão anuais.
- **Mamografias.** As mulheres que fizeram cirurgia da mama devem fazer mamografia anualmente. Se a cirurgia foi conservadora deve ser iniciada uns 6 meses após a cirurgia, desde que já tenha terminado a radioterapia.
- **Exames Ginecológicos.** As mulheres que estão usando medicamentos hormonais, como tamoxifeno ou toremifeno, e ainda têm útero, devem realizar exames ginecológicos anualmente, uma vez que essas drogas podem aumentar o risco de câncer uterino. Este risco é maior para mulheres na pós-menopausa.

- **Densidade Óssea.** As mulheres que usam inibidores de aromatase, como anastrozol, letrozol ou exemestano, para câncer de mama em estágio inicial, ou se entraram na menopausa devido ao tratamento, devem ser monitoradas para uma possível perda óssea.

TRANSFORMANDO O CUIDADO EM SAÚDE EM CUIDADO LETRADO EM SAÚDE, NA PERSPECTIVA DAS MULHERES SOBREVIVENTES DE CÂNCER DE MAMA

A Educação em Saúde é um processo que se desenvolve na interação entre “os profissionais de saúde e destes com os serviços na sua organização, gestão participativa e escolha dos melhores caminhos a percorrer, que suscitem a maior participação da comunidade” (BRASIL, 2007a, p. 22).

O processo educativo em saúde prevê o envolvimento do público-alvo, ajudando a desenvolver seu juízo crítico, visando melhorar suas condições de saúde e as condições do meio ambiente (BRASIL, 2012a).

Os dois parágrafos anteriores parecem bem alinhados com os fundamentos do letramento em saúde. Mas, na verdade, eles ficam limitados aos discursos proferidos ou aos documentos oficiais, caso não haja uma construção de ações alicerçadas no letramento em saúde.

Cada diretriz de acompanhamento da sobrevivente de câncer de mama, como as citadas no item anterior, demanda o planejamento para que sua execução atenda aos fundamentos do letramento em saúde.

Abrams *et al.* (2014) citam exemplos operacionais para prestação de um cuidado letrado em saúde:

1) Para obter segurança: usar linguagem simples e o método do *teach back*, como forma de reduzir erros de medicação e aumentar adesão ao tratamento.

2) Para desenvolver um cuidado centrado no paciente: garantir que o paciente (usuário) entenda todas as suas opções terapêuticas e envolvê-lo no processo de decisão terapêutica, o que permitirá que ele obtenha o cuidado que ele precisa e quer.

3) Para obter equidade: uma comunicação clara é a chave para a redução das disparidades e contorna as barreiras culturais e linguísticas.

Nestes exemplos citados, um dos mais importantes é o *teach back*, que pode servir como um termômetro de avaliação da compreensão das ações. O mesmo consiste em trocar a tradicional indagação: “Alguma dúvida?” pela seguinte colocação: “Eu quero ter certeza que expliquei tudo de forma clara para o(a) senhor(a). Pode repetir para mim o que eu falei?”. À medida em que o paciente não consegue repetir a mensagem que se tentou passar, vai-se explicando de outras formas e repetindo o procedimento até que possamos ter a certeza da compreensão pretendida (ABRAMS *et al.*, 2014).

Além deste exemplo, outras estratégias são disponíveis em manuais e guias com maior ou menor detalhamento de como gerenciar e de como prestar um cuidado letrado em saúde. O gestor deve selecionar tais materiais para leitura como ponto de partida no processo de mudança. A Internet é profícua nestes materiais e, embora a grande maioria esteja em língua inglesa, é possível selecioná-los de acordo com as condições em que se está inserido e proceder a adaptações. Como exemplos podem ser citados o guia de Abrams *et al.* (2014), a proposta de criação de modelo de cuidado letrado em saúde de Koh *et al.* (2013), publicações sobre letramento em saúde do Institute of Medicine americano, publicações do Centers for Disease Control and Prevention, entre outros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo destacou-se a importância do cuidado letrado em saúde, exemplificando-o através do cuidado específico a mulheres sobreviventes de câncer de mama, condição que acomete grande parte da população no Brasil e no mundo.

O cuidado letrado em saúde é prestado pela equipe de saúde, mas antes disto mister é a participação do gestor em tentar construir uma organização letrada em saúde, passando pelas adaptações de estrutura física, pelo planejamento de ações de cuidado com o en-

volvimento do público-alvo, pela monitoração constante destas, mas, principalmente, como um promotor da capacitação periódica das equipes de saúde para que possam todos trabalhar de forma coesa e consciente na busca do empoderamento do processo pela população.

REFERÊNCIAS

ABRAMS, M. A.; KURTZ-ROSSI, S.; RIFFENBURGH, A. et al. **Building Health Literate Organizations: A Guidebook to Achieving Organizational Change**. 2014. Disponível em: <<http://www.HealthLiterateOrganization.org>>. Acesso em: 15 maio 2017.

AVELAR, M. P. ; SILVA, L. M.; PASSOS, X. S. **O Papel da Enfermagem no Câncer de Mama**. [online] Disponível em: <<https://www.webartigos.com/artigos/o-papel-da-enfermagem-no-cancer-de-mama/127116#ixzz5FoGkyEXH>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação em Saúde: Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde/Divisão Nacional de Educação em Saúde, 1989.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde**: documento base - documento I. Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2007. p. 70.

_____. Ministério da Saúde. Diretoria de Programas de Educação em Saúde. Conferência Nacional de Saúde On-Line. **Educação em Saúde: histórico, conceitos e propostas**. Brasília-DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. p. 91, 95-96.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria conjunta nº 04, de 23 de Janeiro de 2018**. Brasília-DF, 2018.

BRACH, C.; KELLER, D.; HERNANDEZ, L. M. et al. **Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations**. Washington, DC: National Academy of Sciences, 2012.

BROWN, S. M.; CULVER, J. O.; OSANN, K. E. et al. Health literacy, numeracy, and interpretation of graphical breast cancer risk estimates. **Patient Education and Counseling**, v. 83, n. 1, p. 92-98, 2011.

CARTHERY-GOULART, M. T. et al. Desempenho de uma população brasileira no teste de alfabetização funcional para adultos na área de saúde. **Rev. Saúde Pública** [online], v. 43, n. 4, p. 631-638, 2009.

COULTER, A. et al. **Where are the patients in decision-making about their own care?** Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008.

HORTA M. H. H. L.; MARTINS M. H. H. L., PINA, S. Mulheres com cancer de mama: cuidados de Enfermagem. **Rev. Investigação**, v.15, n. 4, p.113-117, 2016.

KOH, H.; BRACH, C.; HARRIS, L. M. et al. A Proposed 'Health Literate Care Model' Would Constitute A Systems Approach to Improving Patients' Engagement in Care. **Health Affairs**, v. 2, p. 357-367, 2013.

LEVESQUE, J. F. et al. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. **International Journal for Equity in Health**, v. 12, p. 18, 2013.

LIPKUS, I. M.; PETERS, E.; KIMMICK, G. et al. Breast Cancer Patients' Treatment Expectation safter Exposure to the Decision Aid Program Adjuvant Online: The Influence of Numeracy. **Medical Decision Making, Hillsborough**, v. 30, n. 4, p. 464-473, 2010.

MARTINS, A. M. E. B. L.; ALMEIDA, E. R.; OLIVEIRA, R. C. N. et al. Alfabetização em saúde bucal: uma revisão da literatura. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, v. 69, n. 4, p. 328-34, 2015.

OSBORN, C. Y.; CAVANAUGH, K.; WALLSTON, K. A. et al. Self-Efficacy Links Health Literacy and Numeracy to Glycemic Control. **Journal of Health Communication**, v. 15, suppl. 2, p. 146-158, 2010.

PASSAMAI, M. P. B.; SAMPAIO, H. A. C.; SABRY, M. O. D. et al. **Letramento funcional em saúde e nutrição**. 1. ed. Fortaleza: EdUECE, 2011.

PASSAMAI, M. P. B. et al. Functional health literacy: reflections and concepts on its impact on the interaction among users, professionals and the health system. **Interface Comunic., Saúde, Educ.**, v. 16, n. 41, p. 301-314.

SAMPAIO, H. A. C. et al. **Plano alfanutri**: Um novo paradigma, a alfabetização nutricional, para promoção da alimentação saudável e prática regular de atividade física na prevenção e controle de doenças crônicas. v. 1. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 2012.

SAMPAIO, H. A. C. et al. Plano alfa-saúde: aplicação dos pressupostos do letramento em saúde e da formação de navegadores na capacitação de equi-

pes do SUS. In: CEARÁ. Secretaria da Saúde. **PESQUISA PARA O SUS CEARÁ**: Coletânea de artigos do PPSUS - 3. [recurso Eletrônico] / Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2017a.

SARRÁ, M. J.; CRESPILO, L; GAMARRO, F. J. et al. Cuidados de Enfermeira a pacientes com câncer de mama. **Rev. Portal dos médicos**. [online]. fev. 2018. Disponível em: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-enfermeria-pacientes-cancer-mama/>. Acesso em: 18 mar. 2018.

SCHAPIRA, M. M.; NEUNER, J.; FLETCHER, K. E. et al. The Relationship of Health Numeracy to Cancer Screening. **J. Canc. Educ.**, v. 26, n. 1, p. 103-110, 2011.

SIMEÃO, S. F. A. P. et al. Qualidade de vida em grupos de mulheres acometidas de câncer de mama. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva** [Online], v. 18, n. 3, p. 779-788, 2013.

SØRENSEN, K. et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. **BMC public health**, v. 12, n. 1, p. 80, 2012.

YACH, D.; HAWKES, C.; GOULD, C. L. et al. The Global Burden of Chronic Diseases. Overcoming Impediments to Prevention and Control. **JAMA**, v. 291, n. 21, p. 2616-2622, 2004.

WOLOSHIN, S.; SCHWARTZ, L. M.; MONCUR, M. et al. Assessing values for health: numeracy matters. **Med. Decis. Making**, v. 21, n. 5, p. 382-390, 2001.

TERRITORIALIZAÇÃO COMO FERRAMENTA DE APOIO À GESTÃO EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UM CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Magda Roberta Borges de Mello

Milena Lima de Paula

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária é o primeiro nível de atenção do Sistema Único de Saúde, sendo a porta de entrada e o contato preferencial do usuário com o sistema. Refere-se como atenção básica o conjunto de serviços de elevada complexidade e baixa densidade tecnológica, cujas ações são organizadas por meio do trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (FARIA, 2013).

De acordo com Macerata e colaboradores (2014), podemos entender que a atenção básica é o nível de atenção em saúde que tem uma relação direta com o cotidiano da vida das pessoas, garantindo maior acesso por se aproximar dos territórios e das questões de saúde locais. Garantindo acesso ao resolver as questões de saúde de maior prevalência do território onde se faz presente.

A ESF se contrapõe à atenção à saúde antes ofertada, por meio de um modelo hospitalocêntrico, focado na doença e no indivíduo, desse modo mais recentemente tem-se um sistema de saúde centrado em uma atenção integral com maior acessibilidade aos serviços de saúde, ações coletivas como também individuais, intervenção multidisciplinar, podendo assim ser realizado o planejamento das ações a serem desenvolvidas de acordo com a situação epidemiológica do ter-

ritório, fomentando diminuição de agravos, participação comunitária e reorganização do serviço (ANDRADE; BARRETO; FONSECA, 2004 apud SANTOS e RIGOTTO, 2010).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), serviço que desenvolve práticas em APS, foi criada na década de 90, e propõe uma reorientação do modelo assistencial. A atenção à população adscrita é realizada em unidades básicas de saúde que contam com uma equipe multiprofissional, estes profissionais promovem ações de promoção à saúde, à prevenção, à recuperação e à reabilitação de doenças (ANDRADE; BARRETO; FONSECA, 2004 apud SANTOS e RIGOTTO, 2010).

Uma das ferramentas utilizadas na APS, de acordo com Santos e Rigotto (2010), é a territorialização, uma vez que representa um importante recurso para organização do serviço e atividades de saúde, nesse sentido as ações de saúde serão desenvolvidas de acordo com o território e suas necessidades.

O processo de territorialização é o processo de habitar um território. Sendo necessário explorá-lo, torná-lo seu, ser sensível às suas questões, ser capaz de movimentar-se por ele e colocando em relação fluxos diversos: técnicos, cognitivos, políticos, comunicacionais, afetivos. Dessa forma, é necessário que profissionais se envolvam com o território, fazendo que o produto da territorialização seja uma maior integralidade, humanização, qualidade na atenção e gestão da saúde, como também a adoção de maior responsabilidade pelas práticas realizadas, gerando assim resolutividade nas ações de saúde desenvolvidas, buscando também autonomia dos indivíduos e da população (CECCIM, 2005).

De acordo com Gondim e Monken (2009), na área da saúde os territórios estruturam-se através de horizontalidades que se constituem em uma rede de serviços que devem ser ofertados pelo Estado a todo e qualquer cidadão como direito de cidadania. Conforme as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), obedecendo à Constituição Federal de 1988, no entanto o setor saúde sempre enfrentou grandes dificuldades em sua organização, sendo assim, viu-se a necessidade de uma nova reorganização de acordo com as três esferas de gestão.

Com base na universalidade do acesso, a integralidade do cuidado e a equidade da atenção, então surgiu, a territorialização, visto que ela possibilitaria mudanças no modelo assistencial e práticas sanitárias de acordo com a realidade regional, ou seja, reconhecendo o território e o entendendo sob a lógica das relações ambientais, condições de vida, situação de saúde e acessibilidade aos serviços de saúde.

Assim, podemos entender que a territorialização é uma ferramenta imprescindível para tomada de decisões, visto que através desse instrumento pode-se realizar um diagnóstico situacional, ou seja, consegue-se identificar todos os pontos positivos e negativos existentes no território e, a partir daí, planejar junto com a equipe multiprofissional as ações necessárias para o enfrentamento de agravos, proporcionando a população adscrita uma melhor qualidade de vida.

Corroborando com a ideia acima, Jungues e colaboradores (2013), ao analisar o território, relatam que atribui-se uma identidade, e a partir daí vão ser vistas todas condições intrínsecas, como moradia, condições socioambientais, desenvolvimento econômico e social, possibilitando, assim, as esferas do poder criar indicadores relacionados às condições de vida da população, inclusive de saúde, e fundamentado nisso criarem políticas públicas que possam interferir na qualidade de vida da população.

Diante do que foi exposto, explicita-se a necessidade de conhecer a realidade do território no qual está inserido, visto que o território possui uma complexidade única, todos necessitam apropriar-se de sua realidade, já que ela se constitui como o passo inicial basilar à nova lógica de organizar a saúde, identificando riscos, vulnerabilidades e potencialidades, para que a equipe de saúde, uma vez dotada deste conhecimento, possa executar um trabalho em saúde vivo, organizado e eficiente.

Sendo fundamental que todos os profissionais de saúde envolvidos tenham conhecimento, para que possa orientar as ações de saúde para a população adscrita na lógica de promoção e prevenção em saúde, fazendo com que os agravos de saúde na comunidade sejam mínimos.

2 MÉTODO

Este estudo trata-se de um relato de experiência sobre o processo de territorialização em saúde de um Centro de Saúde da Família do Município de Sobral - CE. E, para a realização, contou com a participação e o envolvimento de todos os profissionais da unidade e da sua gestora, autora deste relato, sendo sua realização com o intuito de promover um diagnóstico situacional do território, como também provocar a equipe para obter um maior empoderamento das condições da população e, assim, direcionar o planejamento, organização do serviço, fomentando uma gestão compartilhada diante das demandas da população e apoio à gestão local e municipal.

Compreendendo a incrível contribuição que o processo de territorialização promove, nas práticas de saúde, o município de Sobral resolveu experimentar de forma coletiva, onde todos os Centros de Saúde da Família (CSF) foram convidados a realizar a territorialização junto com suas equipes.

O cenário do estudo foi o Centro de Saúde da Família Inácio Rodrigues Lima – Cohab III, localizado na zona urbana, no bairro Cohab III do município de Sobral - CE. Porém, apresenta área de atuação mista, compreendendo zona rural e urbana. O estudo iniciou-se em novembro de 2014 quando se deu o processo de territorialização e finalizou-se em agosto de 2015.

Fizeram parte do estudo os profissionais cadastrados no CSF, que é composto por duas equipes de saúde da família e uma equipe de saúde bucal, sendo três enfermeiras, dois médicos, onze agentes comunitários de saúde, uma gerente da unidade de saúde, uma dentista, três técnicos de enfermagem, um atendente de saúde bucal, uma atendente de farmácia, quatro auxiliares administrativo, duas auxiliares de serviços gerais, como também os profissionais do Núcleo de Apoio em Saúde da Família: educador físico, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. Havendo, ainda, a participação das principais lideranças comunitárias, que são as pessoas que de fato têm ciência sobre toda história da comunidade, assim como foi necessário o apoio dos outros setores do município para que houvesse uma maior riqueza de informações neste processo de territorialização.

Na reta final do projeto, os profissionais da Residência Multiprofissional em saúde da família também vieram somar trazendo grande contribuição, as categorias profissionais envolvidas foram: farmacêutica, educador físico, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta.

A experiência do CSF deu-se através da realização do processo em 8 etapas, onde pudesse ser realizado toda a equipe de saúde precisou se envolver ativamente, sendo divididos em pequenos grupos, onde cada grupo era responsável por realizar de duas a três etapas ou articular meios para que as etapas fossem realizadas.

As etapas que consistiam em coletar história social do território, perfil territorial ambiental, perfil demográfico socioeconômico e cultural, perfil institucional, participação e controle social, perfil epidemiológico, gestão e planejamento estratégico, fluxograma e organização do CSF.

No qual para isso foi feito um trabalho de campo, na busca de conhecer o território, entendendo suas singularidades e, dessa forma, poder realizar um diagnóstico situacional, determinando, assim, através de gestão participativa determinar quais seriam as primeiras ações que o CSF deveria produzir visando ao impacto positivo na saúde e bem-estar da população da área adscrita.

Para análise e interpretação das informações coletadas foram adotados os princípios metodológicos da pesquisa-ação de Baldissera (2001) que elucida, após o diagnóstico da situação e das suas necessidades, as medidas práticas como difusão dos resultados, definição de ações concretas e negociação de propostas terão seus resultados das ações no contexto organizacional acordadas com estabelecimento entre as partes interessadas, salienta-se, ainda, que esta etapa (territorialização) nos possibilitou o delineamento das prioridades que deverão ser implementadas ao longo da gestão nos territórios pertencentes ao CSF Inácio Rodrigues Lima – Cohab III, desta forma, as ações e estratégias que foram pensadas objetivou atender às primeiras modificações sanitárias em benefício para a população.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Extensão territorial e acesso à saúde

Após a realização da territorialização foi identificado que o território adscrito ao Centro de Saúde da Família da COHAB III corresponde a uma área territorial de 28km. Possuem áreas no perímetro urbano como bairro COHAB III, Renato Parente e Nova Caiçara e áreas rurais Cachoeiro e Boqueirão.

Do Centro de Saúde da Família para o Centro possui uma distância de aproximadamente 2,74km em linha reta. Da localidade do Boqueirão para o Centro 11km em linha reta e do Cachoeiro para o Centro 4,45km.

Apesar da grande extensão territorial os bairros que compõem este CSF apresentam uma boa cobertura pelos agentes comunitários de saúde, havendo apenas uma região que é a do Renato Parente sem esse suporte. Algo que tem relevante importância são as barreiras geográficas encontradas na zona rural do Cachoeiro e do Boqueirão, que dificulta o acesso de algumas famílias ao CSF, como também dos profissionais de saúde para realizar atividades educativas e de orientação em domicílio, dentre essas barreiras, temos açudes, morros, serras etc.

Sabe-se da necessidade de acesso para que as ações de saúde ocorram, o estabelecimento de um primeiro contato entre usuário e profissionais de saúde, contato este preconizado que ocorre na atenção básica, visto que a mesma é a porta de entrada do usuário no serviço de assistência à saúde. Entende-se que a acessibilidade perpassa a oferta de um serviço de saúde, mas refere-se às condições de vida, à nutrição, à habitação, ao poder aquisitivo e à educação dos usuários. Então, com a presença de equipamentos de saúde, profissionais qualificados e demais atores envolvidos que possam impactar positivamente na vida dessa população, fará com que favoreça a adesão do usuário na busca de serviços de saúde, adesão esta que deve ser bem trabalhada, estimulando o vínculo entre usuários e profissionais (SILVA *et al.*,2011).

3.2 PERFIL DEMOGRÁFICO SOCIOECONÔMICO

3.2.1 População Total

Gráfico 1 - População geral do território

Sexo	<1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	40 a 49	50 a 59	<60	Total
Masculino	12	176	92	137	223	262	1.152	402	213	220	2.889
Feminino	10	142	100	125	234	277	1.308	400	225	246	3.067
Total de pessoas	22	318	192	262	457	539	2.460	802	438	466	5.956

Fonte: Sistema de Informação da atenção básica (SIAB), 2014

Gráfico 2 - População feminina por faixa etária

Sexo	<1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	40 a 49	50 a 59	<60	Total
Feminina	10	142	100	125	234	277	1.308	400	225	246	3.067

Fonte: SIAB, 2014

Gráfico 3 - População masculina por faixa etária

Sexo	<1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	40 a 49	50 a 59	<60	Total
Masculino	12	176	92	137	223	262	1.152	402	213	220	2.889

Fonte: SIAB, 2014

Esses dados correspondem às pessoas dos bairros Renato Parente, COHAB III, localidades do Cachoeiro e Boqueirão, haja vista que estão cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica. As pessoas do Residencial Caiçara temos como fonte os dados oferecidos pela Secretaria de Habitação, conforme mostra o quadro abaixo:

Gráfico 4 - População Residencial Nova Caiçara

Faixa etária	0 a 3	3 a 6	6 a 12	12 a 18	18 a 25	25 a 30	31 a 40	41 a 59	60 a 64	<65	Total
Total	191	185	422	368	184	143	258	128	23	36	1938

Fonte: Secretária de Habitação de Sobral – CE, 2014

Vale ressaltar que esta é a população cadastrada do CSF, que está em torno de 7.298 usuários do SUS, compondo assim 2.148 famílias. Sendo do conhecimento da equipe de saúde, que dentre estas pessoas, 597 também fazem uso da rede privada de saúde. Esta população está inserida em diferentes contextos sociais, onde podemos citar algumas situações como:

Número de chefes de famílias analfabetos: Residencial Caiçara tem 29 chefes de famílias analfabetos, Boqueirão 30, Cachoeiro 25.

Número de pessoas de 15 anos ou mais alfabetizadas: 4.407 pessoas maiores de 15 anos alfabetizadas e 1.655 do Residencial Caiçara.

Número de Famílias inscritas no Programa Bolsa Família: 380 Famílias Beneficiadas.

Dependendo da forma que o território está socialmente configurado será determinante para conhecer a situação sanitária da população ali presente, sendo a saúde ligada diretamente ao território e às condições sociais ali existentes, sendo a partir dessa conjuntura pensado a criação de uma rede que possa apoiar e proporcionar a promoção de saúde e a qualidade de vida, favorecendo uma saúde integral para o indivíduo e a coletividade. Tendo o setor saúde a capacidade de reagir diante das adversidades encontradas no território, sendo assim, resiliente e proativa na busca de favorecer um equilíbrio neste meio social. Dessa forma, a atenção primária se articula em processos de trabalho e organização, respondendo as demandas do território e do ambiente (JUNGES; BARBIANI, 2013).

3.2.2 Saúde da Criança

Poderemos analisar a situação de saúde das crianças acompanhadas pelas nossas equipes de saúde da família, ACS, médicos e enfermeiros, a atenção em saúde sendo realizada através das consultas de puericultura, visitas domiciliares e vacinação.

Gráfico 5 - Saúde da Criança

Saúde da Criança	Número	%
a)Taxa de Mortalidade Infantil	0	0%
b)Taxa de Aleitamento Materno exclusivo	13	65%
c)Crianças com esquema básico de vacinação em dia	166	100%
d)Crianças Nascidas com baixo peso<2500g	06	6,5%
e)Crianças menores de 5 anos com desnutrição	02	0,5%
f)Crianças menores de 5 anos com obesidade	03	0,8%
g)Crianças menores de 5 anos internadas por doenças respiratórias e diarreia	02	0,5%

Fonte: SIAB, 2015

De acordo com estudo realizado em outro município a atenção à saúde da criança se deu semelhante aos dados revelados durante a territorialização do CSF.

Costa e colaboradores (2011) ressaltam que acompanhamento à saúde da criança se dá através do fortalecimento das consultas de puericultura, assim como a priorização do aleitamento materno e da imunização, como também apresentou um enfoque no controle e/ou assistência nos casos de diarreia e infecções respiratórias, destacando, ainda, que se faz necessário uma abordagem junto às famílias, como orientação às mães para as diferentes demandas em saúde da criança, principalmente no que se refere ao aleitamento materno, outro fato que é importante destacar é o relato dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que sentem-se despreparados em alguns momentos no acompanhamento à criança, ficando o alerta para que os gestores deem mais atenção aos processos de qualificação profissional para um melhor desenvolvimento das atividades laborais.

3.2.3 Saúde da Mulher

A saúde da mulher é muito bem acompanhada pela equipe de saúde do território, diversos programas auxiliam na produção do cuidado destas, como poderemos observar na tabela a seguir, dentre as atividades mais realizadas, o acompanhamento pré-natal, visitas puerperais, planejamento familiar, realização de exame de prevenção do câncer e mamografia, como também acompanhamento dessas mulheres em outras situações de saúde, como no caso de serem hipertensas ou diabéticas, ou então se fizerem uso de medicação psicotrópica entre outras formas. Recentemente foi criado o Grupo de ginástica Saúde e Vida, que levam a estas a adoção de práticas corporais, educação em saúde e uma maior qualidade de vida.

Gráfico 6 - Saúde da mulher

	Número	%
a) Total de Gestantes	56	100%
b) Percentual de Gestantes Acompanhadas e com Pré-natal em dia	55	97%
c) Percentual de gestantes que iniciaram o pré-natal até o 1 trimestre	56	100%
d) Óbitos de mulheres em idade fértil	0	0%
e) Percentual de obesidade em mulheres	29	1,3%
f) Número de mulheres em uso de psicotrópicos	138	6,2%
g) Cobertura de exames Papanicolau na faixa etária de 24 a 64 anos	75	3,4%
h) Percentual de mulheres de 50 a 69 anos que realizaram mamografia no último ano	114	24,2%
i) Percentual de Mulheres em idade fértil em uso de métodos contraceptivos	240	10,8%

Fonte: Brasil, 2015.

Ao buscar e analisar a literatura sobre saúde da mulher na atenção básica, os achados são quase que exclusivamente sobre saúde materna e/ou reprodutiva, assim como os dados que foram coletados neste estudo também foram focados nesses tipos de achados, então vale a reflexão, será que as práticas de saúde devem abordar a mulher somente neste contexto?

De acordo com a Política Nacional de atenção integral à saúde da mulher, a saúde da mulher ainda está muito ligada à saúde materna e/ou ausência de enfermidades relacionadas à reprodução biológica, excluindo os direitos sexuais e de gênero, dessa forma, com base em dados epidemiológicos, o programa de saúde da mulher foi focado em ações educativas, diagnóstico, tratamento e recuperação em clínica ginecológica, pré-natal, parto, puerpério, climatério, em planejamento familiar, Doenças sexualmente transmissíveis, câncer de colo de útero e de mama (BRASIL, 2004).

No entanto, tem-se ciência das lacunas existentes na abordagem da mulher integral, deixando a desejar no acompanhamento como atenção ao climatério/menopausa, queixas ginecológicas gerais, infertilidade, saúde da mulher adolescente, doenças crônico-degenerativas, saúde da mulher trabalhadora, saúde mental, doenças infecto-contagiosas e a inclusão da perspectiva de gênero e raça nas ações a serem desenvolvidas (BRASIL, 2004).

Diante dessa realidade, é necessário pensar medidas e/ou ferramentas inovadoras para um melhor acompanhamento em saúde da mulher e fazer que essas lacunas existentes fiquem no passado.

Gráfico 7 - Taxa de natalidade e nascidos vivos

	Número	%
a) Número de Nascidos vivos por ano	61	100%
b) Taxa de natalidade Geral por 1000hab/ano	61	10,2 /hab

Fonte: SIAB, 2015

A taxa de natalidade, deve-se que em dos bairros do território é composto por jovens casais, recém-casados, iniciando a vida matrimonial, ou seja, constituindo família, gerando filhos, sendo a região mais nobre do território.

3.2.4 Saúde do Adolescente

Em relação ao acompanhamento dos adolescentes, este ainda é feito através da demanda espontânea dos mesmos, não havendo o desenvolvimento de alguma atividade de saúde específica para esta população, porém quando identificado através da visita domiciliar do ACS ou através da consulta, alguma situação que inspira uma atenção especial à equipe se mobiliza para realização do acompanhamento de forma integral.

Gráfico 8 - Saúde dos adolescentes

	Número	%
a) Percentual de adolescentes grávidas	08	1,7%
b) Adolescentes em situação de conflito com a lei	0	0%
c) Grupos rivais	0	0%
d) Adolescentes com transtorno mental	14	1,4%
e) Adolescentes usuários de drogas	02	0,2%
f) Adolescentes obesos e com sobrepeso	16	1,6%

Fonte: Brasil, 2015.

Sendo esses dados referentes aos bairros COHAB III, Renato Parente, zona rural do Boqueirão e Cachoeiro, com base nos dados oferecidos pelas Agentes Comunitárias de Saúde. Não contêm dados do Residencial Caiçara.

Quanto a faixa etária das Adolescentes grávidas, todas as 08 estão entre 15 a 18 anos, nenhuma entre 10 a 14 anos.

Durante a adolescência é comum ocorrer diversas situações conflituosas, devido a isso a busca dos serviços de saúde é baixa, visto que eles apresentam receio, do que for dito em consulta seja revelado aos seus familiares, por isso, alguns omitem informações sobre sua condição de saúde ou hábitos de vida, dificultando assim o diagnóstico e a escolha da terapêutica adequada. O Estatuto da Criança e do Adolescente garante sigilo das informações das consultas, até porque não seria uma conduta ética por parte do profissional de saúde, somente estando autorizado a revelar dados de uma consulta em situação de extremo risco à vida (ALMEIDA; LINS; ROCHA, 2015)

3.2.5 Saúde do Idoso

Os idosos apresentam uma frequência satisfatória aos serviços de saúde, através do grupo de idosos, como também no acompanhamento às consultas de hipertensos e diabéticos, onde nessa população a grande maioria é idosa. Além das visitas domiciliares realizadas pela equipe mínima e equipe multiprofissional a este grupo etário, principalmente àqueles restritos ao lar.

Gráfico 9 - Saúde do idoso

	Número	%
a)Número de idosos sobre a população total	466	5,8%
b)Número de idosos participando de grupos de atividades físicas	12	2,5%
c)Taxa de idosos com obesidade	07	1,5%
d)Número de idosos com dependência de atividade da vida diária	20	4,2%
e)Taxa de Internamento por queda	02	0,4%
f)Taxa de internamento por Fratura de fêmur	0	0%

Fonte: Brasil e dados do autor, 2015.

O Brasil é um país que envelhece a passos largos. As alterações na dinâmica populacional são claras, inequívocas e irreversíveis. Desde os anos 1940, é entre a população idosa que tem - se observado as taxas mais altas de crescimento populacional. Na década de 50, a taxa de crescimento da população idosa atingiu valores superiores a 3% ao ano, chegando a 3,4%, entre 1991 e 2000. Em um intervalo de 25 anos (1980 a 2005), o crescimento da população idosa com o crescimento da população total, notou-se que o crescimento da população idosa foi de 126,3%, ao passo que o crescimento da população total foi de apenas 55,3% (CARVALHO, 2003).

O envelhecimento é algo inevitável, crescente e muito presente na realidade atual, desse modo, o envelhecimento deve se desenvolver da melhor forma possível. Devendo ser com saúde, de forma ativa, e se possível com independência funcional e cognitiva.

Gráfico 10 - Taxa de óbitos

	Número	%
a) Principais causas de óbito na população em geral	09	0,15%
b) Morte por causas externas	01	0,01%
c) Taxa de mortalidade geral por 1000hab	09	1,5/hab

Fonte: Brasil e próprias do autor, 2015.

Quanto às causas de morte na população em 2014 houve 09 óbitos, tendo como causas: 01 óbito por Insuficiência Renal Crônica, 01 Acidente Vascular Cerebral, 01 Infarto Agudo do Miocárdio, 01 Câncer de Garganta, 01 Acidente de Transito, 01 Câncer de Mama, 03 por causas indeterminadas.

3.2.6 Doenças Infecciosas e Transmissíveis

Em relação a essa classe de doenças, a incidência é baixa, havendo poucos casos no território, porém estes são bem acompanhados e as atividades para detecção e prevenção destas doenças sempre ocorrem junto à população adscrita do território. Sendo disponibilizados exames e tratamentos adequados.

Gráfico 11 - Taxa de doenças infectocontagiosas

	Número	%
a)Taxa de detecção de Hanseníase	03	0,5
b)Taxa de incidência de Tuberculose	06	1%
c)Taxa de prevalência de HIV/AIDS	01	0,1
d)Taxa de incidência de Sífilis	0	0%
e)Taxa de incidência de Sífilis Congênita	0	0%
f)Taxa de incidência de Leishmaniose Visceral	0	0%

Fonte: Autoria própria, 2015.

Apesar dessas doenças ainda serem endêmicas no Brasil, a experiência da territorialização revelou dados baixos, isto podendo ser justificado ao fato do território ter uma população bastante heterogênea.

Vale salientar que o país passa por um processo de transição que engloba algumas doenças básicas, substituição das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis e causas externas, deslocamento da carga de morbi-mortalidade dos grupos mais jovens para grupos mais idosos e transformação da mortalidade para a situação de morbidade. Essa transição epidemiológica na saúde deve-se ao fato que as concepções e os comportamentos sociais, interferem diretamente na condição de saúde das populações (SCHRAMM, 2004).

3.2.7 Condições crônicas

Quanto aos principais problemas de saúde que acometem a população estão a Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e transtornos Mentais, de acordo com os dados coletados pelas Agentes Comunitárias de Saúde.

Gráfico 12 - Doenças crônicas

	Número	%
a)Número de Hipertensos Cadastrados	343	100%
b)Número de Hipertensos Acompanhados	290	84,5%
c)Número de Diabéticos Cadastrados	143	100%
d)Número de Diabéticos Acompanhados	129	90,2%
e)Número de pessoas com transtornos mentais	259	4,34%

	Número	%
f) Número de pessoas com dependência de álcool e outras drogas	02	0,03%
g) Número de acamados	02	0,03%
h) Número de Restritos ao lar	20	0,3%
i) Principais problemas de saúde	03	

Fonte: Autoria própria, 2015.

Dentre os dados expostos, um dado nos chama mais a atenção, o número de pessoas com hipertensão arterial sistêmica, já que esta doença pode causar grandes comorbidades sobre as pessoas, afetando diretamente na sua qualidade e estilo de vida.

As doenças crônicas estão ganhando cada vez mais espaço no cotidiano dos serviços de saúde, exigindo, assim, atenção redobrada dos profissionais responsáveis pelo cuidado, a condição crônica na maioria das vezes gera estresse para o paciente, visto que há uma necessidade de adaptação psicológica e social diante daquela condição. De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) 58,5% de todas as mortes no mundo sejam causadas por doenças crônicas (TADDEO *et al.*, 2012).

Devendo, assim, estabelecer uma relação dialética entre profissional de saúde/paciente, de forma que estes sejam melhores informados e preparados, garantindo assim uma maior adesão ao tratamento, evitando agravos e fomentando o autocuidado (SILVA *et al.*, 2011).

É importante refletir sobre o processo de implantação da atenção primária em saúde no Brasil, o território é grande e com grandes desigualdades, fazendo com que o acesso à atenção à saúde e um serviço de qualidade seja dificultado, desafios estes que inclui áreas remotas com barreiras geográficas, diferenças culturais, envelhecimento de grande parcela da população, investimento e quantitativo profissional insuficiente, situação econômica do país. Mesmo diante de todas essas adversidades é fundamental garantir o fortalecimento das atividades da atenção primária à saúde, pois assim se conseguirá atingir os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) junto à população, que são acesso universal, atenção integral e equidade na atenção à saúde (STEIN; FERRI, 2017)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A territorialização nos dá uma visão geral da situação de saúde da população, possibilitando aos profissionais um direcionamento para planejamento das ações.

O desenvolvimento da territorialização possibilitou a equipe um empoderamento sobre a realidade do território, ou seja, como as famílias e os indivíduos estão organizados, acessibilidade aos serviços de saúde, conhecimentos das condições socioeconômicas, modos de produção etc, sendo assim, este processo colabora para delimitação das ações necessárias a serem desenvolvidas no território.

Dessa forma, a equipe terá um maior embasamento teórico para adoção e modificação das suas práticas junto à população, visto que muitas vezes desenvolve-se atividades que não geram impacto, isso deve-se ao fato que, provavelmente, naquele território não há população-alvo para a realização de uma determinada atividade, por isso todas as ações a serem realizadas devem ser pautadas com o tipo de clientela adscrita no território.

Para assim garantir que o equipamento de saúde produza um impacto positivo na vida da população que habita o território, objetivando redução de agravos, prevenção de doenças, mudanças no estilo de vida, garantindo um acompanhamento longitudinal que promova saúde e qualidade de vida para os usuários do CSF.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. A.; LINS, L.; ROCHA, M. L. Dilemas éticos e bioéticos na atenção à saúde do adolescente. *Rev. Bioét.*, Brasília, v. 23, n. 2, maio/ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de informação da atenção básica - SIAB**: indicadores 2014. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 725-733, jun. 2003.

CECCIM, R. B. Debate (Réplica). **Comunicação, Saúde, Educação**. v. 9, n.16, p.161-177, set. 2004/fev. 2005b.

COSTA, G. D.; COTTA, R. M. M.; REIS, J. R.; FERREIRA, M. L. S. M.; REIS, R. S.; FRANCESCHINI, S. C. C. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeira, Minas Gerais (MG, Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, jul. 2011.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda; MONKEN, Maurício. Territorialização em Saúde. 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>>. Acesso em: 27 set. 2015.

JUNGES, J. R.; BARBIANI, R. Interfaces entre território, ambiente e saúde na atenção primária: uma leitura bioética. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 21, n. 2, maio./ago., 2013.

SALGUEIRO, M. A. de A.; NUNES, M. N. B.; RODRIGUES, M. H. de S.; PEREIRA. **Plano Diretor e suas Vantagens de Implantação nos Municípios com Menos de 20.000 habitantes**. 2012. Disponível em: <http://www.convibra.com.br/upload/paper/2012/38/2012_38_5254.pdf>. Acesso em: 20 set. 2015.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na Atenção Básica à Saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, nov. 2010.

SCHRAMM, J. M. A.; OLIVEIRA, A. F.; LEITE, I. C.; VALENTE, J. G.; GADDELHA, Â. M. J.; PORTELA, M. C.; CAMPOS, M. R. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SILVA, L. O. L.; DIAS, C. A.; SOARES, M. M.; RODRIGUES, S. M. Acessibilidade ao serviço de saúde: percepções de usuários e profissionais de saúde. **Cogitare Enferm.**, v. 16, n. 4, p. 654-60, out./dez., 2011.

SOUZA, M. A. Uso do Território e Saúde. Refletindo sobre “municípios saudáveis”. In: SPERANDIO, Ana Maria Girotti. (Org.). **O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis**. 1. ed. Campinas: IPES Editorial, v. 2, p. 57-77, 2004.

STEIN, A. T.; FERRI, C. P. Inovação e avanços em atenção primária no Brasil: novos desafios. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1-4, 2017.

TADDEO, P. S.; GOMES, K. W. L.; CAPRARA, A.; GOMES, A. M. A.; OLIVEIRA, G. C.; MOREIRA, T. M. M. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, nov. 2012

VILLAÇA, F. Dilemas do Plano Diretor. In: CEPAM. **O município no século XXI: cenários e perspectivas**. São Paulo: Fundação Prefeito Faria Lima – Cepam, 1999. p. 237-247.

Capítulo 15

GESTÃO DO CUIDADO EM SERVIÇO DE HEMATOLOGIA DE REFERÊNCIA ESTADUAL

Márcia Alves Ferreira

Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos

INTRODUÇÃO

Podemos definir a gestão do cuidado em saúde como o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz. A gestão do cuidado em saúde realiza-se em múltiplas dimensões que, iminentes entre si, apresentam, todas e cada uma delas, uma especificidade que pode ser conhecida para fins de reflexão, pesquisa e intervenção. Podemos pensar a gestão do cuidado em saúde sendo realizada em cinco dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária (CECÍLIO, 2011). A partir desse conceito, faz-se pertinente a análise como a gestão do cuidado poderá contribuir de forma positiva em serviço de hematologia, uma área bem ampla, que vai desde o diagnóstico de anemia até os casos mais graves, como as leucemias e linfomas. Sendo essa gestão direcionada para o bem-estar do paciente. Nesse contexto, a dimensão individual destaca-se, pois o paciente é assistido por uma equipe multiprofissional de forma integralizada, porém a sua autonomia tem que ser preservada, visto que nessa dimensão de cuidado é importante o cuidado de si, no sentido de que cada um tem a potência de produzir um modo de andar a vida. E, no processo de cuidar, a família participa de forma ativa em todas as fases, compartilhando as dificuldades e apoiando quanto ao cuidado, onde Cecílio (2011) define como aquela que assume importâncias diferentes em

momentos diferentes da vida. E a equipe multiprofissional exerce sua função de assistir o paciente, garantindo a integralidade e uma relação de confiança. Em que a dimensão profissional do cuidado é aquela que se dá no encontro entre profissionais e os usuários e nucleia o território da micropolítica em saúde (CECÍLIO, 2011).

Considerando os distúrbios hematológicos como anemias, distúrbios de coagulação e as neoplasias hematológicas. O cliente portador de doença onco-hematológica percorre uma trajetória que varia de consultas ambulatoriais, quimioterapias e internações. Neste processo podem apresentar quadros de infecções, passam por procedimentos invasivos e desenvolvem diferentes reações à terapêutica medicamentosa que causam altos índices de efeitos colaterais e, também, alteração na sua autoestima, sentimentos de medo, angústia e depressão. E, nessa fase, a assistência da equipe multiprofissional é indispensável, visto os danos psicológicos e físicos que poderão ser ocasionados. Que segundo Mattos (2004) e Mostardeiro (2010), se faz necessário que a atenção aos usuários ocorra numa perspectiva ampliada do cuidado, sendo fundamental a abordagem multidisciplinar e interdisciplinar conforme preconizam as políticas públicas de atenção à saúde.

Mattos (2004), Malta e Merhy (2010) reforçam a importância da realização da atenção multiprofissional, descentralizada do modelo biomédico, pois referem que a integralidade na assistência somente será efetivada na prática se articulada com os diferentes saberes profissionais.

Neste sentido, Campos e Domitti (2007) reforçam que o profissional que realiza o trabalho isolado, dificilmente poderá dar conta e assegurar a realização de uma abordagem integral ao sujeito. Isso implica na necessidade de ampliação do cuidado através da valorização do trabalho multiprofissional.

Para Campos e Amaral (2007), a clínica ampliada valoriza a participação dos usuários como atores no processo do cuidado e também preconiza o compartilhamento das ações a fim de reforçar a construção de redes, vínculos e a corresponsabilização dos sujeitos e profissionais da saúde. Seguindo este raciocínio, a adoção dessa nova estratégia possibilita a atenção de modo singular e específico,

de acordo com as necessidades individuais e/ou coletivas através de abordagens que compreendam a complexidade do sujeito e do trabalho em saúde (BRASIL, 2009).

Então, diante de todo esse contexto de gestão do cuidado, o enfermeiro torna-se mais presente e próximo ao paciente quanto ao cuidado no que se refere ao tempo, assim poderá contribuir de forma ampla e detalhada, baseada nos princípios do cuidado. O enfermeiro é o profissional responsável pela gerência do cuidado de enfermagem, desenvolvendo ações multifacetadas que incluem: planejamento, organização e prestação do cuidado; treinamento e delegação de atividades aos demais integrantes da equipe de enfermagem e supervisão destes; educação de pacientes e familiares para alcance dos objetivos de cuidado; além da interação com os demais profissionais da equipe de saúde por meio da prática interdisciplinar (CHRISTOVAM; PORTO; OLIVEIRA, 2012).

Para Barbosa e Trevizan (2009), o enfermeiro em busca de aprimorar a prática do cuidar com qualidade, tem se ocupado da implantação e implementação da Gestão da Qualidade no gerenciamento do cuidado prestado nas instituições hospitalares, uma vez que pelo desenvolvimento do seu processo de trabalho tem a oportunidade de interagir diretamente com o cliente e se aproximar do seu referencial para compreender seus anseios e expectativas, e com base em tais informações, planejar a assistência que será prestada pela equipe a fim de atender às expectativas dos clientes.

A organização do processo de trabalho constitui um dos meios que o enfermeiro utiliza para alcançar o seu objetivo final, a prática de um cuidado seguro e de qualidade. Para isso, esse profissional precisa incorporar em seu cotidiano as quatro principais dimensões do seu trabalho: gerencial, assistencial, de educação e de pesquisa (COLENCI R, BERTI, 2012).

O planejamento, a educação permanente, a supervisão, a avaliação e as demais atividades citadas como privativas do enfermeiro, são instrumentos que devem ser utilizados no trabalho gerencial. Tanto a lei regulamentadora do exercício profissional quanto às DCN/ENF, propõem que a formação desses profissionais promova a capacitação para o desenvolvimento de competências, como o gerenciamento do processo de trabalho (FELLI; PEDUZZI, 2010).

Ressalta-se que a gestão do cuidado envolve a dialógica entre o saber-fazer gerenciar e o cuidar. A articulação dessas duas dimensões deve permitir ao enfermeiro organizar a rotina de acordo com as necessidades de saúde do indivíduo e, por meio de ações gerenciais, promover a melhoria da assistência prestada (CHRISTOVAM; PORTO; OLIVEIRA, 2012).

A primeira aproximação com a temática aconteceu durante a atuação profissional em um Hospital Universitário de nível terciário, no ambulatório de hematologia, na cidade de Fortaleza - CE, que possui atendimento de grande demanda a pacientes portadores de anemias a diversos tipos de cânceres em fase avançada, que varia de pacientes estáveis até os mais debilitados e, devido à grande demanda, ocorre uma espera maior no atendimento, sendo esse tempo prolongado ainda mais a pacientes provenientes do interior que dependem de transporte de terceiros, chegando muito antecipadamente ao serviço, onde se observou a dispersão de pacientes, ausência de recursos necessários em casos de urgência e emergência, como também uma necessidade de acolhimento do enfermeiro. Sendo assim, despertou a percepção sobre a importância da gestão do cuidado de saúde, em especial no ambulatório, para o planejamento de ações para um acolhimento humanizado, bem como um atendimento mais ágil e padronizado, privilegiando as prioridades, visando ao usuário à garantia da universalidade e integralidade. Diante dessa problemática este estudo será pertinente para a busca da gestão do cuidado como ferramenta para a melhoria da qualidade da assistência, através das tecnologias de saúde de forma individual.

Dessa forma, o objetivo do presente estudo é descrever os aspectos da Gestão do Cuidado do Enfermeiro a pacientes com problemas hematológicos em um serviço de referência estadual.

METODOLOGIA

Este estudo foi construído sob uma revisão bibliográfica, também denominada de revisão de literatura ou referencial teórico, que é parte de um projeto de pesquisa, que revela explicitamente o univer-

so de contribuições científicas de autores sobre um tema específico (SANTOS e CANDELORO, 2006, p. 43).

Segundo Silva e Menezes (2005), a revisão de literatura contribui na obtenção de informações sobre a situação atual do tema ou problema pesquisado; no conhecimento das publicações existentes sobre o tema e os aspectos que já foram abordados; e na verificação das opiniões similares e divergentes, além dos aspectos relacionados ao tema ou ao problema de pesquisa.

Dessa forma, pensando na Gestão do Cuidado, utilizou-se na busca bibliográfica por meio dos seguintes descritores: Gestão do Cuidado, Problemas hematológicos e Enfermagem, que foram combinados com a palavra “AND” e usados no banco de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), sendo selecionados os artigos da base de dados da Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe (LILACS) e a base de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO).

Os estudos foram selecionados de maneira independente, através dos seguintes critérios: estar disponível na íntegra, na língua portuguesa e tratar do tema em estudo. Desse modo, foram excluídos os trabalhos que não se mostraram relevantes ao tema e aqueles que não contemplaram os critérios de seleção e aqueles que apresentavam duplicidade. Posteriormente, realizou-se um refinamento através da leitura e análise dos artigos e selecionando os artigos onde a ideia do tema estava explícita.

A primeira aproximação com a temática aconteceu durante a atuação profissional em um Hospital Universitário de nível terciário, no ambulatório de hematologia, na cidade de Fortaleza - CE, que possui atendimento de grande demanda a pacientes portadores de anemias a diversos tipos de cânceres em fase avançada, que varia de pacientes estáveis até os mais debilitados e devido à grande demanda ocorre uma espera maior no atendimento, sendo esse tempo prolongado ainda mais a pacientes provenientes do interior que dependem de transporte de terceiros, chegando muito antecipadamente ao serviço, onde se observou a dispersão de pacientes, ausência de recursos necessários em casos de urgência e emergência, como também uma necessidade de acolhimento do enfermeiro. Sendo assim, despertou

a percepção sobre a importância da gestão do cuidado de saúde, em especial no ambulatório, para o planejamento de ações para um acolhimento humanizado, bem como um atendimento mais ágil e padronizado, privilegiando as prioridades, visando ao usuário a garantia da universalidade e integralidade. Diante dessa problemática este estudo será pertinente para a busca da gestão do cuidado como ferramenta para a melhoria da qualidade da assistência, através das tecnologias de saúde de forma individual.

Dessa forma, o objetivo do presente estudo é descrever os aspectos da Gestão do Cuidado do Enfermeiro a pacientes com problemas hematológicos em um serviço de referência estadual.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O cuidado de pacientes com alterações hematológicas pode ser bastante desafiador para as enfermeiras. Este desafio justifica-se tanto por estes apresentarem distúrbios sanguíneos muito significativos, a exemplo de pancitopenia, granulocitose e vários distúrbios hemorrágicos e de coagulação, como por exigirem um cuidado metuculoso no tratamento para evitar a deterioração e as complicações a ele inerentes (SMELTZER SC, BARE BG. BRUNNER, 2005).

A exemplo de outros pacientes, o portador de alterações hematológicas requer uma assistência de enfermagem especializada na qual a equipe o veja nas dimensões biopsicossocial. Desse modo, ele se transforma no centro de suas intervenções, com vistas à sua adaptação e ao autocuidado. Para atingir esses objetivos, torna-se evidente a necessidade de que os enfermeiros conheçam profundamente as características, os sinais e os sintomas, os tipos de tratamentos, os efeitos colaterais e os cuidados de enfermagem que podem ser prestados, pois os enfermeiros, como membros da equipe de saúde, assumem função vital na recuperação do paciente (ROGERS, 2006).

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2004) e Portela (2008), o tema da gestão, especialmente o da excelência e qualidade do cuidado nos hospitais, tem assumido um papel cada vez maior na agenda dos gestores, profissionais de saúde e usuários. Nesse contexto,

intensificam-se os estudos e as iniciativas de adoção de diretrizes e protocolos clínicos, de acreditação hospitalar, de definição de padrões e busca de maior segurança para os pacientes, entre outras medidas cuja finalidade é a qualificação da assistência hospitalar. Sendo que MS (2004) e Azevedo (2010) citam que na última década, tema como a integralidade da assistência, a produção do cuidado, o trabalho em equipe, o acolhimento e a humanização dos serviços de saúde vêm ocupando uma posição de crescente destaque nas discussões setoriais no país.

E, nesse sentido, a equipe multiprofissional tem papel fundamental em realizar uma assistência humanizada, baseada na dimensão individual da gestão do cuidado em saúde, onde Cecílio (2011) diz que é o “cuidado de si”, no sentido de que cada um de nós pode ou tem a potência de produzir um modo singular de “andar a vida”, fazendo escolhas, “fazendo da vida uma obra de arte”. Diante disso, o paciente deverá ser cuidado de acordo com as tecnologias em saúde disponíveis e, ao mesmo tempo, quando possível manter sua autonomia preservada para cuidar de si dentro de suas limitações. No entanto, da equipe multiprofissional, a enfermagem dispõe de um atendimento de horário integral, prestando assistência 24h desde admissão com realização de procedimentos, como também com apoio psicológico, fazendo parte fundamental do processo de recuperação. Que para Barbosa e Silva (2007), o cuidado de enfermagem se manifesta de duas maneiras distintas: de forma objetiva, por meio da realização de procedimentos e técnicas e com base subjetiva, através do uso da sensibilidade, criatividade e intuição. Assim, o cuidado não é apenas a aplicação de técnicas de enfermagem, mas sim uma prática complexa que considera que aquele a quem se presta este cuidado é um ser digno, com necessidades não apenas biológicas, mas psicológicas, sociais e espirituais.

Para Cecílio e Merhy (2002), o cuidado de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente, é somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital. Assim, uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, compõe o que entendemos como cuidado em saúde.

No entanto, esse gerenciamento do cuidado deverá ser realizado pelo enfermeiro, sendo de sua competência a busca pela educação continuada, objetivando a excelência do serviço de saúde, desde as técnicas à empatia profissional quanto ao cliente. Pois, o enfermeiro é o profissional responsável pela gerência do cuidado de enfermagem, desenvolvendo ações multifacetadas que incluem: planejamento, organização e prestação do cuidado; treinamento e delegação de atividades aos demais integrantes da equipe de enfermagem e supervisão destes; educação de pacientes e familiares para alcance dos objetivos de cuidado; além da interação com os demais profissionais da equipe de saúde por meio da prática interdisciplinar. (CHRISTOVAM, OLIVEIRA, 2012).

Nesse contexto, a capacidade gerencial do enfermeiro em relação às situações de conflitos e aumento da qualidade da assistência faz-se necessária para o desenvolvimento de um atendimento integral e humanizado, favorecendo a tomada de decisão inerente às políticas de saúde tanto para o cliente, como para a família e a comunidade. Incluindo aqui, segundo Cecílio (2011), a gestão do cuidado na dimensão familiar que assume importâncias diferentes em momentos diferentes da vida das pessoas. Pois, a sobrecarga de ser cuidador pode gerar relações conflituosas. Podendo ser confirmado no pensamento complexo de Morin (2007), que defende o exercício do pensamento como resultante da experiência, realidade vivida, regulação interna e compreende o jogo dialógico análise/síntese, explicação/compreensão.

Christovam, Porto, Oliveira (2012) ressaltam que a gestão do cuidado envolve a dialógica entre o saber-fazer gerenciar e o cuidar. A articulação dessas duas dimensões deve permitir ao enfermeiro organizar a rotina de acordo com as necessidades de saúde do indivíduo e, por meio de ações gerenciais, promover a melhoria da assistência prestada.

O enfermeiro é um ator social deste cenário, que participa de forma significativa dentro da equipe multidisciplinar. Dentro do cenário mais específico da onco-hematologia, o enfermeiro exerce suas atividades através de procedimentos técnicos, como: as punções de acessos venosos periféricos; a manipulação de catéteres totalmente

implantados; administração e descarte de quimioterápicos; avaliação clínica buscando identificar alterações neurológicas, sangramento, febre, função renal, bem como as condições de alimentação, de hidratação e higiene, dentre outras; atenção ao suporte hemoterápico e prevenção de infecções que podem levar o doente à morte. Além disso, devo ressaltar a importância da orientação e esclarecimentos ao cliente, e apoio à família, dando conforto na hora difícil, afeto, proporcionando uma escuta sensível numa relação interpessoal terapêutica (COSTA; RODRIGUES; PACHECO; 2012).

Assim, o enfermeiro é o profissional que permanece mais tempo ao lado do cliente, devendo ser o facilitador na promoção do bem-estar bio-psico-sócioespiritual e emocional, conduzindo-o às melhores formas de enfrentamento do processo da patologia. É relevante realizar uma reflexão sobre as interfaces do cuidado emocional ao cliente hematológico ou onco-hematológico de forma a contribuir para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, sob o prisma do processo de comunicação.

Tratando-se do relacionamento enfermeiro-cliente, o processo de comunicação precisa ser eficiente para viabilizar uma assistência humanística e personalizada de acordo com suas necessidades. Portanto, o processo de interação com o cliente se caracteriza não só por uma relação de poder em que este é submetido aos cuidados do enfermeiro, mas, também, por atitudes de sensibilidade, aceitação e empatia entre ambos. O objeto de trabalho da enfermagem é o cuidado. Cuidado esse que deve ser prestado de forma humana e holística, e sob a luz de uma abordagem integrada, não poderíamos excluir o cuidado emocional aos nossos clientes, quando vislumbramos uma assistência de qualidade. Ao cuidarmos de alguém, utilizamos todos os nossos sentidos para desenvolvermos uma visão global do processo, observando sistematicamente o ambiente e os clientes com o intuito de promover a melhor e mais segura assistência. No entanto, ao nos depararmos com as rotinas e procedimentos técnicos deixamos de perceber importantes necessidades dos clientes (sentimentos, anseios, dúvidas) e prestar um cuidado mais abrangente e personalizado que inclua o cuidado emocional. (MORAES; ORIÁ; VICTOR, 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O paciente com problemas hematológicos necessita de uma atenção especializada devido ao seu quadro clínico apresentar sinais e sintomas intensos e complicações quando não acompanhado e/ou não orientado. Então, a Gestão do Cuidado faz-se necessário, no objetivo de oferecer as tecnologias disponíveis em saúde de forma integral e universal, como realizações de procedimentos com segurança, orientação quanto ao uso de medicamentos, alimentação, visando um bem-estar físico, assim como tendo um suporte psicológico para apoio e fortalecimento da segurança em manter o tratamento. E, para a realização deste cuidado, é imprescindível a competência e o acolhimento da equipe multiprofissional, a disponibilidade organizacional da instituição e, assim, como a inserção familiar dentro desse universo, pois a partir do momento em que o paciente sai do seu ambiente domiciliar e convívio familiar, o “estranho” poderá atuar como uma barreira na aceitação e compreensão da patologia e do tratamento realizado.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. Informes Técnicos Institucionais. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. 335-336, 2004.
- AZEVEDO, C. S.; SÁ, M. C.; MIRANDA, L.; GRABOIS, V. Caminhos da Organização e Gestão do Cuidado em Saúde no Âmbito Hospitalar Brasileiro. **Política, Planejamento e Gestão**, v. 1, n. 1, p. 1-34, 2010.
- BANDEIRA, M. **Formulação de um problema de pesquisa**. Série didática, UFSJ, 2000. 9 p. Disponível em: <<http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/lapsam/Texto%203-%20Revisao%20de%20literatura.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2017.
- BARBOSA I. A.; SILVA, M. J. P. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Rev. bras. enferm.**, v. 60, p. 546-51, 2007.
- BARBOSA, E. S. B.; TREVIZAN, M. A. Quality management at a hospital's nursing service. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 240-45, dez. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000200016>>. Acesso em: 21 jun. 2017.

BRASIL. **Clínica ampliada e compartilhada**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 64

_____. Ministério da Saúde (MS). **Humaniza SUS**: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: MS, 2004.

_____. Presidência da República (BR). Lei nº 7498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre regulamentação do exercício da enfermagem no Brasil e dá outras providências. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**. 26 jun. 1986.

CAMPOS, G. W. S; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CAMPOS, G. W. S; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. saúde coletiva**, v.12, n. 4, p. 849-59, 2007.

CAVEIÃO, C.; HEY, A. P.; MONTEZELI, J. H. Administração em enfermagem: um olhar na perspectiva do pensamento complexo. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 3, n. 1, p. 79-85, 2013. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/7176>>. Acesso em: 21 jun. 2017.

CECILIO, Luiz Carlos Oliveira. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface (Botucatu)** [online], v.15, n. 37, p. 589-599, 2011. ISSN 1807-5762. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011000200021>.

CHRISTOVAM, B. P.; PORTO, I. S.; OLIVEIRA, D. C. Nursing care management in hospital settings: the building of a construct. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 3, p. 729-35, 2012.

COLENCI, R.; BERTI, H. W. Formação profissional e inserção no mercado de trabalho: percepções de egressos de graduação em enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 2012.

COSTA, V. G. S.; RODRIGUES, B. M. R. D.; PACHECO, S. T. A. As relações interpessoais no cuidar do cliente em espaço onco-hematológico: uma contribuição do enfermeiro. **Rev. enferm. UERJ**, v. 20, n. 2, p. 209-14, abr./jun. 2012.

FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT, P. (Org.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 1-13.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Comunic., Saúde, Educ.**, v. 14, n. 34, p. 593-605, 2010.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1411-16, 2004.

MORIN, E. **Introdução ao Pensamento Complexo**. 3. ed. Porto Alegre: Sulina, 2007.

MOSTARDEIRO, S. C. T. S. **O cuidado em situações de alteração da imagem facial**: implicações na formação da enfermeira. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem, Porto Alegre, RS, 2010.

ORIÁ, Mônica Oliveira Batista; MORAES, Leila Memória Paiva; VICTOR, Janaína Fonseca. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 2, p. 292-297, 2004. Disponível em: <www.fen.ufg.br>. Acesso em: 21 jun. 2017.

ROGERS, B. B. Overview of non-Hodgkin's lymphoma. **Semin. Oncol. Nurs.**, v. 22, n. 2, p. 67-72, 2006.

SILVA, E. L. da; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 4. ed. Florianópolis: UFSC, 2005.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner & Suddarth: Histórico e tratamento de pacientes com distúrbios hematológicos. In: SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth**: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p.918-991.

SISTEMA INSTITUCIONAL DE CONTROLE DE ESTOQUE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Lidianny Barreto Araújo

Thereza Maria Magalhães Moreira

INTRODUÇÃO

As tecnologias de informação têm exercido papel inovador na gestão de recursos financeiros e na otimização de processos no campo da saúde, resultado da revolução na informação que tem repercutido na cultura, na natureza das relações sociais (MACQUADE, 2013) e no contexto da gestão em todas as áreas, inclusive na saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Hodiernamente, a área da saúde é considerada um dos setores mais dinâmicos na absorção de novas tecnologias (BARRA; NASCIMENTO; MARTINS, 2006). Conceitual e metodologicamente, as informações vêm sendo compreendidas e aplicadas como um importante recurso estratégico para diminuir o grau de incerteza presente nas várias etapas do processo assistencial, na gestão e na gerência dos recursos para a operacionalização de ações e procedimentos. Uma etapa crucial nesse processo é a administração de recursos financeiros, fortemente beneficiada pelo bom uso do sistema informacional, principalmente em sua aplicação em sistemas de saúde.

Na tentativa de melhorar o uso de recursos e ampliar sua transparência, um número cada vez maior de governos e prefeituras tem investido em novas tecnologias, *softwares* e sistemas para gestão de projetos, recursos financeiros e materiais.

Considerando a necessidade de aperfeiçoamento e melhoria da gestão municipal, no que tange à utilização dos recursos públicos,

especialmente dos bens de consumo em almoxarifado e dos bens de uso permanente, com a finalidade de contribuir com a eficiência e celeridade desses procedimentos, as prefeituras municipais têm implementado sistemas de gerenciamento de almoxarifado e bens móveis. Avaliar a implantação desses sistemas é, sem dúvida, relevante.

O objetivo deste estudo é relatar a experiência de implantação de um sistema institucional como projeto-piloto em uma unidade hospitalar pertencente à rede municipal da Secretaria de Saúde do município de Fortaleza - Ceará - Brasil.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, a partir da implantação e implementação de um Sistema de Gerenciamento de Almoxarifado (SGA) em unidade hospitalar integrante da rede de atenção especializada secundária do município de Fortaleza, no estado do Ceará. O hospital faz atendimentos de urgência e emergência, além das enfermarias de clínica médica, cirúrgica e traumatológica, atendendo mensalmente uma média de 6.500 pacientes. Realiza, aproximadamente, 300 procedimentos cirúrgicos por mês. Possui 60 leitos de internação nas três clínicas e dez leitos de Unidade de Terapia Intensiva adulto (UTI) e efetua uma média de 450 internações por mês.

O SGA é parte essencial do processo de manufatura e distribuição de itens de consumo, sendo utilizado para gerenciar estoques de materiais de vários tipos de almoxarifados. Na unidade hospitalar existem quatro tipos de almoxarifados: o da farmácia (para gestão dos medicamentos e materiais médico-hospitalares), o da nutrição (para gêneros alimentícios), o do laboratório (para insumos, reagentes e itens necessários à coleta e análise de amostras) e o de expediente (para gestão de material de expediente e produtos de higienização de ambiente).

Os processos do almoxarifado são recebimento, armazenagem e expedição, agregados ao planejamento de estoque. Inventário e controle de validade são ferramentas relevantes no planejamento, pois com eles temos a certeza de que os estoques estão corretos. Ballou

(2010) apresentou os principais elementos existentes nas instalações de um armazém, porém nem todos precisam ser usados. No caso do almoxarifado hospitalar existe entrada, estocagem, gerenciamento de estoques e processamentos de pedidos.

Como projeto, a gestão municipal tem o objetivo de interligar o SGA ao Sistema de Monitoramento das Ações e Projetos Prioritários de Fortaleza (MAPPF) para que por meio deste possa ser acessado pela Secretaria de Finanças do Município (SEFIN), com a finalidade de validar ou não uma solicitação de empenho de materiais, baseado nos estoques informados pelo SGA. Empenho é a fase em que a administração pública municipal se compromete a reservar o valor para pagar despesas com a aquisição de bens e serviços contratados. Constitui-se em uma garantia para o credor de que há recurso orçamentário para pagar a despesa.

Outro objetivo do SGA é oferecer transparência, disponibilizando as informações sobre estoques em tempo real para todas as instâncias da gestão e, deste modo, funcionar como ferramenta para planejamento de ações e tomada de decisão.

Em 28 de dezembro de 2016, foi publicado o Decreto N^o 13.936, que regulamenta a gestão patrimonial dos bens de consumo em almoxarifado e dos bens de uso permanente no âmbito do Poder Executivo Municipal e dá outras providências.

Na Seção II do Uso dos Sistemas Eletrônicos Art. 11 - A gestão patrimonial do município de Fortaleza será feita por meio de sistemas eletrônicos corporativos destinados ao cadastro e controle dos bens móveis adquiridos, os quais deverão ser utilizados, obrigatoriamente, pelos órgãos e entidades da administração municipal, a serem disponibilizados pela Secretaria Municipal do Planejamento, Orçamento e Gestão (SEPOG) para a gestão e controle do patrimônio a estes vinculados. Art. 12 - São de uso obrigatório os seguintes sistemas eletrônicos corporativos municipais: I. Sistema de Gestão de Almoxarifado (SGA); II. Sistema de Gestão de Patrimônio Móvel (SGPAT). (FORTALEZA, 2016).

Desde a publicação do Decreto N^o 13.936, o SGA foi implantado em todas as Secretarias do Município de Fortaleza e pela sua comple-

xidade e dificuldades operacionais na Secretaria de Saúde o desafio foi maior. Algumas das dificuldades associadas ao grande número de equipamentos de saúde: seis regionais, 97 Postos de Saúde, cinco Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), uma Policlínica, seis Centrais de Distribuição de Medicamentos, um Centro de Especialidade Odontológica (CEO), 15 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), seis Centros de Zoonose (CCZ), Centro Integrado de Referência Sobre Drogas (CIRD) um Serviço de Atendimento Móvel (SAMU) e nove Hospitais, e outras dificuldades de infraestrutura e pessoal treinado.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Assim, este trabalho relata a implantação do SGA em um hospital secundário. Por trata-se de um relato de experiência, dispensa a apreciação do projeto por comitê de ética.

Vive-se, atualmente, uma supremacia da economia e da tecnologia sem precedentes na trajetória humana. A economia muitas vezes se sobrepõe à religião, à política e até ao direito. É um consenso os inúmeros benefícios que a tecnologia proporciona. No entanto, devemos estar atentos para que esta tecnologia, mais que um meio, não se torne um fim em si mesma.

Em março de 2017, a instituição que trabalho foi escolhida para ser piloto na implantação do SGA, principalmente pela *expertise* do técnico de informática responsável pelos processos da unidade hospitalar. Houve avanços, porém não se conseguiu implantar todos os passos do processo, nem corrigir falhas de compatibilidade entre o SGA e o outro sistema existente, o SIGIS. Dentre as dificuldades que foram relatadas pela equipe, o que mais contribuiu para o pouco avanço foi a falta de apoio da gestão local ao processo de implantação.

Ressalta-se que esse período foi caracterizado pelas mudanças dos cargos de diretor executivo das unidades hospitalares. Em março de 2017, foi lançado Edital n° 14/2017 para seleção pública para a composição de banco de profissionais para provimento de cargos em comissão para a Secretaria Municipal da Saúde, conforme, Decreto N° 13.106 de 12 de abril de 2013 e prova realizada em 30 de abril de

2017, com divulgação final dos resultados em 31 de maio de 2017. Nomeação dos novos diretores a partir de 1º de julho de 2017. Com essa instabilidade da manutenção da gestão local da instituição, vários projetos foram adiados ou suspensos.

Após ser aprovada na seleção pública citada, assumi a direção executiva da instituição em questão em julho de 2017. Destacamos que se trata de um hospital com 40 anos de existência, com natureza jurídica pública, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde, que participa da rede de atenção especializada secundária de urgência e emergência. Em 14 de julho de 2017, assumi a Direção Executiva da instituição e, em dezembro de 2017, recebi convite da Secretaria de Planejamento, Orçamento e Gestão - SEPOG, para retomar o projeto-piloto e implementar o SGA.

O primeiro momento se deu por intermédio de reunião com técnicos da SEPOG, grupo diretivo da unidade hospitalar e equipe da Tecnologia da Informação (TI) para entender em que fase do processo a instituição se encontrava. Viu-se que o almoxarifado de expediente estava mais evoluído. Então, foi realizado um diagnóstico inicial e identificação de possíveis dificuldades, erros e acertos na implantação do sistema.

Ao realizar o diagnóstico, percebeu-se que o coordenador do serviço era mais experiente e já conhecia o sistema. Mais de 80% dos itens do cardápio do almoxarifado já estavam cadastrados no sistema, havia erros de programação do sistema e impediam seu perfeito funcionamento, havia erros de cadastro de programação de especificações de materiais, e erros de ajustes finos do sistema para a customização, como por exemplo, as casas decimais não estavam ajustadas, conforme os empenhos dos insumos hospitalares e, por fim, havia incompatibilidades de integração do SGA com o sistema de gestão de estoque anterior SIGIS, configurado para dar entrada e saída nos itens, enquanto o SGA é parametrizado para dar apenas entrada com número de nota fiscal.

A partir dessas descobertas foi decidido implantar o sistema em um Almoxarifado por vez, começando pelo de expediente e montando um plano de ação no modelo 5W2H para correção das não con-

formidades encontradas e responsabilizados o coordenador da TI e o diretor administrativo financeiro para acompanhar o processo de implantação do sistema. A ferramenta 5W2H foi criada por profissionais da indústria automobilística do Japão como uma ferramenta auxiliar na utilização da ferramenta de gestão ciclo do PDCA. O **Ciclo PDCA** ou **SDCA**, significa Plan, Do, Check, Action (Planejar, Fazer, Verificar e Agir). Esse método tem a função de garantir que a empresa organize seus processos, não importando a sua natureza. Esse ciclo foi criado por Walter A. Shewart, na década de 1920, mas ele se tornou conhecido quando William Edward Deming, um dos gurus da gestão de qualidade, espalhou o conceito pelo mundo. Por esse motivo, o ciclo PDCA ficou conhecido a partir da década de 1950 como ‘Ciclo Deming’.

Veiga *et al.* (2013) descreveram que a ferramenta consiste num plano de ação para atividades preestabelecidas, que precisam ser desenvolvidas com a maior clareza possível, além de funcionar como um mapeamento dessas atividades. O autor continua discorrendo e ressalta que o objetivo central da ferramenta 5W2H é responder às sete questões e organizá-las. No Quadro 1 são apresentadas as etapas para estruturação da planilha do plano de ação 5W2H.

Quadro 1 – Etapas para aplicação do método 5W2H

Métodos dos 5W2H			
5W	What	O que?	Que ação será executada?
	Who	Quem?	Quem irá executar/participar da ação?
	Where	Onde?	Onde será executada a ação?
	When	Quando?	Quando a ação será executada?
	Why	Por que?	Por que a ação será executada?
2H	How	Como?	Como será executada a ação?
	How much	Quanto Custa?	Quanto custa para executa a ação?

Fonte: Veiga *et al.* (2013).

Foi aberto um canal de comunicação *on-line* permanente com a TI da SEPOG e Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para garantir as correções de todos os erros de programação detectados com tempo resposta pactuado de, no máximo, cinco dias úteis, solicitada

via ofício modificação das especificações técnicas a assessoria técnica da coordenadoria dos hospitais e realizado inventário dos itens para reiniciar o sistema. No final do mês de dezembro consideramos implantado o SGA no almoxarifado de expediente, apesar de necessitar de ajustes na parametrização. Em seguida, avaliamos o processo de implantação e decidimos iniciar a implantação do SGA no Almoxarifado da Farmácia.

Em janeiro de 2018, realizamos análise de perfil profissional dos funcionários da farmácia, com base nos conceitos de competência, sustentados em três pilares, pois Vieira (2002) afirma que a competência é baseada em três dimensões – *Knowledge, Know-How and Attitude* (conhecimento, habilidade e atitude), englobando, não somente as questões técnicas, mas também de cognição, necessárias à execução de determinado trabalho. É uma maneira de se procurar definir o sentido de competência, a partir de um referencial no qual ela possa ser mensurada, e até mesmo comparada a padrões internacionais. É um dos modelos mais atuais com os quais as melhores empresas trabalham hoje para avaliar seus colaboradores.

Rabaglio (2001) define significados para essas letras, como segue:

- C = Saber (conhecimentos adquiridos no decorrer da vida, nas escolas, universidades, cursos, dentre outros. Exemplos: Conhecimento da concorrência e técnicas de negociação);
- H = Saber fazer (capacidade de realizar determinada tarefa, física ou mental, Exemplo: Análise da concorrência e negociação);
- A = Querem fazer (comportamentos que temos diante de situações do nosso cotidiano e das tarefas que desenvolvemos no nosso dia a dia, Exemplos: Participar da concorrência e fazer negociações).

Após estudo, decidimos pelo funcionário com as características necessárias: conhecimento sobre medicamentos e materiais médico-hospitalares, habilidade com tecnologias da informação,

competência técnica, responsabilidade, proatividade e capacidade de cumprir fluxos e regras. Após realizada a escolha do funcionário, realizamos redimensionamento de quadro de pessoal, com alterações de escalas de trabalho e atividades. Encaminhamos a funcionária selecionada para operar o SGA para treinamento sobre o sistema.

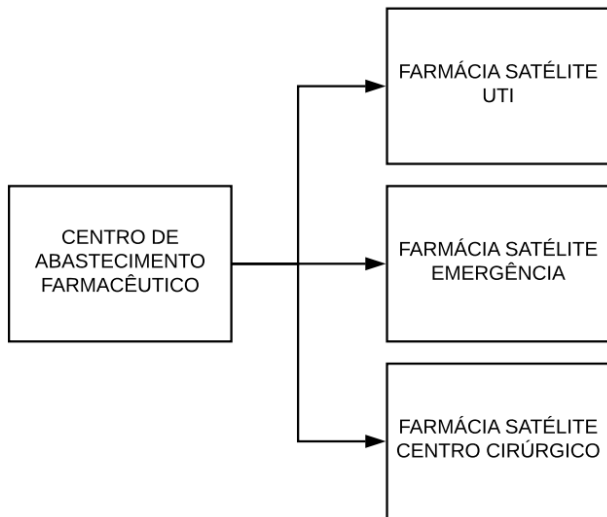
Outra intervenção importante foi a incorporação no quadro de pessoal da farmácia de um profissional capacitado exclusivamente para realização de pedidos de compra, contato com fornecedores e acompanhamento de estoque diário, que deu suporte à profissional selecionada para manipular o SGA exclusivamente.

A farmácia possui a maior quantidade de itens em seu elenco de almoxarifado por quantidade, especificações, especialidades e apresentações, existência de farmácias satélites e uma grande movimentação de entradas e saídas de itens, essas características se apresentaram como desafios adicionais ao processo de implantação do novo sistema.

Durante a implantação do SGA no Almoxarifado da Farmácia tivemos que inventariar cinco vezes, porque em algum momento surgia uma não conformidade e era necessário realinhar o físico com o virtual. Detectamos também necessidade de alterações de especificações técnicas, de ajustes de embalagens e ajustes finos de casas decimais, para cadastrar todos os itens do catálogo com lote e data de validade.

Na figura 1 apresentamos como o serviço de farmácia da instituição em estudo realiza a dispensação de medicamentos e materiais médico-hospitalar.

Figura 1 – Fluxo de dispensação dos medicamentos e materiais médico-hospitalares no hospital em estudo em 2018



Fonte: Elaborado pelas autoras.

Outro desafio foi a prática anterior adotada pelo serviço, que não respeitava um fluxo de distribuição, conforme desenhado acima. Muitas vezes os funcionários dos setores faziam solicitações diretas ao Centro de Abastecimento Farmacêutico (CAF) e essa prática desconfigurava totalmente o controle de estoque, porque as saídas não se davam no sistema. Existia uma cultura arraigada de que tudo que fosse solicitado deveria ser entregue imediatamente, que “Tudo é urgente” e “O que é público é para ser usado” e que “Não precisa fazer pedido se tudo é nosso mesmo”.

Um padrão de premissas básicas compartilhadas que o grupo aprendeu à medida que resolvia seus problemas de adaptação externa e integração interna, que funcionou suficientemente bem para ser considerada válida e, portanto, para ser ensinada aos novos membros como o meio correto de perceber, pensar e sentir em relação àqueles problemas.

Uma vez que os pressupostos tenham funcionado bem o suficiente para serem considerados válidos, eles são ensinados aos demais membros da organização como a maneira certa de se perceber, pensar e sentir em relação àqueles problemas. O conceito mais prático de cultura organizacional: “É o jeito que nós fazemos as coisas por aqui”. Esta definição, um tanto quanto utilitarista, expressa com simplicidade e clareza conceito de cultura organizacional. Demonstra de forma prática a cultura a partir da observação de como as coisas são feitas para que possamos entender. As pessoas facilmente aceitam que toda sociedade humana desenvolve uma cultura, um conjunto comum de premissas, crenças artefatos e linguagem, é passado e, às vezes, modificado de geração a geração. Assim, como expressão associativa do homem, a empresa desenvolve um conjunto próprio de princípios, crenças e valores, resultantes da interação entre as pessoas. Mudar cultura instituída é difícil e requer tempo, foco, objetivos claros e um modelo de gestão transparente com comunicação objetiva e clara.

Uma das maiores dificuldades foi organizar as rotinas e fluxos de maneira que as pessoas respeitassem os novos processos e compreendessem que essas medidas faziam parte de uma mudança de cultura e do ponto de vista prático que os pedidos das unidades realmente fossem feitos para as farmácias satélites e as satélites solicitassem via sistema à CAF. Somente dessa maneira a CAF conseguiu manter o SIGIS atualizado nas entradas e saídas e, conseqüentemente, o SGA foi sendo aos poucos parametrizado e fomos corrigindo os erros de programação que detectamos utilizando as mesmas estratégias incorporadas no Almoarifado de Expediente: Comunicação *on-line* permanente com a TI da SEPOG e SMS para garantir as correções dos erros de programação detectados, com tempo-resposta pactuado de, no máximo, cinco dias úteis, solicitações via ofício para modificações de especificações técnicas e incorporações de itens no catálogo de padronização à Assessoria Técnica da Coordenadoria dos Hospitais e inventários sempre que a equipe técnica percebia necessidade.

Os itens do Almoarifado do Laboratório são virtuais e legalmente separados no sistema, porém, fisicamente são organizados no mesmo espaço físico da CAF. A estratégia adotada foi selecionar e

treinar um funcionário responsável pelas solicitações do laboratório. Somente este funcionário tinha a senha, autorização para operar o SIGIS e SGA, entrar na CAF, realizar inventário e solicitar compra.

Concluimos a instalação do SGA no Almoxarifado do Laboratório em quinze dias, pois o funcionário incorporou rapidamente os novos conhecimentos, o número de itens cadastrados no catálogo era pequeno e não havia mudanças de especificações a fazer. Consideramos concluída a instalação do SGA no final de fevereiro de 2018 dos Almoxarifados da Farmácia e Laboratório. Em março de 2018, realizamos reunião com Grupo Gestor da Instituição, representantes da TI da SMS e da SEPOG e representantes da Coordenadoria dos Hospitais da SMS para alinhar demandas, avanços e dificuldades.

O último Almoxarifado a ser instalado o SGA foi o da Nutrição, porque a maioria dos itens dependia dos ajustes de casas decimais, as dietas enterais ainda aguardavam as alterações de especificações solicitadas e o sistema exigia número de lote e data de fabricação e essa informação, muitas vezes, não era disponibilizada pelas empresas de hortifrúti. Outros fatores complicadores foram a quantidade de funcionários e a condição técnica deles, o dimensionamento do espaço físico e o *layout* do almoxarifado.

Adotamos a estratégia de *Benchmarking* interno. Segundo Pinto (2007), “ele é um instrumento estratégico no qual as organizações procuram desenvolver melhorias no seu processo de gestão pela “troca de experiências” com outras organizações com processos semelhantes. Nesta técnica sempre haverá uma empresa “doadora” e outra empresa “receptora.”

Tomamos como referência as práticas e os processos de outros setores dentro da própria empresa, e tentamos apropriá-los ou melhorá-los para outros setores. No âmbito interno, o *Benchmarking* favorece a empresa, pois não precisa ter custos com pesquisas externas. Executamos nossa estratégia por meio de uma força tarefa com a equipe da farmácia, que tinha adquirido *expertise* em lógica de armazenagem e distribuição e já havia passado por todo o processo de instalação do SGA. Montamos um cronograma de atividades com tempo de intervenção curto e responsável *expert*.

Primeiro, realizamos uma organização do *layout* do espaço do almoxarifado, respeitando a orientação de dispensação em forma de corredor com prateleiras abertas para permitir ventilação e ver o prazo de validade dos produtos.

Após realizar a organização do espaço e prateleira, realizamos inventário e cadastramos todos os itens no SGA. O funcionário do almoxarifado foi treinado para a interação com o sistema e foi acompanhado pessoalmente por 30 dias pelo coordenador do Almoxarifado de Expediente, que já tinha *expertise* suficiente para orientar, apoiar e oferecer segurança neste momento de implantação de novas regras.

Outra ferramenta adotada durante o processo foi a comunicação formal e escrita. Todas as mudanças importantes de processo foram comunicadas aos colaboradores e serviços envolvidos via instrução normativa, formulário institucional assinado pela diretora executiva para diminuir ruídos de comunicação e fortalecer as decisões tomadas na esfera de gestão maior e não fragilizar o processo que exigia uma mudança cultural importante e brusca.

Em final de março de 2018, concluímos a instalação do SGA nos quatro almoxarifados da instituição. Aguardamos as mudanças na programação solicitada pelo técnico da TI à SEPOG para que, após análise técnica, fosse estudada a possibilidade de adoção de um sistema de gestão de estoque único, que integrasse SIGIS e SGA para facilitar a comunicação dos diversos equipamentos da gestão em suas diversas esferas de decisão, minimizando erros de manipulação de dados por duplicidade, diminuindo retrabalho e otimizando tempo.

A saúde constitui um bem ou valor que ocupa o topo da pirâmide de prioridades da maioria das pessoas. Na sociedade atual, a busca incessante por qualidade e prolongamento da vida vem se tornando uma prioridade. É compreensível se esperar que o setor da saúde seja fortemente atingido por essa realidade da sociedade. Os avanços tecnológicos têm sido marcantes neste último século. Os avanços e novas descobertas tecnocientíficas na área da saúde são importantes e crescentes e isto traz um custo de investimento que, por outro lado, precisa ser monitorado.

A tecnologia é um termo complexo, cuja classificação depende de seu conteúdo, natureza ou emprego, caracterizando-se como um processo que envolve inúmeros saberes, habilidades, técnicas, equipamentos e sujeitos com o intuito de elevar a eficiência humana nos diferentes setores (HONORATO *et al.*, 2015).

Na saúde, trata-se de um conjunto de ações, que possuem como objetivo o enriquecimento do tratamento e do cuidado por meio da prática em saúde. Manifesta-se, ainda, como conhecimentos e habilidades integradas ao uso e aplicabilidade dos recursos em um sistema governamental, organizacional e de pessoas associadas (SÁ NETO; RODRIGUES, 2010).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), conforme a Lei 8.080/90 tem por objetivo garantir a universalidade e a integralidade à saúde, possibilitando maior acesso da população às redes de atenção. Constata-se que os recursos existentes, no entanto, nem sempre são utilizados efetiva e equitativamente para que este objetivo seja atingido é necessária a incorporação e utilização de novas tecnologias no SUS, bem como sua sustentabilidade, o que deve ser uma busca constante, considerando a transparência e a agilidade que o agregam.

Para garantir o princípio da integralidade é necessária a incorporação de novas tecnologias, de forma eficaz e segura, pois os danos ou riscos durante o atendimento não podem superar os benefícios (BRASIL, 2018).

O transcorrer do relato, ora apresentado, e sua fundamentação teórica, deixa claro que a inserção de novas tecnologias, nos diversos setores da saúde marca um novo tempo nesta área. Essas tecnologias trazem melhorias na qualidade dos serviços de saúde. A utilização desses novos recursos de forma adequada na área da saúde, tem gerado transparência e agilidade dos processos internos das corporações, o que leva a benefícios para a população assistida.

CONCLUSÃO

Essa experiência foi um aprendizado para os atores envolvidos no processo de instalação e contribuiu, principalmente, para insta-

lação do SGA em outras unidades hospitalares, pois, a cada passo acertado que a instituição realizava, era construído parte do caminho para as outras instituições se beneficiarem, evitando gastos desnecessários de tempo, recursos materiais, financeiros e planejamento. A maior de todas as contribuições foi que se estabeleceu um padrão de uso do sistema em todos os hospitais.

REFERÊNCIAS

BALLOU, R. H. **Logística empresarial**: transportes, administração de materiais, distribuição física. São Paulo: Atlas, 2010.

BARRA, D. C. C.; NASCIMENTO, E. R. P.; MARTINS, J. J. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área de saúde e da enfermagem. **Revista Eletrônica Enfermagem**, v. 8, n. 3, p. 422-430, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde**. Brasília (DF), 2010. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/>>. Acesso em: 13 abr. 2018.

FORTALEZA. **Diário Oficial do Município de Fortaleza**, nº 15923, 2016, p. 6-11. Disponível em: <<http://apps.fortaleza.ce.gov.br/diariooficial/download-diario.php?objectId=workspace://SpacesStore/2814dd59-83f4-4423-ace3-58691f9a0a5f;1.0&numero=15923>>. Acesso em: 9 abr. 2018.

GOMES, E. B. P. **Cultura organizacional**: um estudo de caso. 2000. Disponível em: <[file:///C:/Users/hp/Downloads/Cultura%20Organizacional%20Estudo%20de%20Caso%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/hp/Downloads/Cultura%20Organizacional%20Estudo%20de%20Caso%20(1).pdf)>. Acesso em: 15 abr. 2018.

HONORATO, D. Z. S. et al. O uso de tecnologias em saúde na consulta: uma análise reflexiva. **R. Interd.**, v. 8, n. 1, p. 234-239, 2015.

MACQUADE, B. The nineteenth century information revolution and the accomplishment of rule: information infrastructures, intelligence states, colonial discourses, and racial knowledge. **Critical Sociology**, v. 39, n. 5, p. 781-790, 2013. Disponível em: <<http://crs.sagepub.com/content/early/2013/01/29/0896920512458600.full.pdf+html>>. Acesso em: 9 abr. 2018.

PINTO, L. F. S. **O homem, o arco e a flecha**: em direção a teoria geral da estratégia. Brasília: SENAC, 2007.

RABAGLIO, M. O. **Seleção por competências**. São Paulo: Educador, 2001.

SÁ NETO, J. A.; RODRIGUES, B. M. R. D. Tecnologia como fundamento do cuidar em Neonatologia. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 372-377, jun. 2010.

VEIGA, R. S. et al. Implantação dos 5Ss e proposição de um SGQ para uma indústria de erva-mate. **Revista ADMpg Gestão Estratégica**, Ponta Grossa, v. 6, n. 1, p. 71-78, 2013. Disponível em: <http://www.admpg.com.br/revista2013_1/Artigos/14%20Implantacao%20dos%205Ss%20e%20proposicao%20de%20um%20SGQ.pdf> Acesso em: 9 abr. 2018.

VIEIRA, F. P. **Gestão, baseada nas competências, na ótica dos gestores, funcionários e clientes, na empresa de assistência técnica e extensão rural do estado de Rondônia**. Emater, RO. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Cacoal, 2002.

ANÁLISE DO PCAtool e PMAQ COMO INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Maria Clarice Tavares Evangelista

Antonio Rodrigues Ferreira Júnior

INTRODUÇÃO

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) busca superar as políticas excludentes de privação do acesso às ações e aos serviços de saúde. Nesse sentido, o SUS é sem dúvida um avanço, uma conquista, produto das lutas e reivindicações da Reforma Sanitária Brasileira por um modelo de sistema de saúde que fosse universal, inclusivo e atendesse às necessidades da população brasileira (AZEVEDO, 2007).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), o SUS, organizado pelos princípios da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade, é consolidado como legado do movimento sanitário, na década de 1980, o qual defendia a saúde como resultado de políticas econômicas e sociais, um direito de todos e dever do Estado, e que apontava para a relevância pública das ações e serviços de saúde. O monitoramento da reforma sanitária caracterizou-se como processo de politização da saúde, que envolveu movimentos sociais, profissionais de saúde, partidos políticos, universidades, instituições de saúde e parlamentares (BRASIL, 2011).

De acordo com Cavalcante (2014), a construção desse sistema avançou de forma substantiva, sendo fortalecidas as evidências da importância do papel da Atenção Primária à Saúde (APS), sendo, hoje, considerada imprescindível para a organização dos sistemas de saúde e melhoria da qualidade de vida da população. As diferentes esferas administrativas governamentais – níveis federais, estaduais

e municipais – juntamente com a academia, os trabalhadores e as instituições de saúde, têm reconhecido a APS como base essencial para o bom desempenho dos sistemas de saúde.

A APS é o nível de um sistema de saúde que oferece a entrada principal no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornecendo atenção sobre o decorrer do tempo, para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum lugar ou por terceiros (STARFIELD, 2006).

No Brasil, Atenção Básica (AB) foi a expressão adotada oficialmente para designar este nível de atenção. Conforme a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a AB é o conjunto de ações de saúde que podem ser individuais, familiares e coletivas, abrangendo promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, realizadas através de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, desenvolvidas por multiprofissionais e dirigida a uma população definida em um território adscrito, sobre as quais as equipes de saúde adotam responsabilidade sanitária, sendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) sua via preferencial de consolidação (BRASIL, 2017).

A AB deve ser o primeiro contato e porta de entrada do usuário aos serviços de saúde, e deve ordenar fluxos e contrafluxos de pessoas, serviços e informações, inclusive nos demais pontos de atenção. Reconhece o indivíduo em sua singularidade, numa inserção socio-cultural específica, buscando oferecer atenção integral, incorporando ações de vigilância em saúde, visando o planejamento e implementação de políticas públicas para a proteção da saúde da população, bem como a prevenção e o controle de riscos e agravos, além da promoção de saúde (BRASIL, 2017).

No Brasil, a reorganização da AB deu-se através da criação da ESF, lançada pelo MS em 1994, inicialmente com o nome de Programa Saúde da Família (PSF). Esta estratégia, considerada prioritária pelo SUS, favorece a expansão, qualificação e consolidação da AB, conta com equipes multiprofissionais, compostas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um técnico/auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde, a depender do número de pessoas da área de abrangência. A esta equipe mínima pode-se acres-

centar os profissionais de saúde bucal, cirurgião dentista, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2017).

Segundo Fertoni *et al.* (2015), as diretrizes idealizadas na ESF determinam um “novo” modelo assistencial de oferecer saúde, no qual as práticas precisam estar dirigidas pelos determinantes do processo saúde-doença, levando em conta o contexto familiar de cada indivíduo, este fazendo parte de grupos e comunidades socioculturais, e abrangendo ações de relevância, tanto no campo da vigilância em saúde como nas ações voltadas para a promoção de saúde.

Nessa perspectiva, a PNAB objetiva promover a APS no Brasil e define princípios, financiamento, responsabilidades de cada esfera de governo, infraestrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho e atribuições dos profissionais para esse nível de atenção. Inclui ainda as especificidades da ESF, determinada como modelo preferencial para a APS e centro ordenador das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2017).

Esta Política afirma, ainda, que todas as unidades básicas de saúde (UBS) são potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para as Redes de Atenção à Saúde. Entretanto, apesar de todos os avanços alcançados desde a implementação da Estratégia Saúde da Família, o problema da qualidade dos serviços de atenção básica prestados à comunidade ainda representa aspectos críticos, no tocante à resolutividade dos serviços, bem como satisfação de usuários, profissionais e gestores da saúde (BRASIL, 2017). E, justamente, por conta dos avanços em termos quantitativos, Harzheim e cols. (2013), acreditam que é imprescindível uma rigorosa produção de conhecimento que avalie a qualidade dos cuidados primários oferecidos à população, no que se refere à estrutura, processos de trabalho e desfechos em saúde.

Com efeito, surge a necessidade do desenvolvimento e implementação de processos avaliativos na atenção básica, que ainda se dá de forma fragilizada, os quais forneçam informações que possam subsidiar a tomada de decisões, com o intuito de adotar medidas voltadas para a melhoria da qualidade da assistência prestada à população e ao processo de trabalho.

Entendida como ação crítico-reflexiva contínua, a avaliação em saúde deve ser desenvolvida sobre a organização, o funcionamento, os processos e práticas de trabalho da gestão e do serviço e, em especial, sobre os resultados, e contribui efetivamente para que gestores e profissionais tenham informações e adquiram conhecimento, necessários a tomada de decisão voltada ao atendimento das demandas e necessidades de saúde com qualidade, para o alcance da resolubilidade e satisfação do usuário (BRASIL, 2006).

Segundo Engel (2015), “a avaliação no campo da saúde é a combinação do desenvolvimento das tecnologias, das crises das finanças públicas e do envelhecimento das populações”. Esta conjuntura, fenômeno que pode ser reconhecido como mundial, ainda segundo a mesma autora, tem obrigado os gestores públicos, especialmente os de nível central, a controlar o crescimento dos custos das ações de saúde e, ao mesmo tempo, garantir a todos o acesso equânime a serviços de qualidade, numa demanda sempre crescente.

Refletindo sobre as particularidades nacionais e internacionais das concepções de APS, observa-se que são poucas as pesquisas relacionadas à avaliação nessa área. Entende-se que a realização de um estudo que busca na literatura nacional e os instrumentos que vêm sendo utilizados como ferramentas de avaliação da APS nos serviços de saúde são de suma importância, visto a literatura ser pouco abrangente.

Além disso, entende-se que, ao se aproximar com instrumentos de avaliação, existe a possibilidade do acesso a percepções dos usuários do serviço, dos profissionais, dos gestores, aos modelos de atenção utilizados, às práticas de cuidado individual, coletivo e de gestão em saúde que vem sendo implementados na APS nacional e internacionalmente dentre outros. A necessidade de avaliar e contribuir, para o fortalecimento da APS, é essencial e urgente, percebendo a importância das ações de promoção no âmbito da atenção básica e, principalmente, por ser a porta de entrada do Sistema Único de Saúde.

Nesse contexto, a pesquisa traz como objetivo verificar os instrumentos de avaliação da APS que estão sendo mais utilizados, com foco no PCAtool e PMAQ.

METODOLOGIA

Optou-se por uma revisão narrativa, realizada a partir de uma busca na base de dados Lilacs (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), onde foram usados os descritores “Avaliação em Saúde” e “Avaliação Primária em Saúde” e “Serviços de Saúde”. Após a leitura minuciosa dos 10 estudos selecionados, foram excluídos seis artigos que utilizaram instrumentos não validados.

Utilizou-se para a pesquisa, a biblioteca eletrônica SciELO (Scientific Electronic Library Online), foram utilizados os descritores “Avaliação em Saúde”, “Avaliação Primária em Saúde”, “Saúde Pública” e “Serviço de Saúde”. Das oito produções científicas, após a leitura minuciosa dos artigos na íntegra, verificou-se que dois estudos utilizaram instrumentos de coleta de dados validados para avaliar a Atenção Primária à Saúde. Porém, estes estudos são duplicados, pois, já foram encontrados na base de dados Lilacs.

Do total de produções científicas, cinco (05) condiziam com o objetivo da pesquisa. A análise deu-se, a partir da literatura pertinente ao assunto.

PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL (PCATool)

O PCATool prevalece como instrumento mais utilizado no Brasil para avaliar a APS, devido ao seu reconhecimento, aceitação e sua validação em vários países como Estados Unidos, Espanha e outros.

Esse instrumento, embasado no marco teórico da Atenção Primária à Saúde, mede a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais e dos três derivados da atenção primária e o grau de afiliação do usuário ao serviço de saúde.

Segundo Starfield *et al.* (2001), definem quatro atributos essenciais para o funcionamento dos serviços de saúde na APS: acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção. Os mesmos autores citados acima propõem também três características, chamadas atributos derivados, que qualificam as ações dos serviços de APS:

atenção à saúde centrada na família (orientação familiar); orientação comunitária; e competência cultural. O PCATool foi criado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (1990). Este modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde baseia-se na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultado dos serviços de saúde (STARFIELD, 2001).

O PCATool, originalmente formado por 77 perguntas (itens) sobre os sete atributos da atenção primária à saúde, possibilita, por meio de respostas tipo *Likert*, construir escores com intervalo de 1-4 para cada atributo. O escore final de cada um destes atributos é dado pela média das respostas de seus itens, que também variam de 1-4. Alguns atributos são formados por subdimensões, como acesso (primeiro contato e utilização), integralidade (serviços recebidos e serviços disponíveis e coordenação, sistema de informação e fluxo de usuários). Originalmente, a soma das médias dos valores dos quatro atributos essenciais e de suas subdimensões com a média do escore do grau de afiliação do usuário ao serviço de saúde produz o escore Essencial da Atenção Primária à Saúde. A soma da média desses escores essenciais com as médias dos escores derivados produz o Escore Geral da Atenção Primária.

Santos e cols. (2017) afirmam que os resultados associados aos atributos tornam-se efetivos ao se relacionarem com a atenção à saúde da população, reafirmando ou desenvolvendo ações de maior qualidade no planejamento e na execução. Esses autores acreditam que conhecer o contexto vivenciado na APS pode constituir-se uma ferramenta fundamental para auxiliar os gestores no planejamento e organização dos serviços, para melhor direcionar as ações executadas pelos profissionais de saúde.

Harzheim e cols. (2013) utilizaram este instrumento para a avaliação dos serviços da APS ofertados em uma capital brasileira e afirmam que “mesmo considerando as diferenças regionais e o extenso número de itens, o PCATool-Brasil pode ser considerado um instrumento válido e fidedigno para avaliar a presença e a extensão dos atributos da APS”, para usuários adultos.

PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)

Embora o PCATool seja o instrumento mais utilizado no Brasil, existe outro que está sendo empregado para avaliar a APS, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

O PMAQ procura induzir a instituição de processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estadual e municipal, além das Equipes de Atenção Básica em ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população. Este instrumento busca também ampliar o acesso e melhorar a qualidade da APS, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e local de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais, direcionadas à Atenção Básica.

Reconhecendo a necessidade da institucionalização dos processos avaliativos como eixo central de melhoria da atenção básica, o Ministério da Saúde, em 2011, lança o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Surge como parte de um sistema de avaliação para a qualificação do SUS e é expresso como a principal estratégia indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento da atenção básica no País, institucionalizando a proposta de avaliação como premissa da qualidade e fomentando processos de melhoria contínua da qualidade (BRASIL, 2011).

O PMAQ surge como parte de um sistema de avaliação para a qualificação do SUS e figura como a principal estratégia indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento da atenção básica no país, institucionalizando a proposta de avaliação como premissa da qualidade e fomentando processos de melhoria contínua da qualidade (SAVASSI, 2012; BRASIL, 2011).

Buscando a melhoria dos serviços de atenção básica à saúde, o PMAQ propõe um ajuste dos serviços às estratégias previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com avaliação de processos e resultados mensuráveis.

O programa baseia-se no estabelecimento de um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade, dividido em quatro fases, a saber: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e monitoramento. Ressalte-se que para a fase de desenvolvimento são propostas estratégias que se destinam à promoção de movimentos de mudança na gestão, no cuidado e na gestão do cuidado, induzindo a permanente e progressiva busca pela ampliação do acesso e da qualidade das práticas de atenção e gestão da saúde (BRASIL, 2011).

As dimensões (ou estratégias) de desenvolvimento do PMAQ, denominadas autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional, são propostas aos municípios como táticas de indução aos processos de melhoria e aperfeiçoamento das ações, capazes de deflagrar movimentos de mudança concreta entre os atores envolvidos, sejam eles gestores, profissionais de saúde e comunidade (BRASIL, 2011).

Vale ressaltar que, apesar do caráter nacional do programa, os mecanismos de implantação e desenvolvimento, principalmente relacionados a questões de desempenho das equipes, diferenciam-se claramente em relação às peculiaridades de cada município, estado ou região (ELIAS *et al.*, 2006; FACCHINI *et al.*, 2006; PINTO, SOUSA, FLORENCIO, 2012) e que este fator deve ser considerado nos processos avaliativos. Pinto, Sousa e Florêncio (2012) já apontam o grau de desenvolvimento econômico e porte populacional dos municípios como elementos de explicação para uma maior ou menor propensão de adesão ao PMAQ.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um serviço de saúde universal, como o Sistema Único de Saúde, devido à sua magnitude e à sua complexidade, deve estar em constante movimento, com questionamentos acerca das dificuldades decorrentes do desafio de oferecer atenção integral aos seus usuários. O contexto socioeconômico de um país com as dimensões do Brasil, faz com que o SUS seja constantemente colocado à prova em seu intento de efetivar seus princípios maiores de Universalidade, Integralidade e Equidade.

Os equipamentos de saúde, nos seus variados formatos, bem como as políticas públicas de saúde e suas estratégias, devem se moldar às necessidades de seus usuários, na medida em que os territórios e populações vão se modificando, de forma concomitante, de maneira que se minimizem as rupturas dos processos e o sofrimento dos indivíduos que constituem o sistema, sejam gestores, trabalhadores ou dependentes das ações de saúde.

Entende-se, pois, que os serviços de saúde se constituem espaços vivos de aprendizado, (re)construção e validação de processos de trabalho, à medida que as necessidades de saúde da população vão se modificando, onde estes indivíduos são atores das mudanças, devendo ser ouvidos através de instrumentos validados pela comunidade científica e por estes próprios protagonistas do sistema.

Instrumentos de avaliação dos serviços de saúde não são um fim em si mesmos; ao contrário, como o próprio nome diz, são ferramentas utilizadas, testadas e aperfeiçoadas, além de aplicadas em contextos diversos, para que se consiga extrair o máximo de informações possíveis sobre a qualidade dos serviços ofertados à população, no intuito de otimizar recursos financeiros, humanos e de tempo, oferecendo o melhor serviço possível.

Neste trabalho realizou-se uma breve reflexão sobre os principais instrumentos de avaliação utilizados no Brasil, o PCATool e o PMAQ, criados a partir dos atributos essenciais da Atenção Básica, baseados em questões que traduzem a prática profissional, formada por processos e resultados, e conclui-se que ambos os instrumentos são de extrema valia no (re)pensar e na (re)formulação das práticas assistenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde, sempre na busca da melhoria do acesso e da qualidade dos serviços ofertados aos cidadãos .

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Ana Lucia Martins de. **Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.812, de 29 de novembro de 2011.** Homologa a adesão dos municípios e das respectivas equipes de Atenção Básica ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), Brasília, DF, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 2.435, de 21 de setembro de 2017. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília- DF, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ):** manual instrutivo para as equipes de atenção básica (saúde da família, saúde bucal e equipes parametrizadas) e NASF. Brasília, 2013 a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mais perto de você: acesso e qualidade. **Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).** Documento síntese para avaliação externa. Brasília, 2012.

ELIAS, Paulo Eduardo et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 633-641, 2006.

ENGEL, Rosana Hupples et al. **Avaliação do PMAQ sob a ótica dos gestores municipais de saúde no interior do Rio Grande do Sul.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, 2015.

FACHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006.

FERTONANI, Hosanna Patrig et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 1869-1878, 2015.

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.

OLIVEIRA, Mônica Maria Celestina de. **Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre**: uma análise agragada. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007.

PINTO, Hêider Aurélio; KOERNER, Rodolfo Sander; SILVA, Diego Castro Alonso. **Prioridade se traduz em mais e melhores recursos para a atenção básica**. [Internet]. Brasília, DF: Rede de Pesquisas em Atenção Primária à Saúde, Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2012.

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 7, n. 23, p. 69-74, 2012.

SHI, Leiyu; STARFIELD, Barbara; XU, Jiahong. Validating the adult primary care assessment tool. **Journal of Family Practice**, v. 50, n. 2, p. 161-161, 2001.

Capítulo 18

PROCESSO DE ACREDITAÇÃO PEDAGÓGICA COMO FERRAMENTA DE GESTÃO NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Rosimary da Silva Barbosa
Maria Helena Lima Sousa

INTRODUÇÃO

A Vigilância Sanitária integra a área da Saúde Coletiva. Em suas origens constituiu a configuração mais antiga da Saúde Pública com a chegada da Família Real portuguesa, em 1808 (COSTA; ROZENFELD, 2015). A área se fortaleceu durante a Constituição Federal de 1988, quando no artigo 200 afirmava que “Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador” (BRASIL, 1988). Esse serviço vem se aprimorando e se desenvolve cada vez mais. Com a atual revolução em busca da informação oriunda das transformações constantes a partir do avanço da pesquisa, da rapidez desta informação exigida pelo ser humano que está mais virtualizado, propicia um aumento da tecnologia e inovação, além de contribuir para o favorecimento da incerteza e dos riscos potenciais existentes (ARAUJO *et al.*, 2014).

Relacionando o risco na área da saúde, torna-se necessária a inserção da vigilância sanitária como espaço de comunicação, pois esta área define-se como “um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde” (BRASIL, 1990).

Dessa forma, o Ministério da Saúde promulgou-se a Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999 para definir o Sistema Nacional de Vi-

gilância Sanitária e criar a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências, no qual este sistema:

“compreende o conjunto de ações definido pelo §1º do art. 6º e pelos arts. 15 a 18 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, executado por instituições da Administração Pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, que exerçam atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização na área de vigilância sanitária” (BRASIL,1999).

As ações de Vigilância Sanitária (VISA) abrangem um contingente de áreas relacionadas à saúde, uma vez que perpassa pela vigilância, proteção e promoção da saúde em todos os aspectos, desde a produção de bens de consumo até a prestação de serviços. Essa prática, se realizada de maneira eficiente, nos remete a uma saúde pública de qualidade (SENNA, 2010).

A demanda crescente de profissionais para o campo da Saúde Coletiva, como meio para se fortalecer as ações e os serviços de saúde, tem impulsionado a oferta de cursos de Pós-Graduação *Lato Sensu* com as mais diversas estruturas curriculares, carga horária e critérios de aprovação discente. Nesse contexto, a implementação de um sistema de avaliação impulsionado a oferta de cursos de Pós-Graduação *Lato Sensu* com as mais diversas estruturas curriculares, cargas horárias e critérios de aprovação discente. Nesse contexto, a implementação de um sistema de avaliação para esta tipologia de formação específica, em âmbito nacional, vem responder à necessidade por um processo avaliativo institucional permanente, no sentido de se promover o melhoramento progressivo da qualidade da educação em saúde coletiva, cujo comprometimento maior se dá pelo fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) (CECCIM, 2005).

Assim surgem os processos de acreditação pedagógica, que no Brasil a iniciativa de acreditar os cursos de saúde pública surgiu na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), em cooperação com a *École Nationale de la Santé Publique*, de Rennes/França (ENSP/FR). O processo de implantação

da Agência de Acreditação Pedagógica (AAP) se iniciou na década de 1990, sofreu uma paralisação e foi retomado nos anos de 2010 e 2011 com a articulação da Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública. Em setembro de 2014, a referida Agência foi então instalada oficialmente no âmbito da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) (REDE ESCOLA, 2018).

Com a instalação da AAP (Agência de Acreditação Pedagógica), o Sistema de Acreditação Pedagógica (SAP) se consolida, então, como um procedimento de verificação externa e uma forma pactuada de gerenciamento coletivo da qualidade, cujo objetivo é oferecer reconhecimento social a cursos de Pós-Graduação *Lato Sensu*, envolvendo aspectos relacionados às atribuições legais, ao projeto pedagógico, à pertinência, à capacidade de articulação acadêmico-pedagógica, aos recursos humanos, à infraestrutura e aos resultados (CECCIM, 2005).

A iniciativa da acreditação pedagógica se desdobra dos binômios sistemas de avaliação e sistema de ensino; avaliação institucional e indicadores educacionais; políticas públicas e projetos pedagógicos; desenvolvimento organizacional e gestão da educação, entre outros conceitos que associam o crescimento contínuo das instituições de ensino, qualidade dos serviços educacionais, desempenho nas aprendizagens, compromisso social das instituições de ensino, produção de interações e efeitos de integração entre instituições de ensino e sociedade (POLIDORI e CARVALHO, 2016).

Nesse sentido, desafiada a implementar uma política de busca contínua de aperfeiçoamento de suas atividades acadêmicas, a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) vem envidando esforços e desenvolvendo múltiplas ações, visando qualificar, cada vez mais, seus programas educacionais. Assim, numa iniciativa pioneira no País, a instituição submeteu o Curso de Especialização em Vigilância Sanitária ao processo de Acreditação Pedagógica, obtendo, em 2014, a condição de acreditado, com o parecer provisório, e em 2017 recebe o parecer técnico 02/2017, após cumpridas todas as etapas do referido processo.

O Curso de Especialização em Vigilância Sanitária da ESP/CE é ofertado desde o ano 2000 e se apresenta como uma das ações formativas mais consistentes desenvolvidas pela instituição, à medida

que responde positivamente pela formação de profissionais politicamente crítico-reflexivos, tecnicamente habilitados e potencialmente resolutivos, frente ao controle de produtos, serviços e ambientes de interesse à saúde, no estado do Ceará.

O presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência da ESP/CE, no processo de acreditação pedagógica com destaque para o percurso trilhado pela instituição.

MÉTODOS

O relato de experiência desenvolveu-se na Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) no período de 13 de agosto de 2013 a julho de 2015. A metodologia adotada no presente trabalho procurou atender aos procedimentos desenhados pelo SAP, iniciando-se pela assinatura do Termo de Adesão, pela ESP/CE, ao referido sistema, por meio do qual foi definido/apontado o Curso de Especialização em Vigilância Sanitária como Unidade de Análise Experimental. Como, por ocasião da adesão, ainda não havia sido instalada oficialmente a AAP, no âmbito da ABRASCO, esta se deu em 23 de setembro de 2014, junto à Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública, coordenadora do processo até então (BICCA, 2018).

O curso de especialização em vigilância sanitária da ESP/CE, na sua 7ª edição, foi escolhido para ser apreciado no processo de acreditação pedagógica por apresentar regularidade na oferta, por manifestar interesse em colocar-se para experimentação e por ser um curso da área da saúde pública/coletiva, reconhecido institucionalmente de sua importância, principalmente de seus desdobramentos para o controle do risco sanitário e dos processos produção-consumo de produtos e serviços e, por conseguinte, para a proteção da saúde no Ceará, além de ter estudos de necessidade/demanda de pesquisa de formação em vigilância sanitária. Esta iniciativa busca implantar no Brasil um Sistema de Acreditação Pedagógica de Cursos de Pós-Graduação *Lato Sensu* na área de Saúde Pública, estabelecendo o controle e a garantia das competências educacionais (ABRASCO, 2017).

Após apresentar em seu processo formativo as melhorias indicadas em 2014, o Curso de Especialização em Vigilância Sanitária da ESP/CE recebeu oficialmente a acreditação pedagógica realizada pelo Comitê de *Experts* da ABRASCO, ENSP/Fiocruz e REDESCOLA. Sendo, no Ceará, o primeiro curso acreditado na área de saúde coletiva/saúde pública, com orientações para a implantação do plano de melhoria da qualidade. Para executá-lo, a ESP/CE contou ainda com a parceria da Secretaria de Saúde do Ceará (SESA), por meio do Núcleo de Vigilância Sanitária (NUVIS) da Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde (COPROM) (CEARA, 2017).

Todo o processo de experimentação foi construído em 15 etapas, passando pela realização da I Oficina de Mobilização Interna, promovida pela RedEscola em parceria com a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz). Em 2013, nos dias 1º e 02 de agosto, a Escola de Saúde Pública do Ceará realizou a Oficina de Preparação e Mobilização ao processo de experimentação da acreditação pedagógica e, em 17 de julho de 2015, culminou na realização de um Seminário de socialização da experiência, “Acreditação pedagógica como fomentadora da qualidade educacional dos cursos *Lato Sensu* em saúde pública do Ceará” do qual participaram toda a comunidade acadêmica, atores institucionais envolvidos e a sociedade em geral. O Seminário objetivou, ainda, disseminar os propósitos do Sistema Nacional de Acreditação Pedagógica de Cursos *Lato Sensu*, na área de saúde pública/coletiva, no Ceará, de acordo com as etapas constantes no Quadro 1, a seguir:

Quadro 1 - Resumo das etapas no processo de Acreditação Pedagógica do Curso de Especialização em Vigilância Sanitária da Escola de Saúde Pública do Ceará(ESP/CE). Fortaleza/CE, 2013-2014

Etapa	Detalhamento
I	Realização da I Oficina de Acreditação Pedagógica de Cursos <i>Lato Sensu</i> em Saúde Pública, promovida pela Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública em parceria com a ABRASCO e a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), sediada na própria ESP/CE, quando então se iniciou o processo de mobilização institucional interno.
II	Definição de um Grupo de Trabalho (GT) denominado GT Acreditação (GT-A), no âmbito do Centro de Educação Permanente em Vigilância da Saúde (CEVIG), cuja atribuição seria coordenar todas as etapas e processos subsequentes.
III	Realização de reuniões ampliadas com atores institucionais com atuação direta ou indireta no Curso de Especialização em Vigilância Sanitária da ESP/CE, oportunidade para ampliação do debate sobre o significado da Acreditação Pedagógica para o curso, objeto de análise, e para a instituição como um todo.
IV	Definição de referenciais da qualidade, pelo atores institucionais participantes das reuniões ampliadas, a partir do acesso aos padrões avaliativos do processo de Acreditação Pedagógica. Estes padrões foram agrupados em três dimensões: gerencial, pedagógica e de infraestrutura, com vistas a serem assim sistematizados em Relatório Final de Autoavaliação do curso.
V	Composições de três GT, com os atores institucionais participantes das reuniões ampliadas, com a atribuição de aprofundar a análise da dimensão sob sua responsabilidade. O critério adotado para a participação no GT se deu pela aproximação do ator com a dimensão a ser analisada pelo mesmo.
VI	Realização de reuniões dos GT Dimensão Gerencial (GT-G), GT Dimensão Pedagógica (GT-P) e GT Dimensão Infraestrutura (GT-I).
VII	Sistematização dos registros e apontamentos resultantes das discussões ocorridas no GT-G, GT-P e GT-I pelo GT-A.
VIII	Elaboração do Relatório de Final de Auto avaliação do curso pelo GT-A.
IX	Envio do Relatório de Final de Auto avaliação do curso para a Secretaria Executiva da Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública (Agência Provisória de Acreditação Pedagógica).
X	Recepção e cumprimento de uma agenda de trabalho, conduzida pela visita dos avaliadores externos da Agência Provisória de Acreditação Pedagógica <i>in loco</i> .
XI	Recebimento do Relatório Final do processo de Acreditação Pedagógica, contendo as descrições, análises e recomendações à luz dos padrões de referências de qualidade contidos nas três dimensões adotadas pelo SAP.
XII	Recebimento do Parecer Final do Conselho Provisório de Acreditação Pedagógica, aprovando Parecer do Comitê Provisório de Acreditação Pedagógica e, por conseguinte, homologando a condição de Acreditado ao Curso de Especialização em Vigilância Sanitária da ESP/CE.

Etapa	Detalhamento
XIII	Elaboração do Plano de Melhoria da Qualidade para o curso, objeto de análise, com o objetivo de atender às recomendações constantes do Relatório Final do processo de Acreditação.
XIV	Encaminhamento do Plano de Melhoria da Qualidade do Curso, objeto da análise, para a AAP, nesta ocasião já instalada oficialmente.
XV	Realização do Seminário Institucional de Acreditação Pedagógica, na sede da ESP/CE, cujo objetivo foi socializar os resultados obtidos no processo, com a comunidade acadêmica interna, bem como mobilizar outras instituições de ensino superior (IES) estaduais para a importância do SAP para a saúde pública do Ceará.

Fonte: Dados do Trabalho

O percurso metodológico orientador da experiência relatada se revelou como oportunidade para, a partir do envolvimento dos atores institucionais com participação direta ou indireta no Curso de Especialização em Vigilância Sanitária da ESP/CE, retratar, o mais fielmente possível, sua forma de organização, bem como os significados de suas realizações.

A autoavaliação do curso, realizada por esses atores (docentes, discentes, coordenação educacional, coordenação de área e de curso), foi importante para se analisar criticamente as atividades desenvolvidas, possibilitando avanços nos processos de construção e compartilhamento do autoconhecimento acerca da realidade do curso, atestando suas fortalezas, mas também diagnosticando carências e fragilidades que poderão ser corrigidas para aperfeiçoamento dele.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A autoavaliação para gestão da melhoria da qualidade do curso de especialização em vigilância sanitária teve como objetivo principal a produção de informações que contribuam para o seu aprimoramento.

As etapas de I a IX que culminaram com a elaboração do relatório do curso, forneceram subsídios concretos para a análise dele, a partir do confronto entre a realidade encontrada e os padrões avaliativos definidos como referenciais da qualidade.

Dessas etapas participaram atores com possibilidades concretas para refletir criticamente, não apenas sobre os aspectos da gestão e funcionamento do curso, mas também sobre toda a ambiência institucional que o envolve. Assim, participaram diretamente do processo interno representantes da Superintendência, da diretoria de Pós-Graduação, da supervisão do centro que abriga o curso, da coordenação do curso, dos professores, dos alunos, da diretoria de educação profissional, da diretoria administrativo-financeira, da assessoria de comunicação, da assessoria de desenvolvimento institucional, do centro de desenvolvimento educacional, do centro de documentação e biblioteca, do núcleo de tecnologia da informação e da secretaria escolar.

A construção coletiva do relatório do curso despertou nos envolvidos maior entendimento sobre a importância da avaliação como instrumento de planejamento e de qualificação e mudanças para as ações institucionais. Observou-se, a partir da participação efetiva desses atores, o desenvolvimento de uma consciência sobre a necessidade de se promover uma cultura interna de autoavaliação, para além da unidade de análise.

Os resultados apresentados no relatório de autoavaliação, enviado para a Agência Provisória de Acreditação Pedagógica (etapa X) refletiram, exatamente, o reconhecimento da direção superior de órgãos de assessoramento, de execução instrumental e de execução programática da ESP/CE, das informações relacionadas à realidade do curso, abordando aspectos referentes às dimensões gerencial, pedagógica e de infraestrutura, a partir das quais tornou-se possível retratar sua forma de organização, bem como os significados de suas realizações.

A etapa XI se constituiu na visita dos avaliadores externos, três membros da Agência Provisória de Acreditação Pedagógica. A referida visita se deu em três dias consecutivos, iniciando-se por um processo de escuta e diálogo dos avaliadores com os atores institucionais, professores e alunos de todas as edições do curso, de modo individual ou por representação de segmento, culminando, no último dia, com uma roda de conversa ampliada.

A etapa XII referiu-se ao recebimento do Relatório Final do processo de Acreditação Pedagógica, produzido pelos avaliadores ex-

ternos, que tomou como base os elementos e a análise do Relatório, documentos, observações e as entrevistas realizadas por ocasião da visita à ESP.

Em virtude do curso, objeto da análise, ter atendido a 71,4% dos padrões propostos pelo referencial da qualidade de forma integral e, os demais 28,6% em conformidade atingida parcialmente, o Comitê Provisório de Acreditação Pedagógica recomendou a Acreditação do curso.

O Parecer Final do Conselho Provisório de Acreditação Pedagógica (etapa XIII), aprovando Parecer 01/2014 do Comitê Provisório de Acreditação Pedagógica em 28 de fevereiro de 2014, e, por conseguinte, homologando a condição de Acreditado ao Curso de Especialização em Vigilância Sanitária da ESP/CE, foi então recebido pela instituição, todavia a APP emite um conjunto de recomendações para a melhoria contínua da qualidade do curso.

Reconhecendo a necessidade de atendimento às recomendações constantes do Relatório dos Avaliadores Externos, na perspectiva de garantir a melhoria contínua da qualidade do curso, objeto da análise, a ESP/CE elaborou um Plano de Melhoria da Qualidade (etapa XIV) e o encaminhou para a AAP, oficialmente constituída nesta ocasião (etapa XV). Este foi elaborado em consonância com os diversos dispositivos regulamentares institucionais, com estratégias que visam à melhoria contínua do referido curso e se traduzem em compromissos da instituição para este fim. A partir dessas recomendações, a Escola do Ceará elaborou um “Plano de Melhoria da Qualidade” que serviu como documento de referência para a Coordenação Executiva da ABRASCO observar, em visita *in loco*, o avanço no caminho de qualidade realizado pelo Curso de Vigilância Sanitária da Escola de Saúde Pública do Ceará. O Comitê de *Experts* examinou o relatório apresentado pela Coordenação Executiva, que foi amparado pelas orientações formuladas para a Acreditação Pedagógica dos cursos ofertados pela Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública (RECFSP). Observou-se que o documento apresentado descreve, analisa os achados e apresenta evidências concretas de investimentos institucionais para sanar problemas mencionados, por ocasião da Acreditação em 2014.

Em 11 de dezembro de 2014, a Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública publica um vídeo explicativo sobre as etapas da acreditação pedagógica no *site*: <https://www.youtube.com/watch?v=NRQ-ZoIp9awI&feature=youtu.be>.

Com o objetivo de socializar os resultados obtidos, a partir da experiência no processo de adesão ao SAP, com a comunidade acadêmica e com a sociedade, em uma iniciativa de fomento à adesão, por outras instituições de ensino, foi promovido pela ESP/CE o seminário “Acreditação Pedagógica como fomentadora da qualidade educacional dos cursos *Lato Sensu* em saúde pública no Ceará” (etapa XVI).

Na oportunidade foi entregue o livreto do plano de melhorias à Representante da Rede Escola e aos demais presentes. Depois de todo o processo de experimentação cumprido, a Superintendência da ESP/CE solicitou, junto à Agência de Acreditação Pedagógica, na ocasião já devidamente instalada, a validação do referido processo e consequente acreditação do curso. Nesse sentido, a instituição recebeu a visita do Secretário Executivo da Agência de Acreditação Pedagógica, onde o propósito foi revisar o processo vivenciado pela ESP/CE e sinalizar os desdobramentos definitivos para a sua validação.

Em 2017, foi entregue à instituição o parecer 02/2017 Acreditação Pedagógica emitido pelo comitê de *experts* para acreditação pedagógica referente ao curso de especialização em vigilância sanitária da Escola de Saúde Pública do Ceará, no qual os membros do Comitê de *Experts* consideraram que a Escola do Ceará avançou em nós críticos comuns às Escolas de Saúde Pública, apresentaram sinais evidentes de atenção com pontos nevrálgicos da gestão de uma Escola, com demonstrações claras de investimentos efetuados nos últimos anos para a manutenção da qualidade, com reflexos positivos na sua estratégia de governança e de sua infraestrutura.

Evidenciaram que, relacionados aos resultados obtidos após o processo avaliativo, sete compromissos assumidos no “Plano de Melhoria de Qualidade”, elaborado pela Escola de Saúde Pública do Ceará, apenas os itens 5 e 7 não apresentaram, até o momento, investimentos por parte da escola. Esses pontos devem ser levados em consideração para avançar na melhoria da qualidade do curso em

acreditação, bem como a instituição nos próximos anos de acordo com o quadro 2 a seguir:

Quadro 2 - Recomendações propostas e ações realizadas durante a acreditação pedagógica do curso de especialização em vigilância sanitária da ESP/CE, Fortaleza/CE, 2014

Recomendações	Ações realizadas
1. Diminuição da alta rotatividade de profissionais docentes;	Resgate da lei de magistério que regulamenta a atuação de servidor público do Estado do Ceará nos cursos da Escola de Saúde Pública do Ceará – Lei Estadual 15.188 de julho de 2012. Oferta de curso de formação docente em vigilância sanitária para professores da rede estadual.
2. Cumprimento satisfatório do Trabalho de Conclusão do Curso (TCC);	Inclusão do módulo de metodologia da pesquisa de forma transversal e com único professor. Implementação do seminário de qualificação dos projetos de pesquisa.
3. Monitoramento e avaliação sistemática da evolução do TCC;	Acompanhamento sistemático do processo de orientação. Instituição do quadro de facilitadores permanente para acompanhamento dos alunos, ficando cada facilitador com 10 alunos.
4. Melhorias na divulgação do Projeto do Curso e do Sistema de Avaliação dos docentes e discentes;	(Re)desenho da matriz curricular do curso com a participação de egressos e professores. Criação de logomarca específica para o curso.
5. Realização de estudos e estratégias para agilizar o processo de execução orçamentária e financeira;	
6. Implementação de estrutura de tecnologia da informação e comunicação, ampliando a capacidade de acesso à rede Web;	Criação de espaço virtual como meio de comunicação entre alunos, professores e coordenação.
7. Implementação de um Sistema de Acompanhamento de Egressos.	

Fonte: Plano de Melhoria de Qualidade ESP/CE

Diante do exposto, o Comitê de *Experts* foi favorável ao relatório da Coordenação Executiva do Comitê de Acreditação da ABRASCO e recomenda a ACREDITAÇÃO do Curso de Especialização em Vigilância Sanitária realizado pela Escola de Saúde Pública do Ceará, sendo o primeiro curso *Lato Sensu* acreditado no Brasil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adesão da ESP/CE ao processo de experimentação do SAP se revelou como providencial para o fomento da cultura de autoavaliação por toda a comunidade acadêmica.

A experiência oportunizou aperfeiçoar o trabalho em equipe, uma vez ter sido necessário administrar processos de negociação e mediação para consolidação do modelo de avaliação proposto, de forma a retratar o entendimento do coletivo representado pela coordenação do curso, dos docentes, discentes e egressos, bem como da ambiência institucional.

Com esta iniciativa, a ESP/CE espera estar criando condições para qualificar, cada vez mais, seus programas de qualificação profissional em saúde, uma vez que tem reconhecido a necessidade de implementar mecanismos/ações que potencializem o desenvolvimento de soluções para as fragilidades encontradas internamente, como fator de incremento das potencialidades institucionais para o cumprimento de sua missão, objetivos e metas.

Aliando-se o reconhecimento da instituição pela necessidade de consolidação de uma cultura interna de autoavaliação, a experimentação do SAP revelou-se como catalisadora dessa necessidade, como uma oportunidade permanente para, coletivamente, prever ações, desenvolvê-las, avaliar seus resultados, conceber novas ações cujos efeitos se apresentaram como insatisfatórios, implementar outras iniciativas diante de fatos e cenários novos, sempre na perspectiva de se potencializar a qualidade educacional.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, D. G. et al. Produção Científica Brasileira em Vigilância Sanitária. **Revista Vigilância Sanitária em Debate** 2014, v. 2, n. 1, p. 14-21. DOI:10.3395/vd.v2i1.51. Disponível em: <<https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/51>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

ACREDITAÇÃO Pedagógica de cursos lato sensu em Saúde tem os primeiros resultados no Brasil. **REDESCOLA**, 23 fev. 2017. Disponível em: <<http://rede-deescolas.ensp.fiocruz.br/node/447>>. Acesso em: 23 fev. 2017.

BICCA, A. Agência de Acreditação Pedagógica é instalada oficialmente em Brasília. **REDESCOLA**, 26 set. 2014. Disponível em: <<http://rededeescolas.ensp.fiocruz.br/node/321>>. Acesso em: 11 jun. 2015.

_____. Rede de Escolas, ENSP/Fiocruz e ABRASCO firmam termo de cooperação. **REDESCOLA**, 21 nov. 2011. Disponível em: <<http://rededeescolas.ensp.fiocruz.br/node/230>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2015.

_____. **Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999**. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9782.htm>. Acesso em: 1º nov. 2017.

CEARÁ. **ESP/CE tem primeiro curso de Especialização acreditado no Brasil**. Disponível em: <http://www.esp.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=4227:espce-temprimeiro-curso-de-especializacao-acreditado-no-brasil&catid=14:lista-de-noticias&Itemid=185>. Acesso em: 24 mar. 2017.

CECCIM, R. B. Acreditação pedagógica na educação em saúde coletiva. **Bol. da Saúde**. v.14. n.1. 1999-2000. p. 81-97.

COSTA, E. A. (Org.). **Vigilância sanitária: desvendando o enigma**. Salvador: EdUFBA, 2008. 180 p. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900037>. Acesso em: 24 mar. 2017.

POLIDORI, M. M.; CARVALHO, N. O. Acreditação de instituições de educação superior: uma necessidade ou uma normatização. **Revista da avaliação de educação superior**. Campinas; Sorocaba, SP, v. 21, n. 3, p. 821-836, nov. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-40772016000300009>. Disponível em: <<http://submission.scielo.br/index.php/aval/article/view/134967/9824>>. Acesso em: 02 abr. 2018.

REDESCOLA. **Experiência – Acreditação Pedagógica do Curso de Especialização em Vigilância Sanitária**. Disponível em: <<https://pt.slideshare.net/RededeEscolas2013/experiencias-acreditaopedaggica-escola-desadepblic-a-do-cear-1>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

ROZENFELD, S. **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Fiocruz, 2015.
ISBN: 9788585676735. DOI: dx.doi.org/10.7476/9788575413258.

SENNÁ, M. C. M.; Universidade Federal Fluminense. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3., nov. 2010. ISSN: 1413-8123 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900037>.

Capítulo 19

CRONSTRUÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE UM *CHECKLIST* PARA CONTROLE DE MATERIAL CIRÚRGICO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Antonia Abigail do Nascimento Cavalcante

Maria Salete Bessa Jorge

INTRODUÇÃO

A segurança é um dos critérios básicos para garantir a qualidade da assistência e evitar complicações nos cuidados aos pacientes cirúrgicos. O volume anual de cirurgias em todo o mundo é amplo e, com isso, aumenta a chance de ocorrência de erros e complicações desagradáveis. A Organização Mundial de Saúde (OMS) mostra que, em 2004, 56 países demonstraram um volume anual de cirurgias estimado entre 187-281 milhões de operações ou, aproximadamente, uma operação para cada 25 seres humanos vivos anualmente, chegando quase ao dobro do volume de nascimentos (OMS, 2009, p.11)

Conforme dados apresentados pela OMS (2009), a taxa de complicações chega a 3-16% em procedimentos cirúrgicos e a mortalidade desses pacientes chega a 0,4%-0,8%, assim, as complicações cirúrgicas respondem por uma grande proporção das mortes e injúrias médicas que podem ser preveníveis em todo o mundo.

Nos últimos anos, no cenário mundial, tem-se observado um aumento de estratégias e soluções com impacto positivo na segurança do paciente submetido a procedimento cirúrgico.

A OMS lançou no ano de 2004 a Aliança Mundial para Segurança do Paciente por meio de resolução na 57ª Assembleia Mundial da Saúde, definindo temas prioritários a serem abordados a cada dois anos, conhecidos como desafios globais, tendo como designio des-

pertar a consciência e o comprometimento político para a melhoria da segurança na assistência, como também fornecer apoio aos países no desenvolvimento de políticas públicas e práticas para segurança do paciente em todo o mundo.

Nesse contexto, em 2008 foi lançado o segundo desafio global pela Segurança do Paciente que está relacionado à redução de complicações e mortalidades vinculadas a procedimentos cirúrgicos, destacando-se a temática “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, que teve como objetivo elevar os padrões de qualidade e segurança do cuidado cirúrgico por meio de quatro ações importantes: prevenção de infecção do sítio cirúrgico; anestesia segura; equipes cirúrgicas seguras e indicadores da assistência cirúrgica (BRASIL, 2009).

No Brasil, a campanha “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” foi aderida pelo Ministério da Saúde desde 2008, com a finalidade de que os hospitais adotassem uma lista de verificações também chamada de *checklist* de cirurgia segura, preparada e padronizada por especialistas para auxiliar as equipes cirúrgicas na redução de erros e danos ao paciente. Sobretudo, a aplicação do *checklists* nos hospitais visa e permite uma avaliação integral do paciente antes e depois de cada procedimento cirúrgico (MOTTA *et al.*, 2013; SALLES; CARRARA; KUSAHARA, 2011).

Voltada a esta temática, a OMS recomenda a implementação de dez objetivos essenciais para a cirurgia segura, e entre estes objetivos, o objetivo sete trata da retenção inadvertida de compressas ou instrumentais nas feridas cirúrgicas. Deixar uma compressa, agulha ou instrumental inadvertidamente em um paciente ao final de uma operação é um erro cirúrgico raro, porém sério e persistente. Devido à sua raridade, é difícil estimar a frequência, mas temos estimativas que variam entre 1 em 5.000 a 1 em 19.000 cirurgias, tornando a probabilidade de ocorrência alta. Este tipo de evento tende a resultar em sérias sequelas, incluindo infecção, reoperação para remoção, perfuração intestinal, fistula ou obstrução e até mesmo óbito (OMS, 2009, p. 143).

Partindo do princípio que a segurança é fundamental para a qualidade na assistência, faz-se necessário a adoção de medidas que garantam práticas seguras dentro das instituições e centros cirúrgi-

cos, almejando uma assistência sem danos. O processo de controle de materiais utilizados durante as cirurgias, deve seguir padronizações e rigoroso acompanhamento, já que existem vários fatores que contribuem para a ocorrência de erros. De acordo com a OMS (2009), as evidências apontam para três riscos claros, que são: cirurgias de emergência, alto índice de massa corpórea e uma mudança não planejada na cirurgia. Existem ainda outros fatores de risco que podem contribuir que são as perdas de grandes volumes de sangue e o envolvimento de várias equipes cirúrgicas. Entende-se que compressas e instrumentais podem ser retidos durante qualquer procedimento cirúrgico em qualquer cavidade do corpo, independente da magnitude ou complexidade da cirurgia. Nessa perspectiva de segurança, Tostes, Haracemiw e Mai (2016), dizem que é recomendável que os serviços de saúde se comprometam com a promoção de uma cultura de segurança. Embora sendo uma das recomendações “altamente recomendadas” da OMS, a conferência de material ainda é uma prática que requer atenção por parte das instituições e das equipes que atuam nesta área. Corroborando com esta temática, Amaya *et al.* (2015) mostram em sua pesquisa sobre análise do registro e conteúdo de *checklist* para cirurgia segura, que em relação ao objetivo sete do manual de cirurgia segura, a adesão à conferência de instrumentais, compressas e gazes, a adesão não foi significativa, tendo como resultado 77,4% de adesão à conferência dos instrumentais, 73,9% nas compressas e 47,9% em relação às agulhas. Entendemos que existem algumas fragilidades em relação à conferência destes itens, o que foge à recomendação da OMS. As recomendações altamente propostas pela OMS, são que: uma contagem completa deve ser realizada quando as cavidades peritoneal, retroperitoneal, pélvica ou torácica são penetradas, as contagens devem ser feitas para qualquer procedimento no qual itens possam ficar retidos no paciente, as contagens devem ser realizadas pelo menos no início e no final de todo caso elegível e as contagens devem ser registradas.

Para Freitas (2014), é necessário criar ambiente na sala de operação que promova a troca de conhecimento e informações para garantir a segurança do paciente cirúrgico e, de toda forma conjunta, todos os membros da equipe cirúrgica e de enfermagem devem

certificar-se de que não há nada deixado para trás. Ainda segundo a autora, a retenção de corpos estranhos após procedimentos cirúrgicos ou invasivos continuam a desafiar a equipe cirúrgica como sendo um dos erros que devem ser evitados.

Birolino (2013) relata, em sua pesquisa “experiência clínica de cirurgiões brasileiros com retenção inadvertida de corpos estranhos após procedimentos operatórios”, que em todos os estudos analisados por ele, a retenção inadvertida de corpo estranho, aponta para as dificuldades técnicas e as falhas em processo, principalmente durante situações críticas. Todos os métodos preventivos apresentam alguma falibilidade e, além disso, os protocolos de segurança dos centros cirúrgicos, às vezes, são negligenciados, tendo em vista essas limitações, os mais variados objetos utilizados em campo operatório continuam sendo inadvertidamente retidos.

Frente ao exposto, fica evidente a necessidade de implementar barreiras que certifiquem a segurança do paciente cirúrgico, garantindo um processo de contagem cirúrgica seguro e isento de evento adverso ao paciente, onde os profissionais têm o dever ético de fazer o que é certo adotando medidas necessárias, como por exemplo, o uso de tecnologias voltadas à contagem cirúrgica e que estas possam subsidiar na segurança do paciente cirúrgico.

A partir dos resultados de tese defendida, Freitas (2014, p. 158) afirma que o erro de contagem foi fator de risco para retenção inadvertida de corpo estranho (RIC) e que esta situação é preocupante, sendo que o uso de tecnologias adjuntas ao processo de contagem cirúrgica tradicional/manual deve ser considerado nos serviços de saúde. Ainda nesta pesquisa, os dados de como era realizada a contagem cirúrgica, foi: na montagem da caixa no CME (centro de material e esterilização) e no término do procedimento (24,1%), no CME (17,2%) e antes e após o procedimento (13,8%). Quando se referia a quando/momento da contagem, o resultado mostrou que 12,4% acontecia no final da cirurgia, depois da síntese; 13,8% no início, durante e no final da cirurgia, depois da síntese; 3,4%, no início, durante e no final da cirurgia, depois da síntese e 17,2% apareceu como outro. Em relação ao local de anotação da contagem, percebeu-se como resultado do estudo que dos 52 enfermeiros entrevistados, 19 referiram que registravam

em impresso próprio, 06 referiram ser no prontuário do paciente e 13 destes disseram não registrar estes dados da contagem. Dos itens que eram contados, os dados mostraram que eram os instrumentais, compressas e perfurocortante. (FREITAS, 2014. P.145)

Corroborando com a autora, percebe-se que o processo de contagem requer necessariamente medidas que visem ao fortalecimento da cultura de responsabilidades das equipes atuantes em centro cirúrgico e que estas se apropriem de ferramentas que as auxiliem nesta responsabilidade e melhoria na qualidade da assistência.

Assim, percebendo a necessidade de padronização e fortalecimento do processo de contagem de material no centro cirúrgico e da escassez de pesquisas relacionadas ao assunto em questão, emergiu o interesse em construir um *checklist* que pudesse contribuir para a implementação de práticas cirúrgicas seguras.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência que mostra a forma e o objetivo da construção de um *checklist* de contagem de material cirúrgico. Como coordenadora do serviço de enfermagem, pude idealizar, construir e implantar seu uso no centro cirúrgico em que atuo. Salientamos que, para a construção do *checklist*, tivemos como referencial teórico a recomendação do manual de cirurgia segura salvam vidas da organização Mundial da Saúde (OMS) de 2009, como também, a necessidade da implementação de ações que prevenissem a retenção de material na cavidade cirúrgica e, assim, a prevenção de eventos adversos.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

A ideia da construção e implantação do *checklist* para contagem do material cirúrgico deu-se, inicialmente, por conta da existência de um evento adverso vivenciado no ano de 2015 no centro cirúrgico do hospital em que trabalho e que foi o cenário do evento.

O centro cirúrgico onde foi implantado o *checklist*, pertence a um hospital do interior da região Nordeste, que atende uma população de 55 municípios integrantes da macrorregião Norte do Estado e é constituído de 410 leitos. O centro cirúrgico possui 08 salas cirúrgicas e atende pacientes de cirurgias geral, torácica, neurocirurgias pediátricas e neonatais. Seu corpo de colaboradores da enfermagem é formado por 71 colaboradores, sendo 57 técnicos de enfermagem e 14 enfermeiros. Em relação à atribuição dos técnicos, está a instrumentação e a circulação de sala de operatória. Para o desempenho da atribuição, estes trabalham baseados em normas e rotinas instituídos, como também baseados em procedimentos operacionais (POP) para cada tarefa executada. Uma das rotinas trabalhadas era a contagem do material que era utilizado nas cirurgias e estas contagens eram realizadas ao montar a sala, antes de fechar a cavidade e ao final da cirurgia, antes do paciente sair da sala. Esta ação de contagem era feita pela equipe de enfermagem (instrumentador e circulante) e, no segundo momento, esta contagem era comunicada ao cirurgião. Após as contagens, estas eram registradas em fitas adesivas e anexadas à bandeja do material, para posterior registro em folha específica para este fim. Por muitos anos trabalhávamos desta forma, sem que tivéssemos algum evento adverso relacionado a erro e/ou retenção de material na cavidade cirúrgica. Ocorre que, em 2015, ocorreu um evento onde foi detectado a retenção de uma compressa na cavidade abdominal de um paciente submetido à cirurgia de laparotomia exploradora, o que culminou em evento grave, necessitando de uma reoperação e tratamento com antibióticos. Diante desse evento, surgiu então a necessidade de avaliar os processos instituídos e treinar as equipes que ali atuavam, visando à regulamentação da segurança do paciente cirúrgico e atendendo às recomendações do protocolo de cirurgia segura da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009), que recomenda a monitorização de dispositivos médicos na sala de operação e que um procedimento específico para contagem deva ser estabelecido para garantir que os protocolos sejam padronizados.

RELATO DE EXPERIÊNCIA E DISCUSSÃO.

O *checklist* utilizado atualmente, teve início em janeiro de 2015 e para sua construção e implantação foram seguidos os seguintes passos:

- Detectado a ocorrência do evento adverso relacionado à assistência à saúde.
- Realizado notificação e encaminhado à gerência de risco interna.
- Realizado investigação criteriosa sobre a ocorrência e fatores causais. Em tempo foi reunido as equipes envolvidas e favorecido momento de discussão sobre fragilidades que culminaram ao erro, através da ferramenta “ciclo PDCA”, que teve como objetivo promover a melhoria contínua do processo por meio de quatro ações, que são: planejar (identificar o problema e desenvolver plano de ação), fazer (executar o plano de ação), checar (acompanhar indicadores e verificar as metas), agir (treinar, padronizar e corrigir erros).
- Planejar: o planejamento foi realizado junto à gerência de risco e coordenadores médicos e de enfermagem, que buscaram evidências científicas para que pudessem se nortear e desenvolver estratégias de melhoria, como, também, ocorrer entendimento do fenômeno, desenvolvendo um plano de ação baseado no diagrama de ishikawa/diagrama de causa efeito.
- Fazer: para executar o plano de ação foi reunida a equipe, apresentado o plano de ação desenvolvido, discutido sobre entendimento e solicitado a colaboração de todos na execução das ações.
- Checar: as ações desenvolvidas foram:
 - Construído um protocolo de contagem de material (agulhas, compressas, instrumentais e itens variados), composto por introdução, objetivos, critérios gerais para contagem, abordando cada item individualmente, discrepância na contagem, definido indicadores de processo, POPS (procedimentos operacionais padrão) e um *checklist* que padronizasse a conferência e aplicabilidade da contagem do material junto aos técnicos e enfermeiros, buscando considerações para melhoria, através de treinamentos técnico e teórico, delimitar indicadores de acompanhamento

do processo e estabelecimento de metas a serem cumpridas no prazo de três meses.

- Agir: durante três meses, foi acompanhado a aplicabilidade do *checklist* e semanalmente eram reunidas as equipes para apresentação dos resultados, gerando discussão sobre dificuldades encontradas e na aplicabilidade, acatando sugestões de melhoria do *checklist*.

A análise mensal era feita baseada no preenchimento completo e correto do *checklist*. O entendimento de preenchimento correto era avaliado conforme recomendações definidas para este fim. Para obtermos a taxa de adesão ao preenchimento correto, foi desenvolvido os seguintes indicadores: percentual de cirurgias em que foi cumprido o protocolo de contagem de material, percentual de adesão ao preenchimento do *checklist* de contagem de material cirúrgico e percentual de *checklist* preenchido corretamente. A cada mês era avaliado a conformidade e socializado o resultado à equipe, obtendo assim, gradativamente, uma adesão favorável e um cumprimento da meta estabelecida que era de < que 95%. Assim, ao final do terceiro mês, já observamos resultados positivos, as metas cumpridas e a aceitação positiva por parte das equipes. Finalizado o primeiro ano da aplicabilidade do *checklist*, pudemos observar o compromisso e familiaridade da equipe no preenchimento do *checklist* e o compromisso da equipe na aplicabilidade deste, pois já fazia parte do processo de contagem, sendo este instituído definitivamente no processo de contagem do material cirúrgico. Salientamos que esta prática já faz parte da rotina instituída e que, ao longo dos anos seguintes, o *checklist* passou por mudança e adequabilidade conforme foi planejado, como, também, a aplicação de uma ferramenta de segurança para o paciente cirúrgico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na assistência ao paciente cirúrgico, as medidas de segurança são imprescindíveis para garantir a qualidade da assistência prestada no ato operatório e com base nas recomendações da OMS e AN-VISA, o controle dos materiais deve ser inserido na rotina de cada

serviço e estes devem adotar políticas de controle de todos os itens que possam ficar retidos na cavidade.

Partindo desse princípio, podemos compreender que a criação e a implantação de um *checklist* específico para registro e controle de material cirúrgico, tornou-se de grande relevância para a qualidade e a segurança na assistência prestada aos pacientes que procuram esta instituição. Podemos identificar que os profissionais compreendem a importância desse processo.

Assim, acredita-se que os profissionais podem atuar como agentes de mudança através da adesão e conscientização de um cuidado seguro e com qualidade, incorporando práticas e saberes que fortaleçam a segurança, evitando, assim, a ocorrência de eventos adversos nos seus cotidianos.

REFERÊNCIAS

AMAYA, M. R.; MAZIERO, E. C. S.; GRITTEN, L.; CRUZ, E. D. de A. Análise do registro e conteúdo do checklist para cirurgia segura. **Escola Anna Nery**, v. 19, Rio de Janeiro, 2015.

BIROLINI, Dário Viana. **Experiência clínica de cirurgões brasileiros com retenção inadvertida de corpos estranhos após procedimentos operatórios**. Tese (Doutorado) – USP, São Paulo, 2013.

BRASIL. Organização Mundial de Saúde (OMS). **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas** (orientações para cirurgia segura da OMS). Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.

_____. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2018.

_____. Resolução nº 36, de 25 de junho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 26 jul. 2013.

FREITAS, Patrícia Scotini. Processo de contagem cirúrgica: evidências para a segurança do paciente perioperatório. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2014. 206 p.

FREITAS, Patrícia Scotini; MENDES, Karina Dal Sasso; GALVÃO, Cristina Maria. Processo de contagem cirúrgica: Evidências para a segurança do paciente. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, n. 37, 2016.

MOTTA, G da F. et al. Protocolo de cirurgia segura da OMS: o grau de conhecimento dos ortopedistas brasileiros. **Rev. Bras. Ortop.**, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbort/v48n6/pt_0102-3616-rbort-48-06-00554.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2018. DOI: 10.1016/j.rbo.2013.08.002

SALLES, C. L. S. de; CARRARA, D.; KUSAHARA, D. M. **Boas Práticas:** cirurgia segura. São Paulo: Coren-SP, 2011. Disponível em: <<http://coren-sp.gov.br/sites/default/files/cirurgia-segura.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2018.

TOSTES, Maria Fernanda do Prado; HARACEMIW, Annelise; MAI, Lilian Denise. Lista de verificação de segurança cirúrgica: Considerações a partir da micropolítica institucional. **Rev. Anna Nery**, v. 20, n. 1, 2016.

QUALIDADE E ACREDITAÇÃO NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

Carolina Batista Cavalcante Freitas

Márcio de Oliveira Mota

Apesar da gestão de qualidade ter ganhado destaque no início de 1980, o assunto não é uma ideia recente. A busca pela qualidade dos bens e serviços tem registros muito antigos, quando o homem já buscava, de forma voluntária ou não, as relações com as pessoas no seu convívio, o aperfeiçoamento de ferramentas para uso na caça, na guerra, ou lugares melhores para se viver. Porém, definir qualidade não é simples, devido a esse termo não ter definição única (BROCHIER; SELOW, 2017).

As organizações como um todo, inclusive as de saúde, têm enfrentado desafios para atender às necessidades dos indivíduos que convivem em ambientes cada vez mais competitivos. Neste cenário, as demandas do contexto organizacional vigente, que afetam as entidades públicas e privadas, impõem o abandono das formas tradicionais de gestão, há muito adotadas, para a transformação das suas visões organizacionais.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão, criada pelo Ministério de Saúde em 2003, tem como propósito qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde. Uma tarefa desafiadora, sem dúvida, uma vez que na perspectiva da humanização, isso corresponde à produção de novas atitudes por parte de trabalhadores, gestores e usuários, de novas éticas no campo do trabalho, incluindo aí o campo da gestão e das práticas de saúde, superando problemas e desafios do cotidiano do trabalho (BRASIL, 2010, p.6).

Este capítulo traz um resgate da história antiga até os dias atuais, da importância e da necessidade da qualidade nos estabelecimentos de saúde.

HISTÓRIA E EVOLUÇÃO

Segundo Rodrigues (2016), desde os tempos dos faraós, no Egito, havia dois tipos de labores, onde uns executavam as tarefas e outros fiscalizavam os que se tinha feito. A Lei do Direito de Talião (Código de Hamurabi, rei babilônico em 1700 a.C) continha referências às características dos trabalhos e à punição àqueles que não o realizavam de forma satisfatória. Ao deparar-se com a arquitetura de povos antigos, a construção das pirâmides, o surgimento de fórmulas matemáticas e outros eventos que marcaram a história, pode-se identificar a busca pela qualidade. Mais do que isso, o período histórico clássico foi definido pela alta qualidade. Veja a arquitetura de extremo rigor na Grécia e em Roma, igualmente destaca os modelos arquitetônicos, a notável qualidade em construções de alvenaria e a engenharia de estruturas.

A importância da qualidade estava em crescente evolução. Nos séculos XII e XIII, com o surgimento das primeiras regras na busca da qualidade dos processos, no período da Pré-Revolução Industrial, a qualidade de um produto era definida pela reputação da habilidade e do talento do artesão ou artífice responsável pela sua produção, onde estes controlavam a qualidade de seus produtos e estavam em constante contato com seus clientes (PALADINI, 1995).

No século XX, Frederick Taylor apresentou a ideia de analisar e medir a forma como o trabalho era executado, para torná-lo mais eficaz. O taylorismo, conceito de separação entre planejamento e execução das atividades, foi implantado com êxito e estendeu-se para a área de serviços.

Com a industrialização e a produção a todo vapor, sistemas baseados em inspeções foram desenvolvidos, onde as propriedades eram examinadas, medidas ou testadas, surgindo, assim, a figura do inspetor ou supervisor da qualidade, que fazia a supervisão do controle final da produção para comprovar a aptidão dos produtos acabados para o mercado (BARÇANTE, 1998). Uma importante mudança ocorreu no processo de vistoria. A época do controle estatístico apareceu, com o objetivo de controlar a qualidade e atender às necessidades dos clientes. Conceitos foram criados como risco do produto e do consumidor, perspectiva de aceitação, fração defeituosa aceitável e nível de qualidade admissível.

Na década de 1930, Walter A. Shewhart por ter indagações sobre a qualidade e a variabilidade obtida na produção de bens e serviços, desenvolveu um sistema de mensuração, ficando conhecido como controle estatístico de processo (CEP), onde uma ferramenta, com a finalidade de criar e aplicar métodos estatísticos, tinha como objetivo prevenir defeitos, melhorar a qualidade de produtos e serviços e diminuir custos. Foi conceituado como o certificado de nascimento do controle de qualidade moderno e como protótipo para o ciclo PDCA (em inglês *Plan, Do, Check, Action*) ou ciclo Deming, posteriormente denominado. É um método fundamental da gestão da qualidade que tem como finalidade contribuir para o diagnóstico, análise e estimativa dos problemas organizacionais, sendo bastante útil para a solução destes (NELSON, TEIXEIRA, ROSA, 2016).

A Segunda Guerra Mundial trouxe outras técnicas que foram desenvolvidas para combater a ineficácia e a impraticabilidade apresentadas pelo processo de inspeção. Dodge e H. Romig desenvolveram técnicas de amostragem (BARÇANTE, 1998). Os níveis de qualidade de bens e serviços foram afetados devido ao rápido crescimento das indústrias neste período e a utilização de mão de obra despreparada pela necessidade urgente de se incrementar a produção. Tais aspectos ampliaram, em um determinado momento, os procedimentos de controle e inspeção e, em um segundo momento, criaram a necessidade da organização de programas precisos de qualificação de pessoal. Logo após a Guerra, em 1946, foi fundada a Sociedade Americana para o Controle de Qualidade (ASQC) e a União Japonesa dos Cientistas e Engenheiros (JUSE) (PALADINI, 1995).

Edward Deming e Joseph Juran, nas décadas de 1950/60, instruíram os japoneses às mais avançadas técnicas de como produzir com qualidade e produtividade. Aliados à tradição de disciplina de seu povo, os japoneses começaram a extrair os erros no processo de produção, evitando desperdícios, otimizando recursos e economizando tempo. Iniciava-se no Japão, a revolução gerencial silenciosa, opondo-se em estilo, mas acontecendo em paralelo à revolução tecnológica “barulhenta” do Ocidente, chegando a se confundir com uma revolução cultural. Essa modificação silenciosa de postura gerencial

possibilitou ao Japão o sucesso que usufrui até hoje como potência mundial (RODRIGUES, 2016).

No Pós-Guerra, por causa da discrepância entre seus produtos e as necessidades do mercado, houve uma preocupação com o ambiente fora das empresas, passando a adotar um planejamento estratégico. Surgiu o receio com a gestão da qualidade, trazendo uma nova filosofia gerencial com base no desenvolvimento e no propósito de conceitos, métodos e técnicas apropriados a uma nova realidade. A gestão da qualidade total, conhecida como a nova filosofia gerencial, apontou a mudança da análise do produto ou serviço para a geração de um sistema de qualidade. Esta deixou de ser um aspecto do produto e responsabilidade somente de departamento específico, e passou a ser uma dificuldade da organização, abrangendo todos os aspectos de sua operação.

Nos anos 1970, a crise evidenciou a importância da disseminação de informações. A partir de 1980, o planejamento estratégico se consolidou como condição necessária, estando associado às novas técnicas de gestão estratégica. Para a gestão estratégica, as variáveis econômicas, técnicas, informacionais, psicológicas, sociais e políticas que formam um sistema de caracterização política, técnica, e cultural das organizações são fundamentais. Há ainda, como fundamento balizador, o impacto estratégico da qualidade no mercado e nos consumidores, focando na sobrevivência das empresas, considerando a sociedade competitiva atual.

Alguns motivos afetam de maneira negativa o desempenho e a competitividade das empresas em termos de qualidade e produtividade. Dentre eles, a saber: (i) carência na capacitação de pessoas; (ii) modelos gerenciais obsoletos, sem produzir motivação; (iii) tomada de decisões desamparada de fatos e dados; e (iv) posturas e atitudes que não conduzem à melhoria contínua.

De fato, hoje, a qualidade é um diferencial na organização, e com relação ao seu público-alvo, agregando valor aos serviços a ele destinados. O termo “qualidade” é uma palavra com múltiplos significados, cabendo às organizações distinguir as particularidades da qualidade física dos seus produtos e serviços de acordo com o ponto de vista dos seus usuários.

Assim, a qualidade incorpora um conceito mais amplo que extrapola o produto. A ênfase passa a estar calcada em todo o sistema: na valorização dos clientes e na sua satisfação; na ampliação da participação no mercado; e nos custos operacionais para manter a saúde da organização.

CONCEITOS E DEFINIÇÕES

A qualidade é algo que interfere na vida das pessoas e das organizações de forma positiva. Diz-se que um produto ou serviço é de qualidade quando este atende ou supera as expectativas do cliente. Mas, afinal, o que é qualidade?

Termos como qualidade, cidadania, ecologia e sustentabilidade, juntamente com palavras como produtividade, competitividade e integração estão bastante disseminadas atualmente na sociedade e, também, nas empresas. Contudo, há pouco entendimento sobre o que é qualidade, associada à confusão do uso dela. Esta confusão pode estar associada à subjetividade ligada à qualidade e também ao uso generalizado com o que esta palavra é utilizada para representar coisas bem distintas.

Garvin (1984) trata a qualidade como um conceito complexo e também a fonte de grande confusão: os que gerenciam constantemente não expressam de forma precisa o que querem dizer com o termo. O resultado é um debate interminável e inabilidade de mostrar evolução real na frente da qualidade. Várias perspectivas diferentes foram identificadas sobre qualidade e enfatizaram-se várias dimensões críticas. Essas diferenciações são a chave para utilizar a qualidade como uma vantagem competitiva. Os gestores precisam aprender a refletir, com cuidado, sobre como o questionamento da qualidade muda à medida que um produto permeia os passos desde o *design* até o mercado, e devem elaborar maneiras de cultivar essas perspectivas. Outros aspectos a serem considerados são como os mercados devem ser avaliados para os nichos inexplorados, e as organizações devem ser adequadas para sustentar o foco desejado. Essas abordagens sendo adotadas haverá diminuição de custos, ganho na participação do mercado e melhorias na rentabilidade. Com essas

abordagens, percebe-se que qualidade não tem uma definição simples, mas composta por todas essas concepções finaliza Garvin (1984).

As necessidades e/ou desejos que o produto desempenha (ou procura desempenhar) não podem ser separados do entendimento de qualidade. Deve-se levar em conta a diferença entre satisfação dos desejos e satisfação das necessidades (NELSON, TEIXEIRA, ROSA, 2016).

Existem definições usadas por órgãos que praticam avaliação externa de hospitais, como a Joint Commission International ou a Joint Commission for Accreditation of Health Organizations, equivalentes à Organização Nacional de Acreditação (ONA) no exterior, atentos com o estado da assistência, seus processos e seus efeitos. É citada pela Organização Mundial da Saúde como redução de riscos, ampliação de propriedade e eficiência dos serviços. Já o Instituto de Medicina Americano aponta critérios como equidade e uso adequado de recursos. Entidades profissionais baseiam-se em parâmetros corporativistas; grupos de usuários e consumidores, duas categorias consideradas semelhantes, mas que têm conceitos diferentes e buscam êxito nos seus direitos e desejos, utilizando as definições técnicas a seu favor. Além disso, o Programa Hospitais Sentinela da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), no Brasil, apropria-se da segurança em áreas de risco potencial para pacientes e trabalhadores como medicamentos, transfusão de sangue e ferramentas em hospitais públicos e privados sem fins lucrativos (MALIK, 2005).

É preciso deixar claro que qualidade não é algo identificável e observável diretamente, ou seja, compreendida ou vista por meio de características, sendo assim resultante da interpretação de uma ou mais particularidades das coisas ou pessoas. Por exemplo, a qualidade de um automóvel, que é analisada por suas características, como a durabilidade e o desempenho. A qualidade de uma pessoa é notada por meio de questões como caráter, honestidade e competência. Pode-se dizer que qualidade é o que estabelece a natureza das coisas e viabiliza sua diferenciação. Permitindo a aprovação, a avaliação, a recusa ou a aceitação de um bem ou serviço.

Garvin (2002) afirma que uma das formas de se avaliar a qualidade é por meio de dimensões, as quais pode-se citar desempenho, durabilidade, características, atendimento, confiabilidade, estética,

conformidade e qualidade percebida. Porém, o Marketing Science Institute, nos EUA, define como mais específicas para o setor de serviços os aspectos tangíveis, como a confiabilidade, a empatia/presteza, a receptividade e a segurança.

A GESTÃO DA QUALIDADE NOS SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

Dar-se-á início a uma discussão sobre a qualidade aplicada à área da saúde, considerando os setores públicos e privados.

No Brasil, o sistema privado de saúde é um dos mais abrangentes do mundo, com mais de 47 milhões de usuários, segundo a Agência Nacional de Saúde (ANS, 2018) no relatório de beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial no Brasil, dez/2017, e que há tempos vem adotando medidas de melhorias da qualidade da assistência prestada. Isso porque quando se preocupa com a qualidade, além de aumentar a satisfação dos clientes, de melhorar os processos, de facilitar o trabalho, de serem reconhecidos como bons prestadores, também melhora a relação custo-efetividade do nosso negócio, gerando lucro, sem o qual nenhum negócio sobrevive.

Ao mesmo tempo em que o conceito de qualidade foi adotado pela indústria devido à crescente exigência com seus produtos na área da saúde, a exigência partiu da sociedade. A discussão das diferenças de conceitos e de entendimento sobre o que é qualidade em saúde é de extrema importância. Em um mundo ideal, todos os entendimentos e os diferentes pontos de vista poderiam se favorecer de medidas ou padrões definidos. Porém, no mundo real, existem conflitos entre qualidade e custo ou mesmo entre a visão dos profissionais e a dos cidadãos. Neste caso, pacientes bem informados buscam não apenas conhecimento sobre sua doença, também procuram melhor relação custo-benefício no serviço.

Diante disso, evidenciam-se alguns aspectos que tornam as questões relacionadas com a qualidade em saúde difíceis e complexas de discutir, devendo observar que todo serviço prestado em saúde tem dois elementos a serem considerados (RIBEIRO; CARDOSO,

2017), a saber: (i) o operacional, ou seja, o processo propriamente dito; e (ii) como os clientes compreendem o tipo de serviço oferecido. Além da importância para o sucesso financeiro, a qualidade começa a ser compreendida como vantagem competitiva.

A saúde pública também passou a demonstrar preocupação com a qualidade e foram incorporando conceitos e práticas a ela relacionados. Na contramão da tendência mundial de enxugamento e agilidade das funções de Estado, o Brasil se encontra ainda mergulhado em burocracia, que impede uma melhoria na produtividade, eficiência e eficácia dos serviços públicos ofertados. Existe uma lista imensa de problemas e os que nos ocorrem são a existência de uma legislação complexa, problemas de financiamento e de pessoal, muitas vezes relacionados a baixos salários, poucos incentivos a uma formação adequada à realidade social e à falta de programa de capacitação continuada. A combinação destes fatores propicia um nível de desempenho deficiente das instituições e a sociedade começa a perceber que os impostos pagos não trazem a melhoria esperada no desempenho das funções de Estado, necessitando de uma nova gestão pública (RODRIGUES, 2016).

Segundo o Dr. Januário Montone, ex-diretor da Agência Nacional de Saúde e ex-secretário Municipal de Saúde da cidade de São Paulo, afirma que “a saída emergencial é o aumento da produtividade e a melhoria da qualidade do gasto, tirando o melhor resultado possível de cada real disponível. Mas, os instrumentos para essa tarefa são hoje tão inadequados que limitar os gastos sem uma reforma estruturante pode levar o sistema ao caos” (MONTONE, 2016).

O sistema de saúde do Brasil tem se defrontado com problemas de sustentabilidade financeira, correndo o risco de, no futuro, não ser financeiramente suportável. O crescimento da despesa pública com a saúde deve andar passo a passo com o aumento da receita. A complexidade do SUS impõe que se compreenda o seu todo, para que se atente em equilíbrio no atendimento à saúde em todas as suas dimensões: a promoção, a prevenção, a cura, a reabilitação e a manutenção.

Hoje, a saúde é um mercado importante no mundo e não há lugar para amadorismo. Os gestores devem estar capacitados para adotar soluções inovadoras de gestão, que tragam impactos positivos

à assistência, bem como para assumir riscos. A preocupação com a capacitação de gestores da saúde e de seus sucessores deveria preocupar os governos e as operadoras de planos de saúde, assim como é o objetivo de investimentos pesados de muitas multinacionais da indústria de bens de consumo.

MODELOS DE EXCELÊNCIA ORGANIZACIONAL

A deficiência nos modelos de gestão traz à tona a necessidade de se implantar gestão da qualidade e padrões de controle em serviços de saúde com o objetivo de aprimorar a qualidade dos cuidados.

Processos foram elaborados para aperfeiçoar as organizações e a prestação de serviços de saúde, considerando modelos desenvolvidos por equipes mediadoras por uma autoridade não adepta envolvendo provedores, usuários, compradores e governo, criados de maneira voluntária, por organizações prestadoras de serviço de saúde. Atualmente, no Brasil, não existe programa de avaliação da qualidade dos serviços hospitalares obrigatórios, porém tem sido defendida pelos órgãos governamentais, a expectativa de acrescentar à Lei Orgânica da Saúde, um artigo que disponha sobre a obrigatoriedade de certificação e avaliação da qualidade dos serviços. Ainda não foi determinado no processo de avaliação o Projeto de Lei a ser adotado, mas pressupõe a presença de um sistema de qualidade, adotando padrões para práticas operacionais, qualidade técnica, gestão e atendimento humanizado (BERSSANETI, SAUT, BARAKAT, CALARGE, 2018).

A busca para implantação de um programa de acreditação em uma organização de saúde é uma iniciativa espontânea desta instituição, concedida por uma organização não governamental (ONG), onde se procura atender padrões de qualidade, desempenho e segurança previamente determinados. O êxito dos programas de acreditação e sua aceitação estão extremamente ligados ao meio social, político e econômico que definem incentivos ou não para a sua implantação.

No Brasil, é desenvolvido, através do Ministério da Saúde, o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar, apoiado no Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde, elaborado

pela Portaria GM/MS 1.107, de 14 de junho de 1995, sendo utilizado, na atualidade, pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) (BRASIL, 2001).

Na atualidade, menos de 5% dos hospitais brasileiros têm algum tipo de acreditação, a maioria deles acreditado pelo Programa Nacional de Acreditação (ONA). Porém, observam-se outros programas de acreditação sendo utilizados em organizações de saúde brasileiras, como: Canadian Council on Healthcare Services Accreditation (CCHSA), JCI e National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations (NIAHO). O modelo conhecido como EFQM (European Foundation for Quality Management) foi instituído, em 1988, por dirigentes de 14 empresas europeias e estabelecido como um alicerce global que pode ser empregado em seja qual for a organização, independentemente do setor ou tamanho. Sendo utilizado para apoiar a avaliação das organizações no Prêmio Europeu de Qualidade pela primeira vez em 1992. Tem como principal objetivo o crescimento da competitividade das organizações, e ser empregado tanto como uma ferramenta de autoavaliação, como de auditoria para o Prêmio de Qualidade (BERSSANETI, SAUT, BARAKAT, CALARGE, 2018).

Sugere-se que, embora com foco na parte clínica, a acreditação conduza às organizações de saúde à introdução de boas práticas de gerenciamento da qualidade, nivelado aos demais setores econômicos. A busca das instituições em estabelecer programas de qualidade tende a aumentar significativamente devido à preocupação em satisfazer seus clientes, atender à legislação vigente e, principalmente, em se tornar mais eficiente, eficaz e ter efetividade, conforme as exigências do mercado.

Novas ideias e perspectivas, novas maneiras de se trabalhar, novas decisões e novas ações precisam ser aprendidas e, especialmente, postas em prática. Esse aprendizado faz parte de uma nova visão gerencial que, apoiada no pensamento sistêmico, resultará em mudanças necessárias e imprescindíveis para a garantia da qualidade no setor saúde. Enfatizando que qualidade não é trabalhar muito, e sim, trabalhar direito, e esta é uma tendência em todos os setores organizacionais, em particular nos de saúde.

REFERÊNCIAS

ANS. **Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil - 2007-2017)**. Sistema de Informações de Beneficiários/ANS/MS. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>>. Acesso em: 24 abr. 2018.

BARÇANTE, L. C. **Qualidade total: uma visão brasileira**. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

BERSSANETI, F. T.; SAUT, A. M.; BARAKAT, M. F.; CALARGE, F. A. Existe uma relação entre os programas de acreditação e os modelos de excelência organizacional? **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 650-65, jul./ago. 2016. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361047445016>>. Acesso em: 28 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informes. **Portaria nº 538**. 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. **Cadernos HumanizaSUS**, v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BROCHIER, W. F.; SELOW, M. L. C. Acreditação hospitalar como resultado de planejamento e estratégia em gestão da qualidade e segurança dos pacientes. **Revista Dom Acadêmico**, Curitiba, v. 2, n.1, p. 53-314, jan./jun. 2017.

GARVIN, D. A. **Gerenciando a qualidade: a visão estratégica e competitiva**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2002.

MALIK, A. M. Quem é o responsável pela qualidade na saúde? **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, mar./abr., p. 351-363, 2005.

MONTONE, J. O sistema de saúde brasileiro entre o público e o privado. **Jornal O Globo**, 05 dez. 2016. Disponível em: <<http://mundoseculoxxi.com.br/2016/12/05/o-sistema-de-saude-brasileiro-entre-o-publico-e-o-privado/>>. Acesso em: 23 mar. 2018.

NELSON, S. A.; TEIXEIRA, A.; ROSA, A. **Gestão da Qualidade: de Deming ao Modelo de Excelência da EFQM**. 2. ed. Lisboa: Sílabo, 2016.

PALADINI, E. P. **Gestão da qualidade no processo: a qualidade na produção de bens e serviços**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

RIBEIRO, G. R.; CARDOSO, S. O. S. **A excelência na qualidade hospitalar: um enfoque na acreditação ONA**. *Rev. Processando o Saber*, n. 9, 2017.

RODRIGUES, M. V. et al. **Qualidade e acreditação em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2016.

Capítulo 21

SATISFAÇÃO DO USUÁRIO COMO NORTEADOR PARA O CUIDADO DE QUALIDADE NO CSF: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Aline Vasconcelos Alves Frota

Milena Lima de Paula

INTRODUÇÃO

No cenário do Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil, em 1994, implementou a Estratégia de Saúde da Família (ESF), sustentada pelos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) como forma de enfrentar o problema da desigualdade de acesso dos usuários, buscando expandir a cobertura e efetivar o processo de democratização, de construção da cidadania, envolvendo a população na tomada de decisões (MISHIMA *et al.*, 2016). Essa ESF ampliou o escopo da atenção básica e reafirmou-se como estratégia prioritária e modelo substitutivo para organização da atenção básica (GIOVANELLA *et al.*, 2009).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) apresenta-se como o modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) orientador da reorganização dos serviços e do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009). É ela quem “acompanha” o usuário durante o percurso no sistema de saúde, ou melhor, nas redes de atenção à saúde.

Existe, porém, heterogeneidade na qualidade assistencial das Equipes de Saúde da Família que é marcada pela população adscrita, pelo acolhimento aos usuários, pela estrutura da unidade e dos equipamentos que ela possui e pela equipe de saúde de cada unidade. Tornando, assim, fundamental, a pesquisa em APS a partir da perspectiva do usuário, tanto para a avaliação da satisfação dele com relação aos serviços de APS, como para a avaliação da qualidade do processo assistencial (ZILS *et al.*, 2009).

Uma das especificidades que chama a atenção na proposta da ESF e nas próprias diretrizes do SUS diz respeito à participação da

comunidade. O controle social é a expressão mais viva da participação da sociedade nas decisões tomadas pelo Estado no interesse geral, e suas manifestações mais importantes são o cidadão e o usuário no centro do processo de avaliação (CREVELIM, 2005). Desse modo, a melhoria dos programas de saúde pode ser baseada no processo de avaliação apoiado na análise do sistema por meio da ótica do usuário, servindo de parâmetro para as ações e políticas de saúde (MOIMAZ *et al.*, 2010).

Um dos grandes focos da APS está relacionado à satisfação do cliente. Essa satisfação é um importante indicador para a avaliação dos serviços de saúde. Entende-se que o uso do conceito de satisfação deve ser metodologicamente preciso e deve referir-se a diversas dimensões e aspectos do SUS (CASTRO *et al.*, 2008).

A satisfação é estudada e pode ser definida em termos das expectativas e da percepção que os usuários têm dos serviços recebidos. A incorporação da satisfação do usuário na avaliação dos serviços tem sido valorizada não apenas por constituir-se em indicador de qualidade, mas também por estar potencialmente relacionada à melhoria na adesão ao tratamento, à relação médico-paciente e à maior adequação no uso do serviço (ZILS *et al.*, 2009).

Cada vez mais ressalta-se a importância da análise do impacto das ações da APS sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos usuários como estratégia fundamental no acompanhamento do atendimento prestado ao cliente que procura a UBS por qualquer motivo.

Tais serviços devem ser vistos como um conjunto contínuo e integrado de ações e equipamentos para a promoção, a prevenção e a proteção voltados para a população, buscando-se a integralidade da abordagem e do atendimento. É preciso, ainda, lembrar que se deve garantir a igualdade neste acesso, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. Assim, a igualdade de acesso e a integralidade da atenção são dimensões constitutivas da universalização dos direitos, tarefa fundamental das políticas sociais e prioridade da gestão maior (MACHADO *et al.*, 2012).

A satisfação dos usuários dos serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, representa uma preocupação no mundo todo. A ava-

liação da satisfação dos pacientes com os serviços de saúde é importante para que se conheçam melhor as falhas e os pontos positivos de cada serviço, de modo a obter subsídios para a melhoria dos serviços e para o melhor planejamento das políticas públicas voltadas ao setor da saúde (JUNIOR; DIAS, 2016).

Entende-se que o uso do conceito de satisfação deve ser metodologicamente preciso e deve referir-se a diversas dimensões e aspectos do SUS. Para atender aos objetivos do estudo, a satisfação deve ser apreendida em conexão com a percepção, e estar sempre referida à especificação e à definição dos serviços e das dimensões que se quer analisar. Assim, satisfação é entendida como a percepção e a avaliação que o usuário tem sobre dimensões definidas dos serviços de saúde. A satisfação, assim considerada, é um importante componente da avaliação da qualidade dos serviços de saúde (CASTRO, *et al.* 2008).

A satisfação do usuário é almejada pelos profissionais do serviço, pesquisadores e gestores, uma vez que usuários satisfeitos tendem a aderir ao tratamento prescrito, a fornecer informações importantes para o provedor e a continuar utilizando os serviços de saúde (JUNIOR; DIAS, 2016). Essa satisfação é um direcionador dos fluxos do atendimento prestado.

Reafirma-se aqui a importância da compreensão da satisfação do usuário como previsão e conhecimento dos comportamentos de saúde apoiados em valores e crenças. O conhecimento da satisfação do usuário sobre uma das dimensões do SUS é fundamental para a efetividade do cuidado, a garantia da continuidade do tratamento, e com ganhos para todo o sistema de saúde. Logo, é um importante desfecho para avaliar serviços de saúde e norteadora das ações para um cuidado de qualidade (CASTRO *et al.*, 2008).

Pensando nisso, foi criado no CSF Sinhá Sabóia, uma caixinha de ouvidoria interna para analisarmos as principais reclamações e sugestões dos usuários da unidade sobre os serviços prestados no CSF. Essa caixinha foi pensada nas reuniões que ocorrem quinzenalmente conhecidas como RODA, devido à procura diária na pessoa da gerente para discutir algo ou da forma que foi acolhido e, se ainda, deseja contribuir com a melhoria do serviço.

MÉTODO OU METODOLOGIA?

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, do tipo relato de experiência, com a finalidade de integrar os conhecimentos teóricos e práticos na solidificação de uma aprendizagem científica. O relato de experiência é um instrumento da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre uma um conjunto de ações que abordam uma situação vivenciada no âmbito profissional (BEZERRA *et al.*,2015).

Está relacionado a uma intervenção sobre indicadores de qualidade e satisfação do usuário no Centro de Saúde da Família de Sobral - CE, que abrange, aproximadamente, 12000 pessoas, sendo uma área de grande vulnerabilidade social.

O período de aplicação dessa intervenção ocorreu nos meses de dezembro/17 a fevereiro/18 e seguiu os seguintes passos:

• PASSO 1:

DISCUSSÃO EM RODA DE UM INSTRUMENTO QUE PUDESSE AVALIAR SERVIÇOS PRESTADOS PELO CSF.

Há também no município de Sobral, na região central da cidade, uma ouvidoria municipal de grande acessibilidade da população, porém, para o território do CSF Sinhá Sabóia é um pouco distante e não há transporte coletivo eficaz. Mesmo tendo Internet e telefone, poucos são os que procuram por lá, por causa da distância e preferem falar das suas insatisfações e, às vezes, algum elogio diretamente com a gerente da unidade. Por isso, a importância da criação de um meio para o usuário expor suas opiniões e insatisfações quando não quiser se identificar.

• PASSO 2:

MONTAR A CAIXINHA DE SUGESTÕES E CRÍTICAS E DIVULGAÇÃO NA COMUNIDADE:

Foi confeccionada a caixinha de sugestões e críticas, e fizemos sala de espera com os usuários para divulgarmos esse nosso instrumento de avaliação. Em dezembro de 2017, iniciamos a prática deste. Nas rodas de conversa e nas salas de espera a população solicitou que a caixinha ficasse próximo ao SAME (SERVICO DE ARQUIVO MÉDICO), local mais centralizado da unidade onde todos que procuram o CSF passam por lá.

• PASSO 3:

FUNCIONAMENTO DA CAIXINHA

A caixinha funcionou da seguinte forma: há um papel e caneta ao lado dela e, nesse papel, o usuário pode escrever sua reclamação ou desenhar, se preferir. Depois disso, é só colocar o papel na abertura da caixinha. Ela é de livre acesso à população.

• PASSO 4:

LEVANTAMENTO DOS DADOS DA CAIXINHA

Os dados da caixinha são avaliados trimestralmente e analisados um a um. Depois, essas reclamações e/ou sugestões foram discutidas em RODA e planejaram-se ações para cada uma das reclamações com o foco de inversão dessa insatisfação com a melhora da qualidade do serviço prestado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante esse período, foram encontradas 30 reclamações realizadas pelos usuários que procuraram algum serviço do CSF Sinhá Sabóia, distribuídos da seguinte maneira:

Tabela 1 - Reclamações dos usuários no CSF Sinhá Sabóia. Dez/17 a Fev/18. Sobral - CE

RECLAMAÇÃO	TOTAL
Falta de medicamentos e material médico-hospitalar	16
Vagas disponíveis na central de marcação para especialistas	8
Demora no atendimento	3
Ausência de informações/ acolhimento	3

Fonte: Caixa de reclamações/sugestões do CSF Sinhá Saboia

A polissemia no campo da avaliação em saúde é fenômeno retratado por diversos autores da área. Assim como o termo “avaliação” possui um leque abrangente de significados, a questão da “satisfação do usuário” também apresenta dificuldades terminológicas (SOEIRO *et al.*, 2015). A satisfação do cliente consiste nas avaliações das diversas dimensões do cuidado prestado no serviço.

A satisfação do usuário pauta-se na “percepção subjetiva que o indivíduo tem sobre o cuidado que recebe”. Assim, o grau de satisfação ou insatisfação do usuário com o serviço de saúde pode referir-se à sua relação com o profissional do cuidado, como também aos aspectos da infraestrutura material dos serviços (equipamentos e medicamentos), das amenidades (ventilação e conforto) e suas representações sobre o processo saúde-doença (TAHAN, 2011).

Percebe-se que as maiores insatisfações dos usuários estão relacionadas, respectivamente, à falta de remédios e à demora no encaminhamento ao especialista. Esses meses, entre final e início de ano, a distribuição e a aquisição de novos fármacos fica um pouco mais restrita devido ao fim dos processos licitatórios e ao balanço anual dos diversos setores envolvidos da Secretaria de Saúde e das prefeituras.

A garantia de acesso aos medicamentos é particularmente importante no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS), que se caracteriza como porta de entrada no SUS, e é parte integrante do processo de promoção, recuperação e prevenção de algumas das doenças mais prevalentes na população. Tudo isso relacionado ao contexto político, econômico e social. (ALVARES *et al.*, 2017).

Estudos mostraram que usuários satisfeitos tendem a aderir ao tratamento prescrito, a fornecer informações importantes para o provedor e a continuar utilizando os serviços de saúde, sendo referido, ainda, que pacientes satisfeitos são mais propensos a ter melhor qualidade de vida (SOEIRO, *et al.*, 2015).

Uma das formas encontradas pela equipe para reduzir as insatisfações dos clientes foi implantar a planilha das medicações na farmácia do CSF por cores vermelho, amarelo e verde e essa sinaliza quando estoque de um certo fármaco está ausente/deficiente na farmácia, respectivamente. Desse modo, a gerente do CSF ou o atendente de farmácia entra em contato com a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) para a aquisição desse item, ou então, o atendente de farmácia entra em contato com outro CSF próximo para o fornecimento do item, tentando, assim, causar o menor dano possível ao paciente, garantindo a eficiência do serviço prestado.

O acesso aos medicamentos depende de uma complexa rede de atores públicos e privados, que desempenham diferentes papéis em

função do contexto econômico, político e social dos diversos países nos quais são fomentadas condições para que tal acesso se efetive, devendo haver trabalho conjunto e união de esforços políticos, sociais e multiprofissionais em direção a soluções (ALVARES *et al.*, 2017). Por isso, destaca-se o bom diálogo e a boa parceria entre CSF e CAF, visando reduzir o desgaste da ausência do item aos usuários.

Em relação ao sistema de regulação de vagas, a equipe está trabalhando com dois pontos: o aumento da oferta pela Central de Regulação do Município (através da demanda reprimida por especialista) e a outra, quem terá o direito a ela (vaga)? Essa indagação será respondida pelo quadro clínico do paciente: os mais graves têm prioridade na fila de espera através de uma classificação de risco clínico.

O que se entende por gravidade? São aqueles pacientes que no encaminhamento realizado pelo profissional de saúde (seja ele médico ou não), estão assinalados e/ou identificados como urgente e, também, na justificativa do encaminhamento tem uma breve história clínica da pessoa. Fazendo, assim, com que aqueles pacientes de risco habitual permaneçam mais tempo na fila de espera da marcação de consultas e gerando um descontentamento a eles.

A regulação adequada de uma rede de ações e serviços de saúde requer que se conte com apoio de sistema de informações voltado para a identificação dos pacientes (como o Cartão SUS); o acesso a prontuários pelos profissionais das diferentes unidades e/ou setores da rede de atenção; o controle da disponibilidade de vagas para consultas e exames; além do monitoramento das ações desenvolvidas. A inexistência ou o mau funcionamento de sistema de informação desse tipo dificulta o encaminhamento dos pacientes, seu acesso aos serviços, assim como a capacidade do gestor de controlar e avaliar o cumprimento dos objetivos e metas estabelecidos (SERRA; RODRIGUES, 2010).

Um outro fator está direcionado ao Acolhimento no CSF: os usuários têm ressaltado, às vezes, a ausência de informações e o desconhecimento de fluxos internos. O planejamento e a organização do processo de trabalho nas equipes de saúde visam garantir o cumprimento das diretrizes da atenção básica.

A integralidade da assistência configura-se como preocupação especial das equipes de saúde em relação aos seus usuários, através

do estabelecimento e da reformulação de fluxos de serviços, para melhor atender ao cliente (GOMIDE *et al.*, 2018).

A construção de fluxogramas e redistribuição dos profissionais do CSF, de acordo com suas demandas de áreas adscritas, promovem um repasse de informações com a menor probabilidade de erros, garantindo, assim, a eficiência do serviço e uma maior qualidade da assistência prestada pela equipe.

O acolhimento é um grande nó do serviço da atenção primária à saúde/CSF: ele está envolvido em todos os processos de trabalho, desde a recepção do vigilante da unidade até a saída do paciente com a orientação adequada ou quando necessário com aquela medicação prescrita, se um dos fluxos existentes no serviço falha, afeta diretamente na satisfação daquele cliente.

O acolhimento possibilita uma reflexão acerca dos processos de trabalho em saúde, pois estabelece uma relação concreta e de confiança entre o usuário e o profissional ou a equipe, estando diretamente orientado pelos princípios do SUS (BRASIL, 2010).

O acolhimento tende a ser analisado como política com escuta qualificada e classificação de risco de acordo com as necessidades e vulnerabilidades dos usuários. Garante a universalidade no acesso; busca a reorganização do processo de trabalho, deslocando o eixo centrado no médico para uma equipe multiprofissional, capaz de produzir a escuta qualificada, responsabilização, vínculo e resolubilidade; além de qualificar a relação dos profissionais com os usuários, sob parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (MILTRE *et al.*, 2012).

O processo do Acolhimento é um recurso destinado a apoiar a qualificação do sistema de saúde, pois possibilita ao usuário o acesso a um cuidado justo, ampliado e integral, a partir do reconhecimento de que esse acesso é um direito humano fundamental (BARALDI; SOUTO, 2011).

Diversos são os fatores que influenciam na satisfação do usuário no serviço. O que a gerência do serviço e sua equipe devem avaliar são as modificações necessárias que devem ocorrer para uma benfeitoria do indicador de qualidade.

Cada modificação de assistência para uma melhoria do serviço deve ser pautada nos indicadores (processo, serviço e qualidade) e ser discutida com toda a equipe com o comprometimento de cada integrante com a evolução do serviço, não esquecendo de envolver o usuário nos processos (sobretudo na APS).

Nesse contexto, a satisfação do usuário é considerada uma meta a ser alcançada pelos serviços e, portanto, deve ser pesquisada para incorporar aperfeiçoamentos no sistema de serviços de saúde (SOEIRO *et al.*, 2015).

A construção desse instrumento de coleta dos indicadores veio subsidiar as mudanças necessárias na instituição e voltar o foco para as reais necessidades do serviço e da organização de processos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A satisfação do usuário é um importante indicador da qualidade dos serviços de saúde e norteador das mudanças de processo de trabalho das equipes. A sua medida orienta o planejamento e as intervenções para a qualificação do serviço, fazendo com que o usuário seja um sujeito ativo condutor também das modificações nos processos e fluxos de trabalho.

Um dos pontos fundamentais da qualidade de um serviço de saúde refere-se à satisfação de seu usuário. A avaliação do cliente interferirá na acessibilidade, na criação de vínculos e, conseqüentemente, no fluxo do cuidado e terá reflexos na capacidade da equipe para coordenar o cuidado.

A falta de medicamentos, a redução de vagas para especialista e a demora no agendamento e atendimento de consultas na APS/CSF constituem os principais motivos para a baixa satisfação dos usuários com a APS. A humanização do cuidado/acolhimento também repercute para a qualidade da atenção à saúde. Quando o usuário não se sente acolhido ou alguma etapa do processo de acolhida é deficiente, ele avalia mal o serviço prestado. Entende-se pela acolhida todas as etapas que constituem desde a entrada do usuário no CSF até o

desfecho que pode ser como orientação ou na farmácia da unidade com aquisição ou não do fármaco prescrito.

Outro ponto fundamental para o entendimento é como o paciente se relaciona com o serviço de saúde, especialmente para proporcionar uma atenção qualificada voltada para as reais necessidades pessoais e as reais necessidades da comunidade onde o CSF está inserido.

Cada vez mais as instituições de saúde vem aderindo essa prática de trazer o usuário para participar das ações das equipes, da criação de processos (através de sugestões), pois ele é o fim de todos os processos os quais os profissionais estão voltados: promover a eficácia e a eficiência nas instituições e, assim, chegar à satisfação dessa clientela que se mostra cada vez mais exigente e conhecedora de seus direitos.

Diversos serão os caminhos e os ajustes contínuos para a melhoria e a manutenção da qualidade dos serviços prestados no CSF. Esses devem ser orientados pelos atributos da APS para atingirem altos níveis de satisfação dos usuários. Cada CSF ou unidade de saúde e os demais níveis de gestão devem conhecer o perfil da população e do território onde atuam para promover e modificar o que na realidade implica na qualidade dos serviços e na satisfação da clientela. Esses processos são contínuos e devem ser discutidos periodicamente para a garantia de um serviço prestado de qualidade.

REFERÊNCIAS

CASTRO, H. C. O. et al. A satisfação dos usuários com o SUS. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 14, n. 2, p. 113-134, jul./dez. 2008.

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.

BEZERRA, G. C.; OLIVEIRA V. S.; SANTOS, I. C. R. V.; SILVEIRA, F. M. M. Implementação do grupo hiperdia em uma unidade de saúde da família: um relato de experiência. **Rev. Enf.**, v. 1, n. 1, p. 19-22, jan./jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

GOMIDE, M. F. S.; PINTO, I. C.; BULGARELLI, A. F.; SANTOS, A. L. P.; GALLARDO, M.P.S. User satisfaction with primary health care: an analysis of access and care. **Interface** (Botucatu), v. 22, n. 65, p. 387-98, 2018.

GUERRA, A. J.; JUNIOR A. A.; ARAÚJO, V. E.; ALMEIDA, A.; DIAS, C. Z.; OLIVEIRA B. A. et al. Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, 2017.

JUNIOR, G. B. S.; DIAS, E. R. Avaliação da satisfação dos usuários de um serviço de saúde público-privado no nordeste do Brasil e a judicialização da saúde. **R. Dir. sanit.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p.13-29, jul./out. 2016.

MACHADO, M. M. T. **Avaliação das atividades dos enfermeiros da Saúde da Família, na atenção à saúde da criança de zero a dois anos em três municípios do Ceará** [tese]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2005.

MISHIMA, S. M.; CAMPOS, A. C.; MATUMOTO, S.; FORTUNA, C. M. Satisfação do usuário sob a perspectiva da responsividade: estratégia para análise de sistemas universais? **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2016.

MITRE, M.; ANDRADE, S. G.; IOLA, L.; COTTA, M.; MINARDI, R. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2012.

MOIMAZ, S. A. et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis**, v. 20, n. 4, p.1419-1440, 2010.

SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. A. Avaliação da referência e contra-referência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, supl. 3, p. 3579-3586, 2010.

SOEIRO, O. M. et al. Satisfação dos usuários com os serviços da assistência farmacêutica na atenção básica nos municípios brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, supl. 2, p. 21.

TAHAN, S. E. **Estratégia Saúde da Família: satisfação de usuários**. Dissertação (Mestrado) – USP, Ribeirão Preto, 2011. 133p.

VENTURI, K. K. **Qualidade do cuidado em UTI: relação entre o dimensionamento de pessoal de enfermagem e eventos adversos**. Projeto de Dissertação. Curitiba, 2009.175 p.

ZILS, A. et al. Satisfação dos usuários da rede de Atenção Primária de Porto Alegre. **Rev. Bras. Med. Fam. e Com.**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 16, jan./mar., 2009.

COORDENADORIA JURÍDICA DE SAÚDE: O RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM MUNICÍPIO CEARENSE

Rogério Rodrigues de Mendonça

Adriano Rodrigues de Souza

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) cita que, saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não consistindo somente em ausência de enfermidade. Já a Declaração Universal dos Direitos Humanos e a Constituição Federal do Brasil de 1988 defende que o direito à saúde é classificado como um direito social (VERBICARO, 2017).

Levando em consideração a saúde como direito social, os processos judiciais relacionados à saúde, atualmente conhecido como judicialização da saúde, tem tido um aumento crescente no intuito de garantir o fornecimento de medicamentos, cirurgias, consultas e/ou procedimentos em saúde. Esse fato vem gerando motivo de preocupação para os gestores da saúde em todos os níveis federativos (SILVA, 2017).

Essa preocupação deve-se ao fato de que os processos vêm desenvolvendo com contornos ainda desconhecidos, ocasionando impactos financeiros que dificultando a gestão e a gerência dos princípios organizacionais do Sistema Único de Saúde (SUS) (NUNES, 2016).

Os medicamentos excepcionais de custo elevado vêm se tornando outra preocupação dos gestores de saúde. Uma vez que os mesmos tornaram-se as principais causas das medidas judiciais. A falta de leis, regulamentos ou instrumentos legais abrem uma discussão sobre esse tema. Observa-se, também, que a falta de políticas públicas objetivas que descreva os critérios de prioridade desses pacientes,

assim como tratamento das doenças raras, o financiamento e o princípio de equidade do SUS tem se tornado outro ponto preocupante para os gestores.

Silva (2017) cita, ainda, que a alta demanda de ações judiciais relacionadas a medicamentos é ocasionada, sobretudo, pelo desconhecimento da política pública já implementada e, muitas vezes, decorrem de uma análise superficial da demanda, sem o devido amparo técnico. Assim, cria-se uma dificuldade da gestão do SUS em cumprir seu dever institucional, na oferta de políticas e serviços, provocando ao cidadão que necessita de um determinado medicamento a buscar uma nova forma de acesso a esses serviços, através dos processos judiciais, com isso, provocando repercussões tanto na política de saúde como sobre os cofres públicos.

Portanto, estudar como os gestores vêm trabalhando na organização dos serviços e gerenciando as ações judiciais contra o SUS, quais políticas estão sendo implantadas para atender à demanda, faz-se importante, uma vez que experiências de outros municípios podem contribuir para construção de uma nova ferramenta de gestão.

Objetiva-se, neste estudo, descrever a experiência do município de Catunda na implantação de uma coordenadoria para tratar dos assuntos relacionados à medicação e judicialização da saúde em âmbito municipal.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, com abordagem qualitativa, realizado com base nas experiências da implantação da coordenadoria jurídica de saúde na Secretaria Municipal de Saúde de Catunda no Estado do Ceará, no período de agosto de 2017 a dezembro de 2017.

O relato de experiência é uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações que abordam uma situação vivenciada no âmbito profissional de interesse da comunidade científica (CALVACANTE; LIMA, 2012).

O relato foi desenvolvido na Secretaria Municipal de Saúde de Catunda, onde são recepcionadas todas as demandas jurídicas emitidas à saúde de Catunda. O setor em estudo conta com quatro funcionários: uma farmacêutica coordenadora da assistência farmacêutica, um farmacêutico, uma auxiliar de farmácia e ambos cumprem uma carga horária de 40 horas semanais e um advogado, com carga horária de 20 horas semanais.

RESULTADOS

A implantação da Coordenadoria ocorreu no segundo semestre de 2017, devido à necessidade de se ter um profissional com dedicação exclusiva presente na secretaria para resolver os problemas relacionados a medicamentos, evitando assim ações judiciais e prejuízos, tanto nos cofres públicos quanto na saúde da população.

Dividimos o processo de implantação em quatro etapas, que foram elas:

ETAPA 1: CONTRATAÇÃO DO PROFISSIONAL DE FARMÁCIA

A nova gestão da saúde do município de Catunda que assumiu em janeiro de 2017, se deparou com alguns problemas relacionados à Central de Abastecimento Farmacêutico - CAF no município, dentre eles a falta de um farmacêutico que se dedicasse às 40 horas semanais dentro da CAF. Essa ausência do profissional, muitas das vezes, permitiam o atraso na resolubilidade das demandas e, consequentemente, da insatisfação dos usuários, gerando ações judiciais, que poderiam ser evitadas.

Diante do problema, a gestão achou por bem contratar, via processo de credenciamento, um profissional de Farmácia para assumir a CAF, assim como todas as demandas judiciais que surgissem.

ETAPA 2: ORGANIZAÇÃO E PLANEJAMENTO

O trabalho inicial foi fazer um levantamento de quantos medicamentos existia em estoque, informatizar todos os pontos de dis-

pensação de medicamentos da rede municipal e avaliar os processos judiciais que já estavam julgados e os que estavam em trâmite e organizar o fluxo de dispensação de medicamentos de alto custo. Esse levantamento possibilitou a organização do serviço, assim como o planejamento de novas compras de acordo com a demanda e já incluindo nos processos licitatórios os medicamentos judicializados.

Dentro deste trabalho de organização do serviço, foi criado uma Câmara Técnica Municipal da Assistência Farmacêutica, composta por médicos, enfermeiros, dentistas e farmacêuticos que discutem em reunião sobre o estoque, compra, protocolos e fluxos para dispensação correta de medicamentos. Nessa fase, a assessoria jurídica da Secretaria de Saúde pode contribuir com as orientações e o apoio nas decisões da coordenadoria, no que diz respeito sobre conceitos jurídicos ligados à saúde, através de definição de competências e jurisprudência acerca das ações judiciais.

ETAPA 3: ACOMPANHAMENTO DOS USUÁRIOS

Os pacientes que já recebiam medicamentos via ação judicial, foram convidados a preencher um cadastro de controle de recebimento dos medicamentos junto à Secretaria Municipal de Saúde. Os cadastros têm o objetivo principal de acompanhar a evolução do paciente, observando se ele está dando continuidade ao seu tratamento de forma adequada e acompanhada por especialistas.

No momento do estudo, foi visualizado o número de sete pacientes acompanhados e recebendo mensalmente seus medicamentos no setor. Todos usuários do SUS e residentes do município de Catunda, seis deles morando na sede e um na localidade de Buenos Aires, interior do município.

ETAPA 4: MONITORAMENTO DAS AÇÕES

Essa etapa diz respeito ao acompanhamento das ações, a fim de avaliar o que pode ser implementado.

A coordenadoria alcançou resultados positivos. Além da organização dos serviços, observou-se que o fluxo de dispensação de medicamentos ficou mais compreensível pelos profissionais e pela

população. Os medicamentos de alto custo, que são cadastrados pela secretaria municipal e dispensados pelo governo ganharam agilidade desde o cadastro à dispensação. E nenhum novo caso de judicialização referente a medicamentos foi notificado no município.

A criação dos protocolos subsidia os profissionais evitando as possíveis divergências entre o laudo médico e o relatório médico, o preenchimento correto dos formulários e dos receituários e o conhecimento atualizado da relação de medicamentos disponível no município, na relação do alto custo e na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME, preconizada pelo Ministério da Saúde.

O monitoramento é realizado através de formulário de identificação e evolução do paciente, anexado o processo judicial que gerou a demanda e os comprovantes do recebimento dos medicamentos entregues.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de Catunda foi formada a partir de uma vivência da prática do cotidiano nos processos de trabalho dentro da Secretaria Municipal de Saúde traduzindo-se em estratégias eminentemente de promoção, prevenção e recuperação da saúde, com a participação de diversos profissionais de saúde. É possível destacar a criação de um protocolo comum para dispensação de medicamentos, que evitou sobreposições e racionalizou os gastos e investimentos.

A coordenadoria possibilitou a aproximação com o usuário, foi possível conhecer a real condição do paciente através de contato pessoal com ele. Acompanhando a adesão dos usuários aos programas e medicamentos que são oferecidos pelo SUS e sua evolução ao longo do tempo.

A redução das ações judiciais foi outro ponto importante, que possibilitou uma economia para os cofres públicos, baseado numa política pública de saúde baseada na construção do diálogo institucional.

A experiência de Catunda abre uma reflexão sobre como os arranjos institucionais locais podem ser decisivos na efetivação do direito à saúde, na implementação de novas políticas de saúde e, principalmente, no compartilhamento dessas experiências.

REFERÊNCIAS

CAVALCANTE, B. L. L.; LIMA U. T. S. Relato de experiência de uma estudante de Enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas. **J. Nurs. Health**, Pelotas (RS), v. 1, n. 2, p. 94-103.

NUNES, C. F. O.; RAMOS JÚNIOR, A. N. Judicialização do direito à saúde na região Nordeste, Brasil: dimensões e desafios. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 192-199, 2016.

SILVA, E. M.; ALMEIDA, K. C.; PESSÔA, G. S. C. Análise do gasto com judicialização de medicamentos no Distrito Federal, Brasil. **Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.**, Brasília, v. 6, n. 1, p. 112-126, jan./mar. 2017.

VERBICARO L. P.; SANTOS A. C. V. A necessidade de parâmetros para a efetivação do direito à saúde: a judicialização do acesso ao hormônio do crescimento no estado do Pará. **R. Dir. sanit.**, São Paulo, v. 17 n. 3, p. 185-211, nov. 2016./ fev. 2017.

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA NO MUNICÍPIO DE BARBALHA-CE

Pollyanna Callou de Moraes Dantas

Maria Helena Lima Sousa

INTRODUÇÃO

No Brasil, ainda são raras as referências a estudos publicados em periódicos que tenham como objeto o fenômeno da chamada “judicialização da saúde”. A complexidade do fenômeno, por suscitar a interface entre esferas do Poder Público – Judiciário e Executivo –, confrontados no desafio constitucional de garantir os direitos universais dos cidadãos à atenção integral à saúde, repercute no constrangimento dos gestores do sistema de saúde público frente aos mecanismos jurídicos, que visam garantir aos pacientes/usuários a assistência médica recomendada (ANDRADE *et al.*, 2008).

Para Marina *et al.* (2011), o fenômeno da judicialização da saúde pode prejudicar a execução de políticas de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que o cumprimento de determinações judiciais para fornecimento de medicamentos, insumos e serviços de saúde acarreta gastos elevados e não programados. Segundo Brasil (2008 e 2009) apud Machado *et al.* (2011), em 2005, o Governo Federal gastou diretamente R\$2,5 milhões com aquisição de medicamentos solicitados pela via judicial e foi citado como réu em 387 processos. Em 2007, o gasto passou para R\$15 milhões destinados ao atendimento de aproximadamente três mil ações. Em 2008, as despesas alcançaram R\$52 milhões. O Estado de Minas Gerais gastou, nesses anos, respectivamente, R\$8,5 milhões, R\$22,8 milhões e R\$42,5 milhões, como cumprimento de processos judiciais na área da saúde. O Estado de Minas Gerais gastou nesses anos, respectiva-

mente, R\$8,5 milhões, R\$ 22,8 milhões e R\$42,5 milhões, como cumprimento de processos judiciais na área da saúde.

Como pode observar, juízes, promotores e defensores públicos cada vez mais vêm decidindo e invadindo questões peculiares da gestão em saúde, ocasionando alterações nos orçamentos escassos do Poder Público. Para Daniels (2002), a saúde não seria um fim em si mesmo, mas um meio de garantia da dignidade da pessoa, não se sustentando apenas no direito à vida.

A falta de parâmetros e diretrizes para a tomada de decisão por parte da justiça gerou grandes impactos financeiros na gestão pública comprometendo, muitas vezes, o andamento de ações anteriormente planejadas. Segundo Chieffi (2009), o não cumprimento de critérios de protocolos clínicos e a solicitação de medicamentos não padronizados, assim como a falta de medicamentos, ocasionaram ações judiciais frequentes em 18 estados do país.

Esse fenômeno tem acontecido em diversas partes do território brasileiro. Barbalha, município situado na região sul do estado do Ceará, com uma população de 59 mil habitantes e referência para 45 municípios, não foge a essa realidade.

Em meados de dezembro de 2016, durante a transição da gestão municipal, Barbalha vivenciava o auge de sua greve na saúde e, nesse período, os futuros gestores fizeram um levantamento das dificuldades no setor saúde e identificaram a judicialização como um dos principais problemas a ser enfrentado. Foram encontrados números elevados de ordens judiciais que não estavam sendo cumpridas e que causariam impacto financeiro significativo aos cofres públicos. Diante disso, foram montadas estratégias de evitar novos processos e de tentar atender aos pacientes que aguardavam pelo cumprimento de suas demandas judiciais.

Ao iniciar o ano de 2017, a Secretaria Municipal de Saúde de Barbalha montou uma estratégia composta por uma equipe multiprofissional para buscar soluções dos problemas, composta de uma assistente social, uma enfermeira, um farmacêutico e, além disso, tinham como setores de apoio a assessoria jurídica da saúde, e a rede de saúde mental.

A equipe de profissionais montada pela Secretaria de Saúde de Barbalha fez um levantamento das principais dificuldades que estariam demandando uma quantidade tão significativa de ordens judiciais e nele foram encontrados: ausência de protocolos para aquisição de insumos; falta de fluxos internos na SMS; fragilidade na rede de saúde mental; descumprimento da PPI (Programação Pactuada Integrada); ausência de protocolos implantados na atenção básica; e, principalmente, a população ver a defensoria pública como porta de entrada para ter acesso aos serviços de saúde.

Este artigo tem por objetivo apresentar Relato de Experiência sobre as estratégias de gestão da SMS para o enfrentamento do problema da judicialização no município de Barbalha (CE).

METODOLOGIA

A partir da identificação dos problemas foi priorizada a marcação de uma reunião entre a equipe multiprofissional da SMS de Barbalha, o procurador do município, membros da SMS Barbalha e a defensora pública responsável pelas demandas acima citadas para expor as linhas estratégicas de enfrentamento do problema tendo por objetivo maior o alcance do princípio da equidade no sistema público de saúde.

Nesse momento, foram definidas duas estratégias para identificação de um diagnóstico situacional, sendo elas:

1. Disponibilização de profissionais da saúde para realizar atendimento junto à defensoria pública durante um turno por semana. A equipe aplicou instrumentos de coleta de dados, que possibilitou a geração de relatórios consistentes e base de dados para fortalecimento da rede. Esses instrumentos foram criados pela própria equipe e ajustados conforme a necessidade encontrada (anexos I, II, III).
2. Elaboração de um relatório sobre as condições encontradas nas visitas às comunidades para identificar se os usuários do sistema estavam recebendo acolhimento digno e tratamento adequado.

Diante do diagnóstico realizado, foram traçadas ações para enfrentamento do problema, quais sejam:

- Apresentação dos protocolos que facilitem o acesso a insumos de forma administrativa, elaborados pela equipe multidisciplinar ao Conselho Municipal de Saúde.
- Visita a todos os pacientes que já têm alguma demanda atendida pelo município. Para tal ação seguiu-se os seguintes passos:
- Realizar o levantamento, em parceria com a assessoria jurídica da saúde, dos munícipes que têm ordem judicial atendida, coletando os seus respectivos endereços;
- Reunião com o ministério público, defensoria pública e magistrados para apresentar os instrumentos a serem aplicados e os objetivos do trabalho a ser desenvolvido;
- Formação de uma equipe multidisciplinar (fisioterapeuta, enfermeiro, nutricionista, assistente social, farmacêutico e médico) para realizar as visitas;
- Elaboração de calendário de visitas semanais (1 turno por semana com o mínimo de 3 pacientes);
- Elaboração dos instrumentos de anamneses voltados para cada área profissional;
- Apresentação dos instrumentos e termos a serem aplicados nas visitas para o conselho de saúde e suas posteriores validações.

A terceira ação planeja o combate às ordens judiciais, que acontecerá a partir de 2018.

Este momento consiste em visitar todos os pacientes que já têm alguma demanda atendida pelo município. É importante ressaltar que o objetivo da visita não é tirar o acesso a bens e serviços de saúde do paciente, tendo em vista que esse direito é assegurado pela Constituição Federal e efetiva o princípio da equidade.

Esse segundo momento visa reconhecer se o paciente é realmente morador do município, em qual estado de saúde ele se en-

contra, se a demanda atendida no processo ainda supre suas necessidades, se o paciente ainda está vivo ou se já teve alta; fortalecer a rede do município realizando contrarreferências quando necessário e avaliar as condições socioeconômicas dos visitados.

Após cada visita, os profissionais emitirão seus pareceres e gerarão um relatório que será encaminhado aos órgãos competentes por meio da assessoria jurídica do município.

É importante deixar claro que todo este trabalho é passível de mudanças e adaptações ao longo do tempo, uma vez que se trata de um processo dinâmico tanto em relação a diferentes patologias quanto a diferentes localizações geográficas. A equipe procurará se basear em protocolos do Ministério da Saúde e orientações da CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS).

RESULTADOS

Diagnóstico Situacional

Com a parceria efetivada entre a SMS de Barbalha, o procurador do município, membros da SMS Barbalha e a defensoria pública foi construída uma relação de confiança e respeito entre o Poder Judiciário e a gestão municipal, ficando explícita a disposição do município em resolver o problema de saúde do paciente.

Os atendimentos realizados pela equipe técnica junto à defensoria pública foram agendados com antecedência e realizados nas quartas-feiras pela manhã. Eram marcados em médias 4 pacientes por dia, a equipe (enfermeira, assistente social e farmacêutico) acolhia o paciente, ouvia sua demanda e tinha um prazo de sete dias para dar um retorno ao paciente. O grande diferencial do atendimento era que acontecia de forma humanizada, integral e rápida.

Ao final de cada visita realizada pela equipe, a defensoria pública redigia um termo, no qual todos assinavam se comprometendo a cumprir o acordo ali firmado. Em grande parte dos casos a equipe evitou a judicialização. Os casos que quase nunca alcançavam êxito

estavam relacionados às internações compulsórias e cirurgias de alta complexidade por serem de responsabilidade do Estado, saindo, pois, da governabilidade do município.

A equipe que atendia na defensoria também visitou a comunidade terapêutica que os pacientes de internações compulsórias eram encaminhados e visualizou situações desumanas, que infringiam gravemente a lei 102.016/2001. Nesse sentido, foi elaborado um relatório das condições encontradas e visitadas outras comunidades com condições dignas de acolhimento e tratamento para essas pessoas. Com todas as informações em mãos, o relatório foi encaminhado para o Poder Judiciário a fim de assegurar um tratamento correto e digno para esses pacientes internados compulsoriamente. Sensibilizada com a situação desses municípios, a defensoria pública acabou apoiando iniciativas da gestão para o combate às drogas.

Somado a isso, foi fortalecida a rede de saúde mental local com mapeamento de todos os pacientes egressos de comunidades terapêuticas, para que o CAPS AD pudesse fazer o acompanhamento. Houve, também, uma reunião para a composição do conselho de drogas e início de visitas domiciliares por um padre e assistente social às famílias desses usuários.

A partir dessa primeira fase do trabalho, o município de Barbalha chegou a reduzir suas ordens judiciais em quase 80%, melhorando. Além disso, identificou-se aumento na satisfação da população por terem suas demandas atendidas sem a prerrogativa de uso de Setor Judiciário.

Não obstante, em maio de 2017, Barbalha foi destaque no 5º Congresso Norte e Nordeste das Secretarias Municipais de Saúde, realizado em Porto Seguro - BA, levando o prêmio Zilda Arns como melhor experiência exitosa em Administração Pública e Judicialização da Saúde, sendo indicada para publicação da experiência em revista internacional. Ainda em 2017, este mesmo município foi destaque nacional no Congresso Nacional das Secretarias Municipais de Saúde, realizado em Brasília - DF, sendo considerada a melhor experiência do Brasil na categoria Administração Pública e Judicialização da Saúde, levando medalha de honra ao mérito.

APRESENTAÇÃO DOS PROTOCOLOS

Posterior a esse primeiro momento foram apresentados os protocolos elaborados pela equipe multidisciplinar ao Conselho Municipal de Saúde. Esses consistem em instrumentos que facilitarão o acesso a insumos de forma administrativa por parte da população. *A priori* foram elaborados os protocolos de leite, de adesão ao programa de oxigenoterapia domiciliar e de fraldas.

Protocolo de leite

Critérios para a dispensação de fórmulas infantis e dietas especiais:

- Apresentar alergia ou intolerância à proteína do leite de vaca, com declaração médica justificando a necessidade e exame confirmando;
- Apresentar intolerância à lactose, com declaração médica justificando a necessidade e exame confirmando;
- Apresentar alergia à proteína isolada da soja, com declaração médica justificando a necessidade e exame confirmando;
- Apresentar alergia múltipla (alergia à proteína do leite de vaca associada à alergia à proteína de soja), com declaração médica justificando a necessidade;
- Apresentar alergia a múltiplos alimentos ou alergia a hidrolisados proteicos com comprometimento do trato gastrointestinal, com declaração médica justificando a necessidade;
- Fissura labiopalatal ou outras patologias que comprometam a sucção;
- Prematuridade/Gemelaridade com sequelas e/ou avaliação nutricional com diagnóstico de desnutrição de acordo com a curva de crescimento da OMS: até a melhora do estado nutricional;
- Doenças congênitas graves com avaliação nutricional sob diagnóstico de desnutrição de acordo com IMC proposto pela OMS: até a melhora do estado nutricional;

- Apresentar uma avaliação trimestral do paciente pelo centro de especialidades;
- Pacientes com alimentação através de sonda nasogástrica, nasoenteral, gastrotomia e jejunostomia com estado nutricional de desnutrição de acordo com IMC proposto pela OMS: até melhora do estado nutricional ou médico com declaração justificando a necessidade;
- Doença materna que contraindique a amamentação (comprovada através de relatório médico) e uso de medicamentos psiquiátricos que contraindiquem a amamentação segundo recomendações do Ministério da Saúde

Crítérios de indeferimento de fórmulas infantis e dietas especiais

- Não residir no município;
- Crianças e adultos com estado de desnutrição que se encontram em estado nutricional eutrófico ou acima do peso de acordo com IMC proposto pela OMS;
- Uso indevido da fórmula ou dieta, bem como a troca ou venda do produto;
- Não aceitar as condicionalidades do Protocolo de Dispensação e negar-se a assinar o Termo de Consentimento.

Protocolo de fraldas

Crítérios para dispensação de fraldas:

- O fornecimento estará vinculado ao diagnóstico médico que comprovará a incapacidade de controle dos esfíncteres aos municípios cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- O paciente passará em consulta médica onde será avaliado pelo médico que descreverá em relatório técnico o motivo e a necessidade do uso. Na solicitação deverá constar o nº do CID como também o estado geral do paciente e expectativa de melhora se houver;

- O profissional médico poderá ser da UBS, Particular, Convênio e Instituições que atendam o paciente na residência;
- O(A) enfermeiro(a) da Unidade Básica de Saúde e/ou da Estratégia de Saúde da Família (ESF) após avaliação do médico agendará uma consulta de enfermagem para avaliação e elaboração de um relatório;
- No relatório do(a) Enfermeiro(a) deverá constar informações sobre a patologia do paciente, estado geral, justificativa da necessidade do uso de fraldas, e encaminhar o familiar responsável com os devidos documentos (relação abaixo) para a Secretaria de Saúde;
- Para a continuidade do uso, o(a) enfermeiro(a) da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e/ou da UBS deverá fazer nova avaliação a cada 03(três) meses e encaminhar novo relatório juntamente com a receita para a Coordenação da Farmácia da Secretaria de Saúde;
- A visita do(a) enfermeiro(a) da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e/ou da UBS deverá ser agendada antes de completar os 03(três) meses para que não haja interrupção no fornecimento;
- O paciente e/ou seu responsável assinará um termo de compromisso junto à UBS, onde se comprometerá a comunicar ao(à) enfermeiro(a) da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e/ou da UBS em caso de não mais fazer uso das fraldas; por sua vez, o(a) Enfermeiro(a) deverá no prazo de 03(três) dias após a ciência do fato, comunicar à Farmácia da Secretaria de Saúde em casos descobertos de PSF;
- Os pacientes com mobilidade reduzida e/ou cadeirantes deverão ser avaliados na UBS com prioridade no atendimento;
- Os pacientes totalmente acamados serão avaliados pelos(as) enfermeiros(as) em suas residências;
- Fica estabelecido que para a resolução de todas as questões relativas à distribuição das fraldas, o paciente e/ou responsável deverá procurar a Coordenação da assistência Farmacêutica da Secretaria de Saúde.

Protocolo de adesão ao programa de oxigenoterapia domiciliar

- Laudo atualizado emitido por médico especialista;
- Necessidade de oxigênio, discriminando a doença pulmonar de base, prescrição do fluxo de oxigênio necessário, o número de horas por dia a ser usado e o tipo de cateter ou máscara;
- Em casos de solicitação de BIPAP, CPAP, **é necessário o parecer do médico especialista**, justificando a necessidade do equipamento, juntamente com o CID da doença;
- Usar a quantidade de oxigênio conforme prescrição médica.

O monitoramento será realizado de três formas:

- A cada seis meses, para renovação do cadastro, com atualização da prescrição por meio de relatório médico, realizada pelo pneumologista;
- Reavaliação após alta hospitalar ou após episódio de exacerbação da doença, para verificar necessidade de estabelecer novo fluxo de oxigênio;
- Acompanhamento periódico (a cada 2 meses) pelo fisioterapeuta (para reavaliação do uso oxigênio preestabelecido pelo parecer do laudo médico).

Combate às ordens Judiciais

Este momento ainda não apresenta resultados concretos por estar em fase de execução.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A iniciativa da atual gestão municipal de Barbalha em criar um protocolo para o enfrentamento do problema da judicialização tem contribuído para a redução de despesas extraordinárias, organizou melhor o fluxo de pacientes de acordo com a política de saúde do município, criou uma relação de parceria com órgãos da justiça local para a solução do problema e uma melhor compreensão

sobre os problemas de saúde da população, fortalecendo a confiança do usuário do sistema de saúde no município.

Elaborar novas ferramentas de gestão que regulem o serviço que evitem e combatam a judicialização, associadas ao fortalecimento da rede de saúde e suas políticas, é o melhor caminho para reduzir ou erradicar esse fenômeno. A justiça e a saúde devem aproximar suas discussões e decisões para garantia dos direitos de forma coerente para que, desta forma, não haja violação de outros direitos à pessoa humana.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, E. I. G.; MACHADO, C. D.; FALEIROS, D. R.; SZUSTER, D. A. C.; GUERRA JÚNIOR, A. A.; SILVA, G. D.; CHERCHIGLIA, M. L.; ACÚRCIO, F. de A. A Judicialização da saúde e a política nacional de assistência farmacêutica no Brasil: gestão da clínica e medicalização da justiça. **Rev. Med Minas Gerais**, v. 18, supl. 4, S46-S50, p. 46-50.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**, Título VIII da Ordem Social, Capítulo II, Seção II, Artigo 200-III. Senado, Brasília: DF, 1988. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm>. Acesso em: 05 out. 2017.

_____. **Lei nº 8080/90, de 19 de setembro de 1990**. Brasília: DF, 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm>. Acesso em: 05 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, Lei da Reforma Psiquiátrica de 06 de abril de 2001. **Diário Oficial da União**.

DANIELS, N.; SABIN, J. **Can We Learn to Share Medical Resources?** Setting Limits Fairly. Oxford: Oxford University Press, 2002.

CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. B. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Cad. Saúde Pública**. v. 25, n. 8, p. 1839-49. DOI:10.1590/S0102-311X2009000800020.

MACHADO, M. A. de; ACURCIO, F. de A.; BRANDÃO, C. M. R.; FALEIROS, D. R.; GUERRA JR, A. A.; ANDRADE, E. I. G. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, 2011, v. 45, n. 3, p. 590-8.

POSFÁCIO

Esta obra apresenta trabalhos dos discentes e docentes do Mestrado Profissional de Gestão em Saúde, em que analisa as práticas de gestão em saúde e sua interface com a integralidade das práticas em saúde e resolubilidade dos serviços por meio de temáticas relacionadas à educação em saúde, políticas e de ferramentas como a tecnologia e avaliação em saúde.

Uma importante estratégia utilizada no estudo foi abordar a gestão em saúde nos diferentes níveis de atenção no Sistema Único de Saúde, oferecendo ao leitor um leque de possibilidades para refletir sobre questões relacionadas à gestão alinhadas aos princípios do SUS.

Uma importante contribuição do livro é a sua articulação com a prática, haja vista que durante toda a leitura percebe-se as experiências dos autores nas práticas de gestão permeadas por discussões acadêmicas que foram amadurecidas ao longo das disciplinas do mestrado profissional de gestão em saúde bem como com as leituras exaustivas de trabalhos referentes ao assunto.

Ressalta-se, pois, a importância de buscar converter o conhecimento em ações e práticas relacionadas à melhoria dos cuidados em saúde, uma vez que toda pesquisa possui um compromisso com a sociedade, no caso da pesquisa em saúde, considera-se que esta deve contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população.

A obra fará o leitor refletir sobre o desenvolvimento de diferentes saberes e práticas que podem nortear o desenvolvimento de uma gestão em saúde em conformidade com a resolubilidade dos serviços e integralidade das ações.

Ao final do livro evidencia-se que gerir no âmbito da saúde é um desafio complexo, principalmente na saúde pública, uma vez que a demanda por atendimento cresce exponencialmente, bem como as pressões oriundos de movimentos populares, produções acadêmicas e sociedade civil para a oferta de um cuidado de qualidade que respeite a singularidade dos usuários do sistema de saúde bem como os seus direitos.

Milena Lima de Paula

ORGANIZADORES E AUTORES

ADRIANO RODRIGUES DE SOUZA

Enfermeiro, graduado pela Universidade Estadual do Vale do Acaraú - UVA. Doutor em Saúde Coletiva, pela Associação Ampla: UECE-UFC-UNIFOR. Professor Adjunto da Universidade de Fortaleza. Enfermeiro da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, no Estado do Ceará. Docente do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

ALINE VASCONCELOS ALVES FROTA

Enfermeira. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

ANA VALESKA ARAÚJO VIANA

Socióloga. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

ANDREA CAPRARA

Médico, graduado pela Universidade de Modena - Itália. Doutor em Antropologia, pela Universidade de Montreal, no Canadá. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado e Doutorado) e do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - MEPGES/UECE.

ANTONIA ABIGAIL DO NASCIMENTO CAVALCANTE

Enfermeira. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

ANTONIO RODRIGUES FERREIRA JÚNIOR

Enfermeiro pela Universidade Estadual Vale do Acaraú. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas. Docente e atual coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPSAC), docente do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde, da Universidade Estadual do Ceará.

CAROLINA BATISTA CAVALCANTE FREITAS

Dentista. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

CARLOS GARCIA FILHO

Médico pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará - UECE, Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Integrante do Grupo de Pesquisa: Vida e Trabalho. Atua como Médico Sanitarista no Município de Iguatu - CE e como Docente do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - MEPGES/UECE.

DAFNE LOPES SALLES

Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPSAC) na Universidade Estadual do Ceará, Mestre em Saúde Coletiva pelo PPSAC. É Membro do grupo de pesquisa "Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem" (GRUPECCE) vinculado à UECE e tem interesse nas áreas de Saúde Pública/Saúde Coletiva, Epidemiologia descritiva, analítica e social/crítica, Bioestatística, Metodologia da Pesquisa e Saúde do Adulto/Idoso.

ELIANA LIMA DA SILVA

Enfermeira. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

EMILIANA BEZERRA GOMES

Enfermeira. Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Professora Adjunta da Universidade Regional do Cariri (URCA) vinculada aos cursos de Mestrado Acadêmico em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PMAE) e de Graduação em Enfermagem, nos quais desenvolve atividades de ensino, pesquisa e extensão nas linhas de Enfermagem em saúde do adulto, Assistência de enfermagem ao adulto em situações clínicas e cirúrgicas, Cuidado clínico em enfermagem cardiovascular e Segurança do Paciente.

FRANCISCA AMISTERLANE MOTA DE LIMA BARROSO

Fisioterapeuta. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

FRANCISCO JOSÉ MAIA PINTO

Pós-Doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP - 2011). Doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ - 2005). Mestre em Ciências em

Engenharia de Produção pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ - 1988). Graduado em Matemática pela Universidade Federal do Ceará (UFC - 1975). Graduado em Estatística pela Universidade Federal do Ceará (UFC - 1978). Professor Aposentado da Universidade Federal do Ceará (UFC). Atualmente é Professor Associado Nível "O" da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPSAC/UECE); Mestrado Profissional em Gestão em Saúde (MEPGES/UECE); e Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente (CMPSCA/UECE). Consultor Ad hoc. Líder do Grupo de Pesquisa Avaliação e Análise Estatística em Saúde Coletiva - PESQSAÚDE.

GLAUCIA POSSO LIMA

Nutricionista pela Universidade Estadual do Ceará (1990); mestrado em Ciência e Tecnologia de Alimentos pela Universidade Federal do Ceará (2000) e doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (2014). Atualmente é Professora Adjunta da Universidade Estadual do Ceará - Diretora do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará - Membro titular - CONCEN-CS - Membro titular - CEPE - Membro titular - CONSU. Docente do Colegiado do Curso de Nutrição. Docente Permanente do Curso de Mestrado Profissional Ensino na Saúde e do Curso de Mestrado Profissional Gestão em Saúde.

HELENA ALVES DE CARVALHO SAMPAIO

Possui graduação em Nutrição pela Universidade de São Paulo (1976), mestrado em Educação pela Universidade Federal do Ceará (1987) e doutorado em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará (1996). É professora emérita da Universidade Estadual do Ceará (UECE), lecionando nesta desde 1980 e é membro do corpo docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado e Doutorado) da UECE.

JOSÉ JACKSON COELHO SAMPAIO

Médico. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, acadêmico e Mestrado Profissional em Gestão em Saúde. Líder do Grupo de Pesquisa Vida e Trabalho do CNPq.

JOSÉ LUÍS PAIVA DE MENDONÇA FERREIRA

Fisioterapeuta. Mestrando do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

JOSÉ WELLINGTON RIOS VITAL

Fisioterapeuta. Mestrando do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

KAMILA REGINA DA SILVA OLIVEIRA

Administradora. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

LIDIANNY BARRETO ARAÚJO

Enfermeira. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

LIZE MARIA ALENCAR NOBRE

Enfermeira. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

MAGDA ROBERTA BORGES DE MELLO

Fisioterapeuta. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

MARDÊNIA GOMES FERREIRA VASCONCELOS

Enfermeira, graduada pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Doutora em Saúde Coletiva pela Associação Ampla: UECE-UFC-UNIFOR. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Estadual do Ceará. Docente do Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará- MEPGES/UECE.

MÁRCIA ALVES FERREIRA

Enfermeira. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

MARCIO DE OLIVEIRA MOTA

Administrador pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Especialista em Marketing pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Doutor em Administração, pela Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Professor Adjunto do Curso de Graduação em Administração e do Programa de Pós-Graduação em Administração, da Universidade Estadual do Ceará - UECE. Docente do Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - MEPGES/UECE.

MARIA ANGELA ALVES DO NASCIMENTO

Enfermeira pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (1977), mestre em Enfermagem na área de Saúde Comunitária pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1983) e doutora em Enfermagem, pela Universidade de São Paulo (1997). Professora Titular Pleno da Universidade Estadual de Feira de Santana. Atualmente professora dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Mestrado e Doutorados Acadêmicos e dos Programas de Pós-Graduação dos Mestrados Profissionais em Saúde Coletiva e em Enfermagem. Pesquisadora do Núcleo Integrado de Pesquisa em Saúde Coletiva - NUPISC/UEFS.

MARIA CLARICE TAVARES EVANGELISTA

Enfermeira. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

MARIA HELENA LIMA SOUSA

Economista, especialista em Economia da Saúde e Farmacoeconomia, doutora em Saúde Coletiva, ex-Coordenadora do Núcleo de Economia da SESA, ex-Vice-Presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde, docente do Curso de Mestrado Profissional de Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará. MEPGES - UECE.

MARIA LUCILA MAGALHÃES RODRIGUES

Enfermeira. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

MARIA SALETE BESSA JORGE

Enfermeira. Pós - Doc. em Saúde Coletiva pela Unicamp. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Atualmente é professora titular da Universidade Estadual do Ceará, pesquisadora bolsista produtividade CNPq 1B. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Coordenadora e docente do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde, na Universidade Estadual do Ceará - UECE. Líder do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde e Enfermagem do CNPq.

MARLUCE MARIA ARAÚJO ASSIS

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Pós-Doutora em Saúde Pública pela Escuela Andaluza de Salud Publica. Professora Titular aposentada da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

MILENA LIMA DE PAULA

Psicóloga. Docente do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde – MEP-GES/UECE – Doutora em Saúde Coletiva - AA IES UECE/UFC/UNIFOR

PATRÍCIA FERREIRA ANTUNES

Economista e Enfermeira. Doutorada em Gestão – Ciência Aplicada à Decisão pela Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Portugal. Coordenadora da Unidade Regional de Gestão do Acesso na Administração Regional de Saúde do Centro. Investigadora no Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) e colaboradora do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS).

PEDRO LOPES FERREIRA

Matemático. Professor Catedrático da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Portugal. Coordenador e Docente do Mestrado em Gestão e Economia da Saúde da Universidade de Coimbra. Diretor do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) e Coordenador do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS). Chair do Grupo Ibero-Americano de Qualidade de Vida da Sociedade Internacional de Qualidade de Vida (ISOQOL).

POLLYANNA CALLOU DE MORAIS DANTAS

Farmacêutica. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

ROBERTA SAMPAIO DE BRITO MAMEDE

Assistente social. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

ROGÉRIO RODRIGUES DE MENDONÇA

Fisioterapeuta. Mestrando do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

ROSIMARY DA SILVA BARBOSA

Técno-loga de alimentos. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

SOLEANE LAVOR DE ALMEIDA

Enfermeira. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

TEREZA DORALÚCIA RODRIGUES PONTE

Farmacêutica. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

THEREZA MARIA MAGALHÃES MOREIRA

Enfermeira pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Advogada pela Faculdade Estácio de Sá - FIC. Pós - Doutora em Saúde Pública, pela Universidade de São Paulo - USP. Mestre e Doutora em Enfermagem, pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Professora Adjunta da Universidade Estadual do Ceará - UECE. Docente da Pós-Graduação (Mestrado e Doutorado) da UECE. Docente do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde - MEPGES/UECE. Líder do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidade e Enfermagem - GRUPECCE-CNPq.

VERONICA CRISTINA GAMBOA LIZANO

Possui graduação em PROMOCION DE LA SALUD pela Universidad de Costa Rica (2016). Mestranda em Saúde Coletiva na Universidade Estadual de Feira de Santana, UEFS.