

PRÁTICAS DE GESTÃO, PROCESSOS, PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO

MARIA SALETE BESSA JORGE
CARLOS GARCIA FILHO
(ORGS)



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

REITOR

José Jackson Coelho Sampaio

VICE-REITOR

Hidelbrando dos Santos Soares

EDITORA DA UECE

Erasmo Miessa Ruiz

CONSELHO EDITORIAL

Antônio Luciano Pontes	Lucili Grangeiro Cortez
Eduardo Diatahy Bezerra de Menezes	Luiz Cruz Lima
Emanuel Ângelo da Rocha Fragoso	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 Lírída 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

MARIA SALETE BESSA JORGE

CARLOS GARCIA FILHO

(ORGS)

PRÁTICAS DE GESTÃO, PROCESSOS, PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO

1ª Edição

Fortaleza - CE

2018



PRÁTICAS DE GESTÃO, PROCESSOS, PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO

© 2018 *Copyright by* Maria Salete Bessa Jorge e Carlos Garcia Filho

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

Lorena Etienne Castelo Branco Reis

Ficha Catalográfica

Lúcia Oliveira CRB - 3/304

P912 Práticas de gestão, processos, planejamento e avaliação / Organizado
por Maria Salete Bessa Jorge, Carlos Garcia Filho. - Fortaleza:
EdUECE, 2018.
474 p. : il.
ISBN: 978-85-7826-672-1

1. Gestão em saúde. 2. Saúde coletiva. I. Jorge, Maria Salete
Bessa. II. Garcia Filho, Carlos. III. Título.

CDD: 362.1068

PREFÁCIO

Rosendo Freitas de Amorim

Em boa hora chega às mãos dos profissionais da saúde e da sociedade a coletânea ***Práticas de Gestão, Processos, Planejamento e Avaliação em Saúde***. A publicação de uma obra com esse fôlego reveste-se da maior pertinência numa conjuntura política marcada pela ameaça aos Direitos Sociais, inclusive o Direito à Saúde, especificamente na forma de ataques ao Sistema Único de Saúde (SUS).

O sistema de saúde público brasileiro, o maior do mundo, efetivado por meio do SUS, deve ser encarado como um projeto em construção. Entretanto, tem sido alvo de críticas contundentes, especialmente no que concerne à gestão do sistema e ao desperdício de recursos. De vários modos, esta obra representa um esforço daqueles que fazem, pesquisam e produzem saberes na interface desse sistema.

A obra abrange de forma lapidar os três processos que fundamentam as análises de qualquer Política Pública, o planejamento, a gestão e a avaliação. Nesse caso, as práticas de gestão recebem destaque, principalmente na primeira parte do livro. Sob forma de relatos de experiência, a gestão relacionada à atenção básica e aos problemas de natureza psicossocial sobressaem-se, sem que se descuidem da organização e da reorganização dos serviços e muito menos da promoção da saúde.

Os altos custos financeiros da saúde e os processos de regulação dos serviços são problemas históricos atribuídos ao sistema público de saúde. A segunda parte desta obra dedica-se à avaliação econômica, bem como discute a avaliação dos processos de monitoramento de dados e a regulação dos serviços, reservando especial atenção à avaliação da qualidade em saúde.

Os capítulos da última parte da obra abordam a necessidade do planejamento em saúde como condição indispensável para que a gestão se efetive de forma satisfatória. As reflexões apresentadas reforçam o argumento de que um planejamento adequado é condição *sine qua non* para uma gestão satisfatória dos serviços de saúde. Além disso, enfatiza-se a valorização da qualidade e da liderança no âmbito do planejamento e da gestão.

INTRODUÇÃO

Carlos Garcia Filho

José Jackson Coelho Sampaio

A gestão em saúde é um campo interdisciplinar de reflexão e prática. Ao delimitar o termo gestão ao campo da saúde, paradoxalmente, ocorre uma ampliação de seus horizontes, pois a saúde apresenta singularidades – assimetria de informações entre gestores, trabalhadores e usuários, implicações éticas e subjetivas profundas, dificuldade de se estabelecer rotinas e padrões, indução da demanda pela oferta – que tornam essencial a aproximação entre Administração e Saúde Coletiva. A produção teórica sobre gestão em saúde na perspectiva da Saúde Coletiva ocorre, principalmente, via planejamento em saúde; de fato, as concepções de planejamento em saúde podem ser compreendidas, de modo ampliado, como concepções também de gestão em saúde.

Merhy (1995) sistematiza quatro abordagens diferentes do planejamento em saúde brasileiro, elaboradas no contexto das discussões acadêmicas sobre o campo da Saúde Coletiva e das experiências no Sistema Único de Saúde (SUS). A corrente da vigilância à saúde busca articular o conceito de planejamento situacional com a lógica territorial, considerando suas características sociais, econômicas, culturais e sanitárias, emergindo como distrito sanitário e enfatizando a promoção à saúde. A

corrente da programação em saúde parte das recomendações da Epidemiologia Social para uma reorganização do processo de trabalho em saúde, aglutinando programas de saúde tradicionais sob perspectiva populacional. A corrente comunicativa aponta a razão comunicativa como contraponto à razão instrumental do planejamento estratégico, buscando entender que o político não se resume ao conflito, mas comporta também a negociação e o entendimento. Por fim, a corrente estratégica aponta para a valorização do sujeito como instituinte de uma organização flexível, horizontal e descentralizada do sistema de saúde, privilegiando as possibilidades criativas das equipes locais.

As concepções de planejamento e gestão em saúde delimitadas por Merhy (1995) são tributárias do pensamento estratégico de Carlos Matus e de Mario Testa, principais autores latino-americanos do planejamento em saúde e de forte influência na Saúde Coletiva brasileira. Rastreado as matrizes teóricas desses autores, observa-se uma tentativa de aproximação do pensamento de Karl Marx e Max Weber, esforço teórico árduo que resultou em convergências, analogias e, principalmente, complementações. Especialmente quando Mario Testa buscou em Max Weber elementos para discutir o funcionamento e as relações de poder em organizações, mas considerando a sociedade sob a perspectiva do conflito de classes de Karl Marx. Outros autores que formam o arcabouço teórico do planejamento e da gestão em saúde sob a perspectiva da Saúde Coletiva são, de modo esquemático: 1 – Jürgen Habermas, por meio da crítica comunicativa à perspectiva estratégica do planejamento; 2 – Michel Foucault, discutindo as imbricações entre saber, verdade e poder na constituição de micropoderes e suas pedagogias disciplinares para controlar e domesticar os

indivíduos e; 3 – Gilles Deleuze e Félix Guattari, ainda que em menor escala que os autores anteriores, no uso da análise institucional em organizações de saúde.

As definições de pensamento e planejamento estratégico em saúde utilizadas na literatura nacional não são convergentes com as estrangeiras. Na literatura norte-americana sobre o tema, o adjetivo “estratégico” é específico da administração organizacional e não se recomenda seu uso para especificar o planejamento de políticas de saúde. Essa é a posição defendida por Swayne, Duncan e Ginter (2008) em seu manual sobre *Strategic Management of Health Care Organizations*, em que apresentam sua versão de: 1 – pensamento estratégico, entendido como uma habilidade individual, uma espécie de moldura analítica, que permite que os líderes tenham a capacidade de atuar sobre os desafios cotidianos de uma organização e, simultaneamente, ter uma perspectiva de sua situação global; 2 – planejamento estratégico, definido como um processo periódico de discussão e de decisão sobre etapas necessárias para cumprimento dos compromissos expressos em sua missão e em sua visão, utilizando o pensamento estratégico, esse processo busca direcionar o foco da instituição para um cenário futuro de acordo com a análise situacional e com a formulação estratégica; e 3 – administração do *momentum* estratégico, compreendida como a administração cotidiana das ações necessárias para o desenvolvimento das estratégias planejadas, incluindo sua implantação, monitoramento e ajustes, para que os objetivos organizacionais possam ser alcançados. Os autores apontam que a integração e a coerência entre pensamento, planejamento e administração estratégica com os objetivos, visão e missão organizacionais são essenciais para o funcionamento eficiente das organizações.

A influência do pensamento e do planejamento estratégico norte-americano no Brasil é mais evidente nos serviços privados do que nos públicos, o que é coerente com sua formulação teórica original. Nos serviços públicos de saúde, utilizam-se pontualmente alguns elementos derivados e adaptados do planejamento corporativo, como a elaboração de missão, visão e valores, o Balanced Scorecard, a acreditação de serviços por avaliadores externos, o desenvolvimento de lideranças, o *coaching*. Ferramentas individuais são mais presentes do que uma abordagem sistemática e robusta para administrar os serviços públicos de acordo com a lógica da administração dos serviços privados, embora a retórica em defesa dessa proposta seja recorrente.

Não há um consenso entre os autores da Saúde Coletiva sobre o transplante das metodologias de gestão e planejamento do mundo corporativo para os serviços públicos de saúde. Alguns rejeitam o uso dessas metodologias, um exemplo é a crítica de Merhy (2002) à Atenção Gerenciada, uma das poucas propostas sistemáticas de implementação de modificações no processo de gestão e trabalho em saúde importada das operadoras privadas de serviços de saúde norte-americanas. O contraponto a essa rejeição é a *démarche*, método que busca adaptar o enfoque empresarial ao setor público, apresentado por Rivera e Artmann (2003) e Ramos, Penello e Rivera (2003) e considerado pelos autores como uma possibilidade promissora de desenvolvimento de novos instrumentos de gestão.

Por outro lado, existe uma produção teórico-metodológica anglo-saxã sobre planejamento de políticas públicas que se caracteriza por seu aspecto crítico, embora seja pouco divulgada no campo da Saúde Coletiva brasileira. Sager (2013) define o planejamento comunicativo, uma das abordagens do planejamento crítico existentes no exterior, como uma propos-

ta para explorar as potencialidades da democracia deliberativa no processo de planejamento – é evidente a contribuição do pensamento habermasiano – que não restringe participação a informar ou consultar os atores, mas compreende a necessidade de se estabelecer consensos por meio do diálogo e do entendimento mútuo. Essa perspectiva defende que é possível transformar a sociedade por meio de um esforço para o planejamento coletivo, a despeito de sua estrutura atual, que privilegia os interesses daqueles que detêm a maior parte da riqueza, e oferece recomendações para superar as relações de poder assimétricas, que se constituem como um entrave para o desenvolvimento de uma sociedade mais justa e menos desigual. Sager (2013) indica que o debate acadêmico sobre o planejamento crítico e sua corrente comunicativa iniciou-se na década de 1980 nos países de Língua Inglesa.

Não se observa influência do planejamento crítico estrangeiro no campo da Saúde Coletiva brasileira. As discussões de Francisco Javier Uribe Rivera sobre o uso da Teoria do Agir Comunicativo no planejamento, que se iniciaram no final da década de 1980, e seus desdobramentos posteriores seguem de modo paralelo à literatura anglo-saxã. Embora o autor de base, Jürgen Habermas, seja o mesmo e muitas das conclusões e recomendações também, não há diálogo entre os pesquisadores nacionais e internacionais.

A literatura sobre gestão em saúde segue duas vertentes paralelas – paradigma da Saúde Coletiva para o setor público e paradigma da Administração para o setor privado – com raras interfaces, mimetizando, portanto, as práticas nesse campo. Essa obra, produzida por docentes e discentes do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará, apresenta em seus capítulos relatos de experiências so-

bre práticas de gestão, discussões sobre avaliação e regulação em saúde e reflexões sobre planejamento, gestão e liderança. Sua proposta é enfatizar a potenciada interdisciplinaridade na gestão em saúde para apontar inovações aplicáveis ao SUS.

REFERÊNCIAS

MERHY, Emerson Elias. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002. 189 p.

_____. Planejamento como Tecnologia de Gestão: tendências e debates em planejamento em saúde no Brasil. In: Gallo, Edmundo (Org.). **Razão e planejamento**: reflexões sobre política, estratégia e liberdade. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995. p. 117-194.

RAMOS, Fernando Augusto de Cunha; PENELLO, Liliane Mendes; RIVERA, Francisco Javier Uribe. Aplicação da *démarche stratégique* ao Instituto Philippe Pinel: pensando em rede. In: RIVERA, Francisco Javier Uribe. **Análise Estratégica em saúde e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. cap. 3. p. 97-149.

RIVERA, Francisco Javier Uribe; ARTMANN, Elizabeth. Análise estratégica hospitalar e projeto assistencial: a perspectiva de Michel de Crémadez e François Grateaus. In: RIVERA, Francisco Javier Uribe. **Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. cap. 2. p. 37-96.

SAGER, Tore. **Reviving Critical Planning Theory**: Dealing with pressure, neo-liberalism, and responsibility in communicative planning. Londres e Nova York: Routledge, 2013. 238 p.

SWAYNE, Linda E.; DUNCAN, W. Jack; GINTER, Peter M. The Nature of Strategic Management. In: _____. **Strategic management of health care organizations**. 6. ed. Chichester-West Sussex: Jossey-Bass/Wiley, 2008. cap. 1. p. 3-33.

SUMÁRIO

PREFÁCIO.....	5
----------------------	----------

Rosendo Freitas de Amorim

INTRODUÇÃO.....	7
------------------------	----------

Carlos Garcia Filho e José Jackson Coelho Sampaio

PARTE I.....	17
---------------------	-----------

RELATOS DE EXPERIÊNCIAS EM RELAÇÃO AS PRÁTICAS DE GESTÃO

CAPÍTULO 1.....	18
------------------------	-----------

CONTROLE SOCIAL NA GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-SUS: RELATO DE EXPERIÊNCIA NA GESTÃO DE RECURSOS FINANCEIROS DA ESTRATÉGIA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Diego de Oliveira Pereira Duarte e Thereza Maria Magalhães Moreira

CAPÍTULO 2.....	32
------------------------	-----------

ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO SERVIÇO PSICOSSOCIAL EM UM HOSPITAL GERAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Camila Augusta de Oliveira Sá e Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos

CAPÍTULO 3.....	50
------------------------	-----------

SAÚDE DO ADOLESCENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: EXPERIÊNCIA DE UM MUNICÍPIO CEARENSE

Janaina Mota da Rocha e Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos

CAPÍTULO 4.....	67
------------------------	-----------

DIÁLOGO SOBRE A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO ÀS ARBOVIROSES: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Gerarlene Ponte Guimarães Santos e Andrea Caprara

CAPÍTULO 5.....	89
------------------------	-----------

A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO COMO INSTRUMENTO DE FORTALECIMENTO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ivonete Aparecida Alves Sampaio e Maria Salete Bessa Jorge

CAPÍTULO 6.....104
TRILHANDO CAMINHOS NA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: RE-
LATOS DE EXPERIÊNCIA COM GRUPO DE TERAPIA OCUPACIONAL
NO CAPS I DE BATURITÉ – CE

Marta Emília de Oliveira Nobre e Maria Salete Bessa Jorge

CAPÍTULO 7.....122
SUPERVISÃO CLÍNICO-INSTITUCIONAL DA REDE DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL: UM BREVE RELATO DE EXPERIÊNCIA

Suzette de Oliveira Siqueira Telles Alves e Layza Castelo Branco Mendes

CAPÍTULO 8.....135
A TRAJETÓRIA DE IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO MUNICIPAL DE
PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA E PROMOÇÃO DA CULTURA DE PAZ NO
MUNICÍPIO DE FORTALEZA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Maria das Dores Lima e Adriano Rodrigues de Souza

CAPÍTULO 9.....156
REORGANIZAÇÃO DA ESTRUTURA E PROCESSO DE TRABALHO DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA MUNICIPAL

Luana Kelly Oliveira Souza Mendonça e Andrea Caprara

CAPÍTULO 10.....175
O AUTO CUIDADO NA HANSENÍASE: RELATO DE UMA EXPERIÊN-
CIA DE GESTÃO DE UM GRUPO DE SUJEITOS COM SEQUELAS EM
UM HOSPITAL COLÔNIA

Rayla Maria Pontes Guimarães Costa e Layza Castelo Branco Mendes

PARTE II.....187
AVALIAÇÃO E REGULAÇÃO EM SAÚDE

CAPÍTULO 11.....187
AVALIAÇÃO ECONÔMICA EM SAÚDE: CONCEITOS, OBJETIVOS E
MÉTODOS

Mirena Maria de Noronha Viana e Maria Helena Lima Sousa

CAPÍTULO 12.....207
A REGULAÇÃO NA GESTÃO EM SAÚDE

Naara Régia Pinheiro Cavalcante e Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão

CAPÍTULO 13.....217
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DE MARACANAÚ: UMA ANÁLISE
SOBRE A EVOLUÇÃO DAS DESPESAS

Pablo Stefan Pires da Silva e Carlos Garcia Filho

CAPÍTULO 14.....231
USO DAS DIMENSÕES DA AVALIAÇÃO NO APERFEIÇOAMENTO DO
COMPLEXO DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO
CEARÁ

Ricardo Hélio Chaves Maia e Adriano Rodrigues de Souza

CAPÍTULO 15.....253
A PARTICIPAÇÃO DA GESTÃO NA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE
ATENÇÃO ONCOLÓGICA EM UM ESTADO DO NORDESTE

Ivonete Pereira Cavalcante Vieira e Carlos Garcia Filho

CAPÍTULO 16.....268
AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO
EM SAÚDE

Diego Maurício Portela Dutra e Thereza Maria Magalhães Moreira

CAPÍTULO 17.....291
INTERVENÇÃO ORGANIZACIONAL PARA MELHORIA DA QUALI-
DADE DO SERVIÇO PRESTADO NA CENTRAL DE REGULAÇÃO DO
MUNICÍPIO DE AMONTADA-CEARÁ

Raul Tomé de Sousa Filho e José Jackson Coelho Sampaio

CAPÍTULO 18.....311
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE COMO FERRAMENTA DE
GESTÃO

Valéria Corriça de Freitas da Cunha e Carlos Garcia Filho

PARTE III325
PLANEJAMENTO, GESTÃO E LIDERANÇA

CAPÍTULO 19.....326
GESTÃO PEDAGÓGICA: UMA CONSTRUÇÃO PARTICIPATIVA NA
QUALIDADE DO ENSINO

Ana Bruna Macêdo Matos e José Jackson Coelho Sampaio

CAPÍTULO 20.....335
FERRAMENTAS E MÉTODOS DA GESTÃO DA QUALIDADE APLICADOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Ana Carolina Barjud Marques Máximo e Carlos Garcia Filho

CAPÍTULO 21.....354
PLANEJAMENTO E GESTÃO NA SAÚDE DO TRABALHADOR

Cristiane Sales Leitão e Antônio Rodrigues Ferreira Júnior

CAPÍTULO 22.....368
O PAPEL DOS GESTORES E AS INSTÂNCIAS DE DECISÃO NA GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): O PODER E O PROCESSO DECISÓRIO

Tereza Cristina Mota de Souza Alves e Adriano Rodrigues de Souza

CAPÍTULO 23.....387
LIDERANÇA COMO PRÁTICA GERENCIAL NA PREPARAÇÃO DE FUTUROS PROFISSIONAIS NA ÁREA DA FISIOTERAPIA

Tatiana Lúcia da Rocha Carvalho e Márcio de Oliveira Mota

CAPÍTULO 24.....403
O CAMPO DA GESTÃO DA QUALIDADE EM PSICOLOGIA HOSPITALAR

Isabel Regiane Cardoso do Nascimento e Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão

CAPÍTULO 25.....422
A SEGURANÇA DO PACIENTE NO CONTEXTO DA PEDIATRIA

Luanna Nayra Mesquita Alvarenga e Antônio Rodrigues Ferreira Júnior

CAPÍTULO 26.....433
O PAPEL DO GESTOR NA IMPLANTAÇÃO DOS FUNDAMENTOS DO LETRAMENTO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

Francisca Vilma de Oliveira e Helena Alves de Carvalho Sampaio

CAPÍTULO 27.....447
A IMPORTÂNCIA DO FARMACÊUTICO NA SEGURANÇA DO PACIENTE: O TERCEIRO DESAFIO GLOBAL - USO SEGURO DE MEDICAMENTOS

Liana de Meneses Fiuza e Carlos Garcia Filho

POSFÁCIO.....467

Rosendo Freitas de Amorim

ORGANIZADORES E AUTORES468

PARTE I

RELATOS DE EXPERIÊNCIAS EM RELAÇÃO ÀS PRÁTICAS DE GESTÃO

CAPÍTULO 1

CONTROLE SOCIAL NA GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS: RELATO DE EXPERIÊNCIA NA GESTÃO DE RECURSOS FINANCEIROS DA ESTRATÉGIA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Diego de Oliveira Pereira Duarte

Thereza Maria Magalhães Moreira

INTRODUÇÃO

O controle social adquiriu força jurídica no Brasil com a publicação da Constituição Federal de 1988, também conhecida como Constituição Cidadã, que, elaborada sob grande influência da sociedade civil por emendas populares, estabeleceu a descentralização e a participação popular como marcos no processo de elaboração das políticas públicas, particularmente nos campos das políticas sociais e urbanas, consagrando, assim, uma conjuntura favorável à participação da sociedade nos processos de tomada das decisões políticas fundamentais ao bem-estar da população (BRASIL, 2012).

Cunha (2013) define controle social como “a capacidade que tem a sociedade organizada de intervir nas políticas públicas, interagindo com o Estado na definição de prioridades e na elaboração dos planos de ação do município, Estado ou do Governo Federal”. É pela participação na gestão pública que os cidadãos poderão intervir na tomada da decisão administrativa,

seja instruindo a Administração para que adote medidas que atendam verdadeiramente ao interesse público, seja exercendo o controle sobre a ação do Estado, exigindo que os gestores públicos prestem contas de suas atuações (OLIVEIRA, 2011).

Considerando que a Legislação brasileira já prevê dispositivos que garantam ao cidadão o acesso às contas públicas e aos processos licitatórios e que, para o exercício do controle social é fundamental que o cidadão conheça seus direitos e também as leis que garantam o exercício da cidadania, promover a transparência pública e estimular a participação da sociedade no acompanhamento e controle da gestão pública se mostra uma excelente alternativa para um controle social mais efetivo e democrático. No contexto atual, em que a corrupção, aliada ao despreparo e à má gestão, levam ao desperdício e desvio de recursos tão valiosos num país de população predominantemente carente, fomentar o controle social se faz extremamente necessário (FERREIRA, 2016).

Já no Sistema Único de Saúde (SUS) teve início a partir das definições legais estabelecidas pela nova Constituição Federal do Brasil de 1988, sendo consolidado e regulamentado com as Leis Orgânicas da Saúde (LOA), nº 8080/90 e nº 8.142/90, sendo estabelecidas nestas as diretrizes e normas que direcionam o novo sistema de saúde, bem como aspectos relacionados à sua organização e ao seu funcionamento, critérios de repasses para os estados e municípios além de disciplinar o controle social no SUS em conformidade com as representações dos critérios estaduais e municipais de saúde (FINKELMAN, 2012).

Sendo o SUS a primeira política pública no Brasil a adotar constitucionalmente a participação popular como um de seus princípios, esta não somente reitera o exercício do contro-

le social sob as práticas de saúde, mas também evidencia a possibilidade de seu exercício através de outros espaços institucionalizados em seu arcabouço jurídico, além dos reconhecidos pela Lei Orgânica de Saúde de nº 8.142/90, os conselhos e as conferências de saúde. Destaca, ainda, as audiências públicas e outros mecanismos de audiência da sociedade, de usuários e de trabalhadores sociais (COSSETIN, 2010).

Com a lei nº 8.142/ 90 que institui o Conselho de Saúde é a instância por meio da qual se exerce o controle social em saúde. É um órgão colegiado, composto por representantes do governo, dos prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Tem caráter permanente e deliberativo e atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo (BRASIL, 2012).

Esta conquista democrática no SUS está à altura de um grande objetivo, que é assegurar a construção de um modelo assistencial intersetorial baseado na cidadania, em defesa da vida e da saúde, e com acesso universal e equitativo da coletividade, dos grupos populacionais expostos a riscos específicos e de cada indivíduo a todos os níveis da atenção integral à saúde. Os Conselhos de Saúde constituem-se na regulamentação da diretriz constitucional da participação da comunidade no Sistema Único de Saúde, tornando-se, portanto, a instância deliberativa e fiscalizadora do SUS em cada esfera de governo. Os conselheiros e conselheiras de saúde estão nos conselhos exercendo atividades de relevância pública, a serviço do SUS e pela garantia dos princípios constitucionais e legais (SANTOS, 2012).

Como já comentado, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem mostrado avanços desde sua estruturação na década de 1980. Idealizado e construído pelos reformistas junto à população, referendado nos debates ocorridos na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e escrito na Constituição de 1988, o SUS ganha espaço cada vez maior seguindo seus princípios de universalidade, integralidade e equidade, e suas diretrizes de descentralização, regionalização e hierarquização, assim como com a inegável intervenção do controle social (NEGRI, 2002; VASCONCELOS E PASCHE, 2016).

Então, em 1991, foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que visava expandir a assistência em saúde pública através de estratégias de mobilização nacional para conquista de forças sociais da população, além de acesso aos serviços e estratégias de cuidado. Através do Agente Comunitário de Saúde (ACS), originário da própria comunidade e integrado à equipe de saúde, esperava-se a formação, ampliação e o fortalecimento do vínculo da população local com o serviço. Os objetivos do programa eram empoderar a população para o autocuidado, tendo o ACS como um facilitador desse processo (CAMPOS & GUERRERO, 2010).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) surge em 1994, sob a denominação de Programa de Saúde da Família (PSF), possibilitando aos profissionais de saúde intervenções melhores e de maior complexidade. A ESF tem a finalidade de promover a autonomia do sujeito para exercer sua cidadania e controle social. Pressupõe, para tanto, o vínculo entre profissional-usuário, o qual só será possível mediante práticas sustentadas pelas tecnologias leves e voltadas para a promoção da saúde e prevenção de agravos. Em 1994, os ACS foram incluídos no PSF com atenção centrada na família, a partir do

seu ambiente físico e social, possibilitando uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas e, depois, com a reformulação dos PSF's incorporou mais recursos humanos e tecnológicos para dar acesso à comunidade, revelando, com isso, uma maior resolutividade para as demandas (CAMPOS, GUERRERO, 2010).

A Estratégia de Saúde da Família, ao promover de modo lento e gradual a mudança do modelo assistencial predominante no país, trouxe consigo novas formas de trabalhar a saúde. Onde antes predominava o conhecimento biomédico e as ações curativas, hoje existe a promoção à saúde e prevenção às doenças, pautada na vigilância em saúde, na intersetorialidade; provendo a saúde próximo à família, incorporando em seu local de intervenção não só pessoas e postos de atendimento à saúde, mas também domicílios e espaços comunitários diversos, contribuindo para melhoria da qualidade de vida dos cidadãos (SEEBRA, 2008).

Assim, o objetivo deste artigo é relatar uma experiência de gestão da Atenção Primária à Saúde a partir da descrição do processo de aquisição dos *tablets* para os Agentes Comunitários de Saúde, os conflitos de interesse da classe e a falta do controle social nas decisões de gestão municipal de saúde.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência vivenciado pelo primeiro autor desse capítulo, coordenador da atenção primária no período de 2016-2017 no município de Granja no Estado do Ceará.

Granja tem uma população, segundo o IBGE estimativa de 2017, de 54.365 mil habitantes, faz parte da 16ª Região de Saúde de Camocim, possui 16 unidades básicas de saúde com 19 equipes de saúde da família, 02 equipes de Núcleo Saúde da Família (NASF), um hospital municipal de pequeno porte, uma Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), com um total de 530 trabalhadores em saúde, dentre eles 129 agentes comunitários de saúde.

Foi utilizada uma abordagem qualitativa pela aplicação de análise documental dos relatórios técnicos, anotações e observações.

O trabalho, por tratar-se de um relato de experiência, dispensa a aprovação por um comitê de ética em pesquisa com seres humanos.

GESTÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A AUSÊNCIA DE UM CONTROLE SOCIAL

A busca por possuir sincronia entre o conhecimento técnico e a administração financeira, nos traz uma lacuna, quicá um abismo, que resvala em problemas para a população assistida pelo Sistema Único de Saúde para os profissionais envolvidos e, conseqüentemente, acarreta uma deficiência em toda a rede da atenção primária.

Gerir o orçamento público, garantindo aplicação eficaz dos recursos públicos do Estado e da União é mais do que uma correta aplicação do Direito. Na vida real, trata-se de garantir justiça social para os cidadãos, principalmente em um país

marcado por denúncias de corrupção e desperdício dos recursos públicos, como é o Brasil.

Um dos maiores desafios quando se fala em Gestão Pública é conseguir a participação da sociedade com suas representatividades e mesmo como parte de um processo. A isso chamamos Controle Social.

Há inúmeras conceituações acadêmicas para o controle social. Santos (2012), por exemplo, caracteriza o controle social como controle público não estatal, que atua de fora para dentro do Estado, como exercício do direito de fiscalização da atividade pública complementar ao estatal. De acordo com a Lei da Política Nacional de Resíduos Sólidos (Lei no 12.305/2010: art. 3º, VI), controle social é o conjunto de mecanismos e procedimentos que garantam à sociedade informações e participação nos processos de formulação, implementação e avaliação das políticas públicas.

A inserção do controle social como um aliado na gestão pública é de uma enorme valia, já que se poderia contar com profissionais especializados em diversas áreas e esses fariam uma gestão participativa. Ainda não é da cultura do brasileiro integrar um todo para que o dinheiro público seja usado em toda sua aplicabilidade. É comprovado, pois existem até prêmios para tais gestões participativas, uma delas é o Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa do SUS. Este, desde sua instituição em 2005, conseguiu mobilizar algumas centenas de trabalhadores, pesquisadores, profissionais, movimentos sociais e estudiosos da saúde, que inscreveram seus trabalhos, relatando as experiências exitosas, desenvolvidas nos estados e municípios.

Sabemos que, como forma de participação da população na saúde temos as conferências de saúde e os conselhos de saúde nas três esferas de governo: nacional, estadual e muni-

cial, que, em conjunto, atuam na elaboração de estratégias e no controle da execução da política de saúde. As Conferências de Saúde são realizadas, no mínimo, a cada quatro anos, por meio de uma Conferência Nacional, Conferências Estaduais e Municipais, propiciando oportunidades de discussão e análise da situação geral de saúde da população e estabelecendo orientações para o funcionamento dos serviços de saúde do SUS (BRASIL, 1990).

Já os Conselhos de Saúde são definidos como organismos colegiados de caráter deliberativo e permanente, compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, sendo que a representação dos usuários se dá de forma paritária em relação aos demais segmentos. Também estão presentes em todas as esferas de governo: Conselhos Municipais, Conselhos Estaduais e Conselho Nacional de Saúde.

Mas, quando se fala em gestão pública e na aplicação e uso correto dos recursos financeiros, necessita-se de inúmeros meios para se conseguir fazer algo tão abrangente e universal com tão pouco financiamento. Ao citar “uso correto”, perceba-se que não se trata de desvio ou mesmo indevida apropriação, mas o direcionamento que busque a eficiência e eficácia desse recurso, já escasso, e agora diminuído. Esse impasse entre os técnicos envolvidos e a gestão financeira municipal causa desgaste e, muitas vezes, perda de tempo e até de qualidade nos serviços prestados. Uma exemplificação dessa realidade está no recurso financeiro federal, que vem destinado à Estratégia Agente Comunitário de Saúde.

É sabido que no Ceará eles, os ACSs, são “adotados” em quase sua totalidade pelo Estado, pois foi no Ceará que surgiu o modelo para que a União criasse o Programa Agente

Comunitário de Saúde - PACS, que hoje é, também, uma estratégia para a Atenção Primária, fazendo com que este referido recurso seja repassado diretamente aos municípios. Trata-se de uma excelente oportunidade para que seja usado em prol do desenvolvimento dos trabalhos da estratégia, mas resvala na distorção, tanto por parte da classe dos ACSs/ACEs como, também, na administração financeira.

Percebe-se quando os próprios Agentes Comunitários de Saúde querem que este recurso seja repassado diretamente para eles em forma de incentivo integral, ou mesmo nas leis municipais que são deficientes e, algumas vezes, falhas. Tais leis não especificam bem a aplicação dos recursos e isso faz com que abram brechas para interpretações diversas por parte da administração financeira. Pode-se relatar uma experiência vivida no município de Granja-Ceará.

Foram várias as tentativas para sensibilizar os gestores em relação à compra de *tablets* para informatizar e, com isso, facilitar o trabalho dos ACSs. Seria um investimento e não um gasto, pois economizaria na compra de impressos de muitas fichas, como também em pessoal para digitação de cadastros e as fichas de visitas domiciliares. Como o município tem 135 ACSs, seria uma compra de “alguns mil reais”, e isso fez com que fosse adiada várias vezes essa aquisição. As tentativas não cessaram e desde o segundo semestre de 2015 que se buscava um consenso entre coordenação da Atenção Básica/Secretário de Saúde e Secretário de Administração e Secretário de Finanças. Somente no final de 2017 foi realizada a aquisição dos 135 *tablets*, em duas compras. Uma primeira de 40 *tablets* e uma outra dos 95 restantes.

Nesta segunda compra usou-se a arte do incentivo adicional anual que vem para a Estratégia ACS, no qual o uso causou

uma revolução por parte dos ACS, pois estes queriam que o incentivo fosse repassado integralmente para eles, provando que alguns trabalhadores pensam apenas em si mesmos, e não no conjunto em que estão inseridos. No meio deste cabo de guerra encontram-se os usuários, que tanto carecem dos serviços prestados pelo SUS e que nada possuem com os interesses dos que estão lutando entre si. Ficam sempre à espera de uma solução dos seus problemas de saúde e ficam à mercê da boa vontade de alguns que possuem o poder da caneta. A divisão do recurso foi da seguinte maneira: 54% diretamente para os ACSs com base no controle mensal da produtividade de cada um, 38% usado para a aquisição dos 95 *tablets* e 8% para aquisição de fardamentos para eles. Fez-se tudo dentro das leis que regem os recursos financeiros destinados à EACS.

Contudo, a revolução não deixou de acontecer. Em momentos assim que um controle social ativo serviria para endossar e, até mesmo, qualificar a resolução tomada pela gestão. Mas, o Conselho Municipal de Saúde nada fez. Quando falta o hábito da sociedade participar ativamente dos conselhos, têm-se conselhos formados por pessoas às vezes algo desinformadas ou mesmo desinteressadas. É louvável o esforço da Constituição Cidadã para permitir (e até instigar) o cidadão brasileiro, mesmo individualmente, a uma participação efetiva e responsável no controle prévio, concomitante e posterior dos atos, contratos e demais procedimentos da gestão pública.

Todavia, ainda estamos “engatinhando” quando se fala em exercer a cidadania em sua plenitude. É necessário ir em busca das parcerias das entidades representantes da sociedade civil, pois têm muito a contribuir com seus conhecimentos e vivências para a tão almejada distribuição equitativa dos serviços do SUS.

Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Em seu Art. 1º prevê que o Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas I - a Conferência de Saúde; e II - o Conselho de Saúde (BRASIL, 1990).

Essas foram as formas que a Constituição Cidadã encontrou para garantir a participação da comunidade na gestão do SUS. Mesmo essa lei sendo de 1990, ainda não conseguimos a adesão em massa da sociedade para fazer cumprir uma lei que só buscou que tivéssemos garantida a nossa voz como administradores diretos do sistema que cuidará da saúde como algo mais amplo do que apenas a ausência de doenças. Conseguir passar à sociedade este empoderamento sobre sua participação nas resoluções das políticas públicas continua sendo um grande desafio.

Além dos conselhos municipais, existe outra opção de participação direta da sociedade na gestão da saúde local, que são os chamados, em alguns municípios, conselhos gestores locais. Estes órgãos funcionam em hospitais, ambulatórios e unidades de saúde, tendo composição tripartite: funcionários do SUS, usuários e representantes da administração municipal (BRASIL, 2013). Cabe, em parte, aos que já possuem o conhecimento de expor toda a essencialidade que cada um possui

sobre o que é de propriedade de todos, o SUS. Podem ser usados como forma de sensibilização: a educação permanente dos conselheiros municipais de saúde, cursos de participação popular, movimentos sociais e de direito à saúde.

Com isso, oportuniza-se a garantia de processos educativos para fortalecer a atuação dos movimentos sociais de base popular na arena política da saúde, enfocando a participação popular e oportunizando a construção de espaços de interlocução entre eles, para reflexão sobre os desafios de conformação de redes do âmbito da luta pelo direito à saúde.

Essas seriam apenas algumas inúmeras maneiras de trazer para dentro da gestão do SUS a comunidade e, assim, esta possuir o conhecimento de como funciona e como poderia melhorar o Sistema Único de Saúde.

CONCLUSÃO

O sucesso da implementação de um controle social atuante requer a atenção da equipe dos coordenadores, dos profissionais das unidades básicas de saúde, interesse do gestor local e, principalmente, envolvimento da população para que o aumento da participação social possa contribuir na identificação dos problemas na gestão da APS, melhorar a relação dos usuários com a equipe de saúde que facilite a elaboração de projetos a serem realizados, objetivando o diminuir o desperdício de dinheiro público, especialmente do bloco da atenção primária.

Uma política de fortalecimento do controle social deve ter como princípios norteadores, a motivação para que os indi-

víduos se tornem sujeitos sociais na luta por saúde e, também, pela qualificação da participação social tornando-a proativa, formuladora, criativa e comunicativa, proporcionando o empoderamento dos conselheiros, no sentido de torná-los portadores dos desejos e necessidades dos grupos sociais para, desta maneira, transformar a atuação dos conselhos de saúde.

A implementação dos princípios do SUS é um processo inacabado e, por isso, muitas são as ações a serem realizadas, mas pelas reflexões deste e de outros temas é possível auxiliar no processo de transformação da saúde em nosso país. Nessa perspectiva, temos consciência de que a gestão da APS exerce importante papel nas ações com vistas ao controle social e na busca de práticas que fortaleçam o SUS de forma mais ampla.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, P. C. A. Educação popular em saúde na Estratégia de Saúde da Família: primeiros resultados de um processo. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Mostra nacional de produtos de Saúde da Família: trabalhos premiados**, 2, Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica, 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 28 dez. 2017.

_____. **Lei Federal nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Casa Civil; 1990.

_____. Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (BR). **O SUS pode ser seu melhor plano de saúde**. Brasília (DF): MS; 2013.

CUNHA, S. S. **O Controle Social e seus Instrumentos**. Salvador, 2013. Disponível em: <<http://socialiris.org/imagem/boletim/arq-493428c8bc3db.pdf>>. Acesso em: 29 dez. 2017.

COSSETIN, A. **Controle Social na Estratégia de Saúde da Família: avaliação participativa das ações em Saúde Mental**. 2010.155f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

FERREIRA, R. N. **A Importância do Controle Social na Gestão dos Recursos Públicos**. Simpósio em Gestão e Tecnologia, Associação Educacional Dom Bosco, Rio de Janeiro, 2016.

FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

OLIVEIRA, A. Controle social: perspectivas para a fiscalização popular da administração pública no Brasil. In: **PRÊMIO SERZEDELLO CORRÊA**, 2011.

SANTOS SMR, MARTINS ALX. O Exercício do Controle Social no Sistema Único de Saúde: a ótica do enfermeiro como membro do Conselho Local de Saúde. **Saúde Soc.** 2012.

SEABRA D.C., CARVALHO A.C.D., FORSTER A.C. O agente comunitário de saúde na visão da equipe mínima de saúde. **Rev. Atenção Primária à Saúde**, jul./set., 2008.

STOTZ EN, DAVID HMSL, BORNSTEIN VJ. O agente comunitário de saúde como mediador: uma reflexão na perspectiva da educação popular em saúde. **Rev. Atenção Primária à Saúde**, out./dez., 2009.

CAPÍTULO 2

ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO SERVIÇO PSICOSSOCIAL EM UM HOSPITAL GERAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Camila Augusta de Oliveira Sá
Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos

INTRODUÇÃO

Na Idade Média, os hospitais tinham um sentido muito diferente do atual, visto como um instrumento de exclusão, caridade, não sendo considerada uma instituição médica de cura, somente em meados do século XVIII passou a incorporar as ciências médicas, hospitalocêntricas.

A partir do século XX, a psiquiatria foi marcada por um modelo assistencial asilar. Em 1980, surgiu o movimento em defesa dos direitos civis e o início de novas ideias a respeito da atenção psiquiátrica advindas de experiências realizadas em outros países (Estados Unidos, Itália e Inglaterra). No Brasil, a maioria dos programas nacionais de Saúde Mental foram implantados nessa década e na seguinte, tendo como consequência o decréscimo do número de leitos psiquiátricos em hospitais psiquiátricos e abertura de leitos psiquiátricos em hospitais gerais.

A crítica feita aos Hospitais Psiquiátricos divulgou sua influência estigmatizante, segregadora e desorganizada, distanciando cada vez mais o indivíduo de sua família e da sociedade.

Alguns tempos depois dos Planejamentos de Saúde Pública e Comunitária, criaram a Lei 10216/ 2001 para que esses usuários fossem vistos de forma humanizada, nas estruturas de saúde assistenciais extramurais (CAPS e Comunidade/Território), com abordagens terapêuticas que proporcionassem e desenvolvessem o tratamento dos quadros psiquiátricos. Como a Psicoterapia (Psicoterapia Breve, Grupos etc.), a Terapia Ocupacional (Socioterapia, AVD's, Grupos Produtivos, e orientação familiar), a enfermagem (Educação em saúde, orientação medicamentosa etc) e médico clínico. Proposta terapêutica baseada em trabalhos individuais e/ou em grupos.

Em 31 de janeiro de 2012, foi sancionada a Portaria nº 148 pelo Ministério da Saúde, em seu Art. 1º que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, *crack* e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Ou seja, abertura de leitos psicossociais em Hospitais Gerais. Considerando a necessidade de intensificar, ampliar e diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde, preservação da vida e tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo de substâncias psicoativas, bem como de ampliar o acesso ao tratamento hospitalar em hospitais gerais às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas. (BRASIL, 2012)

Nesse sentido, objetiva-se analisar como se dá o cuidado em saúde aos usuários que são internados de 7 a 15 dias em hospital geral, para tratamento de transtorno mental, álcool e outras drogas.

METODOLOGIA

Para atingir o objetivo foi utilizado um estudo descritivo de abordagem qualitativa baseada na vivência de uma terapeuta ocupacional a partir da análise documental de diário de campo no período de 2013 a 2017.

De acordo com Minayo (2010), a abordagem qualitativa busca questões específicas e pormenorizadas, preocupando-se com um nível da realidade que não pode ser mensurado e nem quantificado. Minayo (2010) relata, “Atua com base em significados, motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes e outras características subjetivas próprias do humano e do social que correspondem às relações, aos processos ou aos fenômenos e não podem ser reduzidas a variáveis numéricas”.

Configura-se como campo de investigação da pesquisa, o lócus da prática: o Hospital Filantrópico ABEMP (Associação Beneficente dos Médicos da Pajuçara), que está localizado na Área de Vigilância à Saúde (AVISA III), no município de Maracanaú-Ceará.

Onde foram instaladas enfermarias com leitos psicossociais desde agosto de 2013, através do Projeto do *Crack é Possível Vencer*, Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e Outras Drogas (2010) uma iniciativa do Ministério da Saúde que objetivou estruturar, integrar, articular e ampliar as ações voltadas à prevenção do uso, tratamento e reinserção social de usuários de *crack* e outras drogas, contemplando a participação dos familiares e a atenção aos públicos vulneráveis. Com a implantação do CAPS AD III, no Município de Maracanaú, foram implantados 10 leitos no Hospital Geral ABEMP (8 leitos destinados a usuários de álcool e outras drogas e 2 leitos destinados a transtorno mental) com a equipe composta por

médico clínico, enfermeiro, psicóloga, terapeuta ocupacional e técnicos de enfermagem (2 por plantão).

Um serviço de referência para o município de Maracanaú, sendo esta referência para 3º CRES (Coordenadoria Regional de Saúde) dando suporte para 7 municípios vizinhos como: Pacatuba, Guaiúba, Redenção, Acarape, Barreira, Palmácia e Maranguape.

Para apreciação dos resultados foi utilizada a análise temática, que segundo Minayo (2006), recomenda o pesquisador esclarecer os achados através das etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos. E, para interpretação dos resultados, obtivemos as seguintes categorias: Cuidado em Saúde Mental; A Importância da Articulação das Redes Sociais de Apoio no Cuidado em Saúde Mental; e Reflexões sobre as Intervenções nos Leitos Psicossociais (Hospital Geral).

RESULTADOS

Cuidado em Saúde Mental

Podemos relacionar saúde à expectativa de se aplicar atenção ou prestar a atenção a um indivíduo ou a um grupo de maneira a envolver um conjunto de estratégias tecnicamente associado para o bom resultado de um determinado tratamento. No sentido mais amplo, a palavra “cuidado” é derivada do latim *cogitatus*, que segundo Rocha (2005, p.45) apresenta como sinônimo o termo cautela, desvelo, inquietação de espírito definido como o “ação de cuidar, ajudar os outros”.

No campo da saúde mental, os temas sobre cuidar e do

cuidado tem sido um campo produtivo de ocupações e verificações, devido à complexidade das demandas existentes nos serviços e programas de saúde mental.

O arcabouço de mudanças conceituais e de práticas como a Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica, o movimento de Reabilitação Psicossocial e a desinstitucionalização do doente mental segundo Ballarin, Carvalho e Ferigato (2010) tem criado novas formas de pensar, tratar e cuidar em saúde mental envolvendo uma rede de serviços e cuidados, e também de usuários, familiares, profissionais, gestores e comunidade.

Cuidar do ser humano é uma prática complexa, que requer do cuidador conhecimento, empatia e sensibilidade. O cuidado, além do mais, “envolve tarefas como tocar, sentir, escutar e auxiliar o outro nas atividades em que ele apresenta dificuldade” afirma Soares; Santana; e Siqueira (2000, p. 111). Por isso que os profissionais do serviço, no decorrer das atividades, visam criar espaços para conversas individuais ou mesmo com o grupo com a finalidade de amenizar ansiedades, medos e argumentar casos específicos que são vivenciados pelos usuários.

Segundo o Guia de Saúde Mental, Brasil (2013, p.14-15) temos quatro princípios para ação de Saúde Mental:

1. Tratar e apoiar o grupo familiar para que este possa lidar de modo mais salutar com seu membro mais doente e não retirá-lo do convívio como forma de “resolver” o problema;
2. Priorizar as famílias com maior risco e que se encontram com maior dificuldade para enfrentar o problema;
3. Buscar e estimular parcerias no território para garantir o atendimento;
4. Monitorar e acompanhar, passo a passo, cada paciente, individualmente.

Para haver o cuidado humanizado, segundo Baggio (2006, p.65) “é necessário ocorrer empatia, afetividade, envolvimento e aproximação entre cuidador e aquele que é cuidado com finalidade terapêutica, não se limitando apenas às características das técnicas”.

Podemos dizer que a humanização é entendida como estratégia de intervenção no processo de geração da saúde, procurando obter a qualificação da atenção e da gestão em saúde no Sistema Único de Saúde. Garantindo o acesso universal, integral e imparcial com acolhimento e resolutividade, ampliando a compartimentalização da assistência em saúde (BRASIL, 2005). Significando oferecer uma assistência de qualidade dispondo de novas técnicas como o acolhimento, reparações no ambiente de cuidado e também de condições adequadas de trabalho aos profissionais.

Desse modo, o cuidado em saúde mental conquista a “materialidade” na confiança dos profissionais na sua relação com os usuários, desfrutando da integralidade como foco de intervenção, local de diálogo entre pessoas com necessidades, desejos, histórias e práticas específicas. Cuidado esse que também envolve a família do usuário, base primordial para o desenvolvimento satisfatório do usuário no modelo psicossocial de atenção à saúde mental.

Conforme Espiridião (2001), é consenso de que as famílias, quando obtêm apoio e orientações adequadas, têm condições de compartilhar seus problemas e tornarem-se aliadas na desinstitucionalização e na reinserção social do usuário. Pois, a reinserção do usuário na comunidade e a reconquista de suas atividades diárias tornam-se mais fáceis e rápidas quando os familiares entendem que a melhora no estado de saúde do usuário é possível.

Observamos que a ausência de alguns familiares nas atividades do serviço está relacionada às dificuldades financeiras, e em assumir a responsabilidade que lhe cabe no tratamento, existente pelo sentimento de sobrecarga dela em relação ao usuário.

Segundo Ferreira et al. (2017, p. 374), o cuidado passa a ter como princípio “a defesa da vida e a percepção dos usuários como cidadãos pertencentes à comunidade”, sendo necessário levar em consideração as “conexões relacionais que envolvem o sujeito que é cuidado e entendê-las como produtora de vida”. Podemos pensar que o cuidado em saúde mental direcione o usuário para autonomia de suas próprias vidas, assegurando sua individualidade e sua participação na comunidade como cidadão, evitando o empobrecimento no mundo relacional dos usuários com transtornos mentais.

A sobrecarga da família do usuário com transtorno mental refere-se às repercussões que acometem a vida diária desta família. A desestruturação da vida familiar, financeira, social e profissional, a convivência com comportamentos impróprios (libido geralmente exacerbada) são situações com as quais a família acaba aprendendo a lidar, mas que causam um grande desgaste físico, mental e emocional (BANDEIRA, BARROSO, 2005). Devendo o serviço buscar outras formas de “atingir” essa família, pois o impacto de responsabilidade, relacionado à existência do sofrimento psíquico, é desgastante e o apoio no tratamento e parceria com a equipe é sempre indispensável.

Ferreira et al. (2017, p. 380) referem que as estratégias de cuidado devem ser compreendidas como “um processo contínuo e integrado de ações orientadas a responder às necessidades das pessoas”.

Enfim, percebemos que deve acontecer uma série de “ressignificações” no cuidado em saúde mental com intuito de mudar as práticas e olhares de gestores, profissionais engessados, familiares, e usuários, o território e as pessoas inseridas nele.

A IMPORTÂNCIA DA ARTICULAÇÃO DAS REDES SOCIAIS DE APOIO NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

A rede de atenção à saúde mental, no Brasil, preconiza uma série de serviços que devem funcionar de forma articulada para maximizar a autonomia e a cidadania da pessoa em sofrimento psíquico, especialmente, aquelas egressas de hospital psiquiátrico, assim, como reduzir o índice de primeiras internações e/ou reinternações psiquiátricas?

Segundo a OMS (2011) a Rede de Atenção à Saúde (RAS) é uma rede de organizações que presta, direta ou indiretamente, serviços de saúde equitativos e integrais à determinada população. A RAS assiste e presta contas de seus resultados clínicos, econômicos e no estado de saúde da população a que serve.

E essa rede de atenção às pessoas em sofrimento psíquico deve ser acolhedora, levando-se em consideração de que os locais de ação de saúde podem ser lugares distintos, como equipamentos de saúde abertos, flexíveis e articulados com outros pontos da rede (saúde, educação, assistência, etc.). (BRASIL, 2004).

De acordo com o Guia de Saúde Mental, Brasil (2013, p. 23), a rede de atenção à saúde é composta:

Pelo conjunto de serviços e equipamentos disponíveis num determinado território geográfico, seja ele um distrito sanitário, um município ou uma regional de saúde. Esses serviços são como os nós de uma rede: uma Unidade Básica de Saúde, um Hospital Geral, um Centro de Atenção Psicossocial, o Conselho Municipal de Saúde, uma UPA, dentre outros.

Figura 1 - Associações



Fonte: Elaborada pela autora.

Essa RAS intersetorial (ilustrada pela figura acima) corresponde a alguns equipamentos (Banco Paju, CEO, CRAS, NASF, UBASF, CAPS Ad III, UPA, Escolas, APAE, Hospital referência em obstetrícia e traumatologia, e leitos psicossociais, etc.) que estão na Área de Vigilância Saúde - AVISA III. E um

dos componentes das RAS, são os sistemas de governança. Governança conceituada como arranjo organizativo que permite a gestão de todos os componentes das RAS, de forma a gerar cooperação entre os atores sociais, aumentar a interdependência entre eles e obter resultados sanitários e econômicos positivos para a população adscrita, conforme Mendes (2010).

Contudo, é observado que há falhas no diálogo entre os setores, caracterizando pontos de cuidado fragilizados na conexão. Pois, percebemos que os usuários em sua trajetória no tratamento, sem um encaminhamento monitorado, “muitas vezes se perdem na rede”, não dando continuidade em seu tratamento e acabam desistindo. Ainda podemos presumir que os encaminhamentos se realizam como tentativa de desafogamento do serviço ou sentimento de incapacidade dos profissionais, que leva à busca de outra instituição que se responsabilize por esse usuário, quando, no entanto, o que deveria existir era a corresponsabilização pelo cuidado em saúde dele.

A conexão entre as redes sociais de apoio são importantes para as pessoas em sofrimento psíquico, sendo necessária a inserção dessas em campos de sociabilidade, tanto do ponto de vista da reconstituição de um cotidiano, como também para auxiliar no tratamento, com suporte em diversos dispositivos de apoio e solidariedade (FONTES, 2007, p. 93)

Há a necessidade de trabalhar com pontos da rede que reorganizem a vida cotidiana, promovam maior autonomia e que incluam as pessoas com transtorno mental nos diversos grupos sociais (VARELLA, LACERDA, et al., 2006).

É importante deixar claro que em um trabalho em rede nenhum profissional é mais importante do que o outro

e que todos devem buscar uma construção coletiva e compartilhada. Pois, se as comunicações são definidas de uma forma burocrática, engessada, com pouca interação, a rede se torna uma rede fria. Mas, na medida em que consigam reconhecer que são complementares e compreenderem suas finalidades de produção de saúde ampliada pode-se dizer que as equipes estão conseguindo construir uma rede atuante, propiciando a autonomia e a participação ativa dos usuários na construção das estratégias de cuidado.

Segundo Junqueira (2000, p. 41):

A equipe não deve ser mais entendida apenas como um conjunto de saberes que operam compartimentalizados, mas sim como inter-relações que atuam em processos de trabalhos articulados, passando-se a compreender que as inter-relações adquirem caráter mais amplo, pois extrapolam o setor saúde e buscam novas parcerias com outras instituições em redes de atenção que auxiliem e garantam a eficácia na atenção à saúde dos usuários.

Enfim, observa-se o diálogo entre as equipes dos diversos equipamentos necessários, pois o usuário faz parte do município e perpassa todo o território e a rede.

Reflexões sobre as intervenções nos Leitos Psicossociais (Hospital Geral)

Para que o usuário seja internado na ABEMP para desintoxicação e/ou estabilização da crise, é necessário que ele passe por uma avaliação nos CAPS Geral ou Ad III, em seguida o técnico do CAPS entrará em contato prévio com algum

Profissional de nível superior do Hospital, geralmente é o enfermeiro, para saber se há vaga disponível, se sim o usuário é encaminhado com uma ficha de referência, contendo o motivo da internação, o CID (Classificação Internacional da Doença) e uma sugestão de prescrição.

Quando o usuário chega ao Hospital, o Enfermeiro avalia se ele tem ou não perfil para ser internado, se sim é admitido, com abertura de prontuário e, em seguida, é conduzido até a unidade para um outro acolhimento realizado por algum profissional de nível superior (Enfermeiro, Psicóloga ou Terapeuta Ocupacional) que lhe apresenta o contrato terapêutico explicando sobre o tratamento e as regras da unidade (como: o não uso do celular; não pode ter objetos perfuro-cortantes como: tesourinha, barbeador, cortador de unhas; e o uso do cigarro é controlado pela enfermagem, um cigarro após cada refeição), e que o paciente fique ciente que está sendo internado, porque ele aceitou o tratamento e não por imposição de familiares, pois para eficácia e sucesso do tratamento é imprescindível a colaboração da família.

Na Unidade “utilizamos” três tipos de alta: a pedido, melhorada e administrativa e se o paciente agravar clinicamente necessitando de um suporte de alta complexidade, será transferido para um Hospital de maior complexidade. Caso o paciente não aceite mais o tratamento, ele assinará o termo de alta a pedido e sairá, e se descumprir as regras a família é avisada e ele receberá alta administrativa. Caso ocorra tudo bem o usuário permanecerá internado de 7 a 15 dias, conforme sua necessidade.

Durante o período de internação, conforme vinculação com os usuários, tanto os alcoolistas, drogadictos e os pacientes com transtorno mental, referem que, na maioria da vezes,

o “disparador” para uso de álcool e/ou drogas e/ou para crise (transtorno) são a desestruturação familiar e/ou rejeição, falta de apoio, angústia, raiva e ansiedade, bem como a influência de amizades, os ápices de tristeza e/ou felicidade e o preconceito consigo mesmo, induzindo, muitas vezes, recaídas (CRIVES e DIMENSTEIN, 2003).

Os profissionais do hospital relatam que muitos usuários, geralmente, possuem uma rede de apoio muito pequena e a maioria das vezes desarticulada, principalmente os usuários de álcool e outras drogas. Encontrando barreiras, recaídas e, conseqüentemente, um retrocesso para (re)internação.

Percebemos que a junção dos pacientes alcoolistas/drogadictos com outros usuários mais comprometidos que apresentam algum transtorno mental podem implicar em alguns incômodos como: usuários psicóticos agitados, o olhar de outros usuários e familiares, oposição ou despreparo (“medo”) em lidar com esses pacientes por parte da equipe técnica. Porém, com o passar dos dias, observamos que eles se protegem, veem que estão ali muitas vezes pela mesma situação, fazem amizades, trocam experiências, uns ajudam os outros, refletem e percebem que seu problema na frente de outros é pequeno, relatos que a maioria refere para a equipe, tanto os usuários como seus familiares.

Observamos que, conforme o usuário vai melhorando (estabilizando), passam por algumas fases, principalmente os pacientes com transtorno mental, passado o impacto da doença e da hospitalização, espera-se que o paciente vá “recuperando” a esperança e o controle de sua vida (controlando o pessimismo e as emoções). As frustrações e os medos podem ser intensos, deixando ferida que não cicatriza e a doença passa a ser sinal de impotência. Nesse período de internação, os usuá-

rios são “estimulados a refletirem e a organizarem suas atividades de vida diária, reestruturação de atividades e revitalização de interesses, a fim de reconhecer e conscientizar-se dos desafios que a reabilitação implica, aproximando usuários de seus familiares, explicando sobre esse processo de internação, pois muitas vezes os usuários são julgados, como: “frescura, falta de vergonha, vagabundagem, preguiçoso etc”, nesse sentido tentamos sensibilizar.

As atividades que são utilizadas para reabilitação na unidade são: atendimentos individuais, orientação familiar e atividades grupais, com intuito de observar o andamento do grupo, verificar as conversas que permeiam no momento, observar o comportamento de cada usuário, suas formas de expressão, suas dificuldades, proporcionar reflexões sobre as problemáticas vivenciadas, superação e resolução de conflitos internos, autoconhecimento, autocuidado, processo de conhecimento e reconhecimento quanto à saúde e doenças, mudança de hábitos, prevenção de agravos, trocas de experiência, lazer, socialização, entre outros. Acredita-se que, com isso, o terapeuta ganhará a confiança do usuário e se achará respeitado, confiante e responsável por seu tratamento.

A reabilitação é entendida como o resgate de um conceito mais positivo sobre a saúde mental, na qual a pessoa é vista como “capaz de agir, decidir, opinar, sofrer, alegrar-se, enfim, confrontar-se com o estigma de louco incapaz, concepção que o desvaloriza enquanto cidadão” (OLSCHOWSKY, 2001, p. 23).

Como “somos leitos de retaguarda e reabilitamos o usuário junto com seu familiar”, orientamos ao usuário e seu familiar que ao saírem voltem no dispositivo de origem, para que sejam orientados sobre seu tratamento na rede, pois o objetivo maior deste movimento é a reinserção do sujeito com

transtorno mental, alcoolista/drogadicto no seu território, na sua família e na comunidade, oferecendo-lhe as condições necessárias, tais como cuidado no território, atendimento à família, atividades na comunidade, entre outros, perpassando diferentes âmbitos das políticas sociais, articulando os vários setores das diferentes políticas (intersectorialidade).

Sobressai, então, a inquietação com relação à prevenção e à promoção em saúde, enfocando as relações interpessoais, através do planejamento e implantação de múltiplas estratégias como todos os segmentos sociais disponíveis, principalmente os que estão inseridos no território do usuário, para ser utilizado como cuidado em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As potencialidades que observamos na implantação dos leitos psicossociais em Hospital Geral: poucos pacientes; diminuição do estigma, pois o doente mental passa a ser visto como um doente semelhante aos outros; melhor acessibilidade, o Hospital Geral estar mais próximo e acessível da população atendida; fiscalização contra abuso e maus-tratos a pacientes; avaliação clínica de comorbidades e maior intercâmbio interdisciplinar com outras especialidades médicas, favorecendo maior assistência ao paciente.

Quanto às fragilidades: áreas de lazer limitadas (área verde, área para esporte e demais estruturas); muitas vezes os pacientes ao saírem da internação não retornam aos CAPS para darem continuidade em seu tratamento levando a possíveis reinternações, dificultando sua reabilitação, principalmente o que moram em outros municípios; falta de segurança

dos profissionais tem dificultado o atendimento a pacientes agressivos e idosos debilitados. Rotatividade de profissionais, muitos engessados e com medo de praticarem o diferente, para contribuir da melhor maneira por uma inclusão humanizada.

Tendo em vista as observações e a experiência adquirida durante o trabalho realizado no Hospital ABEMP, constatou-se que a equipe multiprofissional desempenha um papel fundamental na equipe de saúde mental e que o cuidado prestado requer destes profissionais uma atenção integral, humanizada e qualificada.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 21 maio 2010: Seção 1: 43.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Regimento da IV Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da família: panorama, avaliação e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da saúde. **Rede de atenção à saúde – RAS**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=35699&janela=1>. Acesso em: 16 jun. 2013.

BAGGIO, M. A. O significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_01.htm>. Acesso em: 17 fev. 2018.

BALLARIN, M. L. G. S.; CARVALHO, F. B. de; FERIGATO, S. H. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. **O Mundo da Saúde**, São Paulo: 2010;34(4):444-450.

CRIVES, M. N. S.; DIMENSTEIN, M. Sentidos produzidos acerca do consumo de substâncias psicoativas por usuários de um programa público. **Saúde Soc.** jul./dez. 2003; 12(2): 26-37.

ESPERIDIÃO, E. Assistência em saúde mental. A inserção da família na assistência psiquiátrica. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [periódico na Internet], 2001. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 29 jun. 2017.

FERREIRA T. P. S.; SAMPAIO, J.; SOUZA, A. C. N.; OLIVEIRA, D. L.; GOMES, L. B. A produção do Cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. Care production in Mental Health: the challenges beyond institutional walls. **Interface** (Botucatu). 2017; 21(61):373-84.

FONTES, B. Redes sociais e saúde: sobre a formação de redes de apoio social no cotidiano de portadores de transtorno mental. **Revista de Ciências Sociais**, n. 26, p. 87-104, 2007.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Rev. Adm. Pública**, v.34, n. esp., p. 35-45, 2000.

MARACANAÚ. Secretaria Municipal de Saúde (CE). **Relatório de Gestão em saúde**. Maracanaú: Secretaria Municipal de Saúde, 2012.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. **Cienc. Saúde Colet.** 2010; 15(5):297-305.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

_____. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

OLSCHOWSKY, A. **O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental**: análise da pós-graduação “lato sensu” [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, USP, 2001.

ROCHA, Ruth. **Minidicionário da Língua Portuguesa**: atualizado conforme o novo acordo Ortográfico da Língua Portuguesa. Scipione, 2005.

SOARES M. C.; SANTANA, M.G.; SIQUEIRA H. O cuidado de enfermagem no cotidiano das enfermeiras(os) autônomas(os). À luz de alguns conceitos da teoria humanística de Paterson e Zderard. **Texto Contexto Enferm.**, 2000; 9(2):106-117.

VARELLA, M.; LACERDA. Acompanhamento terapêutico: construção da rede à reconstrução do social. **Psichê**, v. 20, p. 129-140, 2006.

CAPÍTULO 3

SAÚDE DO ADOLESCENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: EXPERIÊNCIA DE UM MUNICÍPIO CEARENSE

Janaina Mota da Rocha

Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos

INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase em que ocorrem mudanças físicas, psíquicas e socioculturais, e compreende as pessoas que estão na faixa etária de 10 a 19 anos. É uma etapa do desenvolvimento humano marcada por descobertas e acontecimentos que irão repercutir ao longo da vida adulta (BRASIL, 2008). O conceito adotado pelo Ministério da Saúde e que sofre influência da definição adotada pela OMS, traz o adolecer em duas etapas: a pré-adolescência que constitui a faixa etária de 10 a 14 anos e a adolescência propriamente dita que vai dos 15 aos 19 anos.

Mas, atualmente, para além das transformações biológicas e psíquicas, o conceito de adolescência incorpora a ideia de uma construção social dessa etapa da vida e diz respeito à multiplicidade de forma como ela é vivenciada. Não se fala mais da adolescência, no singular, mas de adolescências, no plural (UNICEF, 2011).

Não somente o conceito sofre modificações, ou melhor interpretações, que agregam um significado mais amplo para esta fase, porém quando nos referimos ao cuidado à saúde do público adolescente, tomamos como referência o pensamento de Duarte e outros (2013), que produzir cuidado em consoante às necessidades de saúde dos sujeitos possibilita entendê-los, naquilo que têm de único e singular, viabilizando um cuidado direcionado para as suas demandas.

Há no mundo 1,8 bilhão de adolescentes e adultos jovens, aproximadamente 25% da população. A estimativa é que, até 2032, o número de jovens no mundo vai subir para dois bilhões. É consenso que se deve investir na saúde da população adolescente e jovem, tendo em vista o espírito inovador e construtivo dessa faixa etária da população, por terem um rico potencial, capaz de influenciar de forma positiva o desenvolvimento mundial. (UNFPA, 2014)

No Brasil, o Ministério da Saúde, por reconhecer a vulnerabilidade do adolescente, propôs as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, baseadas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, com o objetivo de nortear ações, integradas às outras políticas sanitárias, ações e programas já existentes no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2010).

Apesar de termos algumas experiências que buscam cuidar do adolescente de uma forma articulada, como o Programa Saúde na Escola - PSE, percebemos que ainda persiste a fragmentação das políticas, com o desenvolvimento de estratégias e ações isoladamente, que possibilite a integralidade da atenção.

A Atenção à Saúde do Adolescente, há mais de duas décadas, vem sendo orientada por projetos específicos com vistas à garantia da singularidade que é peculiar nesta fase do ciclo de vida. No entanto, a atenção dispensada a este grupo etário continua fragmentada, apresentando fortes evidências de práticas voltadas para o assistencialismo, que se opõem às concepções promotoras de saúde (SANTOS et al., 2012).

Buscar a participação dos jovens no processo de promoção da saúde, incentivando o autocuidado, deve ser um desafio permanente para os profissionais de saúde, que ao promoverem qualquer assistência ao adolescente, devem levar em consideração as mudanças das relações, as diversidades sociais, bem como o modo como os adolescentes enxergam a própria vida (MARQUES, 2012).

Portanto, mobilizar a população jovem requer a adoção de metodologias participativas e inovadoras, que incite o protagonismo juvenil que, neste contexto, significa capitalizar a tendência dos adolescentes na formação de grupos, no sentido de favorecer seu desenvolvimento pessoal e social (BRASIL, 2013).

O paradigma que norteia a ação do protagonismo juvenil fundamenta-se num modelo de relação pedagógica pautada na solidariedade entre os adultos e os mais jovens. Esta relação significa a base essencial do processo de intercâmbio entre educadores/profissionais e educandos/jovens (COSTA et al, 2000).

Nesse sentido, a relevância de uma política intersetorial que envolve Saúde e Educação, fez com que o Programa Saúde na Escola (PSE) que foi instituído em 2007, se tornasse um marco para as políticas de saúde e educação voltadas às crianças, aos adolescentes e aos jovens da rede pública de ensino. Constituinte de dois pilares importantes no cuidado da saúde, porém com o foco central nas necessidades dos jovens,

pois a adoção de um instrumental que foi implantado e monitorado pelo profissional, mas com a participação efetiva do público, a caderneta do adolescente trabalha a responsabilidade do jovem consigo mesmo e o fortalecimento do vínculo com a estratégia saúde da família.

No Ceará, a Secretaria da Saúde do Estado apoia os municípios nas ações voltadas para o público adolescente, principalmente por meio do Núcleo da Saúde da Mulher, Adolescente e Criança (NUSMAC), onde se concentra o Programa Saúde na Escola e a Vigilância Alimentar e Nutricional.

No município de Horizonte, em 2008, iniciou-se a organização da assistência à saúde do adolescente, já que se percebeu um aumento gradual no número de adolescentes acompanhadas no pré-natal com idades entre 10 a 19 anos e a existência de ações de saúde na escola, desenvolvidas por alguns profissionais, de forma isolada e pontual.

A saúde do adolescente começou a ser pensada e sistematizada quando, em 2011, o município realizou a adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE), com assinatura de um termo de compromisso entre as Secretarias Municipais de Saúde e de Educação, para pactuar e formalizar as responsabilidades e metas inerentes à execução do PSE, nos territórios de responsabilidades, objetivando o desenvolvimento das ações de prevenção, promoção e atenção à saúde dos escolares, para recebimento de recursos financeiros.

Desde este período buscamos, em Horizonte, acompanhar o adolescente na Atenção Primária, tanto na implementação das ações pactuadas no anterior projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), com a capacitação dos profissionais de saúde e professores das escolas em que faziam parte do projeto, como também com a organização no calendário de atendimento do

posto com o Dia do Adolescente, sempre às quartas-feiras no turno da tarde.

O trabalho em saúde realizado a partir de tais concepções simplificadas, encontra forte ressonância no imaginário das pessoas de um modo geral, principalmente quando percebem que há algo que não vai bem em suas vidas. Nessas situações, quando nos sentimos doentes, o que buscamos mesmo são os serviços de saúde e, de preferência, para sermos atendidos por médicos especialistas e sairmos de uma consulta com solicitação de exames e uma prescrição de medicamentos em mãos (CECILIO, 2012).

Portanto, a busca de se qualificar à assistência prestada ao adolescente nos remete em ultrapassar essas práticas tradicionalistas e biomédicas, pois se o profissional de saúde não se aproximar do mundo do paciente, lidará apenas com a doença. Embora a doença seja um fenômeno biológico e material, a resposta humana a esse evento não é apenas biologicamente determinada (GROSSMAN, 2012).

O estudo buscou apresentar a experiência da implementação do PSE, desde a sua implantação em 2011 até o ano 2017, em que ocorreu uma nova pactuação do município de Horizonte com suas escolas e ESFs. A intenção é descrever como foram sistematizadas as ações, as dificuldades, as mudanças alcançadas, os avanços conquistados e o cuidado ao adolescente na atenção primária.

Dessa forma, considera-se este trabalho relevante, pois é imprescindível conhecer a experiência vivenciada por uma proposta de trabalho que propõe mudanças de atitudes, conhecimento e organização do serviço, para que possamos contribuir com conhecimentos empíricos e teóricos na produção do cuidado à saúde do adolescente, numa perspectiva sustentável

que atenda à necessidade real do momento, mas com a perspectiva de adequações às gerações futuras.

OBJETIVO

O objetivo geral deste estudo é descrever a implementação das ações do Programa Saúde na Escola no cuidado ao adolescente no âmbito da atenção primária.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência vivenciado entre o período de 2011 a 2017, ao integrar o grupo de trabalho intersectorial municipal (GTI) do Programa Saúde na Escola. Em todo este período foi pactuada uma parcela das escolas, ou seja, as escolas foram as mesmas pactuadas durante os seis anos, no total de 18 escolas e duas creches, totalizando 8.820 alunos do ensino fundamental e 124 alunos da educação infantil. A variação foi nas equipes de saúde da família, pois iniciamos com 11 equipes no período de 2011 e na última pactuação ficamos com 21 equipes.

O motivo foi que antes num único território existia mais de uma escola e somente uma ESF, porém com o aumento da população no decorrer dos anos foram outras equipes habilitadas, de forma que o território de abrangência foi redividido e com o processo de territorialização, cada escola foi ficando na área de abrangência de uma única equipe de saúde.

Criamos uma sistematização de trabalho, em que sempre no 1º semestre de cada ano fazíamos uma reunião geral com os profissionais da ESFs, diretores das escolas e professor ou coordenador pedagógico. Apresentávamos as ações desen-

volvidas no período anterior, o alcance quantitativo, os impactos no ambiente escolar e as dificuldades, como também as atividades que não foram realizadas.

Antes da pactuação de 2017, o PSE era organizado em componentes, em que componente I, agregava as ações de intervenção direta de práticas em saúde, como antropometria, situação vacinal, saúde bucal e saúde ocular. Essas eram consideradas obrigatórias e haviam outras como saúde auditiva, desenvolvimento da linguagem que eram consideradas optativas. Ressalto que nosso planejamento tinha por base as ações obrigatórias. Quanto ao componente II, eram voltadas para atividades em grupo no viés da educação em saúde, portanto as ações obrigatórias eram ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável, promoção da cultura de paz e direitos humanos, saúde mental, educação sexual e prevenção ao uso de álcool e outras drogas. No componente III estava relacionado com o processo de formação dos profissionais e gestores do programa.

Portanto, os encontros aconteciam em dois momentos, para que cada grupo tivesse no máximo trinta participantes. Sempre iniciávamos com a exposição do conteúdo das informações que nos tinham repassado pelo núcleo estadual, em seguida apresentávamos os resultados alcançados em período anterior e, posteriormente, dividíamos em subgrupos, a fim de que pudessem ficar em cada subdivisão os representantes da escola com seus respectivos profissionais de saúde (enfermeiro, dentista), para realizar um planejamento anual das atividades.

Após este momento, os profissionais de saúde marcavam a visita à escola com inserção no calendário escolar das atividades do programa, marcava a reunião com os pais para a apresentação da caderneta do adolescente e demais atividades que seriam desenvolvidas.

No que se refere ao componente III, promovemos ao longo do período de 2011 a 2017 duas turmas de formação nos anos 2012 e 2014, que totalizavam uma carga horária de 40 horas, sendo 20 horas de atividades presenciais, cujo material de apoio para as oficinas foi a série de fascículos Adolescentes e Jovens para a educação entre pares, do projeto Saúde e Prevenção nas Escolas. Porém, as outras 10 horas necessariamente o profissional deveria replicar na escola com a formação de um grupo de alunos que seriam multiplicadores.

Com as mudanças que vieram após a nota técnica Nº 69/2017 CGAN/DAB/SAS/MS, que orientou a adesão e o desenvolvimento do PSE no município e DF, tivemos algumas mudanças no processo de trabalho.

A nota técnica trouxe que o planejamento deve contemplar doze ações prioritárias: ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*, promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas, prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos, prevenção das violências e acidentes, identificação dos educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação, promoção e avaliação da saúde bucal e aplicação de flúor, verificação e atualização da situação vacinal, promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade, promoção da saúde auditiva e identificação dos educandos com possíveis sinais de alteração, direito sexual e reprodutivo e prevenção ISTs/AIDS, promoção da saúde ocular e identificação dos educandos com possíveis sinais de alteração.

Após a nova pactuação do ciclo 2017/2018, realizamos uma reunião com os gestores da Secretaria de Saúde e Secretaria de Educação, apresentando as alterações e a necessidade do registro do Cartão Nacional de Saúde durante a matrícula,

como também foi implementada uma roda de conversa com os profissionais de saúde envolvidos, que tiveram que criar junto às suas escolas mecanismos de como seriam implementadas as doze ações. A orientação seguiu a mesma linha de sistematização das atividades, com construção da agenda compartilhada com a escola, delimitação das datas, reunião com os pais e alimentação de todas as informações no ESUS, com o INEP da escola ou creche e CNS do aluno quando necessário.

As necessidades de saúde são social e historicamente construídas, não há necessidades de saúde universais, que existiram desde sempre e do mesmo modo. Cada época e cada sociedade produzem suas necessidades, tendo em vista, entre outras coisas, as próprias possibilidades de reconhecê-las, ou seja, nomeá-las como necessidades e, como desdobramento, atendê-las (CECILIO, 2012).

As mudanças estruturais que ocorreram tiveram o intuito de superar os principais problemas que representavam entraves no avanço do programa, como também a continuidade da iniciativa e de seu potencial diante das necessidades que vão se alterando ou agravando ao longo dos anos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As estratégias de organização da Atenção à Saúde do Adolescente na Atenção Primária do município de Horizonte estão divididas em atenção individual e abordagem grupal. Geralmente, as atividades individuais são realizadas na unidade básica de saúde pelos profissionais: médico, enfermeiro, odontólogo, nutricionista e técnico de enfermagem.

Os adolescentes quando acessavam a estratégia saúde da família, são nas seguintes situações: atendimento no pré-natal, planejamento familiar, queixas clínicas, queixas ginecológicas, imunização e atendimento odontológico.

Dentro dessas demandas existem aqueles adolescentes que durante aplicação da caderneta do adolescente nas escolas, apresentavam alguma queixa clínica ou durante a avaliação antropométrica, cálculo do IMC, verificação da pressão arterial, atualização do calendário vacinal e rastreamento da saúde bucal, se percebia algum tipo de necessidade a ser investigada ou tratada na UBS, portanto era feito o encaminhamento do mesmo para a equipe de saúde da família, onde havia seu cadastro familiar.

Em ambos os locais, tanto na escola como na UBS, os profissionais realizavam algumas orientações necessárias e o atendimento era individualizado, já que se abordavam questões relacionadas ao crescimento e desenvolvimento e maturação sexual.

Um respaldo importante à anticoncepção para adolescentes foi à estruturação, em 2006, do documento “Marco teórico e referencial – Saúde Sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens”, pelo Ministério da Saúde, que reforça direitos anteriormente determinados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. São privacidade, confidencialidade no atendimento, além do sigilo profissional, educação sexual e prescrição de métodos contraceptivos. (MONTEIRO, 2012)

Na abordagem do adolescente, deve-se considerar a individualidade, sendo, às vezes, necessário usar estratégias apropriadas para cada caso. Incentivar o adolescente a falar sobre suas dúvidas, queixas e questões possibilitará maior entendimento e diálogo sobre as dificuldades enfrentadas por ele. (ROZENBERG, 2012)

Durante o período de 2011 a 2013, incentivamos que, na atenção primária, houvesse no calendário das equipes de saúde da família o dia do adolescente, que seria às quartas-feiras à tarde, em que todas as equipes destinavam um turno para realizar alguma ação junto ao adolescente, seja na escola implementando alguma atividade prevista do PSE ou na própria UBS com agendamento da demanda, através da escola ou do ACS ou mesmo demanda livre.

Corroborando com as análises de Starfield (2002), identificou-se que o adolescente acessa o serviço de atenção primária, no entanto para uso oportuno dos serviços, com a finalidade de alcançar melhores resultados, se faz necessário melhorar o acesso destes, na perspectiva de organização e dinâmica do processo de trabalho.

Inclusive, tivemos algumas experiências exitosas em algumas áreas, porém grande parte das equipes tinham dificuldade em agendar tal demanda, pela falta de comparecimento do público e os motivos que informavam eram pouco envolvimento do adolescente no cuidado à sua saúde, dificuldade da escola mobilizar a família e o horário que coincidia com as aulas.

As atividades grupais seguiam de acordo com as temáticas eleitas como prioritárias pelo PSE e eram desenvolvidas durante às quartas-feiras, porém buscava-se fazer um rodízio de horário, como também de profissionais, como por exemplo, se o enfermeiro e o técnico estavam na escola, se o odontólogo estava na unidade realizando o atendimento. Enfim, durante o mês, necessariamente, deveria haver uma atividade coletiva de caráter educativo, o atendimento individualizado utilizando a caderneta do adolescente e o atendimento da demanda encaminhada ao posto.

Algumas atividades coletivas eram realizadas em parceria com profissionais residentes, estagiários, professores e profissionais do núcleo ampliado de saúde da família - NASE.

Após 2013, as equipes de saúde passaram a não destinar um dia e turno específico ao adolescente, mas agendá-lo de acordo com a problemática que fosse apresentada, porém permanecia a diretriz de implementação do PSE e com agendamento no calendário dos profissionais para garantia das ações de caráter individualizado e grupal nas escolas.

Tivemos alguns transtornos nos últimos anos para alimentação das atividades no ESUS, apesar dos alunos possuírem o cartão SUS (CNS), as escolas não adotaram fazer o registro em suas bases de dados, fazendo com que o profissional de saúde perdesse muito tempo para inclusão dos dados, pois tinham que fazer a busca por cada aluno.

Devido à escassez de tempo dos profissionais, algumas temáticas do PSE foram priorizadas pelas equipes, como também a agenda compartilhada com as escolas foi prejudicada, reduzindo cada vez mais o número de ações pactuadas no programa e desenvolvidas na escola, para que se pudesse alimentar as informações e alcançar a meta que o município se comprometeu em nível federal.

Em Penso (2013), foi realizada uma pesquisa com treze profissionais de saúde que atendem adolescentes em duas regiões do Distrito Federal, em que foram apontadas algumas dificuldades, como o excesso de burocracia, a falta de recursos humanos e o tempo, nesses dois últimos destacou-se a centralização das ações em profissionais específicos, como enfermeiros da estratégia saúde da família.

Em nossa experiência também existiu a centralização do cuidado em determinadas categorias profissionais da ESF, como também ações que não se interligavam e acabavam acontecendo de forma isolada e descontextualizada.

Segundo Penso (2013), o PSE é enfático na visão processual e não estimula ações episódicas e sem integração e/ou colaboração da escola. É necessário que os profissionais se apropriem das suas diretrizes, entre elas a integralidade e cuidados contínuos.

Portanto, o PSE foi criado com a perspectiva de melhor integrar a saúde do adolescente, mas a partir da participação da escola e da família, em que exista colaboração entre saúde, educação e comunidade. De modo que as ações em saúde, no âmbito da escola, possam integrar uma postura cidadã do adolescente por meio de sua autonomia, responsabilização pessoal e social e valorização da arte e da cultura.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente, evidenciamos que os adolescentes quando utilizam o serviço de saúde os eventos já aconteceram, portanto não conseguem ser protagonistas de sua própria vida, sendo necessário o fortalecimento da ideia do desenvolvimento saudável.

Para que o cuidado à saúde do adolescente possa impactar na vida e no imaginário do jovem, a agenda de trabalho dos profissionais deverá ser construída num viés colaborativo, tanto entre profissionais de saúde e educação, como com o público envolvido, envolvendo um processo de trabalho institucionalizado de promoção à saúde, tanto nas instituições escolares como na própria unidade de saúde.

É importante trabalharmos numa perspectiva proativa, com enfoque no desenvolvimento positivo, avançado no campo da promoção de competências e do bem-estar dos jovens, ampliando sua ação para além da prevenção de comportamentos de risco. (FRANCO, 2014)

Sob a visão contemporânea da adolescência, programas proativos implementados em diferentes contextos devem focalizar estratégias que priorizem o incremento de fatores de proteção, pois tendem a produzir efeitos benéficos, como a minimização de problemas emocionais, sociais e comportamentais. (FRANCO, 2014)

Faz-se necessário organizar o serviço na perspectiva de um cuidado integral com necessidade da horizontalização das ações, superação das intervenções curativas fragmentadas, fortalecimento do vínculo e sustentabilidade na assistência para a construção de resultados que transforme a realidade com resultados positivos.

Identificamos a necessidade de organizar a atenção primária na perspectiva da prevenção e criar estratégias que envolvam os adolescentes numa concepção do autocuidado, estimular os profissionais de saúde a identificarem demandas não atendidas, a trazer subsídios para incrementar o atendimento e construir uma rede intersetorial com as diversas instituições do território.

É relevante trabalharmos numa perspectiva de sustentabilidade desta assistência, buscando otimizar o atendimento, associar a realidade do adolescente ao território, família e unidade de saúde, como também adotar uma comunicação que não se reduza a apenas repasse de informações de saúde, mas que gere vínculos de confiança e responsabilização.

As intervenções em grupo devem ser prioritárias na ESF e na implementação do PSE, buscando a adesão dos adolescentes, a utilização de metodologias participativas em parceria com as equipes multiprofissionais e a eficiência na divulgação das ações.

É imprescindível trabalhar a sensibilização de todos os envolvidos sobre a importância do grupo como dispositivo fortalecedor do PSE, bem como a consulta individual do adolescente, que também se constitui em ferramenta estruturante para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

Quando a APS qualifica suas intervenções e fortalece sua capacidade resolutiva, o resultado reflete-se nos demais níveis de atenção e na mudança dos serviços de saúde, tornando-os mais eficazes (MOURÃO, 2017).

Sugerimos a implementação da caderneta do adolescente por todas as equipes da estratégia saúde da família e não somente àquelas onde foram pactuadas as escolas do PSE, além da construção de um plano de ação por ESFs, com os diversos parceiros no território, para execução das ações prioritárias do PSE, com revisão a cada dois anos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.** / Ministério da Saúde,

Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 132 (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Nota técnica Nº 69/2017**. CGAN/DAB/SAS/MS. Brasília, 2017

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde do adolescente: competências e habilidades**. Brasília: Ed. MS; 2008.

CECILIO, L. C. de O; LACAZ, F. A. C. **O trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2012.

COSTA, D. D. T.; LUNARDI, V. L. Enfermagem e um processo de educação sexual com adolescente de uma escola pública. **Rev. Texto e Contexto Enfermagem**, 2000;9(2).

DUARTE, S. J. H.; FERREIRA, S. F.; SANTOS, N. C. Desafios de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na implantação do Programa Saúde do Adolescente. *Rev. Eletr. Enf.* 2013 abr/jun;15(2):479-86.

FRANCO, G. R.; RODRIGUES, M. C. **Programas de Intervenção na Adolescência: considerações sobre o Desenvolvimento Positivo do Jovem**. Universidade Federal de Juiz de Fora: Temas em Psicologia, 2014, V. 22, nº 4, 677-690.

GROSSMAN, E. Semiologia. In: NOGUEIRA, Kátia T. (Coord.); LIBERAL, Edson F.; VASCONCELOS, Marcio M. (Org.) **Adolescência**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. cap.1.

MARQUES, J. F.; QUEIROZ, M. V. O. Cuidado ao adolescente na atenção básica: necessidades dos usuários e sua relação com o serviço. **Rev. Gaúcha Enferm.** 2012;33(3):65-72.

MONTEIRO, D. L. M.; DAMASCENO, A. B. A. Anticoncepção. In: NOGUEIRA, K. T. (Coord.); LIBERAL, E. F.; VASCONCELOS, M. M. (Org.) **Adolescência**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. cap. 25.

MOURÃO, J. J. N. et al. Atenção à saúde do adolescente na estratégia saúde da família: do individual ao grupal. **Adolec. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 189-193, abr/jun 2017.

PENSO, M A.; BRASIL, K. C. T. R.; ARRAIS, A. C.; LORDELLO, S. R. A relação entre saúde e escola: percepções dos profissionais que trabalham com adolescentes na atenção primária à saúde no Distrito Federal. **Rev. Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p.542-553, 2013.

ROZENBERG, R.; CRUZ, T. de J. Consulta: abordagem do adolescente e de sua família. In: NOGUEIRA, K. T. (Coord.); LIBERAL, E. F.; VASCONCELOS, M. M. (Org.) **Adolescência**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. cap. 3.

SANTOS, A. A. G. et al. Sentidos atribuídos por profissionais à promoção da saúde do adolescente. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2012 1275-84.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO, 2002.

UNFPA. **Fundo de População das Nações Unidas**. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/swop2014.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2017.

UNICEF. **Adolescência**: uma fase de oportunidades. Fundo das Nações Unidas para Infância. Brasília (DF): UNICEF, 2011.

CAPÍTULO 4

DIÁLOGO SOBRE A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO ÀS ARBOVIROSES: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Gerarlene Ponte Guimarães Santos

Andrea Caprara

INTRODUÇÃO

As arboviroses são doenças infecciosas emergentes, com capacidade de expandir-se rapidamente, afetando grandes populações, tornando-se um desafio para a saúde pública em todo o mundo. São transmitidas por vetores, do gênero *Aedes*, especificamente o *Ae. aegypti* ou *Ae. albopictus*; muitos casos são de difícil diagnóstico, podendo levar a complicações clínicas surpreendentes e causar grandes encargos (PAIXÃO; TEIXEIRA; RODRIGUES, 2018).

A emergência das arboviroses em diferentes regiões pode ter sido decorrente das mudanças genéticas no vírus e das alterações climáticas, como também alteração da dinâmica populacional de hospedeiros e vetores. Esses vírus têm uma grande capacidade de adaptação e uma possibilidade de emergirem e se estabelecerem em novas áreas geográficas (DONALÍSIO; FREITAS; ZUBEM, 2017).

Consequentemente, várias doenças infecciosas transmitidas por vetores estão presentes em todo o mun-

do. No entanto, a tríplice infecção viral decorrente dos vírus dengue - DENV, vírus da chikungunya - CHIKV e zika vírus - ZIKV são doenças virais de difícil controle e estão, atualmente, circulando no Brasil, causando um sério problema para as autoridades sanitárias e para a população. Embora durante muitos anos a dengue tenha sido a principal preocupação dentre estes arbovírus, em 2014 e 2015 com a entrada do CHIKV e ZIKV no Brasil o desafio aumentou, tornando ainda mais difícil o controle das arboviroses no país.

Certamente, as condições socioambientais favoráveis à expansão do mosquito *Aedes aegypti* possibilitaram a dispersão rápida do vetor e da circulação dos arbovírus no país, foi em meados dos anos de 1950 a 1960 que deu início no país as campanhas sanitárias que favoreciam a erradicação do mosquito *Aedes*, com o intuito do governo de manter as relações comerciais com a proposta da prevenção da febre amarela (KOTSAKIOZI et al, 2017).

Não demorou muito para que o *Ae. Aegypti* ressurgisse e, em 1976 foi registrado seu retorno, mostrou altíssima capacidade de adaptação ao ambiente criado pela urbanização acelerada e pelos novos hábitos da população. A proliferação de mosquitos aliada à co-circulação dos quatro sorotipos permitiu que a dengue, inicialmente restrita a grandes centros urbanos, passasse a ocorrer em municípios de todos os portes populacionais, afetando populações de todas as faixas etárias (BRASIL, 2015).

Foi a partir da década de 1980 que as epidemias explosivas atingiram as regiões brasileiras, com cerca de 70% dos municípios brasileiros infestados pelo mosquito *Ae. aegypti*. Assim, em abril de 1990, foi criada a Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, que coordenava as ações de controle da dengue e,

em 1996, o Ministério da Saúde elaborou o Plano de Erradicação do *Ae. aegypti* (PEAa), cuja intenção era monitorar os casos de dengue hemorrágica no país (BRAGA & VALLE, 2007).

Ao longo do processo de implantação do programa observou-se a inviabilidade técnica da erradicação do mosquito em curto e médio prazo (BRASIL, 2001). O PEAa foi dividido em nove áreas de atuação, como seguem: 1) Entomologia; 2) Operações de campo de combate ao vetor; 3) Vigilância de portos, aeroportos e fronteiras; 4) Saneamento; 5) Informação, educação e comunicação social; 6) Vigilância epidemiológica e sistema de informações; 7) Laboratório; 8) Desenvolvimento de recursos humanos; e 9) Legislação de suporte (BRAGA & VALLE, 2007).

Mesmo com estas nove áreas de atuação, essa estratégia mostrou-se absolutamente incapaz de responder à complexidade epidemiológica da dengue, levando ao MS a criar um novo programa de controle da dengue que incorporasse elementos como a mobilização social e a participação comunitária, indispensáveis para responder, de forma adequada, a um vetor altamente domiciliado (BRASIL, 2002).

Com o insucesso do seu objetivo principal, novos planos ou programas se sucederam; o Plano de Intensificação das Ações de Controle da Dengue/PIACD criado em 2001, tinha como foco de suas ações os municípios com maior transmissão da doença. Dessa forma, eram considerados como prioritários os municípios que possuísem: alta infestação por *Ae. aegypti*, ser capital de Estado, ser região metropolitana, população superior a 50.000 habitantes e ser receptivos a novos sorotipos de dengue (BRASIL, 2001).

Logo que o Programa Nacional de Controle da Dengue/PNCD foi criado em 2002, foram dadas continuidade a algumas propostas do PIACD; no entanto com algumas mu-

danças essenciais, dentre elas: a elaboração de programas permanentes; o desenvolvimento de campanhas de informação e mobilização da população; o fortalecimento da vigilância epidemiológica, entomológica e a melhoria do combate ao vetor; ações integradas de controle da dengue na Atenção Primária à Saúde - APS; instrumentos que facilitem o trabalho do poder público na eliminação de criadouros; atuação multissetorial e instrumentos mais eficazes de acompanhamento e supervisão das ações desenvolvidas nas três esferas: Federal, Estadual e Municipal (BRASIL, 2009).

Então, em meio aos programas estratégicos de combate ao *Ae. aegypti*, foi que no ano de 2007 houve uma epidemia de dengue no município, com registro de 1.109 casos confirmados, com 20 complicações por dengue, com 11 casos de Febre Hemorrágica da Dengue - FHD e um óbito.

Dessa forma, a Secretaria da Saúde do Estado do Piauí solicitou ao município a realização de um plano de contingência para o ano de 2008, com o objetivo de implementar medidas de controle da Dengue, reduzir sua transmissão na perspectiva de diminuir as internações e possíveis óbitos, minimizando as consequências econômicas que podiam fluir em uma outra epidemia.

A partir do ano de 2008 e todos os anos posteriores, o município fez seu plano de contingência em combate à Dengue; *considerado pelo PNCD, um município prioritário por possuir mais de 50.000 habitantes*. Anualmente, os indicadores eram monitorados e avaliados, traçados novas metas e ações; *com objetivo principal da não ocorrência de óbito por dengue no município*. Assim, profissionais da Vigilância Epidemiológica, Ambiental e da Atenção Básica reuniam-se para avaliar o plano vigente e elaborar as ações para o ano seguinte.

Não bastou assegurar ao município com planos construídos e implementados anualmente, o controle de vetores tornou-se mais difícil; sendo um desafio à busca de inovações para a rede de serviços ofertados à população. Assim, no ano de 2014 foram registrados os primeiros casos de chikungunya e no ano de 2015 foram registrados casos suspeitos de zika, tornando-se necessárias novas articulações e estratégias para o plano municipal de combate às arboviroses.

Desse modo, surgiu a necessidade de organizar a rede de cuidados para os pacientes com arboviroses, e no ano de 2016 o município buscou readequar a rede de atenção ao paciente com suspeita das arboviroses, inovando no apoio laboratorial, na vigilância ativa, na atuação mais efetiva dos agentes de enfermias e dos agentes comunitários para o combate ao vetor com a participação da comunidade.

OBJETO DE INTERVENÇÃO

Organização da rede de cuidado aos casos suspeitos das arboviroses no município de Parnaíba-PI. Nesta linha de cuidado, buscou-se organizar o serviço da assistência na APS, na rede hospitalar, na vigilância em saúde e laboratorial. Dentro desta visão estratégica buscou-se intensificar o combate ao vetor, através da mobilização social com parcerias com empresas e instituições, como os Correios, Banco do Brasil, usina aeólica, escolas municipais e estaduais, universidades públicas e privadas, instituições religiosas, dentre outros órgãos.

Buscou-se organizar a rede de assistência desde a APS à rede hospitalar; o intuito era acompanhar os casos, prevenindo o aparecimento de novos casos e reduzindo as complicações

causadas pelos arbovírus. Sabe-se que a porta de entrada no sistema de saúde é a Unidade Básica de Saúde - UBS, mas, muitas vezes, o paciente por estar apresentando sintomas de febre e dor, procura os serviços de urgências/emergência. Assim, pensou na estratégia de porta de entrada todos os serviços ofertados no município e a partir da notificação acompanhá-lo, promovendo um cuidado integrado, visando ao reestabelecimento da saúde e a redução de riscos.

OBJETIVO

Descrever a experiência da organização da rede de cuidado para os casos dos arbovírus no município de Parnaíba-PI.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência que visa à organização do plano assistencial das arboviroses no município de Parnaíba (PI) que foi implementado no período de janeiro a dezembro de 2016.

O município de Parnaíba fica localizado ao norte do estado do Piauí, a cidade possui 145.705 habitantes e uma área territorial 435.573km² (IBGE 2017), sendo o segundo maior município do Estado, a cidade está distribuída em 31 bairros. Localizado na região de saúde denominada Planície Litorânea, concentra a grande maioria dos serviços de saúde de média e alta complexidade.

A estrutura municipal de saúde no ano de 2016 possuía a seguinte composição: a Atenção Primária à Saúde com 40 Equipes da Estratégia de Saúde da Família - ESF com (81,74%

de cobertura), 33.289 famílias e 119.842 habitantes assistidos na atenção primária à saúde - APS, distribuídas em 31 Unidades Básicas de Saúde, 25 Equipes de Saúde Bucal - ESB (50% de cobertura), 04 Equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF (81,74% de cobertura), 305 Agentes Comunitários de Saúde - ACS (83% de cobertura) e 66 Agentes Comunitários de Endemias - ACE.

Na média complexidade, os serviços públicos municipais dispunham de: 01 Centro de Especialidades em Saúde - CES, 01 Centro de Especialidades Odontológicas - CEO tipo I, 01 Pronto Socorro Municipal - PSM, 01 Base Descentralizada do Serviço Móvel de Urgência - SAMU, 01 Central de Regulação das Urgências, 01 Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, 01 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS AD, 01 Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA.

Na atenção hospitalar, o município dispunha de 05 hospitais gerais, sendo 01 público, 02 filantrópicos e 02 privados, ambos contratualizados com o SUS. Na atenção secundária o município contava com 01 laboratório público, 10 laboratórios privados e 04 clínicas de Diagnósticos por Imagem privadas, prestando serviço para o SUS.

Na gestão da Secretaria da Saúde, o organograma contava com um superintendente de Assistência à Saúde, um coordenador para a Vigilância em Saúde, um diretor para a vigilância epidemiológica, um diretor para a vigilância ambiental, um diretor para a vigilância sanitária e um coordenador do Programa Municipal de Combate à dengue - PMCD. Na APS, um superintendente para AB, coordenador da AB, coordenador do NASF, coordenador do Programa Saúde na Escola - PSE, um diretor da assistência farmacêutica. No serviço de urgência e emergência um superintendente e um coordenador.

Para o processo da organização da rede de cuidados ao paciente com suspeita das arbovirose, houve a necessidade de reunir coordenadores, diretores da gestão municipal, como representantes da APS, da rede hospitalar e dos serviços de urgência e emergência foram apresentadas propostas e readequadas as ações de acordo com a realidade de cada serviço. As reuniões ocorreram na secretaria da saúde entre os meses de outubro/2015 a janeiro/2016.

Para organizar a rede de atenção às arbovirose, foi construído um plano e subdividido em quatro eixos: vigilância e controle vetorial, vigilância epidemiológica, comunicação e mobilização da população e assistência ao paciente. Cada eixo dispunha de propostas para facilitar o alcance dos objetivos. Neste relato, deu-se ênfase ao eixo que abordava a assistência ao paciente, desde a porta de entrada no serviço, que é a APS, à rede de urgência/emergência hospitalar e laboratorial, através do perfil epidemiológico em que se encontrava o país, procurou-se garantir uma rede de cuidado aos pacientes que viessem adoecer com os arbovírus.

A assistência ao paciente para esta proposta de organização do serviço partiu da necessidade de garantir acesso universal, de qualidade em todos os níveis de atenção, seja no período epidêmico ou não epidêmico; objetivando a redução da letalidade por dengue, chikungunya e zika.

Para o planejamento do cuidado ao paciente, buscou-se o caso suspeito e/ou com diagnóstico, adentrando um dos serviços ofertados no município, os encontros ocorreram quinzenalmente com, aproximadamente, duas horas de duração. Foi utilizado como parâmetro as recomendações dadas pelo Ministério da Saúde, nos manuais e protocolos clínicos.

A abordagem foi de caráter reflexivo e construtivo, no qual através do diálogo mostramos o perfil epidemiológico dos arbovírus no país, estado e município, partindo do contexto da exposição em massa da população aos novos arbovírus: zika e chikungunya, risco das complicações causadas pela dengue que podem evoluir ao óbito, como também das fragilidades encontradas no processo de cuidado aos pacientes que, porventura, viessem a necessitar dos serviços de saúde local.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A organização de serviços, de forma planejada ou em situação de epidemias, exige a atuação integrada dos serviços de vigilância e assistência no âmbito interno das secretarias municipais de saúde, e entre as próprias secretarias estaduais e municipais (MINAS GERAIS, 2016).

Assim sendo, fez-se necessário promover ações que permitissem uma maior aproximação da gestão da secretaria municipal da saúde aos serviços ofertados à população, de modo que beneficiassem a todos os envolvidos no processo de construção-reflexão sobre a realidade local.

Para isso, os serviços que seriam ofertados à população precisavam estar bem articulados, com garantia de acesso, acompanhamento e qualidade à atenção prestada; para que fosse possível, foi necessário que os gestores e os profissionais da saúde repensassem suas ações, levando a um cuidado diferenciado.

Para a OMS (2010), um processo trabalho organizado reduz a mortalidade por dengue e garante o reconhecimento precoce da doença, facilitando a gestão do caso e os encami-

nhamentos necessários. Então, o componente primordial para bons serviços clínicos é sua implementação em todos os níveis de cuidados de saúde, desde a atenção primária até a terciária.

Dessa forma, a assistência ao paciente foi articulada na tentativa de estabelecer uma linha de cuidados baseada na utilização de tecnologias de baixo custo e capacidade resolutiva. Buscou-se através da capacitação da equipe de saúde a sensibilização para assumir o papel na vigilância do paciente suspeito das arboviroses, desde a atenção básica aos serviços de urgências/emergências e internações.

Quando a equipe de saúde está capacitada para um manejo adequado dos pacientes, com reconhecimento precoce dos sinais de alarme, do contínuo acompanhamento, do restabelecimento dos casos (dinâmica e contínuo) e rápida reposição volêmica podem levar ao restabelecimento rápido do paciente, reduzindo as possibilidades de complicações e óbitos (BRASIL, 2013).

Portanto, o atendimento clínico é sintomático, com monitoramento constante e avaliação do paciente durante os sintomas apresentados para cada doença arboviral e, no caso da dengue, por mais dois dias após a defervescência da febre (PAHO, 2017).

Para Patterson; Sammon; Garg (2016) torna-se prudente assumir a dengue como o principal diagnóstico, dentre as outras arboviroses, devido sua evolução rápida de uma doença viral simples para uma condição potencialmente fatal; considerando como primordial a busca de sinais de alerta para dengue, mesmo quando existe grande suspeita para zika ou chikungunya.

Na APS, o processo de trabalho ocorreu dentro da área adscrita das UBS's, no qual o paciente com suspeita de uma das

arboviroses tinha acesso facilitado, através do acolhimento ou da identificação de casos suspeitos pelo ACS durante as visitas domiciliares. Não houve mudança no horário de funcionamento das UBS's, mas houve uma capacitação com atendentes sociais para acolher a demanda que procurasse a unidade, apresentando sinais e sintomas característicos dos arbovírus, mesmo fora do horário de marcação e agendamento de consultas.

Quanto à disponibilidade de medicamentos, materiais e insumos para a rede de cuidado às arboviroses, fez-se a estimativa das necessidades com base no percentual recomendado pelo Ministério da Saúde e com base no número de casos notificados no ano anterior, com destaque para os meses com maior ocorrência de casos notificados.

Foi implantado o protocolo de atendimento aos pacientes suspeitos, a garantia pelo primeiro atendimento em qualquer unidade de saúde, mesmo que após a classificação de risco fosse encaminhado a outro serviço, o profissional ou trabalhador da saúde realizava a triagem usando um fluxograma específico.

O ACS possuía um papel em destaque, durante suas visitas domiciliares utilizava um fluxograma com o passo a passo para a identificação de casos suspeitos, preenchia o cartão do paciente e realizava o encaminhamento para o serviço com profissionais qualificados no atendimento e na classificação de risco. Outra ficha utilizada pelo ACS e que mostrou grande relevância foi a de identificação de focos do vetor, era utilizada em 100% dos domicílios visitados e quando houvesse necessidade da intervenção do ACE, seguia os trâmites para esta intervenção, que era realizada em até 72 horas após a notificação do ACS à vigilância ambiental.

Procurou-se também estabelecer a organização do fluxo de encaminhamento para as coletas de exames laboratoriais, agendamentos de retornos e acompanhamento dos pacientes de forma que o paciente continuava vinculado à UBS, assegurando a ausência de complicações.

Durante o atendimento aos casos, foram utilizados alguns dispositivos que eram considerados oportunos, o acolhimento e a classificação dos pacientes, conforme fluxograma de classificação de risco para cada arbovirose; realização da prova do laço e identificação de sinais de alarme e/ou choque; capacitação para os profissionais médicos e enfermeiros sobre o Diagnóstico e o Manejo Clínico de dengue, zika e chikungunya; disponibilizado fluxograma para a classificação de risco e manejo do paciente com suspeita das arboviroses e o cartão de acompanhamento do paciente.

Outros dispositivos utilizados que visaram melhorar o atendimento ao paciente com arbovirose foram os agendamentos das consultas para o paciente de primeira consulta e para os retornos em dias subsequentes na própria UBS; a garantia de transporte adequado para referenciar pacientes a outros níveis de atenção durante todo o funcionamento do serviço; reclassificação do paciente a cada retorno programado na Unidade; realização de busca ativa de pacientes vinculados à área de abrangência da Unidade (casos novos e pacientes faltosos no retorno programado).

Quanto aos exames específicos e inespecíficos foram encaminhados para coleta de exames no Pronto Socorro Municipal - PSM ou no Hospital Estadual Dirceu Arcoverde - HEDA; com fluxo de retornos dos exames inespecíficos em tempo hábil para condução dos casos; garantia da hidratação oral a todos os pacientes acolhidos e na sala de espera pelo

atendimento; paciente com dengue é classificado como grupo C e D e era encaminhado para as unidades de referência para reposição volêmica.

Todas as UBSs realizavam a notificação de casos suspeitos de dengue, zika e chikungunya, com encaminhamento da ficha para a vigilância epidemiológica. Quanto à dispensação de medicamentos básicos, foi garantido mediante estimativa do número de casos notificados no ano anterior de saís de reidratação oral, antipirético e analgésico; durante as visitas domiciliares aos pacientes foi realizado por um ou mais membros da equipe, com orientações sobre os sinais de alerta, reaparecimento de sangramentos e verificado o cumprimento das recomendações para a fase de convalescença.

Para as Unidades de Urgência, foi pactuado com dois serviços, o Pronto Socorro Municipal - PSM e o Pronto Socorro do Hospital Estadual Dirceu Arcoverde. O processo de trabalho foi organizado para garantir vigilância especial desde o acolhimento até sua alta ou transferência para outro serviço. A porta de entrada e a abordagem do paciente nesses serviços tinha como proposta ser diferenciada, através dos dispositivos que garantissem o tempo mínimo de espera, hidratação imediata, e vigilância constante pré e pós-atendimento pela enfermagem e/ou médico. Assim, a recomendação era que o profissional de enfermagem e profissional médico durante o turno de trabalho, pudessem avaliar a evolução, de forma comparativa com o estágio anterior de todo e qualquer paciente com arboviroses.

Para Patterson; Sammon; Garg (2016) os pacientes que eram classificados como grupo A deveriam retornar para suas residências com recomendações para ficarem em alerta sobre as possíveis complicações associadas com zika e chikungunya, até que um diagnóstico definitivo tenha sido determinado.

Os serviços de urgência e emergência devem sempre estar vigilantes, principalmente diante de um cenário de número crescente de casos (MINAS GERAIS, 2016). Muitos pacientes com diagnóstico de dengue em fase de recuperação, não necessita de hospitalização, enquanto outros podem progredir para a forma grave da doença. A aplicação de cuidados simples e eficazes no acolhimento, com classificação de risco, podem ajudar a identificar pacientes em risco de desenvolver a forma grave da dengue, estabelecendo prioridades a quem precisa de cuidados hospitalares (OMS, 2010).

Para esse serviço foram recomendados o acolhimento e a classificação de risco geral e para a dengue, zika e chikungunya; a sala de espera com a presença de profissional que pudesse, além de oferecer a hidratação precoce, observar se existem pacientes com sinais de agravamento de acordo com o protocolo clínico do Ministério da Saúde; seguimento rigoroso do “Guia de dengue, zika e chikungunya – Diagnóstico e Manejo Clínico” do MS; estabelecimento da comunicação direta com a UBS (contrarreferência) para o retorno e acompanhamento do paciente classificado como grupo A e/ou grupo B; garantia de leitos para a referência (hospital) para todos os pacientes classificados como C ou D; garantia da notificação de todos os casos suspeitos, com notificação imediata para os casos graves (telefone).

Para a garantia da estrutura mínima do serviço ofertado na urgência foi recomendada a compra de materiais para hidratação oral, de soluções para uso em expansões de volume plasmático, medicamentos injetáveis antitérmicos, analgésicos e cartão de acompanhamento. Foi efetivada a compra de poltronas reclináveis para o PSM, para melhor acomodação dos pacientes que necessitavam de hidratação venosa, evitando o desconforto de macas.

Na assistência hospitalar, após o paciente ser classificado como grupo C e D, foi garantido leitos de internação tanto em enfermaria, como na Unidade de Terapia Intensiva - UTI, estando os hospitais credenciados pelo SUS com leitos de retaguarda para pacientes do grupo C e o Hospital Estadual Dirceu Arcoverde para os Grupos C e D. Para todos os demais casos de maior complexidade também foram referenciados para a capital Teresina, para cuidados necessários na impossibilidade de vagas disponíveis na UTI do HEDA.

Não existe um tratamento específico para as infecções causadas pelos arbovírus. Portanto, a recomendação para o tratamento consiste em repouso, aumentar a ingesta hídrica e uso de analgésicos. Na presença de sinais de alerta (grupo C ou D) a recomendação é que estes pacientes sejam internados em um hospital para receberem cuidados intensivos (MARINHO et al, 2017).

De acordo com estudo comparativo entre o número de casos notificados e o número de casos de internação com CID de Dengue realizados no período de 2001 a 2010, cerca de 7% dos casos demandaram internação hospitalar em enfermarias. Dos casos de internação em enfermaria, cerca de 10% demandaram internação em Unidade de Terapia Intensiva - UTI (PIAUÍ, 2015). Estudo das internações no país de 2001 a 2010 demonstrou que a média de permanência observada em leitos de enfermarias foi de 3,4 dias e nas Unidades de Terapia Intensiva foi de cinco dias (BRASIL, 2013).

Com isso, um leito de enfermaria pode receber em média 07 internações em 30 dias, praticando 90% de taxa de ocupação e o leito de UTI pode receber em média 06 internações em 30 dias. Por ser doença aguda, de rápida evolução e curta duração, o acesso aos leitos de pediatria, clínica médica e UTI deve ser garantido de forma rápida.

Os dispositivos utilizados na assistência hospitalar foram pactuados com a direção dos hospitais conveniados ao SUS, foi necessário, em alguns hospitais, reforçar a equipe médica e de enfermagem para a condução dos casos; com seguimento rigoroso do “Guia de Dengue, Zika e Chikungunya – Diagnóstico e Manejo Clínico” do MS referente à assistência do paciente; fluxograma disponível para a classificação de risco e manejo do paciente com suspeita de dengue, zika e chikungunya; afixação de cartaz com fluxograma nos locais de atendimento; fluxo de informação diária para a vigilância epidemiológica, com os casos graves notificados imediatamente via telefone, garantia da vigilância e notificação de casos suspeitos de dengue, zika e chikungunya.

Para a estrutura do serviço hospitalar foi recomendado a aquisição e o uso de equipamentos, insumos, materiais e serviços de laboratório para a realização de procedimentos especializados, adequados às ações propostas para o funcionamento e manejo dos casos graves.

No apoio diagnóstico, todos os serviços contavam com exames inespecíficos: realização de hemograma com contagem de plaquetas (PSM e PSHEDA), exames complementares, como radiográficos e ultrassonográficos (HEDA). A oferta de exames inespecíficos com realização do hemograma com contagem de plaquetas, albumina, coagulograma, dosagem de eletrólitos, função hepática, função renal, US abdominal e Rx de tórax era destinado ao grupo D. Foi também criadas estratégias para garantir a realização e liberação rápida dos resultados dos exames e garantia da realização de exames de ultrassonografia e Raios-X.

A referência para os exames complementares foi o laboratório privado contratado pelo SUS, que funcionava de segunda a sexta-feira, com critérios para coleta do exame, apresenta-

ção do Cartão da Dengue e solicitação do exame em receituário, dispensando a marcação pela regulação, com a finalidade de oportunizar a realização do exame em até 4 horas. Já o laboratório do Hospital Estadual Dirceu Arcoverde ficou responsável pela realização de exames complementares nos finais de semanas e feriados, como também a realização de exames de pacientes internados ou em observação dos grupos C e D.

Nos exames específicos foi estabelecido para todos os níveis de atenção que a coleta de sangue fosse realizada pelos Laboratórios do Hospital Estadual Dirceu Arco Verde - HEDA, Pronto Socorro Municipal - PSM e Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA para os testes rápidos para Dengue e sorologias (NS1, IgM e IgG), sorologias Chikungunya e Biologia Molecular para chikungunya e zika; as amostras eram enviadas semanalmente ao LACEN, conforme nota técnica recomendada para coleta, acondicionamento e transporte. Todas as amostras eram cadastradas no GAL - Gerenciador de Ambiente Laboratorial, com atenção especial para as coletas em situações epidêmicas que eram realizadas por amostragem, isto é, para 10% dos pacientes atendidos, exceto para os casos graves que a coleta era para 100%.

O diagnóstico para as doenças arbovirais baseia-se na detecção do agente infeccioso ou de uma resposta imune à infecção; em uma infecção por arbovírus, a viremia pode ser detectada entre quatro e cinco dias após o início dos sintomas. No entanto, os exames específicos não irão determinar o tratamento do paciente, apenas deverá apoiar a confirmação do diagnóstico da doença, sendo de primordial importância sua realização para a vigilância epidemiológica (PAHO, 2017).

Sabe-se que o diagnóstico eficiente e preciso tanto para dengue como para os demais arbovírus é de fundamental im-

portância durante os cuidados clínicos, ou seja, a detecção precoce de casos graves, a confirmação dos casos e do diagnóstico diferencial com outras doenças infecciosas, atividades de vigilância e o controle de surtos (OMS, 2010).

Para que a gestão em saúde possa decidir como aplicar recursos, é necessário conhecer a realidade local, organizar as informações existentes e fortalecer a vigilância, de forma que o controle de surtos e a redução dos efeitos dos arbovírus possam ser garantidos dentro das ações de planejamento (PEREIRA et al., 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todo processo de mudança parte do princípio dos problemas encontrados diante de um processo de trabalho; para que seja possível realizar mudanças no cotidiano é preciso promover o diálogo, identificar os nós críticos e transformar em algo melhor, buscando sempre as melhores estratégias para a promoção da saúde coletiva.

Desse modo, alcançamos dentro da organização da linha de cuidado ao paciente com arbovirose a promoção de uma melhor assistência integral, com qualidade e com baixo custo; observou-se que mesmo diante do aumento no número de casos de chikungunya e zika vírus, houve uma redução no número de casos por dengue, não havendo registros de óbitos no período em que o plano foi implementado.

Consequentemente, observamos que houve uma ampliação do acesso aos pacientes nas UBSs, com melhoria na condução dos casos pela equipe médica e de enfermagem, podemos associar esta melhoria à adoção do protocolo clínico em

todos os serviços ofertados, como também ao cartão do paciente com arboviroses, já que tinha acesso facilitado aos serviços ofertados, com garantia da classificação de risco mesmo em consultas subsequentes.

Outro fator positivo na boa condução dos casos pelas equipes foi a realização da capacitação e da implantação da classificação de risco em todos os serviços de saúde, como também do estabelecimento do fluxo assistencial para manejo e acompanhamento dos casos e a garantia ao suporte laboratorial para exames específicos, inespecíficos e diagnósticos de imagens.

Houve um cuidado na organização e divulgação do serviço no município, deixando a população orientada sobre a importância da hidratação precoce, sinais de alarme e que serviço deveria procurar, caso houvesse necessidade. Outro ponto importante adotado pelas equipes da APS foi o início da hidratação precoce dos pacientes enquanto aguardavam atendimento.

O estabelecimento do fluxo semanal das notificações para Vigilância Epidemiológica foi alcançado através do serviço público e privado do município, com garantia à inspeção de imóveis para o controle vetorial, acompanhamento dos pacientes e busca ativa por novos casos. No entanto, observamos dificuldades no acompanhamento dos casos que estavam fora da área de cobertura da ESF.

Observamos, também, que houve casos atendidos nos finais de semana pelos serviços de urgência que eram encaminhados para as UBSs sem a notificação, havendo falha quanto à notificação em tempo oportuno, o que motivou a solicitarmos a estes serviços realizar busca ativa dos pacientes nas fichas de 1º atendimento, para que pudéssemos resgatar e acompanhar todos os casos dentro do fluxo proposto.

Sendo assim, foi uma experiência exitosa que quando há empenho e persistência o processo de trabalho flui de forma articulada e com resultados satisfatórios. A condução e a participação de todos os envolvidos fez com que se tornasse possível a organização da rede de cuidados nas arboviroses.

Novos desafios surgiram no cuidado aos pacientes com arbovirose; além do tratamento agudo, com o diagnóstico preciso, manejo e classificação de risco; existe a necessidade do acompanhamento diferenciado para os casos de chikungunya que podem evoluir para a cronicidade. Como, também, o acompanhamento de recém-nascidos e crianças expostas ao ZIKV, com diagnósticos de microcefalia ou outras alterações no Sistema Nervoso Central - SNC e em adultos a implementação dos cuidados para os casos que evoluem para complicações neurológicas, como a Síndrome de Guillain-barré - SGB.

Entendemos que ainda existe um longo caminho a ser percorrido, o controle vetorial ainda é um grande desafio para o controle efetivo do *Ae. aegypti*. Assim, enquanto estamos vulneráveis à ameaça da ocorrência de epidemias causada por arbovírus, torna-se de grande relevância que gestores e profissionais da saúde possam aprimorar a rede de cuidados ao paciente, seja efetivando medidas comuns ou medidas específicas para uma assistência integral ao paciente, reduzindo os riscos para as sequelas e a mortalidade.

REFERÊNCIAS

BRAGA, Ima A.; VALLE, Denise. *Aedes aegypti*: history of control in Brazil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.16 n. 2. Brasília, jun. 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742007000200006>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Plano de Contingência Nacional para Epidemias de Dengue** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 42. ISBN 978-85-334-2216-2.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria Técnica de Gestão. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Diretoria Técnica de Gestão. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue**. Brasília: Ministério da Saúde / Secretaria de Vigilância em Saúde, 2009.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Programa Nacional de Controle da Dengue**. Brasília: 2002.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Plano de Intensificação das Ações de Controle da Dengue**. Brasília: FUNASA, 2001.

DONALISIO, M. R.; FREITAS, A.R.R.; ZUBEM, Zuben, A.P.B.V. Arboviruses emerging in Brazil: challenges for clinic and implications for public health. **Rev. Saúde Pública**. abr. 2017,10;51:30. DOI: 10.1590/S1518-8787.2017051006889.

KOTSAKIOZI, P.; GLORIA-SORIA, A.; CACCONE, A.; EVANS, B.; SCHAMA, R. et al. Tracking the return of *Aedes aegypti* to Brazil, the major vector of the dengue, chikungunya and Zika viroses. **PLOS neglected Tropical diseases**. Published: July 25, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0005653>.

MARINHO, Penélope S. et al. A review of selected Arboviruses during pregnancy. **Maternal Health, neonatology and perinatology**. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40748-017-0054-0>.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado da Saúde. **Diretrizes para a Organização dos Serviços de Atenção à Saúde em situação de aumento de casos ou de epidemia de dengue no Estado De Minas Gerais**. Cidade Administrativa: Rodovia Prefeito Américo Gianetti, s/nº, Prédio Minas, 12º andar, Bairro Serra Verde, 31.630-900, Belo Horizonte-MG; Ed. 01, 2016.

OMS. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. **Dengue**: Guías para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control la Paz. Bolivia. OPS/OMS, 2010.

PAIXÃO, E. S.; TEIXEIRA, M. G.; RODRIGUES, L. C. Zika, chikungunya and dengue: the causes and threats of new and re-emerging arboviral diseases. **BMJ Glob Health**. 2018, Jan 4;3 (Suppl 1):e000530. DOI: 10.1136/bmjgh-2017-000530. eCollection 2018.

PAHO. Pan American Health Organization. **Tool for the diagnosis and care of patients with suspected arboviral diseases**. Washington, D.C.: PAHO, 2017. ISBN 978-92-75-11936-5.

PARNAÍBA. Secretaria de Saúde. Coordenação de Vigilância em Saúde. **Plano de Contingência Municipal as Arboviroses**. Parnaíba-PI, 2016.

PATTERSON, J.; SAMMON, M.; GARG, M. Dengue, Zika and Chikungunya: Emerging Arboviruses in the New World. **Western Journal of Emergency Medicine**. 2016. DOI 10.5811/westjem.2016.9.30904. ISSN 1936-9018.

PEREIRA, Carlos R. P. et al. Economic evaluation of cases of dengue fever attributed to the disaster of 2011 in Nova Friburgo (State of Rio de Janeiro/Brazil). **Ciênc. saúde coletiva**, vol.19, n. 9, Rio de Janeiro, set. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014199.01682014>. ISSN 1413-8123.

PIAUÍ. Secretaria de Saúde do Estado. Diretoria de Unidade de Vigilância e Atenção à Saúde (Duvas). **Plano de Contingência Estadual a Dengue**. Teresina-PI, 2015.

CAPÍTULO 5

A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO COMO INSTRUMENTO DE FORTALECIMENTO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ivonete Aparecida Alves Sampaio

Maria Salete Bessa Jorge

O Sistema Único de Saúde foi estabelecido pela nossa Constituição Federal de 1988, sendo estabelecido pelos artigos 196 a 200. O qual o artigo 196 explicita e assegura que a saúde é direito de todos e dever do estado, devendo garantir o acesso à saúde de todos por meio igualitário garantindo assim todas suas dimensões desde a sua promoção até sua recuperação.

O artigo 197 define as ações e serviços de saúde sendo de relevância pública, já o artigo 198, o mais utilizado por todos, relata que o Sistema Único de Saúde se refere como uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos de saúde, sendo que sua organização deve seguir as diretrizes: a descentralização, sendo direcionada para cada esfera de governo; atendimento integral, com ênfase nas atividades preventivas sem prejuízos nas atividades curativas; a mais importante atividade da comunidade como fator participante ativo, sendo definido que o financiamento do sistema de saúde brasileiro se expor com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, tendo ainda outras fontes de recursos.

Sendo considerado um sistema único, pois os seus princípios e diretrizes que regem a parte administrativa e organizacional são igualitários para todas as três esferas de governos (federal, estadual e municipal), possuindo comandos únicos para cada esfera diante de cada nível governamental.

O Ministério da Saúde (MS) em suas atribuições diante das Leis Orgânicas criadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), ocorrendo assim as leis 8.080/90 e 8.142/90. A Lei 8.080 de 19 de setembro do ano de 1990 dispõe sobre regulamentar a promoção, proteção e recuperação da saúde, interligando o funcionamento dos serviços relacionados à saúde, executadas isoladas ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, tendo o setor privado como serviço complementar nos serviços prestados na rede pública.

A Lei 8.142 sendo sancionada no dia 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), tal como a transparência intergovernamental de recursos financeiros na área da saúde e das outras providências. Sendo formados os conselhos de saúde no qual essa participação deve ser presente, representando no total 50% da assembleia, os outros 50% sendo destruído entre gestores, trabalhadores de saúde. Para o Ministério da Saúde se valem mais da informação e como o serviço está sendo prestado à população, pois de todas as maneiras é com a comunidade que a saúde deve ser estabelecida.

O SUS é regido por princípios doutrinários e diretrizes, nos quais os doutrinários são: a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção. Os princípios organizativos se expõem com: a descentralização, a regionalização, hierarquização do sistema e a participação e controle social.

Portanto, a Universalidade assegura o acesso a toda população aos serviços de saúde, em todos os níveis de saúde sem distinção de raça, cor, etnia, classe social. A Equidade sendo preconizada que a disponibilidade de serviços de saúde, considerando as diferenças entre os grupos populacionais e individuais, a qual prioriza aqueles que apresentam o maior risco e das condições de vida e saúde, no qual defende o meio da justiça social na busca das correções do serviço desigual de renda, ou seja, dar mais aqueles que têm maior necessidade. A Integralidade preconiza serviços dentro de sua amplitude na prevenção, proteção, recuperação nos cuidados prestados a cada cidadão por meios individuais ou coletivos.

Nesse contexto, a descentralização é compreendida como uma redistribuição das responsabilidades de todos os setores das gestões, sendo os três níveis de governos federal, estadual e municipal, estabelecendo a descentralização político-administrativa de suma importância para autonomia do desenvolvimento do processo de execução das atividades em saúde.

A Regionalização dispõe a forma de organização do sistema de saúde com base territorial e populacional e visa uma adequada distribuição de serviço para promoção da equidade de acesso, sendo mais otimizado os recursos e as racionalidades de gastos.

A Hierarquização entende-se por meio de seguir uma ordem de complexidade, a qual se regulamenta a cada nível uma complexidade diferente como responsabilidade, entendendo-se como a atenção básica ou nível básico, a porta de entrada para as outras complexidades da assistência.

Na Participação e controle social garantindo a participação da população, por meio de suas entidades representati-

vas, no processo de formulação das políticas públicas de saúde, do controle social, por meio da Lei Orgânica 8.142/90, pelo meio das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde, dentro das políticas públicas de saúde.

A Lei 8.080/90 dispõe os objetivos, competências e atribuições do SUS, no qual o artigo 5º trata dos objetivos dos SUS, sendo igualitários aos da Constituição Federal dispondo de: identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; formulação de políticas de saúde destinadas a promover, nos campos econômico e social, a redução de riscos das doenças e outros agravos; a execução de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, integrando as ações assistenciais com as preventivas, de modo a garantir às pessoas a assistência integral à sua saúde.

No artigo 6º, desta mesma lei, está definido como campo de atuação do SUS um conjunto de serviços e ações de saúde que abrangem: participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico; execução de ações de vigilância em saúde; assistência integral às pessoas; ordenação na formação de recursos humanos para a área da saúde; participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias, entre outras.

Dentro da lei se explicita as competências dos níveis de saúde, a qual o nível federal se incluem: a normatização e a coordenação geral do sistema no âmbito nacional a ser desenvolvido com a participação dos estados e municípios, para os quais o Ministério da Saúde deve oferecer cooperação técnica e financeira.

O nível estadual participa do planejamento dos sistemas estaduais regionalizados e o desenvolvimento da cooperação técnica e financeira com os municípios.

O nível da gestão municipal se dispõe à gestão do sistema de saúde no seu município, com o planejamento, gerenciamento e a execução dos serviços públicos de saúde e a regulação dos prestadores privados de serviços complementares. Responsabilizando-se pela melhor política de saúde para o nível local, considerando-se sua maior proximidade, consequentemente, maior conhecimento da ordem de prioridades e demandas da população local.

Historicamente, a atenção à saúde no Brasil tem investido na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Há, pois, um grande esforço na construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos.

O Ministério da Saúde, em setembro de 2005, definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega três eixos: o Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão.

Destaca-se aqui o Pacto pela Vida que constitui um conjunto de compromissos sanitários que deverão se tornar prioridades inequívocas dos três entes federativos, com definição das responsabilidades de cada um.

Entre as macroprioridades do Pacto em Defesa da Vida, possui especial relevância o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, com a ênfase no fortalecimento e na qualificação estratégica da Saúde da Família; a promoção, informação e educação em saúde com ênfase na promoção de atividade física, na promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida, controle do tabagismo; controle do uso abusivo de bebida alcoólica; e cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento.

Nessa direção, o desafio colocado para o gestor federal do SUS consiste em propor uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar com as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do governo, os setores privados e não governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes no cuidado com a saúde.

Caracteriza-se a Atenção Básica uns conjuntos de ações de saúde, entendendo o seu nível individual e coletivo, sendo compreendida como ações de prevenção, o diagnóstico, tratamento, reabilitação, reduzindo os danos ou agravos à saúde nos meios determinantes do indivíduo e do coletivo.

Possuindo as diretrizes da Atenção Básica e ter descrito o território para a melhor exposição da área no que diz respeito ao planejamento das atividades de prevenção e controles de patologias de áreas endêmicas. Possibilitar o acesso universal e igualitário, resolutiva de acesso primário, ou seja, porta de entrada para a Rede de Saúde. Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, integrando as ações programadas e de interação com a comunidade. Estimular a participação dos usuários de forma a ampliar sua autonomia e a capacidade na construção do cuidado à sua própria saúde como o meio coletivo.

As funções da atenção básica tem como ser base, cuja participação no cuidado se faz sempre necessário; ser resolutiva, identificar os fatores de riscos, necessidades e demandas para realizar intervenções; coordenar o cuidado em elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como

acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS; ordenar as redes, reconhecer as necessidades de saúde, da população sob sua responsabilidade, contribuindo para a organização e direcionamento dos serviços.

As redes têm sido uma proposta de organização e direcionamento dos serviços de saúde, a qual deve ter um direcionamento para melhor serviço e atendimento à população. As RAS têm como objetivo promover a integração de ações e serviços de saúde para prover uma atenção à saúde de forma contínua, integral, de qualidade, responsável, humanizada, com vistas à consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.

A Atenção Primária à Saúde como centro de comunicação, embora seja preconizada uma relação horizontal, tendo uma hierarquia nos serviços de saúde, considerando prioridade no atendimento, o direcionamento e alocações dos recursos devido à necessidade do coletivo e do individual.

Diante disso, deve entender as responsabilidades de todos os níveis sobre a Atenção Básica, sendo assim disponível no seu âmbito, contribuindo para a reorganização do modelo de atenção e gestão; apoiar e estimular a adoção às Estratégias Saúde da Família; garantir a infraestrutura ao funcionamento das unidades; contribuir para o financiamento tripartite; ter estratégias, planejamento, organização da Atenção Básica, entre outras.

Nesse sentido, a educação permanente, além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como uma importante “estratégia de gestão”, com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, bastante próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá “no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho”.

A educação permanente deve embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a aquisição ou a atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores, que podem ser incluídos conhecimentos, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho etc. Considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos, sendo considerado uma aprendizagem significativa.

Outro pressuposto importante da educação permanente é o planejamento ou programação educativa ascendente, em que, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos dentro de uma natureza diversa, a serem enfrentados na atenção ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde.

A vinculação com a educação permanente a estratégias de apoio devem ser colocadas diante das necessidades vivenciadas ou alocadas pelos profissionais de saúde, como sugeridos pela comunidade como reforço ou aprimoramento ou aprendizagem de algum assunto, diante da necessidade, sendo por meio de uma endemia, curiosidade ou conhecimento compartilhado.

De modo análogo, é importante a articulação e o apoio dos governos estaduais e federal aos municípios, buscando responder às suas necessidades e fortalecer suas iniciativas. A referência é mais de apoio, cooperação, qualificação e oferta de diversas iniciativas para diferentes contextos do que a tentativa de regular, formatar e simplificar a diversidade de iniciativas.

Então, entende-se como educação permanente uma ação continuada das ações que possibilitem uma discussão de temas dentro do âmbito da unidade, envolvendo os trabalhadores, gestores e usuários.

Devemos compreender o processo de ensino e aprendizagem no seu contexto histórico, compreendendo seus valores, contextos e evoluções, contribuindo, assim, para evolução da comunidade dentro do contexto pedagógico.

Entendemos que a globalização traz uma evolução na sociedade, possuindo fases e contextos. Assim sendo, possamos entender que o primeiro fenômeno é o fato de a educação ser pensada em uma lógica econômica, aconteceu entre os anos de 1960 e 1970; sendo que o segundo fenômeno levou a uma crise em 1960 e em 1970, sendo caracterizado por mudança estrutural do capitalismo mundial, sendo vivenciado por novas lógicas econômicas e sociais; terceiro fenômeno é com a própria globalização interagindo globalização e as economias, sendo uma interação entre a sociedade entre vários países.

Podemos verificar várias mudanças nos meios pedagógicos, podemos citar que nos anos de 1950 era onde o modelo tradicional se fazia presente, o qual livros didáticos, hierarquia presente com tom de autonomia, sendo um processo de justiça na escola. Sendo considerando que nesses tempos se iniciava um fenômeno ao qual se tem a intuição de passar por nota, sem saber o intuito de números.

O ensino contemporâneo deve entender o aluno de forma complementar, entender que o ensino atual no Brasil se entende com uma visão hierarquizada, no qual se pode entender que os alunos, hoje, vão a escolas para passar de ano como se a única finalidade fosse uma aprovação, mas que possamos

entender que além dessa aprovação seja referido o ensino e a aprendizagem, entendendo e motivando o aluno a ter prazer de aprender, buscando suas necessidades dentro do estudo.

Podemos entender mediante a diferenciação de duas palavras e conceitos, sendo a qualidade e a eficácia. Entendemos como qualidade algo que interage de boa integralidade, podendo verificar pelas percepções, necessidades e resultados ao meio de qualidade. Eficácia é entendida como qualidade **daquilo que cumpre com as metas planejadas**, ou seja, uma característica pertencente às pessoas que alcançam os resultados esperados. Sendo a eficácia e a qualidade um meio de compreender pontos positivos por meio das necessidades, podendo compreender que andam juntos, sendo compreendido através do ensino e aprendizado.

Diante disso, podemos entender que a lógica neoliberal da concorrência tende a reduzir a educação a uma mercadoria escolar, observando-se uma contradição entre os novos horizontes antropólogos e técnicas da educação por um lado, por formas efetivas, tendo que arrumar estratégias de tentar passar conteúdo de modo que rege o melhor ensino.

Entendemos que a metodologia é o meio que o professor utiliza para se chegar ao seu objetivo, tendo assim dois tipos de metodologia, compreendida como metodologia tradicional e ativa. A metodologia tradicional se caracteriza por meio de passar informação, no qual o aluno se comporta de modo passivo, sendo o receptor da informação sem fazer ações de procura de conhecimento. A metodologia ativa envolve a busca, a ação, de forma reflexiva, a qual o aluno se coloca dentro do seu processo de aprendizado, sendo o modo ativo do conhecimento.

Em ensino e aprendizado não podemos esquecer de Paulo Freire no qual tem uma visão crítica na educação para poder tirar

os ensinamentos e colocá-los em prática no processo de educar e aprender. Consciência é saber o que está fazendo para a união de pessoas, conhecimentos, religião para educar fazendo a troca de conhecimentos, por meios de vários processos para acontecer a aprendizagem. Vendo a necessidade de estudar o sistema educacional, pois via o professor como o sabe-tudo e vinha fazer com que a aprendizagem fosse uma troca de conhecimentos sem tirar autoridade do professor. Mostrando que a educação é um meio de trocas, logo ninguém sabe mais que o outro, na simplicidade tiramos a educação, como aprender que nem tudo que é grandioso é valioso.

As concepções pedagógicas envolvem três níveis: a filosofia da educação, teoria da educação e prática pedagógica. No qual a filosofia da educação tem o objetivo de compreender o fenômeno educativo, a teoria da educação é a sistematização do conhecimento abordando métodos, processos e procedimentos sobre o ato educativo e a prática pedagógica é o modo como é organizado o ato educativo.

Encontramos, diante da história da educação, a concepção tradicional que é o centro do processo educacional, organiza e controla todas as ações e expõe os conteúdos programáticos. Nessa abordagem, as estratégias de ensino têm como finalidade reforçar a automatização e a memorização dos conteúdos, sendo o professor o principal canal de mediação do processo ensino-aprendizagem.

A concepção comportamental tem como premissa que o homem é o produto do meio ambiente, como o meio pode ser controlado e manipulado, conseqüentemente, sendo o processo educacional visualizado dessa forma. Por isso é utilizado a instrução programada, a princípio com o fato de que o conteúdo a ser aprendido é dividido em partes, tendo uma visão qualificada das técnicas utilizadas.

Na concepção humanista a ênfase que se dá é nas relações interpessoais, porém, cabe ao professor ser o facilitador da aprendizagem, procurando compreender as necessidades e expectativas dos alunos, identificando o melhor ponto significativo do aluno, sendo considerada a melhor técnica aquela que o aluno participa e existe um professor-aluno.

A Concepção cognitivista é a preocupação de como os alunos lidam com os estímulos ambientais, organizam dados, sentem e resolvem problemas, adquirem conceitos e empregam símbolos. O papel do professor é o de orientar e criar ambientes que facilitem a troca de conhecimentos e cooperação entre alunos, propondo desafios e soluções que partam dos alunos.

Na concepção sociocultural o homem é o sujeito da educação, situado no tempo e no espaço, inserido num contexto social, econômico, cultural, político, o homem de forma contextualizada. O professor tendo o papel de procurar levar os alunos à consciência da realidade que o cerca, identificando a ideologia dominante, valorizando a linguagem e a cultura.

Na concepção histórica-crítica, a educação é entendida como mediação da prática social, portanto, a prática social é o ponto de partida e o ponto de chegada da prática educativa, sendo assim professor e aluno se encontram igualmente inseridos ocupando posições distintas.

Diante disso, faz-se a ligação com serviço em saúde como processo de aprendizado, fortalecendo o laço de educação em saúde, visto que a escrita tem participação no serviço de educação juntamente com o serviço em saúde na ação de promoção da saúde.

Do modo que a participação dos alunos de rede privada de nível técnico realiza participação nos estágios curriculares obrigatórios no serviço público de saúde, em especial na aten-

ção básica, em um município da região do Cariri. Priorizamos as áreas de alta vulnerabilidade social, objetivando desta forma, atingir um público com mais necessidades de informações sobre o autocuidado, provendo assim a promoção, prevenção, reabilitação do indivíduo e do coletivo.

As atividades são realizadas por meio de rodas de conversas sobre hipertensão, diabetes, saúde da mulher, saúde do homem, empoderamento do cidadão, fortalecendo conselho local de saúde e formação do cidadão para o controle social. Como também são realizadas ações sociais voltadas para a necessidade da população de área vulnerável, participação na saúde da criança por meios de informações sobre vacinas e campanhas educativas com a participação em eventos públicos.

Esses momentos são organizados pela gestão local da unidade básica de saúde e coordenação do Centro Profissionalizante de nível técnico, onde os estudantes participam junto com a gestão e a comunidade do planejamento e execução de todas as etapas do processo. É realizada a coleta de dados, a discussão, a análise e a interpretação dos dados, estabelecendo prioridades. O plano de ação inclui população-alvo, determinação de objetivos, metodologia, recursos e cronograma de atividades. A execução implica na operacionalização do plano de ação dando seguimento com a avaliação.

A integração ensino-serviço fortalece a atenção à saúde na troca de experiências em todos os níveis de atenção, porém é na atenção primária que se dá de forma efetiva as ações de educação em saúde, pois é na comunidade que esse vínculo é estabelecido, utilizando, para isso, as rodas de conversas, a metodologia ativa proposta por Freire, onde o ser participa de forma dinâmica e com interação e valorização dos saberes.

Dentro do serviço em saúde entendemos que a promoção de saúde se envolve na educação permanente, tendo em vista que não como alunos ou de alunos, mas como fontes de busca excessiva e ativa do conhecimento, interagindo ações, visto que o profissional vira um educador quando sente a necessidade de buscar formas ativas, sendo interligados gestão e ensino.

Podemos salientar que o eixo de ensinar na saúde se torna um meio contribuinte para a relação do cuidado e da atenção básica, tendo desafios como a falta do interesse dos alunos, a forma passiva de como se comporta diante do aprendizado, mas encontrando formas positivas, pois forma profissionais que vão atuar no cuidado da vida do outro, daquele que não conhece, mas estudou para servir de forma humanizada em momentos de dificuldades aquele que nunca se viu e não tem intimidade, assim interagindo serviço com aprendizado.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Zeneide Neto. **SUS: Sistema Único de Saúde** – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari, 2011.

ARROYO, Miguel G. **Outros sujeitos, outras pedagogias**. Petrópolis, Rio de Janeiro, 2012.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. Educação? Educações: aprender com o índio. In: **O que é educação**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa**

com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. **Plano Nacional de Educação**. Lei Nº 10.172/2001. 2001. Acesso em: 15 mar. 2018.

CHARLOT, Bernard. **Da relação com o saber às práticas educativas**. São Paulo: Editora Cortez, 2013.

FRANÇA, Tânia et al. Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(6):1817 -1828, 2017.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FRIXO, Manuel João Vaz. **Metodologia da Pesquisa Científica, Métodos e Técnicas**. 4. ed. Instituto Plaget. 2012.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Maria de Andrade. **Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MACIEL, Jacques Antonio Cavalcante et al. A Integração Ensino-Serviço em Odontologia: Uma experiência na Atenção Primária à Saúde no município de Sobral, Ceará. **Rev. APS**. out/dez; 19(4): 650 - 655, 2016.

MIRANDA, L.A.S. **Coordenação pedagógica**: intervenções pedagógicas pela qualidade do ensino. Dissertação (graduação) da Universidade Católica de Brasília. Brasília, 2013.

CAPÍTULO 6

TRILHANDO CAMINHOS NA REABILITAÇÃO PSICOSOCIAL: RELATOS DE EXPERIÊNCIA COM GRUPO DE TERAPIA OCUPACIONAL NO CAPS I DE BATURITÉ - CE

Marta Emília de Oliveira Nobre

Maria Salete Bessa Jorge

INTRODUÇÃO

Os CAPS são definidos como dispositivos estratégicos comunitários e regionalizados que oportunizam assistência de alcance intersetorial e reabilitação psicossocial pelo acesso ao trabalho, lazer, educação, cultura, exercício da cidadania e fortalecimento dos laços familiares e comunitários, para cuidar das pessoas que sofrem com transtornos mentais; em especial, os transtornos mentais severos e persistentes, responsáveis pela organização da rede de saúde mental. Tendo sua base na lógica de territorialização.

Criados oficialmente pela Portaria GM nº 244/92, os Centros de Atenção Psicossocial eram definidos como Unidades Locais/regionalizadas de saúde com população adscrita e definida pelo nível local (BRASIL, 2002,2003). Tendo como seu projeto inicial ser uma “estrutura intermediária” entre o hospital e a comunidade, oferecendo um espaço institucional às pessoas, buscando entendê-las e proporcionando sua cidadania.

De acordo com a normatização, os CAPS foram redefinidos no âmbito federal, pela portaria nº 336 (BRASIL, 2002), que especificou três níveis de CAPS, (CAPS I, II, III) conforme seu porte, complexidade e abrangência populacional, destinando-se ao atendimento público em saúde mental em modalidade de serviço ambulatorial de atenção diária. Como também, CAPS-AD (atendimento aos usuários de drogas lícitas e ilícitas) e CAPS-i (atendimento infanto-juvenil) (ANDREOLI, 2004).

No campo da saúde mental, os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS se destacam por ser um serviço de base territorial com diversas possibilidades de intervenção, dentre as quais destacamos as atividades grupais.

A Terapia Ocupacional no campo da saúde mental apresenta diferentes estratégias de intervenção, entre elas as oficinas e grupos terapêuticos, que constituem um dispositivo de tratamento bastante utilizado em sua clínica (BARATA; COCENAS; KEBBE, 2010).

O Terapeuta Ocupacional concebe as atividades humanas como constituídas por um conjunto de ações que apresentam qualidades, demandam capacidades, materialidades e estabelecem mecanismos internos para sua realização. Essas atividades podem se desdobrar em várias fases, caracterizando-se como um processo experimental de vida para o indivíduo. Essa linguagem ativa se configura em um caminho para o autoconhecimento, para o conhecimento do outro, do mundo que nos rodeia, enfim, da nossa cultura (CASTRO; LIMA; BRUNELLO, 2001).

O CAPS I, do município de Baturité-Ce, tem em sua equipe um profissional Terapeuta Ocupacional, responsável por esse trabalho de grupo com pacientes deste serviço, favorecendo a importância desse trabalho através do uso das atividades.

Os grupos, em Terapia Ocupacional, objetivam o tratamento e ofertam vivências aos seus participantes através do “fazer junto”, como o compartilhamento de experiências, a interação social, a comunicação verbal e não verbal e a exposição de sentimentos e conteúdos internos (BALLARIN, 2003; NASCIMENTO et al., 2007).

Com base neste contexto, esse relato tem como objetivos resgatar valores pessoais e sociais; ressignificar as atividades cotidianas; ampliar a corresponsabilização da família no tratamento; expressar sentimentos e conflitos internos; e usufruir de momentos de lazer e relaxamento dos pacientes com algum sofrimento psíquico.

TERAPIA OCUPACIONAL E REABILITAÇÃO PSICOSOCIAL

A profissão Terapia Ocupacional foi criada no início do século XX, nos Estados Unidos. Teve sua prática reconhecida no contexto da reabilitação física e mental pela necessidade de reinserir os traumatizados de guerra na sociedade (BENETTON, 1991).

No Brasil, a profissão foi criada em 1959. Na área de Psiquiatria tinha sua prática voltada à assistência hospitalocêntrica, com a tarefa de ocupar os pacientes, num processo de manutenção e organização dos hospitais e de reabilitação, tendo em vista que, com o advento das terapêuticas biológicas e farmacológicas, os pacientes melhoravam rapidamente dos sintomas (BENETTON, 1991).

Diante das transformações na assistência psiquiátrica, essa profissão vem buscando uma legitimidade enquanto área

de atuação e de produção de saber. Para tanto, os terapeutas ocupacionais têm procurado aprimorar-se teórica, técnica e politicamente para a atuação na rede de serviços substitutivos, em nível de prevenção e promoção de saúde, tratamento, reabilitação e inclusão social.

A Terapia Ocupacional, junto às demais profissões, é provocada a pensar sua atuação na área da saúde mental, tendo em vista as novas perspectivas de assistência à pessoa com sofrimento mental.

A partir da Reforma Psiquiátrica, a Terapia Ocupacional, junto às demais profissões da saúde mental, é chamada a reavaliar a sua forma de intervir, tendo em vista a transformação das premissas de assistência baseadas, particularmente, no conceito de reabilitação psicossocial. Diante do atual modelo, a Terapia Ocupacional precisou rever seus aportes teóricos, suas práticas assistenciais e políticas, no sentido de questionar seu papel frente a esse novo paradigma de saúde mental (VIEIRA FILHO; NÓBREGA, 2004).

A concepção de reabilitação psicossocial, diretriz conceitual da Reforma Psiquiátrica brasileira, aponta para a necessidade de compreender o indivíduo inserido nas relações e estruturas sociais. A possibilidade de construção de novas representações sociais, que efetivamente ampliem os espaços de sociabilidade e cidadania dos sujeitos, ganha destaque. O desafio imposto a todos os profissionais de saúde mental, e nesse caso em especial ao terapeuta ocupacional, é o de incorporar ao seu cabedal técnico e teórico, especialmente à tríade paciente/atividade/terapeuta, a concepção de sujeito social e de direito (RIBEIRO E MACHADO, 2008).

A IMPORTÂNCIA DO GRUPO DE TERAPIA OCUPACIONAL E O USO DAS ATIVIDADES

Para Ballarin (2003), um grupo de atividades em Terapia Ocupacional é definido como um espaço onde os pacientes se reúnem na presença do terapeuta ocupacional para vivenciar experiências relacionadas ao fazer, como por exemplo: pintar, passear, desenhar, modelar, dançar, fazer compras, costurar, entre outras. De acordo com Kebbe, Santos e Cocenas (2010), um dos princípios norteadores da prática do terapeuta ocupacional com grupos de atividades é a ideia de que o fazer junto tem efeito terapêutico.

Maximino (2001) traz a ideia de grupo como sendo um conjunto de pessoas reunidas com o propósito de “fazer atividades” mediante ações e uso de materiais, na confecção de artesanatos, em artes plásticas, desenho, teatro, entre outras. A autora ainda sugere que a escolha da atividade e sua execução variam conforme o perfil e as necessidades de cada grupo e, de acordo com a orientação teórica metodológica do terapeuta ocupacional. De acordo com Hagedorn (2007), os grupos de atividades da Terapia Ocupacional são marcados pelo envolvimento simultâneo de clientes na realização de uma ou mais tarefas ou atividades produtivas, criativas ou sociais, sempre com um propósito terapêutico específico estabelecido pelo terapeuta ocupacional.

Liebmann (2000), através de pesquisa feita com terapeutas ocupacionais que utilizavam a abordagem grupal, aponta alguns objetivos dos grupos terapêuticos, como: criatividade e espontaneidade, construção da autoconfiança, percepção do seu próprio potencial, aumento de autonomia e motivação pessoal, desenvolvimento individual, liberdade para tomar decisões, expressão de sentimentos, emoções e conflitos, trabalhar com a imaginação e o inconsciente, reflexão, relaxamento, entre outros.

O local de execução das atividades desses grupos terapêuticos é chamado de *setting* terapêutico e é característico da Terapia Ocupacional. Para Villares (1998), o *setting* terapêutico é composto desde a sala de Terapia Ocupacional (caracterizada por um espaço em que convivem diversos materiais e trabalhos, sendo utilizados ou não), até o jardim, corredores, ruas e os lugares coletivos. O *setting* terapêutico é chamado por Azevedo e Dimenstein (2008) de “clínica em movimento” constituída por diálogos, passeios, paisagens, entre outros elementos que favorecem a passagem dos sentidos, o rearranjo de fragmentos, a formação de figuras, mesmo que para isso outras tenham que ser desconstruídas.

Tratando-se de pacientes portadores de transtornos mentais, Cunha e Santos (2009) relatam que a formação de grupos terapêuticos com o intuito de tratar esses pacientes é vantajosa, já que a constituição de um grupo é considerada, por si só, um recurso terapêutico e a terapia realizada através dos grupos possibilita trabalhar objetivos distintos da terapia individual, alcançando, conseqüentemente, resultados diferentes. Hagedorn (2007) aponta que o trabalho em grupo é considerado uma ferramenta eficaz no tratamento do cliente com transtorno mental, pois a dificuldade de relacionamento e o embotamento afetivo característicos desses pacientes podem ser melhor superados a partir da abordagem na atividade grupal.

Os grupos de atividades e as oficinas terapêuticas, para Mendonça (2005), constituem-se em novas práticas de inserção social nos hospitais psiquiátricos. De acordo com o autor, além do tratamento clínico, que é fundamental, o paciente necessita de seu direito de criar, opinar, escolher, relacionar-se, entre outros, conquistados através dos grupos de atividades.

De modo geral, os grupos terapêuticos tinham por objetivo identificar, por meio do fazer (atividades), as dificuldades e os desafios de cada paciente, buscando a resolução dessas dificuldades e fazendo com que o paciente conseguisse lidar mais efetivamente com conflitos pessoais vividos em outros grupos sociais (como a família, entre os amigos, no ambiente de trabalho, entre outros).

Nise da Silveira, no tratamento a pacientes esquizofrênicos, referiu aderência maior dos pacientes a atividades ditas “de livre expressão” (como atividades reflexivas, desenho, pintura, modelagem, entre outras), pois nessas atividades a atenção, a memória, as técnicas e até mesmo os pensamentos podem ficar temporariamente suspensos. Nise da Silveira apontou ainda que, no livre fazer, o curso das emoções, dos afetos e das lembranças e a lógica do pensamento não estão sendo exigidos podendo, ao contrário, estar sendo exercidos por cada paciente (CAVALCANTI; GALVÃO, 2007). Ferrari (2006) relatou que a diversidade de linguagens e formas de intervenção oferecidas nos diferentes grupos e oficinas terapêuticas proporciona lugares que podem ser utilizados pelos pacientes para expressão, vivência e significação de conteúdos, entendido como necessário no tratamento desses pacientes.

Mângia (2000, p. 31) expõe então os desafios para a profissão, a partir dos novos serviços de saúde mental:

Para a terapia ocupacional há, assim, o desafio de repensar a reabilitação a partir da vida cotidiana, sobre o que torna as pessoas hábeis ou inábeis e sobre como desempenham sua contratualidade social. Essas preocupações têm deslocado os *settings* experimentais da TO, para os espaços reais do habitar, do trabalhar e do conviver. Os pacientes têm que poder usar suas habilidades no mundo, e o processo de reabilitação se transforma em

um processo de reconstrução/construção de redes relacionais. Para nós também é assim, não é? Nossa inserção social está referida há um amplo espaço de trocas dos quais participamos, nossa casa, os espaços socio- familiares de trocas, nosso trabalho. É num amplo conjunto de cenários que desempenhamos e desenvolvemos nossas habilidades, nos diferentes momentos de nossas vidas.

De modo geral, os grupos de atividades e oficinas terapêuticas são vistos como instrumento de enriquecimento, de valorização da expressão, de descoberta e ampliação de possibilidades individuais e de acesso a bens culturais (MENDONÇA, 2005).

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, que mostra o desenvolver do grupo de terapia ocupacional, através do uso de atividades, em Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, pertencente ao município de Baturité, no Ceará, realizada no período de 2013 a 2017, em que as observações e reflexões foram registradas em diários de campo. A experiência se dá em um grupo com 20 participantes, todos prontuarizados no CAPS I do referido município. Através das atividades propostas, o grupo terapêutico tem por objetivo identificar, por meio do fazer (atividades), as dificuldades e os desafios de cada paciente, buscando a resolução dessas dificuldades e fazendo com que o paciente conseguisse lidar mais efetivamente com conflitos pessoais vividos em outros grupos sociais (como a família, entre os amigos, no ambiente de trabalho, entre outros). Também objetiva “preparar” os pacientes para a realidade e o convívio em sociedade, a ressocialização.

TRILHANDO CAMINHOS NA REABILITAÇÃO PSICOSOCIAL: RELATOS DE EXPERIÊNCIA COM GRUPO DE TERAPIA OCUPACIONAL NO CAPS I DE BATURITÉ - CE

O município de Baturité está inserido na IV microrregião do Estado do Ceará, caracterizado como município polo. Localiza-se na microrregião de Baturité, mesorregião do norte cearense. Sua população: 33.326/hab. IBGE/2010. O sistema local de saúde apresenta 95% de cobertura da estratégia de saúde da família: sendo 10 equipes, 12 unidades básicas de saúde, entre sedes e unidades de apoio, 01 UMPA – Unidade Municipal de Pronto Atendimento.

O Centro de Atenção Psicossocial do Município de Baturité - CE é formado por equipe multiprofissional (1 terapeuta ocupacional, 1 farmacêutico, 1 assistente social, 1 psicólogo, 2 médicos psiquiatras, 2 técnicos de enfermagem, 1 enfermeira, 1 educador físico) que dão suporte às equipes do PSF/NASF. O serviço já existe há quase 5 anos, foi fundado em outubro de 2013, sendo esse um CAPS tipo I, atualmente encontra-se com 1.439 pacientes prontuarizados, demanda essa que chega através de encaminhamentos da atenção básica e outros serviços especializados, bem como também de forma espontânea.

De acordo com a Cartilha CAPS (BRASIL, 2004), as atividades a serem realizadas pelos profissionais são: acolhimento, atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros), atendimento em grupos (psicoterapia, atividades de suporte social), atendimento em oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento às famílias e atividades comunitárias. Segundo o mesmo documento, o trabalho técnico desenvolvido em um CAPS visa garantir cidadania e emancipação das pessoas com transtornos mentais, ancorados nos referenciais teóricos da reabilitação psicossocial.

A experiência aqui apresentada se relaciona com a minha atuação enquanto Terapeuta Ocupacional do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS I, iniciando no ano de 2013 até os dias atuais. Surgiu a partir da necessidade desses pacientes por um espaço, em que sua cidadania, autonomia possam ter existência. O sujeito com uma doença mental vivencia, não só o sofrimento psíquico mas, também, o isolamento, desta forma sua história de vida se fragmenta, tornando a sua ação sem sentido (BRUNELLO, 1998).

De acordo com Samea (2008), os grupos têm se revelado, cada vez mais, importantes dispositivos de investigação e intervenção na prática terapêutica. A autora relata ainda que, durante os grupos terapêuticos, vários sujeitos estão juntos, compartilhando tempo, espaço e um fazer através das interações; múltiplos podem ser os conteúdos gerados pelos encontros, o que é manifesto vem carregado de significações que, no contato com o outro, podem adquirir ainda novos significados, explicitando diferenças e semelhanças, traços culturais distintos, marcas das histórias e desejos.

O grupo de terapia ocupacional do CAPS I de Baturité acontece uma vez por semana, no período da manhã com duração de 1 hora e 30 minutos, onde são realizadas diversas atividades, pré-programadas de acordo com o perfil do referido grupo. Sendo esse perfil dentro dos casos com os seguintes diagnósticos F.20, F.40, F.31 e F.32, pacientes crônicos que já estão no serviço há muito tempo e que encontram no grupo sua fortaleza pra enfrentar os seus problemas. Tendo como objetivos: assistir a reinserção social dos usuários através de ações que envolva educação, trabalhos terapêuticos, atividades corporais, cultura e diversão; trabalhar a qualidade de vida dos usuários e seus familiares através de atividades

realizadas por equipe multiprofissional e interdisciplinar; reconstruir uma melhor qualidade de vida para usuários e familiares através de ações terapêuticas assistidas; utilizar suporte ao atendimento em regime de atenção sistemática e diária e minimizar o transtorno apresentado pelo paciente em regime de internação.

As atividades terapêuticas nestes espaços podem ser expressivas, corporais, de linguagem, de arte livre, que devem possibilitar e ampliar os meios de tratamento e reabilitação dos pacientes, já que estimulam a motricidade, o cognitivo, o afetivo, a autoestima, a interação grupal, cidadania e autonomia, proporcionando melhor qualidade de vida e utilização dos espaços coletivos dentro da sociedade.

Com a arte e o artesanato, as oficinas se constituem num meio de inserção do paciente na sociedade, permitindo a sua organização mental, possibilitando a comunicação com outras pessoas e a descoberta de novas alternativas para preencher o seu tempo.

Em nossas atividades sempre estamos contextualizando, para que o paciente possa compreender sua participação na sociedade.

O espaço terapêutico forma um dispositivo que contribui, de modo peculiar, para reflexão sobre o que seria essencial para o trabalho nas oficinas terapêuticas – as articulações com o espaço social. Sendo assim, as atividades e trabalhos propostos devem apontar para fora da instituição. As oficinas terapêuticas são dispositivos que devem viabilizar a desinstitucionalização, por isso seu valor enquanto prática que se articula com o que está fora dos muros da instituição. Vale lembrar, que não se trata apenas de trazer o que está lá fora para dentro, mas tam-

bém de sair da instituição para o espaço público, para a cidade, enfim para o mundo. Nesse sentido, uma oficina não deve existir para melhor organizar o funcionamento institucional, simplesmente entretendo os pacientes e tornando-os ocupados com um passatempo.

Na Socioterapia são utilizados técnicas e métodos terapêuticos que têm como propósito, a reinserção e a readaptação do indivíduo dentro do contexto sociocultural no qual está inserido. E que, por algum motivo, se encontram desajustados, ou até mesmo marginalizados. Realiza-se com dinâmicas abordando uma temática, em que o grupo vai participando e construindo sua fala através da sua vivência no cotidiano. Sendo utilizados os temas como saúde mental, os direitos humanos, cidadania, autoestima, autonomia, entre outros. .

Tedesco (2001) discute a ação terapêutica na terapia ocupacional, mostrando que “o cuidar em terapia ocupacional convoca o terapeuta ao exercício da função terapêutica e pedagógica da construção de possibilidades”. Para a autora, as possibilidades seriam aquelas que articulam os sujeitos com suas produções, envolvendo todas as ações que permitam sua construção pessoal e social, ou seja, seu cotidiano e sua cultura.

As oficinas terapêuticas têm como objetivos realizar encontros através de atividades terapêuticas, cujo propósito é promover o exercício da cidadania de pacientes portadores de algum transtorno através, na maioria das vezes, da arte como forma de inclusão social. Desenvolver habilidades motoras, criatividade e afastar a ociosidade. Costuma-se trabalhar com oficinas livres ou então na presença de um artesão, que vem com a atividade já pré-programada, orientando o desenvolver da mesma.

As atividades autoexpressivas demonstram a constituição de um espaço para a partilha social das emoções (RIMÉ, 1993) e o desenvolvimento pessoal no âmbito das relações interpessoais e intergeracionais, por meio da expressão artística, afetiva e emocional, como também a construção de um espaço para a exploração do autoconhecimento e a ampliação da autoconsciência.

As vivências se efetivaram mediante atividades artístico-expressivas desenvolvidas, utilizando os mais diversos meios: apreciação de músicas, vídeos e poesias; criação e exploração de movimentos espontâneos, exercitando a liberdade corporal ao som de uma música; criação de poesias e histórias espontâneas e produção de desenhos, pinturas e colagens.

O momento lúdico tem por finalidade oferecer ao paciente um ambiente que priorize o bem-estar e a alegria de viver. Além de minimizar a tristeza e as angústias tão comuns aos portadores de transtornos mentais.

Uma atividade através da leitura de histórias e textos contextualizados, que se torna ainda mais importante para o paciente quando a atividade é realizada, assumindo um caráter terapêutico. Favorecer a leitura e a atualização do paciente.

Os passeios terapêuticos [programados] podem oferecer situações capazes de promover a reinserção do paciente no meio social. Momento lúdico e muito rico para eles. Fomos ao circo e ao *shopping* momento de alegria e descontração.

Com as comemorações festivas, atualizar os usuários sobre as festividades culturais e regionais. Nesse momento, sempre valorizamos os pacientes onde estes participam das comemorações de forma ativa. Também se valoriza o dom da vida de cada um, com o momento de comemoração no dia do aniversário.

Segundo Castro (2000, p. 26),

os projetos terapêuticos elaborados buscam construir e ressignificar relações, ampliar possibilidades de expressão, tecer nexos com a história pessoal, encontrar alternativas às necessidades materiais e simbólicas emergentes, reconstruir sentidos entre a crise e a história pessoal.

CONCLUSÃO

A reabilitação propõe um desafio gigantesco em que a desrazão deve encontrar novos fazeres e pensares originais, para muito além do treinamento ou adestramento (SARACENO, 2001). No cenário da política nacional de saúde mental, novos atores sociais foram chamados a compor esse panorama democrático de construção conjunta de uma política efetiva na perspectiva de redes de atenção psicossocial (MARTINS, 2003). O Terapeuta Ocupacional saiu de uma prática apenas (*práxis*) para um futuro cheio de possibilidades que procura mobilizar e produzir saúde, utilizando diferentes formas de atividades, respeitando a subjetividade e singularidade dos sujeitos, o seu entorno e as atividades para ele significativas, encontra o desafio de criar práticas que conduzam a desinstitucionalização, favorecendo a autonomia, e consequentemente, a inclusão do sujeito estigmatizado pela doença mental em seu próprio território. Nesses novos paradigmas de atenção ao portador de sofrimento psíquico, é na transdisciplinaridade que a ressocialização do sujeito ecoa. Refletindo as palavras de Alvarez e Martins, 2012:

Traduzir a subjetividade do sujeito com transtornos mentais é trilhar um caminho desconhecido e que parece não ter fim, é buscar um

sentido que aparentemente não tem sentido, é transformar ideias, é repensar, é desconstruir, é habilitar, é ampliar os limites, é sonhar, é criar, é reviver, é viver. E acima de tudo, produzir inquietações no fazer cotidiano, desacomodando o que está estático. No entanto, quanto mais buscamos respostas para as inquietações que surgem a partir do trabalho que desenvolvemos, mais produzimos inquietações, que podem vir a produzir saúde mental e fazer a diferença entre o cuidar e o reabilitar

Pensar sobre os objetivos e os sentidos que as proposições de atividades podem ter para o público atendido, também ajuda a descobrir o sentido de nossa própria prática. Dessa forma, se conclui que a proposição de atividades em saúde mental pode ser muito potente e propiciar para os sujeitos a experimentação de novas possibilidades, criação, expressão, produção de vida, convivência, inserção na rede social, acesso a bens culturais, criação de sentidos, exercício da potência de ação, entre outros. As atividades podem ter essa função transformadora, aumentando a potência de agir dos sujeitos, possibilitando a criação de novas subjetividades.

REFERÊNCIAS

- ALVAREZ, C. R. S.; MARTINS, M. B. S. A terapia ocupacional e suas possíveis contribuições na saúde mental coletiva. **Vittalle**, Rio Grande, 24(2): 63-68, 2012
- AZEVEDO, T.; DIMENSTEIN, M. O acompanhamento terapêutico no cuidado em saúde mental. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, p. 658-671, 2008.

BALLARIN, M. L. G. S. Algumas reflexões sobre grupos de atividades em terapia ocupacional. In: PADUA, E. M. M.; MAGALHÃES, L. V. **Terapia ocupacional: teoria e prática**. Campinas: Papirus, 2003. p. 63-76.

BARATA, D. A.; COCENAS, S. A.; KEBBE, L. M. Coordenação de grupos de terapia ocupacional em enfermaria psiquiátrica – relato de supervisão realizada com uma estagiária. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 18, n. 2, p. 181-190, 2010.

BARTALOTTI, C. C. **Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus, 2001. p. 41-62.

BENETTON, J. **Trilhas Associativas: ampliando recursos na clínica da psicose**. São Paulo: Lemos 1991.

BEZERRA, D. B.; OLIVEIRA, J. M. A atividade artística como recurso terapêutico em saúde mental. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 135-137, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Relatório de Gestão 2003-2006.

BRUNELLO, M. I. B. Atividades humanas e terapia ocupacional. In: CARLO, M. M. R. P. **Rev. Ter. Ocupacional**. Univ. São Paulo, v. 22, n. 1, p. 68-75, jan./abr. 2011.

CASTRO, E. D.; SILVA, R. J. G. Processos criativos e Terapia Ocupacional. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, v. 1, n. 2, p. 71-75, 1990.

CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia ocupacional: fundamentação & prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

CUNHA, A. C. F.; SANTOS, T. F. A utilização do grupo como recurso terapêutico no processo da terapia ocupacional com clientes com transtornos psicóticos: apontamentos bibliográficos. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 17, n. 2, p. 133-146, 2009.

FERRARI, S. M. L. Terapia Ocupacional: a clínica em uma instituição de saúde mental. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 14, n. 2, p. 122-127, 2006.

HAGEDORN, R. **Ferramentas para a prática em terapia ocupacional: uma abordagem estruturada aos conhecimentos e processos centrais**. Tradução de Melissa Tieko Muramoto. São Paulo: Rocca, 2007.

KEBBE, L. M.; SANTOS, T. F.; COCENAS, S. A. Etapas constitutivas de um grupo de atividades em um hospital dia psiquiátrico: relato de experiência. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 18, n. 1, p. 77-84, 2010.

LIEBMANN, M. **Exercícios de arte para grupos: um manual de temas, jogos e exercícios**. 4. ed. São Paulo: Summus, 2000.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. Redes sociais e construção de projetos terapêuticos: um estudo em serviços substitutivos em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ.** São Paulo. São Paulo, v.18, n.2, p. 54-62, 2007.

MARTINS, M.B.S. **A educação ambiental na interface saúde e educação: novos rumos em saúde mental**. Rio Grande: Dissertação (Mestrado em Educação Ambiental) – Universidade Federal do Rio Grande, 2003.

MAXIMINO, V. S. **Grupos de atividades com pacientes psicóticos**. São José dos Campos: Univap, 2001.

MENDONÇA, T. C. P. **As oficinas na saúde mental**: relato de uma experiência na internação. *Psicologia, Ciência e Profissão*, Brasília, v. 25, n. 4, p. 626-653, 2005. DOI: [http:// dx.doi.org/10.1590/S1414-9893200500040001](http://dx.doi.org/10.1590/S1414-9893200500040001).

OLIVEIRA, E. et al. Práticas assistenciais no Centro de Atenção Psicossocial de Álcool, Tabaco e outras Drogas. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 247-254, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/.ISSN2238-6149.v21i3p247-254>.

RIMÉ, B. Le partage social des émotions. In: ____; SCHERER, K. **Textes de base em psychologie**: les emotions. Neuchâtel: Delachaux; Paris: Niestlé, 1993. p. 271-278.

SAMEA, M. O dispositivo grupal como intervenção. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 85-90, 2008.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta, A. M. F (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2001.

TEDESCO, S. A construção do campo de conhecimento em terapia ocupacional: introdução e discussão de um percurso. **O Mundo da Saúde**, v. 25, p. 1, 2001.

VILLARES, C. C. Terapia Ocupacional na esquizofrenia. In: SHIRAKAWA, I.; CHAVES, A. C.; MARI, J. A. **O desafio da esquizofrenia**. São Paulo: Lemos Editorial, 1998, p. 183-195.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos básicos das grupoterapias**. 2. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2000.

CAPÍTULO 7

SUPERVISÃO CLÍNICO-INSTITUCIONAL DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: UM BREVE RELATO DE EXPERIÊNCIA

Suzette de Oliveira Siqueira Telles Alves

Layza Castelo Branco Mendes

INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica foi o catalizador responsável pela transição do modelo centrado em hospitais psiquiátricos para um modelo voltado para a atenção comunitária e territorial. No Brasil, a culminância dessas mudanças foi a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que são espaços de referência para pessoas que sofrem com transtornos mentais, cujo tratamento justifique sua permanência em um dispositivo de atenção diária de base territorial. Contudo, mesmo após anos do início da reforma ações de melhoria, ainda precisam ser organizadas, mediadas e supervisionadas. Para tanto, uma das ferramentas criadas pelo Governo Federal foi a Supervisão Clínica Institucional.

O Ministério da Saúde, desde o ano de 2006, repassava recursos financeiros a estados e municípios para o apoio a projetos de qualificação da RAPS (Redes de Atenção Psicossocial), através das chamadas de seleção de projetos para supervisão

Clínico-Institucional na RAPS - Portaria GM 1174 de junho de 2005.

Nesse sentindo, a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) realizou o Curso de Supervisão Clínico-Institucional da Rede de Atenção Psicossocial, neste contexto seria uma ferramenta de capacitação dos profissionais para o cumprimento dos princípios da Reforma Psiquiátrica e na melhoria da qualidade da Atenção à Saúde Mental, gerando o momento de reflexão para uma possível atuação efetiva comunitária e territorial (JUCÁ; LIMA; NUNES, 2008). Foram formadas duas turmas pela ESP-CE, sendo este trabalho fruto da participação da segunda turma-II Curso de Princípios Básicos de Supervisão Clínico-Institucional da Rede de Atenção Psicossocial do Ceará. Tendo seu início em 07 de agosto de 2014, concluído em 28 de março de 2015. Foram 120 horas, sendo 100 horas teóricas e 20 horas práticas.

Antes mesmo de iniciar o Curso de Supervisores, o mesmo já suscitava alguns questionamentos que estiveram presentes durante todo o seu processo: o que faz um supervisor? Qual o objeto de estudo? Qual a finalidade de ida ao campo? (Concluir o curso ou contribuir de alguma forma?) Quais as contribuições da supervisão em tão pouco tempo (20 horas práticas)?

Desse modo, iniciou o curso, sustentado por aprendizado construído teoricamente por meio de exposições dialogadas, possibilitando que questionamentos ganhassem força, sendo tema central na ida ao campo de prática. O primeiro passo para tentar responder estes questionamentos foi sobre o objeto de estudo. Qual o objeto de estudo do supervisor? O objeto de estudo seria pautado não apenas na equipe, nem no que é correto e foi aprendido no decorrer do curso. O discurso desta equipe é o foco, e toda a sintomatologia que se segue,

como rotina, costumes, enfim os ditos e não ditos, mas praticados diariamente na rotina de uma instituição.

A finalidade da Supervisão com certeza seria somar, contribuir com a equipe. Mas como fazer isso acontecer? O primeiro passo pensado antes da ida ao campo foi o respeito pelo funcionamento da equipe. Respeitar não tem aqui o sentido de cristalizar ou ser o contrário a uma possível mudança. Aqui se quer dizer que tudo é construído e tem uma razão para ser e existir. Então, o começo é saber Ouvir. Por mais estudo que o supervisor tenha, não se pode ter a ilusão de saber mais sobre uma equipe do que ela mesmo, respeitar isso seria o primeiro passo. Segundo Freire (2007), o contato com os outros implica necessariamente respeito às ideias dos outros e respeito à sua palavra. O trabalho de um supervisor, desta forma, deveria partir da maneira como a equipe entende o seu contexto de trabalho e não da maneira como o supervisor o entende.

O respeito seria o primeiro passo, mas para a facilitação de uma supervisão acontecer somente com a Implicação da equipe, ou seja com o desejo dela. Implicação diz respeito ao envolvimento sempre presente, tanto consciente como inconscientemente com tudo que fazemos. Todas nossas escolhas sejam escolhas afetivas, ideológicas ou profissionais perpassam e influenciam diretamente nossas ações e a prática seja familiar, amorosa, laboral comunitária e social da qual fazemos parte. Uma equipe Implicada com a supervisão clínica institucional diz respeito a uma equipe desejante, ou seja, receptiva e ativa no processo de supervisão, que na verdade é um local possível para pensar e refletir maneiras diferentes de responder ao mesmo problema. Desejante de um olhar diferenciado que possa ser compartilhado e catalisador de mudança.

De acordo com Barembliit (2012 p. 161) o desejo é imprescindível e imanentemente produtivo, gera e é gerado no processo mesmo de invenção, metamorfose ou criação do novo. Portanto, necessário para que ocorra o processo de supervisão.

Nesse sentindo, da parte do supervisor espera-se o respeito, o saber ouvir, da parte da equipe espera-se a implicação, o desejo de outra visão, outra maneira de responder aos problemas que aparecem. Somando estes dois pontos à supervisão, a mudança pode ser processada.

A única resposta encontrada, em um primeiro momento, para o questionamento: o que faz um supervisor? foi simplesmente seu desejo, sua vontade, não de dar as respostas para resolver os problemas, que ele enquanto supervisor identifica, mas de facilitar as respostas aos problemas que o discurso da equipe elege como necessidade. Salientando que falamos de duas dimensões: o dito e o não dito (mas reproduzido na rotina de trabalho). O manejo da supervisão deve assegurar a responsabilidade partilhada da equipe, não há como partilhar o cotidiano de trabalho sem partilhar a responsabilidade de cada um implicado neste processo. O discurso elegido não deve ser individual, mas coletivo, onde todos são responsáveis pelo processo.

METODOLOGIA E REFLEXÕES DA PRÁTICA DE SUPERVISÃO

O CAMPO DE PRÁTICA

A prática de supervisão aqui descrita foi estruturada em cinco encontros, de quatro-horas cada, totalizando 20 horas de supervisão: o primeiro, de quatro horas com a gestão do mu-

nicípio; o segundo, terceiro, quarto com a equipe e o quinto encontro com a equipe e representante da Gestão.

A prática da supervisão clínico-institucional ocorreu em um município da Região Metropolitana de Fortaleza-CE. O primeiro encontro foi fundamental para a estruturação dos encontros seguintes. No dia 14 de outubro, foi marcado o primeiro encontro para pactuação do serviço de supervisão pela Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP/CE e a gestão do município.

Participaram deste momento o Secretário de Saúde, a Coordenadora geral da Saúde Mental do município, a Coordenadora do CAPS geral, a Coordenadora do CAPS infantil e a Coordenadora do CAPS Álcool e drogas AD, bem como as três cursistas da ESP-CE que iriam a campo.

O município possui, aproximadamente, duzentos e vinte mil habitantes, sendo considerado um dos maiores centros industriais do Estado do Ceará. Neste município existem três Centros de Atenção Psicossocial CAPS. O CAPS Geral tipo II, O CAPS-i- infantil e o CAPS Álcool e drogas tipo III (em processo de transição do tipo II para III).

O Caps Geral de Maracanaú, campo da prática deste trabalho, é o serviço mais antigo da cidade com cerca de nove anos. Tem mais de 10 mil usuários, sendo por volta de seis mil usuários ativos. Tem a equipe mais numerosa, cerca de quase 40 funcionários e tem a peculiaridade da Farmácia Polo do município funcionar dentro dele na época em questão.

Neste primeiro encontro foi pactuado a supervisão clínico-institucional, sendo marcado o dia das supervisões, que serão os mesmos dias da reunião administrativa semanal, que acontece em cada Caps e sendo informado pela gestão a impossibilidade da participação de todos os funcionários, devido

à enorme demanda do Caps e da Farmácia Polo. Ou seja, a supervisão aconteceria, mas haveria a impossibilidade do serviço parar neste momento.

DESVELANDO OS ENCONTROS: A APROXIMAÇÃO COM O TODO

O primeiro encontro com a equipe, após pactuação com a gestão, foi focado na apresentação da equipe e do que se trataria a supervisão. Este encontro foi dividido em três momentos. No primeiro momento, a equipe foi dividida em pares e foi pedido que cada um apresentasse o colega, falando um pouco de sua função, atividades que gosta de desempenhar e principais dificuldades. Momento muito rico e produtivo em que tanto o supervisor, como os participantes avaliaram o grau de conhecimento da equipe entre si e levantaram com sucesso problemáticas a serem trabalhadas.

O segundo momento desse encontro, foi uma roda de conversa, com questionamentos provocadores para uma possível implicação da equipe. Foi provocado à equipe qual a finalidade da supervisão, problematizando junto com eles o que pensam acerca deste espaço e que aspectos prioritários poderiam ser explorados. A equipe levantou dois importantes pontos a serem trabalhados no processo: o relacionamento interpessoal e a comunicação entre os integrantes.

Abrimos uma roda de conversa com temas como implicação e responsabilidade, que foram levantados pela própria equipe e amplamente discutidos. E o terceiro momento foi uma dinâmica de integração e fechamento das atividades do dia.

CONHECENDO CADA UM

O segundo encontro foi trabalhado relações interpessoais e apresentação da rotina do serviço. Como estratégia metodológica num primeiro momento foi realizado a dinâmica das cores. São colocadas sete cores, cada cor com seis características e cada participante escolhe a cor que mais se identifica, posteriormente cada participante escolhe uma cor para atribuir a cada membro.

O objetivo deste momento era uma autorreflexão de como o profissional se via e como os outros colegas lhe enxergavam. Houve várias reflexões em cima deste momento. De 17 participantes, apenas dois coincidiram a cor que escolheram com a cor predominante eleita pelo grupo.

O segundo momento deste encontro foi apresentação dos Serviços do CAPS. Dividiu-se a equipe em 5 grupos e se deu temas a cada grupo, os temas foram: Acolhimento, Avaliação Inicial, Visita Domiciliar, Atendimento Interdisciplinar, Matriciamento. Foi pedido para cada grupo apresentar o serviço e eleger as principais dificuldades. Esse momento demorou bastante, pois foram se acrescentando informações no decorrer de cada apresentação. Último momento teve o objetivo de integração, foi pedido para cada integrante escolher um colega que mereça algum tipo de reconhecimento profissional. Este momento trouxe algumas discussões, uma vez que a equipe achou que o reconhecimento praticado foi pessoal, afirmando que alguns colegas não foram sinceros. Redistribuímos os temas com os cinco grupos e sugerimos para o próximo encontro que eles pensassem nas soluções para as dificuldades levantadas e apresentassem.

A IMPORTÂNCIA DE CADA UM PARA O TODO

O terceiro encontro foi focado em relacionamento pessoal e soluções para os problemas levantados pela equipe. No primeiro momento foi utilizado a dinâmica coisas boas e coisas ruins, onde os integrantes eram convidados a dividirem um momento, aspecto ou acontecimento bom e ruim em sua vida com a equipe. Esse momento teve como finalidade uma maior integração da equipe e um maior conhecimento dos integrantes da mesma. O resultado foi bastante proveitoso. Nela surgiram incômodos da equipe, lembraram nosso último encontro e trouxeram o mal-estar de achar que alguns membros da equipe não se implicam e não são sinceros.

Abriu-se uma roda de conversa sobre este incômodo, que durou quase toda a supervisão. Os membros da equipe colocaram suas dificuldades em relação a coisas no serviço que não concordam ou à postura de colegas que incomodavam, todos se implicaram neste momento e conseguimos refletir algumas questões.

Começamos o outro momento que era apresentação de soluções para dificuldades levantadas já no final de nosso encontro e pensamos em soluções para algumas questões do Acolhimento. Resolvemos fechar esse momento com a dinâmica do abraço. Escolher uma pessoa para abraçar, que você gostaria de se aproximar mais. O grupo se implicou mais neste momento, seguiram a sugestão dada, não escolhendo o colega por afinidade.

ENCONTRANDO O PAPEL DE CADA UM

A última supervisão teve o objetivo de fechar as questões levantadas durante nossos encontros. Este último encontro foi dividido em dois momentos: o primeiro foi a continuação da apresentação das soluções para as dificuldades levantadas. As equipes apresentaram e foram discutindo amplamente questões relativas à Avaliação Inicial, ao Atendimento Interdisciplinar, à Visita domiciliar e ao Matriciamento. Neste momento, a equipe se mostrou comprometida e aberta a possíveis mudanças.

O outro momento foi uma Vivência onde cada integrante colocaria sua principal dificuldade no serviço, paralelamente a isso, um colega, escolhido aleatoriamente, falaria uma qualidade do profissional no serviço e uma dica para dificuldade que o integrante acabou de compartilhar com o grupo. Esse momento foi o mais rico de todos os momentos. A equipe tanto se implicou em falar de suas dificuldades como estava aberta a ouvir do colega o que tinha sobre isso.

Após esses momentos, a equipe organizou um almoço com a presença da Coordenadora Geral de Saúde Mental do Município. Fizeram um breve discurso e revelaram o desejo de manter a supervisão no município se propondo a fazer um projeto para a Secretaria de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÕES:

A reflexão feita a partir do momento com a Gestão foi que o município estava aberto à prática de supervisão da Escola de Saúde Pública, mas o desejo de estar nesta prática era nosso, dos supervisores, e o município foi acolhedor neste momento.

A priori a equipe não se mostrava ativa no processo, apenas acolhedora e receptiva à supervisão. Os questionamentos levantados ao início do Curso, sempre estiveram em foco, então visando o surgimento do discurso da equipe, de uma possível implicação da mesma e de alguma possibilidade ou desejo de mudança, foi utilizado recursos como Dinâmicas, Vivências, rodas de conversas.

No primeiro momento com a equipe, as dificuldades encontradas foram: sala com uma grande mesa, o que dificultava a presença de todos, uns ficavam na frente, outros atrás, e o fato do serviço não parar, havendo algumas vezes interrupções. A supervisão começou com 25 pessoas e devido às interrupções terminamos com 21 pessoas.

Apesar dessas dificuldades, conseguimos levantar problemas identificados pela equipe (relacionamento interpessoal e comunicação entre a equipe). Ao final daquele momento, pudemos observar algumas mudanças, entre elas observamos que não havia apenas um supervisor ativo no processo, mas uma equipe, que *a priori* era apenas receptiva, e se tornara ativa, envolvida e implicada no processo.

O segundo momento foi o mais rico de todos os encontros. Houve uma real implicação da equipe. Começaram a haver mudanças pequenas, a equipe começou a se chatear com interrupções, bem como decidiu não trazer informes administrativos nesse momento.

A supervisão foi realizada em outro salão, que dava para fazer tranquilamente a grande roda, estiveram presentes 17 participantes. Os momentos vivenciados mobilizaram a equipe e começou a haver uma necessidade de mudanças. As dificuldades encontradas nos temas: acolhimento, avaliação inicial,

matriciamento, atendimento interdisciplinar e visita domiciliar, estavam implicitamente relacionadas a grande demanda existente no CAPS e a falta de uma pactuação e de uma implicação da equipe como um todo, havendo resoluções individuais ou de poucos de maneira informal. Logo, os movimentos individuais ou de pequenos grupos predominavam e o grupão acaba reproduzindo sem reflexão sobre as problemáticas. Houve interrupções, e a equipe se incomodou bastante com isso. Começamos com 17 participantes e terminamos com 17 participantes.

No terceiro encontro quase não aconteceu saídas, começamos e terminamos com o mesmo número de participantes. A equipe realmente se implicou e foi mais fundo em questões de relacionamento e também esteve aberta para solucionar conflitos.

O último encontro foi bastante proveitoso, a equipe realmente pensou e apresentou soluções para as dificuldades levantadas. Vimos a importância do Matriciamento que costurava todos os outros tópicos; a avaliação inicial, acolhimento, visita domiciliar, atendimento interdisciplinar. O Matriciamento seria um instrumento poderoso, primeiramente por ser uma maneira de efetivar a comunicação com a rede em uma maneira formal (o que acontecia de maneira informal e fragmentada) e segundo por ser uma forma de introduzir e garantir o retorno do usuário à comunidade, servindo também como forma de escoamento de usuários, visto a grande demanda existente, que vai ficando na instituição. O outro momento que foi a Vivência, a equipe se implicou e foi aberta a solucionar conflitos. Ocorreu uma mobilização por parte da equipe, trouxeram dificuldades tanto no âmbito do serviço, como em nível pessoal. Houve um cuidado de cada membro em ouvir e falar da dificuldade do outro.

As avaliações realizadas no final de cada encontro foram bastante positivas e de maneira geral pediam mais tempo de Supervisão.

Após o almoço na última supervisão, verificou-se uma devolutiva com a Coordenadora Geral do Município, a Coordenadora do Caps e a equipe em que foi sintetizado os objetivos de todos os encontros que tivemos,

A equipe falou sobre o desejo de haver supervisão de forma continuada nesse serviço, bem como sintetizaram que o diferencial ou o que ficou para eles em uma palavra seria: Implicação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse sentido, o sentimento foi de ter conseguido deixar uma contribuição para a equipe. O adoecimento institucional se dá quando se reproduz atos rotineiros e, apesar de não se concordar ou não achar eficaz o que se é reproduzido, não se consegue pensar em formas diferentes e nem aceitar mudanças.

O encontro com esta equipe conseguiu disparar formas diferentes de pensar, de se abrir às mudanças e de se implicar com elas, ou seja, pactuar com os integrantes para que estas novas ações não sejam movimentos individuais, e sim de um grupo.

REFERÊNCIAS

BAREMBLIT, G. F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**: teoria e prática. Belo Horizonte: FGB/IFG, 2012.

FIGUEIREDO, A. C. Duas ou três coisas que aprendemos sobre a função da supervisão na atenção psicossocial, em 12 anos de CAPS na cidade do Rio de Janeiro. **Revista da Escola de Saúde Mental**, SMS-Rio, Ano 1, n. 1, 2008.

JUCÁ, V. J. S.; LIMA, M.; NUNES, M. O. A (re)invenção de tecnologias no contexto dos Centros de Atenção Psicossocial: recepção e atividades grupais. **Mental**, ano VI, n.11. Barbacena, jul.-dez. 2008. p.125-143.

FERREIRA, T. A. **A Supervisão e o Supervisor Clínico-Institucional**: dos riscos presentes e das possibilidades. 2010. Disponível em: <http://www.clinicaps.com.br/clinicaps_revista_12_art_02.html>. Acesso em: 25 nov. 2014.

FREIRE, P. **Pacientes Impacientes**: Paulo Freire. 2007. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2014.

CAPÍTULO 8

A TRAJETÓRIA DE IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO MUNICIPAL DE PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA E PROMOÇÃO DA CULTURA DE PAZ NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Maria das Dores Lima

Adriano Rodrigues de Souza

INTRODUÇÃO

A REDE NACIONAL DE PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Antes de me deter nas motivações históricas que levaram à implantação do Núcleo Municipal de Prevenção à Violência e promoção da cultura de paz, no Município de Fortaleza, faz-se necessário situar, historicamente, a implantação da rede nacional.

Em 2004, foi instituída a Rede nacional de prevenção da violência e promoção da saúde e a implantação e implementação de núcleos de prevenção à violência e à promoção da cultura de paz em Estados e Municípios através da Portaria GM/MS nº 936 de 18 de maio de 2004.

É uma rede composta pelos diversos atores que atuam na implementação das políticas nacionais de redução da mor-

bimortalidade por acidentes e violências e de promoção da saúde. Está sob a responsabilidade da Área Técnica de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes, da Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, do Departamento de Análise de Situação de Saúde, do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil.

Na sua fase inicial de implantação a rede é integrada por gestores, trabalhadores e técnicos dos Núcleos de Prevenção de Violências e Acidentes, Promoção da Saúde e Cultura de Paz das secretarias municipais e estaduais de Saúde. Em fase posterior, a rede está aberta à participação de outros atores de outros espaços institucionais no SUS, de outros órgãos e instituições públicas ou privadas, instituições formadoras e de pesquisa ou de grupos e entidades da sociedade civil. A partir de 2013, com a publicação da Portaria nº 1.378, de 09 de julho de 2013, o financiamento das ações de vigilância e prevenção de violências e acidentes passa a integrar o Piso Fixo de Vigilância em Saúde. Entre elas, destaca-se a vigilância e a prevenção dos agravos não transmissíveis (violências e acidentes) e dos seus fatores de risco e ações de promoção em saúde.

Para a gestão e execução das ações em destaque, coordenada pelo Núcleo de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde, recomenda-se que os instrumentos de gestão local contemplem o elenco de ações de sua competência no que tange à vigilância e à prevenção de violências e à promoção da saúde e da cultura de paz.

Nessa perspectiva, a rede nacional passa a apresentar as seguintes atribuições: a) implementar, em parceria com as esferas de gestão do SUS e instituições acadêmicas, o Plano Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde; b) assessorar e estimular os estados e municípios para o trabalho

de prevenção da violência e promoção da saúde; c) incentivar o desenvolvimento de núcleos estaduais e municipais de prevenção da violência e promoção da saúde de acordo com critérios epidemiológicos e prioridades sociais; d) apoiar estudos, pesquisas e ações em instituições acadêmicas e organizações sociais de relevância nacional; e) assessorar políticas, programas e ações de capacitação, pesquisa e atenção, relacionados com o tema da violência no âmbito do Ministério da Saúde; f) monitorar e avaliar o desenvolvimento dos planos estaduais e municipais de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde; g) implantar e implementar a notificação de maus-tratos e outras violências em conformidade com a legislação em vigor e as diretrizes da Secretaria de Vigilância em Saúde, possibilitando melhoria da qualidade da informação e participação nas redes internacionais, nacionais, estaduais e municipais de atenção integral para populações em situação ou risco para a violência; h) garantir a gestão participativa da sociedade civil, organizações não governamentais e movimentos sociais no desenvolvimento do plano nacional de prevenção da violência (BRASIL, 2013, p. 02).

Importante salientar que a Portaria define as atribuições dos Núcleos Estaduais e Municipais, enfatizando 06 competências para os Núcleos Municipais, tais como: a) Elaborar o Plano Municipal de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde; b) Promover e participar de políticas e ações intersetoriais e de redes sociais que tenham como objetivo a prevenção da violência e a promoção da saúde; c) Qualificar e articular a rede de atenção integral às pessoas vivendo situações de violência e desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde para segmentos populacionais mais vulneráveis; d) Garantir a implantação e implementação da notificação de maus-tratos e

outras violências, possibilitando melhoria da qualidade da informação e participação nas redes locais de atenção integral para populações estratégicas; e) Estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas estratégicas; e f) Capacitar os profissionais, movimentos e conselhos sociais para o trabalho de prevenção da violência em parceria com os polos de educação permanente loco-regionais (BRASIL, 2013).

AS MOTIVAÇÕES QUE LEVARAM À IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO MUNICIPAL DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA CULTURA DE PAZ NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

Feitas as considerações dos marcos legais que regem a implantação dos núcleos estaduais e municipais, faz-se necessário situar o cenário de inquietações em Fortaleza, que dispararam os processos de implantação do núcleo municipal, sob a liderança da Coordenadoria de Vigilância em Saúde, vinculada à Secretaria Municipal da Saúde, onde atuo como assessora técnica e membro do Colegiado do Núcleo. Reforçando que a célula da vigilância epidemiológica, ligada a esta coordenadoria, é o carro-chefe deste processo de implantação.

No cotidiano dos serviços de saúde identificamos uma multiplicidade de atores no âmbito da atenção, proteção e defesa, operando sem diálogo intersetorial, e sem, consequentemente, responder às necessidades do usuário, em situação de violência, de uma forma integral. Constatam-se idas e vindas dos usuários e barreiras que se colocam no seu percurso em busca do atendimento.

Por sua vez, existem fluxos informais que absorvem a rotina de alguns serviços, operando como alternativas paliativas. Profissionais sejam da área da defesa ou da proteção social, notificam fora do padrão da ficha de notificação compulsória, recebem as denúncias, acolhem e restringem os encaminhamentos aos pares (Conselho Tutelar, Dececa, Perícia Forense, Ministério Público e Rede Aquarela), sem vinculação com as equipes de saúde, com ênfase na atenção primária, demonstrando a falta de apropriação dos fluxogramas já instituídos e da linha de cuidado preconizada pelo Ministério da Saúde, que prevê “a notificação, o acolhimento, o atendimento, os cuidados profiláticos, o tratamento, o seguimento na rede de cuidado e a proteção social, além das ações de vigilância, prevenção das violências e promoção da saúde e da cultura da paz” (BRASIL, 2012).

Reforçamos, ainda, que foram identificados fluxos institucionais de atenção à criança/ao adolescente, ao idoso e à mulher em situação de violência, já desenhados, mas que ainda não chegaram ao alcance de outras equipes e serviços, principalmente na atenção primária. Por outro lado, a população LGBTT, de pessoas com deficiência e em situação de rua, são vulnerabilidades ainda marcadas pela invisibilidade, ou seja, são populações desassistidas e excluídas de uma linha de cuidado que venha dar conta de uma atenção integral.

O cenário epidemiológico do registro das notificações numa série histórica de 10 anos (2007 a 2017), tem demonstrado a disparidade de registros entre as unidades notificantes, quando comparamos as unidades de atenção primária, centros de atenção psicossocial, Upas e hospitais. A predominância de notificações e atendimentos das pessoas em situações de violência tem-se dado na rede de urgência/emergência (35,3%) e

hospitalar (56,7%). Em contrapartida, as Unidades de atenção primária aparecem com 4,3% e os Centros de Atenção Psicossocial com 0,1%. Por outro lado, quando consideramos todas as unidades notificantes, registramos uma tendência de queda nas notificações, entre os anos de 2016 (66) e 2017 (58) (FORTALEZA, 2017).

Por outro lado, apesar dos investimentos realizados pelas equipes do Sistema Municipal Saúde Escola, em capacitações ocorridas no período de 2007 a 2012, na temática do enfrentamento às violências, com ênfase no projeto integrando as Redes de Apoio e Proteção à Criança e ao Adolescente, contemplando profissionais da saúde e das redes intersetoriais (educação, assistência social direitos humanos, rede aquarela, Comdica, conselho tutelar, Dececa e Creas), os processos de trabalho sofreram descontinuidade, dentre eles a aplicabilidade de um Protocolo de Acolhimento à criança e ao adolescente com avaliação de risco e vulnerabilidade, na qual a proposta de uma rede integrada não se efetivou, seguida da perda de vitalidade das comissões de atendimento e prevenção aos maus-tratos até então constituídas.

Apesar dos esforços, constatou-se que no cotidiano da Atenção Primária, as violências coexistem e aparecem de forma velada, silenciosa, merecendo atenção e responsabilidade na sua condução e encaminhamento. Essas situações são acompanhadas de sentimento de culpa, vergonha e medo, sendo necessário tempo, cuidado e respeito na escuta oferecida. É um contexto intersetorial que demanda diálogo entre os profissionais da Saúde, Educação, Assistência Social, Direitos Humanos, Segurança e Justiça.

Por sua vez, profissionais de algumas Unidades de atenção primária à saúde notificam os casos de violência, acolhem,

atendem, mas, na maioria das vezes, não conseguem dar seguimento e acompanhar o caso na rede, porque desconhecem os protocolos e fluxos de atenção existentes e a natureza/ competência dos pontos de atenção responsáveis pela continuidade do cuidado; ou seja, a grande maioria dos profissionais das redes não atuam enquanto sujeito implicado e corresponsável pelo processo do cuidado. Profissionais e usuários não conseguem acessar os fluxos existentes e acabam peregrinando sem desfecho resolutivo,

Observa-se que,

Ainda se percebe uma grande dificuldade de adesão dos profissionais de saúde quanto à notificação, sendo revelados cotidianamente o medo do agressor e incertezas, pois, além da dificuldade inicial de se reconhecer os casos, os profissionais referem a deficiência da Rede de Apoio e Proteção, em especial do Conselho Tutelar. (BRILHANTE, 2013, p. 222).

Portanto, as diferentes manifestações e particularidades que revestem a violência, seja de natureza individual ou coletiva, a multiplicidade de fatores que a origina e a diversidade das consequências sociais que são produzidas, fazem da violência um fenômeno complexo de ser trabalhado, com necessidades de ações conjuntas, intra e intersetoriais, tanto na esfera pública quanto privada.

Nesse sentido, é fundamental a estruturação de uma rede de atenção à saúde, com foco na atenção e na prevenção à violência, articulada com as redes temáticas intersetoriais no campo da assistência social, da educação, da segurança pública, dos direitos humanos e do sistema de garantia de direitos; nesta conexão ressalta-se a importância da participação dos

movimentos sociais e da sociedade civil organizada existentes nos territórios como forma de fortalecer e/ou implementar a rede de cuidado e de proteção social para a atenção integral à população vulnerável em situação de violência.

A rede de serviços do SUS constitui-se num espaço privilegiado para a identificação, acolhimento, atendimento, notificação, acompanhamento, cuidados e proteção às pessoas em situação de violência, com foco no empoderamento delas. Para tanto, é de fundamental importância o envolvimento dos profissionais, que devem estar atentos para as situações de riscos e vulnerabilidades, desenvolvendo ações de promoção, prevenção, cuidados e proteção.

Logo, reconhecendo que o enfrentamento da violência demanda um modelo de atenção pautado na perspectiva de rede, e considerando as fragilidades apontadas, Fortaleza aderiu a rede nacional, elaborando e cadastrando o projeto de implantação da rede de cuidado, atenção integral e prevenção à violência, no portal do Ministério da Saúde, em janeiro de 2010.

O projeto foi elaborado pelas equipes técnicas da célula de vigilância epidemiológica, em parceria com a célula de atenção às condições crônicas e assessoria de planejamento, centrado nas seguintes ações: realização de seminários de sensibilização para implantação da rede de cuidado e de proteção social para a atenção integral às pessoas em situação de violência; cursos sobre a Linha de Cuidados; organização do trabalho em Rede no atendimento às vítimas da violência; realização de encontros nas 06 Secretarias Regionais para formação/implementação de Comissões de Maus-Tratos em todas as Unidades de Saúde; implantação de Núcleos Regionais de Prevenção à violência e estímulo à cultura de paz; cursos de capacitação sobre a notificação da vio-

lência doméstica, sexual e/ou outras violências, envolvendo as comissões de maus-tratos e os responsáveis pelas escolas; monitoramento e avaliação do processo de estruturação, de ações, de prevenção da violência e estímulo à cultura de paz nas SR e acompanhamento da notificação da violência pelas SR através do SINAN-NET/VIVA.

Em dezembro de 2012, o projeto foi aprovado pela Portaria nº 2.802, de 06 de dezembro de 2012 que autorizou o repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, por meio do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, para implantação, implementação e fortalecimento da Política Nacional de Promoção da Saúde, com a finalidade de fomentar ações de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes e Vigilância e Prevenção de Lesões e Mortes no Trânsito e Promoção da Paz no Trânsito (BRASIL, 2012)

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência sobre a implantação do Núcleo Municipal de Prevenção à Violência e à promoção da cultura de paz, no Município de Fortaleza. O Núcleo foi criado oficialmente pela Portaria nº 189 de 14 de junho de 2016, que trata da Instituição dos Núcleos Municipal e Regional de Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz, sob a coordenação colegiada das Secretarias Municipais de Saúde, Educação, Cidadania e Direitos Humanos, Trabalho, Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Segurança Cidadã, Coordenadoria Especial de Políticas sobre Drogas, Fundação da Criança e da Família Cidadã (FUNCI) e outras providên-

cias (FORTALEZA, 2016, p. 01).

No âmbito da Secretaria da Saúde, participam as representações das redes assistenciais, incluindo a atenção primária, rede de atenção psicossocial, rede de urgência/emergência e rede hospitalar. No âmbito da Educação, participam as representações do núcleo de mediação escolar e do programa saúde na escola; no campo da assistência social, está a representação da célula de proteção especial; na área da segurança cidadã estão as representações da assessoria da segurança institucional e educação permanente e na área da coordenadoria de políticas sobre Drogas estão as representações do Núcleo de integração, articulação e monitoramento e o Núcleo de acolhimento e orientação institucional.

Compete ao Núcleo Intersetorial Municipal: I - Articular a gestão das ações de prevenção de violências e promoção da saúde e cultura de paz, mediante a definição de estratégias e intervenções intersetorias; II- Implantar e implementar o sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), visando promover a qualidade da informação com as demais áreas do setor saúde (criança, adolescente, mulher, saúde mental, urgências/emergências, etc.) e com os demais setores e instituições de promoção de direitos, proteção e defesa; III- Qualificar e articular a rede de atenção integral às pessoas vivendo situações de violência e desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde para segmentos populacionais mais vulneráveis; III - Capacitar os profissionais, movimentos sociais e conselhos de direito, dentre outros, para o trabalho de prevenção da violência; IV- Estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas estratégicas; V- Contribuir com o planejamento das ações de capacitação permanente dos profissionais para a implementação da linha de cuidado para a atenção integral à saúde das pessoas em situação de violência; VI- Acompanhar e avaliar

as ações previstas no Plano de Ação da Rede de Cuidado e de Atenção Integral às pessoas em situação de violência; VII - Definir articuladores com fins de acompanhar e avaliar as ações dos Núcleos Regionais; VIII - Convocar instituições/órgãos para participação no Núcleo, em caráter temporário, na condição de convidados e colaboradores das temáticas afins (FORTALEZA, 2016, p. 02).

As reuniões são mensais e itinerantes, ora acontecem na coordenadoria de vigilância à saúde, ora em outros espaços institucionais da rede de atenção. O colegiado do Núcleo é multidisciplinar composto, na sua grande maioria, por profissionais psicólogas, assistentes sociais, pedagogos, enfermeiras e advogadas.

As atividades foram iniciadas em 2013, embora a Portaria tenha sido publicada em 2016, na qual, atualmente, está passando por um processo de revisão, tendo em vista a necessidade de ampliarmos os assentos no Núcleo com as organizações não governamentais e as instituições acadêmicas que desenvolvem pesquisas, observatórios e projetos na área temática de enfrentamento às violências.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No primeiro semestre de 2013, foram realizados 06 seminários regionais de sensibilização intersetorial, focados na implantação da Rede de Atenção Integral, Cuidado, Proteção Social e Defesa de direitos das pessoas em situação de violência. Participaram, deste momento, gestores, profissionais de saúde, da educação, assistência social, direitos humanos e conselheiros setoriais.

A programação enfocou a organização da rede de cuidado e de proteção social para a atenção integral às pessoas em situação de violência, o enfrentamento à violência intrafamiliar a partir das comissões de maus-tratos, o cenário epidemiológico das notificações no âmbito nacional, estadual e municipal, destacando a relevância do fazer vigilância de violências, tendo em vista o conhecimento das vítimas e autores/as da agressão, o dimensionamento da demanda por atendimentos, a caracterização das lesões, a revelação da violência doméstica, até então silenciada e camuflada nos lares e as formas de violência interpessoais e autoprovocadas, bem como o panorama municipal das políticas para as mulheres e população LGBT, assim como o papel das promotorias da infância, da juventude e do idoso.

No ano de 2014, foram estruturados os Núcleos das regionais IV e VI, que fortaleceram as rodas de conversa em torno dos processos de notificação das violências, a partir do novo instrutivo, considerando os estudos de caso com os integrantes intersetoriais do Núcleo. Paralelamente, o Núcleo da Regional VI foi contemplado pela rede aquarela com uma formação para os agentes de saúde, com foco no enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes.

Na rede hospitalar municipal, as equipes técnicas dialogaram com o Núcleo Municipal, sobre as fortalezas e fragilidades do processo de implantação da Linha de Cuidado (acolhimento, atendimento, cuidados profiláticos, tratamento, notificação e encaminhamento para os pontos de atenção da Rede de Atenção), nos serviços, além das ações de vigilância, prevenção das violências e promoção da saúde e da cultura da paz.

Na rede de atenção psicossocial, a equipe técnica da vigilância epidemiológica, que tem assento no Núcleo, liderou encontros com gestores e profissionais dos Centros de Atenção

Psicossocial Geral e Infantil, voltados para a apresentação dos novos campos da ficha de notificação, alertando sobre as recomendações no ato de notificar, nos casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos, com ênfase na atitude do profissional, na conduta a ser tomada, nas responsabilidades de notificar e no atendimento à vítima, considerando os sinais e sintomas para facilitar o diagnóstico.

No que se refere às agendas de 2015, destacamos a nossa participação, enquanto Núcleo Municipal, numa *web* conferência focada no Programa Mulher viver sem violência, da Secretaria nacional de políticas para as mulheres, com ênfase na implantação da Casa da Mulher Brasileira, na organização dos serviços na saúde e na coleta de vestígios de crimes sexuais.

Outros destaques referem-se aos encontros sistemáticos com a rede de proteção social, contemplando as equipes multidisciplinares do Centro de referência e atendimento à mulher em situação de violência Francisca Clotilde, e do Centro de referência e atendimento à população LGBT, Janaína Dutra, vinculados à coordenadoria de políticas públicas para as mulheres, sobre a relevância da visibilidade e manejo do fluxo de notificação e atendimento à mulher e à população LGBT em situação de violência.

Os encontros focados na relevância das notificações de violências interpessoais e autoprovocadas se estenderam ao grupo da célula de mediação cidadã, vinculados à Secretaria Municipal de Segurança Cidadã (SESEC), que atuam nas 06 regionais, no âmbito comunitário, na resolução pacífica dos conflitos e na efetivação da segurança pública numa perspectiva preventiva e cidadã.

No campo da educação permanente foi estruturada uma proposta de formação para gestores, profissionais e conselhei-

ros dos territórios regionais, em parceria com a Coordenadoria de Gestão do trabalho e educação na saúde, na modalidade presencial e a distância, focada na implantação da Linha de cuidado para a atenção integral a saúde da pessoa em situação de violência, coordenada pelo Colegiado do Núcleo Municipal. Importante ressaltar a participação do Colegiado em eventos temáticos e rodas de conversa, tais como: Fortaleza 2040 por uma cultura de paz, Suicídio: um ato silencioso, Segunda Semana Municipal de Mediação Escolar, Prevenção da Violência nos Comitês Regionais do plano *crack* é possível vencer.

No tocante as ações pautadas no ano de 2016, destacam-se os diálogos intersetoriais com os projetos afins de todas as Secretarias e Coordenadorias temáticas que integram o Núcleo municipal (Educação, Trabalho e Desenvolvimento Social, Segurança Cidadã, Direitos Humanos, Coordenadoria da Juventude, Rede Aquarela, Coordenadoria de Políticas sobre Drogas e Funci).

Ainda na perspectiva intersetorial foi estruturado um grupo de trabalho, com representações do Núcleo Municipal e Regionais (IV e VI), focado na reconstrução de protocolos e fluxos da atenção às pessoas em situações de múltiplas violências, por ciclo de vida e vulnerabilidades.

Paralelamente, foi retomada uma roda de conversa com as equipes técnicas dos Hospitais Municipais, com foco no aprofundamento dos protocolos e fluxos no campo da violência interpessoal por ciclo de vida, no compartilhamento de práticas exitosas, enfatizando o serviço de atendimento especializado em violência, desenvolvido pelas equipes técnicas multidisciplinares que compõem a comissão de atendimento e notificação (assistentes sociais, psicólogas, obstetras, pediatras, enfermeiras, ginecologistas e infectologistas) do Hospital Maternidade Gonzaga Mota Messejana. Integrantes do Núcleo Municipal também

participaram da exposição dialogada facilitada pela Promotora da Infância e da Juventude com o Colegiado do Núcleo da Regional IV, pautada na competência deste serviço enquanto ponto de atenção e defesa de direitos da população usuária.

A agenda foi ampliada para a realização de encontros regionais com as equipes técnicas das Coordenadorias Regionais de Saúde, pautados na programação do processo de formação dos Núcleos Regionais e na urgência de revitalização das Comissões de Atendimento e Prevenção à violência nas Unidades de Atenção Primária, Unidades de pronto atendimento, Centros de Atenção Psicossocial, Policlínicas e Hospitais.

No ano de 2017, em virtude da mudança do Secretariado, uma representação do Colegiado do Núcleo Municipal liderou uma sensibilização com os assessores da Regional IV, com fins de revitalização do Núcleo Regional de Prevenção à Violência e à Promoção da Cultura de Paz. Registramos, ainda, a estruturação das comissões de atendimento e prevenção à violência, compostas por enfermeiras, assistentes sociais, médicos, psicólogos e farmacêuticos, na rede de urgência e emergência, compreendendo as Unidades de Pronto Atendimento dos bairros do Bom Jardim, Vila Velha, Cristo Redentor, Itapeiri e Jangurussu, gerenciadas pelo Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH). Na rede hospitalar, evidencia-se a parceria do Colegiado do Núcleo no Projeto de profilaxia pós-exposição sexual, indicada nos casos de violência sexual.

Ressalta-se, ainda, a participação do colegiado do Núcleo Municipal na Câmara setorial de segurança cidadã, integrante do Plano Fortaleza 2040, no diálogo com propostas intersetoriais, voltadas para a prevenção de situações de violência no contexto escolar, a partir da formação das comissões no parque escolar.

Destaca-se o planejamento de uma formação ancorada em metodologias ativas, para os profissionais da rede de atenção e cuidado, em fluxos de atendimento, através da interlocução com a Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Nesse contexto, foi desenhada uma proposta de 06 oficinas regionais, com o objetivo de reconstruir coletivamente com gestores e trabalhadores os fluxos de atendimento às pessoas em situação de violência, visando à articulação de saberes e práticas baseadas nos princípios da integralidade, da humanização e da produção do cuidado longitudinal.

Ampliando a interlocução com as vivências exitosas das organizações não governamentais, pontuamos a participação proativa de uma representação do colegiado do Núcleo Municipal, nas oficinas facilitadas pela equipe de pedagogas e sociólogos da Terre des Hommes, centradas nos círculos de diálogo sobre violência e no modelo de ação de prevenção à violência comunitária com foco no Projeto Mucuripe da Paz.

Diante do percurso das agendas pontuadas no período de 2013 a 2017, evidenciamos que das 09 ações previstas no projeto original de implantação da rede de atenção e cuidado e proteção social, uma ação foi realizada na sua totalidade, que se refere aos seminários regionais de sensibilização para a formação da rede, 04 foram realizadas parcialmente, e 04 ações estão pautadas na agenda de 2018.

No segundo bloco de avaliação dos resultados parciais, destaca-se a implantação e a atuação das comissões nos pontos de atenção da rede de urgência e emergência (unidades de pronto atendimento) e, em alguns pontos da rede hospitalar, a exemplo dos Hospitais Gonzaga Mota Messejana, Barra do Ceará, José Walter, Zilda Arnes e Centro de Assistência à Criança Lúcia de Fátima (CROA).

Quanto à implantação dos Núcleos Regionais, as equipes técnicas das regionais IV e VI mobilizaram os atores sociais envolvidos com a causa de enfrentamento à violência nos territórios e a partir daí estruturaram seus Núcleos para monitorar e acompanhar os casos de violência que atingem as populações vulneráveis, bem como desenvolvem ações voltadas para uma cultura de paz; quanto aos programas de prevenção, promoção e apoio às pessoas em situações de violência, destacam-se os projetos voltados para a atenção à criança e ao adolescente, desenvolvidos pela rede aquarela, com ênfase no enfrentamento ao abuso e exploração sexual e a Terre des Hommes, que tem como missão a promoção, garantia e defesa dos direitos de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social, estimulando projetos voltados para a cultura de paz no território da regional II, com foco nos Bairros Vicente Pinzon e Grande Mucuripe.

No terceiro bloco de avaliação das ações em curso, enfatiza-se que os cursos de capacitação para organização da rede já estão desenhados em forma de manuais, com os facilitadores cadastrados na plataforma, tendo em vista a modalidade presencial e EAD. Porém, a ampliação de cobertura da notificação da violência no sistema de notificação de agravos (SI-NAM-NET- VIVA) envolvendo a rede de saúde e de educação, caminha a passos lentos, considerada como uma meta-desafio, tendo em vista que os pontos de atenção à saúde da atenção primária e da rede de atenção psicossocial ainda apresentam uma baixa resolutividade, por fatores já apontados no cenário de fragilidades, frente a uma rede ainda fragmentada.

Quanto ao monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas de forma continuada e dos casos notificados através dos núcleos regionais e da célula de vigilância epidemiológica da Secretaria Municipal da Saúde, ressalta-se que as ações

sofreram descontinuidade por conta de mudanças de gestão, acompanhadas da perda de profissionais comprometidos com a rede, que se desligaram em virtude das seleções temporárias; por outro lado as novas seleções de gestores dos equipamentos paralisaram ações estratégicas, comprometendo o potencial de governabilidade do Núcleo Municipal. Por sua vez, o monitoramento e a avaliação dos casos notificados pelos Núcleos regionais vigentes, têm sido uma insistência diária, apesar do processo de fragmentação da rede de atenção, proteção social e cuidado, e a ausência de uma comunicação integrada ainda vigente, decorrente da ausência de uma linha de cuidado longitudinal ainda não efetivada pelos profissionais dos serviços.

Por outro lado, a política de monitoramento e avaliação ainda é um processo frágil, tendo em vista que a cultura de planejamento precisa ser ressignificada para além de uma proposta pontual e protocolar. O planejamento em saúde existente no Brasil ainda “é vertical, ritualístico, um faz-de-contas, uma espécie de “pra-não-dizer-que-não-falei-de-flores”, sem compromisso com a recomposição das práticas, com a emancipação dos sujeitos e com a saúde da população” (PAIM, 2003, pág. 02).

Nesse processo de ressignificação, o planejamento quando voltado para atender às necessidades humanas, dialoga com valores, ideologias, utopias e vontades (MATUS, 1996), onde “as necessidades não se reduzem a problemas (mortes, doenças, carências, agravos e riscos), mas podem expressar projetos (paz e qualidade de vida), ideais de saúde (bem-estar e felicidade) e novos modos de vida (práticas saudáveis)” (PAIM, 2003, pág. 02). Planejamento, Monitoramento e avaliação são macroprocessos fusionais que devem ser animados pela busca da constante adequação do processo em curso, suas metas e objetivos pactuados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das considerações pautadas neste relato de experiência, conclui-se que o processo de implementação do Núcleo Municipal de Prevenção à Violência e Promoção da Cultura de Paz, é tangenciado pelo enfrentamento de inúmeros desafios no campo da gestão, atenção, vigilância em saúde, educação permanente, participação e controle social, conforme preconiza o Plano Municipal de Prevenção à Violência. A viabilidade técnica, financeira e política, são fundamentais para o alcance dos resultados a partir das ações previstas. Importante ressaltar que, embora o Ministério da Saúde tenha assegurado recursos financeiros para as ações de vigilância em saúde com foco na prevenção das violências no período do credenciamento da proposta, outras ações passaram a ser priorizadas pelas gestões, comprometendo o recurso previsto no bloco, para o Projeto da Rede de cuidado, com ênfase na implantação do Núcleo.

Na conjuntura atual, com a mudança da política de financiamento do SUS, dividida em dois blocos, custeio e investimento, cabe ao controle social intensificar o processo de monitoramento, tendo em vista que as ações previstas estarão compatíveis com as prioridades pautadas nos instrumentos de planejamento, tais como o Plano Municipal de Saúde e a Programação Anual de Saúde.

Portanto, considerando o diálogo com o cenário de fragilidades, constata-se a urgência de um planejamento integrado da gestão das redes, através de um processo de formação permanente com os atores sociais que atuam no território, direcionado ao funcionamento efetivo de todas as linhas de cuidado por ciclo de vida e vulnerabilidades, contemplando a atenção às pessoas em situação de violência interpessoal e autoprovocada.

Desse modo, faz-se necessário potencializar as competências legais do Núcleo Municipal, bem como ampliar a capacidade de ampliação e intervenção dos Núcleos Regionais, vinculados aos territórios, sem perder de vista a apropriação dos processos vividos pelos gestores, trabalhadores, conselheiros e usuários, fomentando a construção de sujeitos capazes de influenciar na mudança do modelo de atenção e produção do cuidado.

Os cenários de prática nos instigam a problematizar as resistências enfrentadas pelos profissionais no território no campo das violências, e assegurar a ampliação de novos olhares, posturas e intervenções entre os participantes, nas abordagens das situações-problema de violências, embasadas nos cenários de prática, e na produção de estratégias voltadas à sustentabilidade da Rede.

Acreditamos que as transformações e os deslocamentos acontecem no panorama da atenção às famílias e às populações em situação de violências, na perspectiva do empoderamento deste público sujeito, da pactuação de compromissos e responsabilidades intra e intersetoriais entre os atores sociais implicados na condução deste processo, focado na visibilidade das estratégias de cuidado desenvolvidas pelas equipes e serviços, e da convivência com atores sociais qualificados no manejo dos fluxos e nas etapas da linha de cuidado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. p. 60.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria** nº 936 de 18 de maio de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de crianças adolescentes e suas famílias em situação de violências**: Orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2010 a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_familias_violencias.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. **Cadernos de Atenção Básica 8**. Brasília, Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2018.

BRILHANTE, A. P. et al. Violência intrafamiliar contra criança e adolescente: desafio para os profissionais de saúde In: FILHO, J.G.B.; MACEDO, M.C.M.; GAMA, I.S. (Org.). **Violência e acidentes**: uma abordagem disciplinar. Fortaleza: Edições UFC, 2013.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde (CE). **Protocolo de acolhimento ao adolescente com avaliação de risco e vulnerabilidade**. Sistema Municipal de Saúde Escola, 2012. p. 152.

_____. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. **Relatório DANT** (impresso). Fortaleza, dezembro 2013.

_____. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. **Portaria nº 189, de 14 de junho de 2016** (impresso). Fortaleza, Junho 2016.

MATUS, Carlos. **Adeus, senhor Presidente**. Governantes governados. São Paulo: Edições Fundap, 1996a.

PAIM, Jairnilson. Bases conceituais da reforma sanitária. In: FLEURY, Sonia (Org.). **Saúde e democracia**: a luta do Cebes. São Paulo: Lemos Editoria, 1997.

CAPÍTULO 9

REORGANIZAÇÃO DA ESTRUTURA E PROCESSO DE TRABALHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA MUNICIPAL

Luana Kelly Oliveira Souza Mendonça

Andrea Caprara

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é estratégica para a organização dos sistemas de saúde, por sua singular capacidade de apropriar, reorganizar e reordenar todos os recursos dos sistemas para satisfazer às necessidades demandadas pela população (CONILL,2008). Para Starfield (2002), a APS é o primeiro contato da assistência focada no cidadão, de forma a atender suas demandas de saúde, referenciando apenas os casos que exigem atuação mais especializada, devendo coordenar o cuidado dos cidadãos, mesmo estando em outros níveis de atenção à saúde.

A APS, nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), deve cumprir três funções: resolutividade em atender a 90% dos problemas de saúde (os mais comuns, porém não os mais simples); coordenadora na ordenação dos fluxos e contrafluxos ao longo das RAS; e responsabilização pela saúde da população usuária que está adstrita, nas RAS, às equipes de Estratégia de Saúde da

Família - ESF (MENDES, 2015). No entanto, a APS como coordenadora ainda encontra inúmeros desafios, principalmente pela frágil capacidade de implantar uma rede integrada entre os distintos níveis de atenção, bem como sistemas de apoio e logístico que garantam os fluxos de comunicação em rede e a efetiva produção social de saúde (RODRIGUES et al. 2014).

Para Mendes (2015), no Brasil é fundamental superar a prática social da APS como programa específico destinado a grupos populacionais de baixa renda e regiões pobres, com pouca tecnologia e qualidade empregadas, para que a APS exerça, de fato, o seu papel estratégico no Sistema Único de Saúde (SUS). Este autor aponta que o ciclo vigente da atenção básica, caracterizado pela expansão do Programa de Saúde da Família (PSF) trouxe inúmeros avanços e resultados, no entanto carece de ser superado, pois evidencia-se o esgotamento do mesmo, urge necessário consolidar a ESF, instituindo um novo ciclo da APS. E só será possível se a APS estiver capacitada, só assim ela poderá coordenar RAS e instituir-se como estratégia de organização do SUS.

No sentido de oferecer aos gestores uma intervenção para organização da atenção à saúde a partir da APS, qualificando-a para assumir o reordenamento do sistema de saúde, orientando o cuidado ao longo de todos os pontos de atenção e de toda a vida de uma comunidade, como preconiza a OPAS (2011), o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) criou a Planificação da Atenção Primária à Saúde, um projeto que em sua concepção original, é realizado nas secretarias estaduais de saúde, e que nos anos de 2014 a 2015 foi aplicado num município cearense no intuito de desenvolver uma experiência piloto em nível municipal de organização, por meio da reorganização da estrutura e processo de trabalho das

equipes da APS, que se deu com a implantação de ferramentas da qualidade, tecnologias da gestão da clínica, e implantação dos micro e macroprocessos na ESF, utilizando como referência o Modelo de Atenção às Condições Crônicas de Mendes (2011).

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) adaptado para o SUS, é originário do Chronic Care Model (CCM) e incorporado do Modelo da Pirâmide de Risco (MPR), e do Modelo de Determinação Social da Saúde.

Figura 1 - Modelo de Atenção às Condições Crônicas



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

A descrição do MACC por meio da sua representação gráfica na Figura 1, se dá por meio da leitura das três colunas: 1) na esquerda, a influência do MPR, em que a população total está estratificada em subpopulações por estratos de riscos; 2) na direita, a influência do modelo da determinação social da

saúde, estão os diferentes níveis (determinantes intermediários, proximais e individuais); e c) no meio a influência do CCM com os cinco níveis das intervenções de saúde sobre os determinantes e suas populações, a saber: intervenções promocionais, preventivas e de gestão da clínica. O lado esquerdo representa as diferentes subpopulações de uma população total sob responsabilidade da APS, a população e suas subpopulações são cadastradas e registradas segundo as subpopulações dos diferentes níveis do modelo. O lado direito dá ênfase às diferentes intervenções de saúde em função dos determinantes sociais da saúde. Por fim, no meio temos as principais intervenções de saúde em relação à população/às subpopulações e aos focos prioritários das intervenções sanitárias (MENDES, 2015).

Justifica-se investir na qualificação para melhoria da resolutividade, por meio da reorganização da estrutura e processo de trabalho da APS, pois há evidências que os sistemas de saúde tornam-se mais custo-efetivos no que se refere à organização interna deles, a alocação dos recursos, ao ajustamento da conjuntura epidemiológica, socioeconômica e demográfica, quando a APS cumpre seu papel de coordenação das RAS e resolve os problemas de saúde da sua população (KRINGOS et al., 2010; COSTA et al., 2017; RODRIGUES et al., 2014; TURCI;LIMA-COSTA;MACINKO, 2015)

Este estudo relata a experiência do Município de Tauá-Ce no desenvolvimento da PAPS no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2016, com o objetivo de descrever como se deu esse projeto de intervenção e suas implicações na reorganização da estrutura e processo de trabalho na APS. O município em que se desenvolve esta experiência é Tauá, localizado na região dos Inhamuns, distante 360km da capital cearense, e com 57.914 habitantes (IBGE, 2016). Para aten-

der às necessidades de saúde de sua população, este município conta com: 18 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com 25 Equipes de Saúde da Família, um Hospital Polo, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), uma Policlínica, um Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN), uma unidade de atendimento da Farmácia Popular do Brasil, cinco Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), dois Centros Psicossociais; um CAPS II e um CAPS AD e um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (BRASIL, 2016).

METODOLOGIA

Trata-se de um relato que segue as diretrizes do Standards for Quality Improvement Reporting Excellence (SQUIRE) versão 2.0, optou-se por esta ferramenta pelo padrão de excelência dessas diretrizes, que fornecem uma estrutura para relatar novos conhecimentos sobre como melhorar os cuidados de saúde, estas destinam-se a relatórios que descrevem o trabalho do nível do sistema para melhorar a qualidade, a segurança e o valor dos cuidados de saúde e utilizaram métodos para estabelecer que os resultados observados foram devidos à intervenção (RODGERS, 2016).

Na produção deste relato, foram utilizadas fontes secundárias, tais como: relatórios de gestão e dos Sistemas de Informação em Saúde, anotações da autora, reportagens de revistas, guias de estudo da PAPS, livros e artigos científicos disponíveis na PUBMED e no repositório Scielo.

FASE 1 - PLANEJAMENTO DA INTERVENÇÃO

A PAPS de Tauá resulta de uma decisão de gestão e da parceria firmada entre o Governo Municipal, CONASS, Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA/CE) e a FIOCRUZ do Ceará. A Fase de Planejamento se deu de outubro a dezembro de 2013, em que a gestão municipal fez o desenho da execução do projeto em nível municipal e buscou a formalização da parceria com as instituições supracitadas. O projeto da PAPS de Tauá foi desenvolvido com ênfase na Rede Materno Infantil.

Para condução do projeto foram formadas três comissões de apoio. O Grupo Condutor Estadual, composto pelos profissionais da SESA/CE, o Grupo Condutor Local, composto por profissionais da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), e o Grupo Gestor, de composição mista, incluindo todas as instituições envolvidas.

FASE 2 - DESENVOLVIMENTO DE OFICINAS TEÓRICO-PRÁTICAS

A etapa formativa da PAPS foi de responsabilidade da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) que revisou o conteúdo das oficinas elaboradas pelo CONASS, adaptou para atender às exigências da formação de especialização e aperfeiçoamento em Planificação da Atenção Primária em Saúde.

A proposta original da PAPS pressupõe a realização de 11 oficinas teórico-práticas, na experiência de Tauá foram realizadas 12 oficinas pelo fato de que o formato desenvolvido no município foi para além de uma intervenção no serviço, a PAPS também atendeu à dicotomia de curso de especialização

para os profissionais graduados, e curso de aperfeiçoamento em serviço para os demais, para tanto incluiu-se no escopo de oficinas a de Metodologia da Pesquisa Científica. Participaram dessas oficinas os trabalhadores das equipes da APS, gestores da SMS de Tauá e técnicos da APS do nível central da SESA/CE e das Coordenadorias das Regionais de Saúde (CRES/SESA-CE).

As oficinas tiveram carga horária de 20 horas/aula, sendo 16 horas teóricas em que os trabalhadores se deslocavam dos seus serviços até o local onde eram ministradas as aulas, e quatro horas para desenvolvimento de atividades nos territórios, em que os mesmos eram acompanhados por tutores da PAPS. O CONASS disponibilizou facilitadores, tal como qualificou profissionais do município para atuarem como facilitadores e tutores da PAPS, esse grupo de profissionais do município era composto por técnicos da SMS e residentes da Residência Integrada em Saúde da ênfase de Saúde da Família e Comunidade da ESP/CE.

A PAPS buscou permitir a participação de todos os trabalhadores da APS desde o processo formativo nas oficinas até a implantação e implementação das mudanças nos processos de trabalho nos serviços. As oficinas permitiram a participação desses trabalhadores de forma equânime, no mesmo espaço, em que a equipe com todos os seus membros, de distintos níveis de saberes e práticas, discutiram e refletiram sobre seus processos de trabalho (BRASIL, 2011).

Participaram das oficinas da PAPS 541 trabalhadores, sendo 119 de nível de escolaridade superior, 338 de nível médio e 94 ouvintes (trabalhadores que foram contratados após o início das oficinas da PAPS, de distintos níveis de

escolaridade). Com vistas em não comprometer a oferta de atendimento na APS do município, esses trabalhadores foram divididos em duas turmas, sendo assim as oficinas eram ministradas duas vezes, nas UBS que tinham mais de uma Equipe de Saúde da Família, metade participava das oficinas na turma um e os demais na turma dois. O cronograma das oficinas, bem como as demais atividades da PAPS eram amplamente divulgados em redes sociais, sítio virtual da Prefeitura Municipal, reuniões dos órgãos de controle social e rádios locais, como estratégia para que a comunidade tivesse conhecimento acerca do processo que estava ocorrendo na saúde do município (TAUÁ, 2016).

A metodologia utilizada na execução das oficinas contemplou as seguintes estratégias: trabalhos de grupos, leituras de textos de apoio, dramatizações, exposições dialogadas, plenários de discussão, roteiro de trabalho e atividades de dispersão.

As oficinas da PAPS eram realizadas em intervalos de 30 a 45 dias, ao final das mesmas eram disparadas as atividades de dispersão, que consistiam em atividades em que os trabalhadores deveriam transformar os conhecimentos e as habilidades aprendidos, em ações nos seus territórios, implantando e implementando as ferramentas da qualidade, tecnologias da gestão da clínica, os micro e macroprocessos nos seus serviços. A seguir, no Quadro 1, estão descritas as atividades de dispersão propostas em cada uma das oficinas realizadas.

Quadro 1 - Oficinas e atividades de dispersão da Planificação da Atenção Primária à Saúde em Tauá

Oficina	Atividade de dispersão – trabalhadores do município	Atividade de dispersão/Produto – técnicos da SESA
Redes de Atenção à Saúde	Elaboração a Matriz de desenho da rede de atenção à gestante e à criança no município.	Realização da análise da Rede Cegonha de uma Região de Saúde.
Metodologia da Pesquisa (para especializandos)	Não se aplica	Não se aplica
Atenção Primária à Saúde	Eixos da atividade: 1. Análise da Atenção Primária à Saúde em seu território de acordo com os seus elementos constituintes; 2. Elaboração de um plano de ação para o fortalecimento da Atenção Primária no seu território; 3. Propostas de articulação da Atenção Primária com ações de promoção da saúde no território	Eixos da atividade: 1. Análise da Atenção Primária à Saúde na região de saúde. 2. Elaboração de um plano de ação para o fortalecimento da Atenção Primária na região de saúde; 3. Propostas de articulação da Atenção Primária com ações de promoção da saúde no território.
Territorialização	Eixos da atividade: 1. Atualização da cartografia do território 2. Construção do diagnóstico do território. 3. Análise do diagnóstico do território. 4. Proposição de um plano de ação, priorizando a classificação dos riscos.	Eixos da atividade: 1. Aprofundamento teórico sobre Territorialização em Saúde. 2. Proposição de um passo de orientação do processo de Territorialização em Saúde para os municípios da região de saúde.
Organização dos processos de trabalho	Elaboração da programação anual e mensal das atividades, por categoria profissional, bem como um cronograma único das atividades da equipe.	A atividade de dispersão foi individual e teve uma orientação específica.

Vigilância em Saúde	Preenchimento da matriz para avaliação e planejamento do processo de integração das ações de Vigilância em Saúde e APS.	Preenchimento da matriz para avaliação e planejamento do processo de integração das ações de Vigilância em Saúde e APS.
Organização da Atenção na Unidade Básica de Saúde	Desenvolvimento de plano de ação para Gerenciamento por Processo.	Desenvolvimento de plano de ação para Gerenciamento por Processo.
Organização da Assistência Farmacêutica	Realização do diagnóstico local da assistência farmacêutica e um plano de ação para sua organização e estruturação.	Realização de análise da situação da Assistência farmacêutica no Ceará.
Sistemas de informação e análise de situação de saúde	Realização de análise das informações referentes a um dos compromissos estratégicos da Rede Cegonha, referente ao ano de 2014.	Realização de análise, no âmbito estadual, do sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, bem como do acesso regulado à atenção à saúde.
Sistemas de Apoio Diagnóstico	Realização de análise dos indicadores do município de Tauá	Realização de análise da região de saúde, vinculada a Rede Cegonha em estudo. Todos os resultados deveriam ser comparados com a situação do Estado do Ceará.
Contratualização das equipes da APS	Eixos da atividade: 1. Análise dos resultados da avaliação externa do PMAQ; 2. Reaplicação do instrumento de autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade; 3. Identificação de problemáticas e proposição de ações.	Eixos da atividade: 1. Análise dos resultados da avaliação externa do Ceará no PMAQ; 2. Análise dos resultados da avaliação externa da Região de Saúde no PMAQ; 3. Identificação de problemáticas e proposição de ações.
Abordagem familiar e o prontuário familiar	Eixos da atividade: 1. Proposição da utilização e análise do Prontuário Familiar; 2. Utilização de ferramenta de avaliação familiar.	Eixos da atividade: 1. Inserção da Família nas Políticas Públicas e Sociais; 2. Uso das Ferramentas de abordagem familiar.

* Fonte: Relatório da Planificação da Atenção Primária à Saúde 2014 a 2016 (TAUÁ, 2016).

** Elaborado pela autora.

De modo geral, as atividades de dispersão disparadas tinham como objetivo a análise do processo de trabalho das equipes de saúde e, conseqüentemente, a sua adequação. A atividade de dispersão era realizada pelos trabalhadores com apoio do Tutor da PAPS, sistematizada e apresentada no início da oficina seguinte.

FASE 3 - UNIDADE LABORATÓRIO E TUTORIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

No tempo em que as oficinas foram executadas, foram se evidenciando a dificuldade dos trabalhadores transformarem as suas práticas nos serviços, denotava-se uma fragilidade na implementação de mudanças nos processos de trabalho das equipes. Como estratégia para superar essa dificuldade foi selecionada em agosto de 2014 uma Unidade Básica de Saúde, denominada Unidade Laboratório, onde os processos e as novas tecnologias preconizadas pelo MACC, eram testadas e validadas para, só então, serem expandidas para as demais UBS. A UBS selecionada comportava três equipes: ESF Alto Brilhante I, ESF Alto Brilhante II e ESF Ana Alves.

As equipes da Unidade Laboratório foram assessoradas por uma consultoria do CONASS, que era realizada na UBS mensalmente, onde acompanhava os processos junto às equipes, e se reunia com a gestão municipal para os encaminhamentos necessários.

Com vistas na expansão da organização dos processos de trabalho que estavam sendo realizados na Unidade Laboratório para as demais UBS, a SMS selecionou cinco profissionais enfermeiros, denominados pela gestão municipal de tutores da

APS, para acompanhar e aprender o trabalho que estava sendo desenvolvido pela consultoria na Unidade Laboratório.

Os tutores da APS diferenciavam-se dos Tutores da PAPS, pois os tutores da PAPS eram profissionais que atuavam como residentes e técnicos da SMS Tauá, e dedicavam-se a acompanhar apenas as atividades de dispersão das oficinas, tendo com estas equipes encontros mensais de 4 horas. Já os Tutores da APS tinham dedicação exclusiva à função e eram referência para cerca de 4 ou 5 equipes, de acordo com a divisão de regiões de saúde do município. Os tutores da APS participavam das atividades da consultoria na Unidade Laboratório mensalmente, e tinham um cronograma de reuniões semanais de tutoria com as equipes das quais eram referência técnica, para desenvolvimento de planejamento e monitoramento das atividades.

RESULTADOS

A Planificação possibilitou a gestão da condição de saúde, por meio da implantação dos micro e macroprocessos da APS, que ajudaram na organização e resolutividade dos serviços, além de fomentar novas formas de gerir a saúde local por meio da participação social, o desenvolvimento de pesquisas e a produção científica gerados pelos trabalhos de conclusão do curso, a análise e a discussão de indicadores de saúde pactuando novas estratégias e metas a serem alcançadas pelo município e pelas equipes, além da contribuição para a reconfiguração de uma rede mais resolutiva. Para Mendes (2015), a gestão da condição de saúde se dá por meio da implantação dos cinco componentes: plano de cuidado, gestão dos riscos da atenção,

educação permanente, educação em saúde e programação da condição de saúde. Observa-se nos resultados apresentados no Quadro 2 que esses componentes foram minimamente implantados na APS do município.

Quadro 2 - Produtos resultantes das oficinas da Planificação da Atenção Primária à Saúde em Tauá

Oficina	Produto da oficina
Redes de Atenção à Saúde	Visita dos profissionais da APS a rede que compunha o atendimento materno infantil do município (LACEN, Policlínica, Hospital), possibilitando aos mesmos, apropriação dos serviços disponibilizados no município e estreitando os laços entre APS e Atenção Secundária (AS).
Metodologia da Pesquisa (ofertada somente para especializandos)	- Profissionais qualificados em nível de especialização em Planificação da Atenção primária à saúde. - Profissionais qualificados em nível de aperfeiçoamento em Planificação da Atenção primária à saúde. - 54 Projetos de intervenção elaborado para serem executados pelos profissionais em formação das unidades de saúde. - Elaboração de 18 planos de ação para cada Unidade Básica de Saúde (UBS).
Atenção Primária à Saúde	- Início da Implantação do Prontuário Eletrônico nas ESF zona urbana do município; - Fortalecimento da participação popular com reestruturação e criação dos Conselhos Locais de Saúde, totalizando 19 correspondentes às UBS existentes. - Implantação do agendamento por hora marcada em todo município, possibilitando ao usuário a escolha de acordo com a sua necessidade e disponibilidade de modo a garantir o atendimento em tempo hábil.
Territorialização	A partir das revisitações das equipes aos seus territórios o município, que até o momento da atividade tinha 22 Equipes de Saúde da Família, expandiu para 25, com redistribuição dos Agentes Comunitários de Saúde.
Organização dos processos de trabalho	- Estratificação das GES na 1ª consulta 100% estratificadas e garantia de atendimento às de alto e muito alto risco na Policlínica pela obstetrícia. - Estratificação de crianças > 2 anos; - Contratação de duas pediatras para garantir atendimento às crianças de alto e muito alto risco na Policlínica; - Estratificação de Hipertensos e Diabéticos; - Estratificação de GES, crianças e Diabéticos pela odontologia.
Vigilância em Saúde	- Vinculação do Agente de Combate às Endemias (ACE) às Equipes de Saúde da Família. - Descentralização do SISPRENATAL da SMS para as UBS.

Organização da Atenção na Unidade Básica de Saúde	Implantação do acolhimento com classificação de risco nas UBS Alto Brilhante (Unidade Laboratório) e UBS Bezerra e Sousa.
Organização da Assistência Farmacêutica	- Construção do Procedimento Operacional Padrão (POP) da farmácia efetivamente utilizado na unidade laboratório (Alto Brilhante). - Implantação do Sistema HÓRUS nas UBS.
Sistemas de informação e análise de situação de saúde	- Organizado o fluxo para realização de exames laboratoriais; - Descentralização das centrais de marcação para todas as Unidades Básicas de Saúde da sede do Município; - Contratação de 02 laboratórios somando ao Laboratório Central (LACEN), contemplando exames antes não disponibilizados pelo município.
Sistemas de Apoio Diagnóstico	Com relação à Rede Materno Infantil: - Disponibilização de teste rápido de HIV e Sífilis em todas as UBS. - Fortalecimento de Projeto já existentes para o cuidado à gestante e ao bebê; - Visitas periódicas das gestantes à Maternidade; - Descentralização do teste do pezinho para as UBS. - 99% das GES estratificadas. - 91% das crianças menores de dois anos estratificadas. - 54% das famílias classificadas. Com relação à Rede de Atenção às Doenças Crônicas - 67% dos hipertensos estratificados. - 72% dos diabéticos estratificados. - Implantação do Núcleo de Assistência ao Diabético e Hipertenso (NUADH) na Policlínica Regional de Tauá. - Implantação de ações de autocuidado apoiado aos diabéticos de alto e muito alto risco na Unidade Laboratório Alto Brilhante.
Contratualização das equipes da APS	Estrutura • Construção e reforma de UBS e Unidades de Apoio. • Investimentos na Tecnologia da Informação (computadores e tablets); • Investimento em equipamentos e mobiliários; Recursos Humanos • Adesão ao Programa Mais Médicos do Brasil; • Contratação de profissionais. Educação Permanente Qualificação de todas as categorias com ênfase na PAPS e no CTACS 1ª, 2ª e 3ª etapas, totalizando 126 profissionais qualificados. • Maior investimento em Educação Permanente em Saúde.
Abordagem familiar e o prontuário familiar	Implantação do Prontuário Eletrônico em 100% das ESF zona urbana do município, totalizando 14.

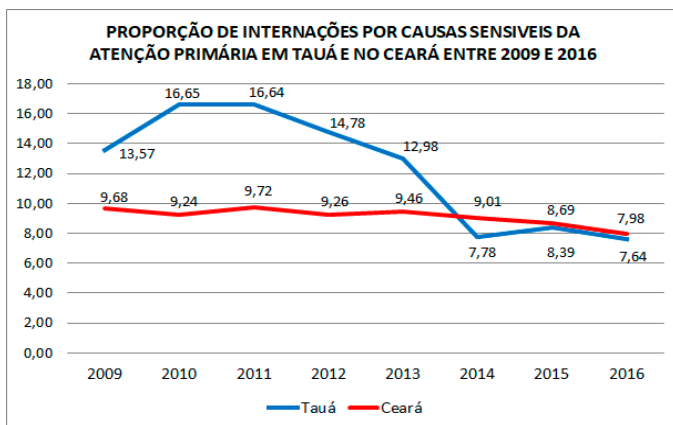
* Fonte: Relatório da Planificação da Atenção Primária à Saúde 2014 a 2016 (TAUÁ, 2016).

** Elaborado pela autora.

O processo de Educação Permanente instituído no município por meio da PAPS, para além das oficinas constantes no Quadro 2 e seus respectivos produtos alcançados, possibilitou: a realização de Rodas de conversas entre profissionais da APS e com profissionais de outros níveis de complexidade da Rede, tais como Policlínica, Hospital Polo e CEO, além das Rodas de conversa com a gestão, os encontros semanais das equipes para discutir seus processos de trabalho, que possibilitaram a troca de saberes, o compartilhamento de responsabilidades e o trabalho interprofissional; e também a oferta de outros cursos e capacitações que foram demandados a partir das necessidades formativas dos trabalhadores, identificadas no decorrer do processo, saber: oficina de estratificação de risco das condições crônicas hipertensão arterial e diabetes mellitus, gestante e criança; Curso de pré-natal, parto e puerpério; Curso de Aperfeiçoamento de Planejamento e Gestão em Saúde; Capacitação da caderneta de vacina, crescimento e desenvolvimento infantil, dentre outros.

Quanto aos resultados sanitários um dos indicadores que medem a resolutividade da APS que é a Proporção de internações por causas sensíveis da Atenção Primária, entre as internações gerais, este indicador decresceu no período de 2013 a 2016, caindo de 12,98% para 7,64%, nos respectivos anos, conforme Gráfico 1 a seguir:

Gráfico 1 - Proporção de internações por causas sensíveis da Atenção Primária em Tauá e no Ceará entre 2009 e 2016



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS.

Uma das formas de mensuração de resolutividade é a medição do quanto o sistema de saúde consegue manter controladas as doenças passíveis de controle ambulatorial, ou seja, situações de saúde para as quais cuidados efetivos e no tempo correto podem reduzir ou extinguir o risco de hospitalizações por prevenir o surgimento da doença ou por manejar adequadamente a condição ou doença crônica, as chamadas condições sensíveis aos cuidados primários (SOUZA; COSTA, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados alcançados com a PAPS no município de Tauá é possível concluir que a intervenção contribuiu para a apropriação das novas tecnologias propostas

para os trabalhadores, e possibilitou o alcance da reorganização da estrutura e processo de trabalho na APS, que podem estar associados a resultados sanitários como a queda nas internações por causas sensíveis da APS no período de implantação da intervenção no município.

No entanto, interessa-nos investigar, por meio de pesquisa de campo, de que forma esse processo contribuiu para a ressignificação dos processos de trabalho, e qual nível de apropriação por parte dos trabalhadores, de modo que possamos avaliar se o processo tem sustentabilidade com mudanças contextuais como uma mudança de gestão, por exemplo. Sugerimos, também, investigação que responda se a PAPS contribuiu para integração da APS com os demais níveis de complexidade da RAS, e seu impacto na mesma.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em 3 jun. 2016.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Censo Demográfico, 2016**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/taua/panorama>>. Acesso em: 17 jan. 2018.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s7-s16,

2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 18 mar. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300002>.

COSTA, Juvenal Soares Dias da. et al. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em Pelotas: 1998 a 2012. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v. 20, n. 2, p. 345-354, jun. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2017000200345&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 mar. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700020014>.

KRINGOS, Dione et al. **The breadth of primary care**: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research*, 2010; 10:65.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. ISBN: 978-85-7967-075-6.

_____. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. Brasil: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **A atenção à saúde coordenada pela APS**: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: OPAS, 2011.

RODGERS, Mark et al. **Developing a methodological framework for organisational case studies**: a rapid review and consensus development process. *Health Serv Deliv Res*, 2016;4(1).

RODRIGUES, Ludmila Barbosa Bandeira et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2014, v. 19, n. 02, p. 343-352. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.18032012>>. Acesso em: 18 mar. 2018. ISSN 1678-4561. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.18032012>.

SOUZA, Leonardo Lemos de; COSTA, Juvenal Soares Dias da. Interações por condições sensíveis à atenção primária nas coordenadorias de saúde no RS. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 765-772, ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000400017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 mar. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000400017>.

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

TAUÁ. Secretaria Municipal de Saúde de Tauá. **Relatório da Planificação da Atenção Primária à Saúde 2014 a 2016**. Tauá, 2016.

TURCI, M. A.; LIMA-COSTA, M. F.; MACINKO, J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2015, v. 31, n. 9. p. 1941-1952. ISSN 1678-4464. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00132114>>. Acesso em: 18 mar. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00132114>.

CAPÍTULO 10

O AUTO CUIDADO NA HANSENÍASE: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA DE GESTÃO DE UM GRUPO DE SUJEITOS COM SEQUELAS EM UM HOSPITAL COLÔNIA

Rayla Maria Pontes Guimarães Costa

Layza Castelo Branco Mendes

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas apresentam grande magnitude e são responsáveis por 72% das causas de morte e por 60% do ônus gerado com gastos no mundo. Observa-se, ainda, uma possível projeção de até 2020 gerar 80% de doenças dos países em desenvolvimento, uma vez que nesses países a adesão ao tratamento é de apenas 20% (OMS, 2003). Além da mortalidade, as doenças crônicas apresentam inúmeras morbidades relacionadas e são responsáveis por grande número de internações, causas de amputações, de perdas de mobilidade e de outras funções neurológicas, interferindo, assim, também na perda da qualidade de vida, a qual piora conforme o agravamento da doença (BRASIL, 2013).

A qualidade de vida foi integrada como princípio importante para a avaliação dos estados de saúde a partir da década de 60 e pode ser definida por aspectos subjetivos e multidimensionais, sendo os subjetivos relacionados com a avaliação

que os sujeitos percebem de seu estado de saúde, enquanto os multidimensionais se referem à avaliação que os sujeitos fazem de si, direcionadas a diversas áreas de sua vida: física, psíquica, emocional, social, econômica, espiritual e outras (THE WHO-QOL, 1995).

Em virtude do exposto, enfatiza-se que o cuidado prestado aos sujeitos portadores de doenças crônicas deve ser de forma integral e contínua. Adicionalmente, o modelo de atenção à saúde em vigor não tem obtido sucesso em suas condutas por não ser capaz de chegar à singularidade de cada indivíduo, estabelecendo olhares e fazeres que não correspondem ao sujeito real, necessitado de atenção e cuidado; o ideal seria que cada serviço fosse organizado como um elemento fundamental da integralidade do cuidado (MALTA; MERHY, 2010).

Bell e Duffy (2009) afirmam que o profissional de saúde assume papel decisivo junto ao sujeito portador de alguma doença crônica ao desenvolver atividades de educação em saúde com o intuito de capacitá-lo. Tal capacitação busca o desenvolvimento de habilidades na promoção da autonomia na gestão da doença crônica e na prevenção de complicações, sendo um fator essencial para a manutenção da qualidade de vida dele; requer do profissional um olhar holístico e humanístico da pessoa em sua singularidade e subjetividade.

Dentro dessa perspectiva, ressalta-se o autocuidado apoiado, proposto no Chronic Care Model (CCM) que se refere às estratégias utilizadas com o objetivo de preparar e empoderar as pessoas usuárias para autogerenciarem sua saúde e a atenção à saúde prestada, enfatizando o papel central dos sujeitos no cuidado de si (OPAS, 2013). Essa tecnologia pode ser aplicada aos sequelados pela hanseníase, uma vez que esses sujeitos apresentam limitações físicas, psicológicas e sociais,

necessitando de cuidados constantes, no qual o autocuidado apoiado é bastante eficaz para a melhoria da qualidade de vida. Vale ressaltar que, na Instituição cenário do estudo, ainda não foi implementado as ações do autocuidado apoiado, portanto, o relato da experiência será na perspectiva do autocuidado.

Em virtude do exposto, emergiu o seguinte questionamento: quais as experiências na gestão de um grupo de sujeitos com sequelas pela hanseníase em relação ao autocuidado em um Hospital Colônia? Os Hospitais Colônia foram criados pela Igreja Católica com o intuito de agregar os portadores de hanseníase e segregá-los das outras pessoas, pois os consideravam como pecadores que necessitavam receber uma punição de Deus, acreditando, assim, que receberiam a misericórdia divina com a segregação nessas instituições.

A hanseníase é uma doença crônica causada pela bactéria *Mycobacterium leprae* que se manifesta em células cutâneas e nervos periféricos, sendo o comprometimento dos nervos a característica principal da doença. A qual, quando não tratada, pode ocasionar o aparecimento de incapacidades físicas irreversíveis que podem evoluir para deformidades, resultando em grande sofrimento e prejuízo físico, além de impactos psíquicos e socioculturais (BAIALARDI, 2007).

Outrossim, as incapacidades são classificadas de acordo com o Ministério da Saúde nos graus 0, 1 e 2. No grau 0 estão classificados os doentes sem qualquer tipo de incapacidade funcional; no grau 1 refere-se à perda da sensibilidade protetora, tanto dos olhos como dos membros superiores e inferiores e, por fim, no grau 2 estão categorizados os indivíduos que podem apresentar lagofalmo e/ou ectrópio, triquíase, opacidade corneana central, acuidade visual menor que 0,1 ou incapacidade de contar os dedos de alguém a 6 metros de dis-

tância. Adicionalmente, indivíduos com incapacidades de grau 2, podem apresentar, nas mãos, lesões tróficas ou traumáticas, garras, reabsorção ou mão caída; e, nos pés, podem apresentar lesões tróficas ou traumáticas, garras, reabsorção e também pé caído e contraturas do tornozelo (BRASIL, 2006).

Nesse contexto, os profissionais de saúde desempenham papel importante na assistência aos sujeitos com sequelas pela hanseníase, sendo necessário o desenvolvimento de habilidades de autocuidado para alcançar a autogestão da saúde e para a elaboração do plano de cuidados de forma individualizada e integral. Certamente, o modelo de incentivo à mudança de comportamento dos cinco As (Avalie, Aconselhe, Acorde – Pactue, Assista e Acompanhe), por ser uma abordagem baseada em evidências, pode ser adequado para apoio a diversos comportamentos e condições de saúde, sendo possível aplicar aos sujeitos com sequelas pela hanseníase. Russel et al. (2006) afirmam que os portadores de doenças crônicas apresentam melhoria na qualidade de vida quando do uso dessa abordagem.

Visto isso, o autocuidado apoiado requer estreita relação entre os profissionais de saúde e os sujeitos com doenças crônicas, trabalhando em conjunto para definir problemas, estabelecer metas, monitorá-las, instituir planos de cuidados e resolver problemas. Portanto, torna-se essencial a colaboração desses profissionais para apoiar a adoção de novos comportamentos, através de ações educativas e trabalhos grupais (MENDES, 2011). Assim, trabalhar com grupo de ensino-aprendizagem deve ter como objetivo primordial aprender a aprender, formando cidadãos com pensamento crítico através da socialização do conhecimento (ZIMERMAN, 2007).

Em face do exposto, a pesquisa se mostra relevante por relatar uma experiência que pode colaborar para uma reflexão

crítica dos profissionais de saúde, bem como oferecer suporte e apoio ao autocuidado, melhorando a qualidade do atendimento prestado, e subsidiar a implementação das ações do autocuidado apoiado na Instituição, cenário do estudo. Diante disso, o objetivo do estudo foi relatar a experiência na gestão de um grupo de sujeitos com sequelas pela hanseníase em um Hospital Colônia em relação ao autocuidado.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, enquadrando-se no tipo relato de experiência. Mostra-se a experiência na gestão de um grupo de sujeitos com sequelas pela hanseníase em um Hospital Colônia no município de Parnaíba. O município fica localizado ao norte do Estado do Piauí, distante 339km da capital, Teresina, e apresenta um total populacional de 145.729 habitantes, dos quais 137.507 vivem em zonas urbanas, enquanto o restante vive nas zonas rurais (IBGE, 2013).

O Hospital Colônia do Carpina conta com 20 sujeitos com sequelas pela hanseníase, residentes na própria instituição. No quadro de profissionais de saúde, existem dois médicos ortopedistas, um médico cirurgião, um dermatologista, um psiquiatra, duas enfermeiras, dez técnicas de enfermagem, duas nutricionistas, duas assistentes sociais, duas psicólogas e uma pedagoga. Ainda existem os funcionários dos serviços gerais, da cozinha, da administração e do serviço de segurança/vigilância.

Percebeu-se na prática profissional de uma das autoras, a qual trabalha na Instituição como enfermeira, que os sujeitos apresentavam interesse em expor situações de suas vidas rela-

cionadas à vivência de terem tido hanseníase e apresentarem sequelas permanentes. A partir dessa percepção, pensou-se em desenvolver encontros mensais onde pudessem compartilhar vivências, anseios e sentimentos. Foi, então, desses encontros, que surgiu a necessidade de ensiná-los sobre a temática do autocuidado e formar o grupo de apoio aos com sequelas pela hanseníase.

O grupo teve funcionamento ocasional, pois foi condicionado aos estágios curriculares dos alunos do curso de enfermagem de uma universidade pública estadual, campo de trabalho de uma das pesquisadoras. Os encontros aconteceram no auditório da Instituição, nos meses de maio e junho/2016. Os participantes, sujeitos com sequelas pela hanseníase, apresentaram-se na faixa etária de 48 a 72 anos, tendo comparecido a cada encontro uma média de 10 a 12 pessoas. Foram realizados cinco encontros com duração de 90 minutos, cuja temática abordada foi a do autocuidado.

Para a efetivação do funcionamento do grupo foi desenvolvida uma dinâmica baseada nas contribuições de Pichon Rivière, a dinâmica de grupo operativo, cujo objetivo é o processo de aprendizagem dos sujeitos envolvidos através do trabalho coletivo (RIVIÈRE, 1998). O termo operativo consiste na tríade: pensamento, sentimento e ação (OSÓRIO, 1986).

Foi utilizado como apoio no processo ensino-aprendizagem o Guia de apoio para grupos de autocuidado em hanseníase do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010). Durante todo o processo grupal, foram realizadas anotações em diários de campo pelo observador do grupo. Vale ressaltar que o grupo era composto pelos sujeitos com sequelas, por um coordenador e por um observador. O coordenador foi o facilitador do processo grupal e o observador o responsável pela percepção e registro das comunicações verbais e não verbais.

DISCUSSÃO

O presente relato busca mostrar como foi a experiência de gestão de um grupo operativo para o autocuidado. Nesse sentido, as ações educativas direcionadas aos sujeitos com sequelas pela hanseníase são de fundamental relevância por oferecer oportunidade de evitar complicações crônicas e melhorar a qualidade de vida.

No desenvolvimento das atividades com os sujeitos com sequelas, trabalharam-se as temáticas: estigma, preconceito e discriminação; incapacidades e dificuldades nas atividades da vida diária; e cuidado com o corpo (olhos, nariz, mãos e pés). Cada encontro foi realizado em três momentos: primeiro um aquecimento (dinâmica de grupo), seguido do desenvolvimento da temática e, então, o encerramento do grupo (discussão da temática apresentada). Durante todo o processo, os sujeitos poderiam falar livremente, expressando suas dúvidas e angústias, tal como realizar troca de experiências entre pares.

A primeira temática, estigma, preconceito e discriminação, abordou como essas conotações interferiram na autoimagem e autoestima desses sujeitos, os quais foram estimulados a falar livremente sobre o impacto em suas vidas. Ressalta-se que o estigma e o preconceito em hanseníase estão associados à doença e permanecem no imaginário das pessoas, causando grande sofrimento aos seus portadores com inúmeras repercussões em sua vida pessoal e profissional, deixando marcas sociais e culturais que perduram até hoje (EIDT, 2004).

O termo estigma foi criado pelos gregos para explicar os sinais corporais que mostravam algo de extraordinário ou mal sobre a condição moral de alguém. Esses sinais eram como uma marca imposta pela sociedade a um dos seus mem-

bros, cuja pessoa que tivesse um comportamento diferente do grupo seria excluído, pois não se ajustava às características esperadas pela sociedade (GOFFMAN, 1980).

A natureza incapacitante da hanseníase, sua baixa patogenicidade e o estigma relacionado ao adoecimento são decisivos para constatar as dificuldades enfrentadas pelos sujeitos (LIMA et al., 2014). Portanto, o estigma é um evento real que afeta a vida dos sujeitos portadores e de sequelas pela hanseníase, tanto no âmbito físico e psicológico quanto no social e econômico, representando o conjunto de fatores como crenças, medos, preconceitos e sentimentos de exclusão adquiridos pela doença (RUFFERTY, 2005).

A discriminação cabe dentro do preconceito e significa diminuir, diferenciar e separar, permitindo, assim, que pessoas, grupos ou atividades sejam excluídas ou estigmatizadas. Consequentemente, aumentando a vulnerabilidade e acarretando isolamento, além de prejudicar o autocuidado e a adesão ao tratamento (SILVA et al., 2013).

A segunda temática, incapacidades e dificuldades nas atividades da vida diária, foi abordada de forma bem dinâmica através do resgate do relato individual de como surgiram as mudanças físicas no corpo e o que elas representavam em suas vidas. A hanseníase apresenta alto potencial incapacitante, comprometendo a vida social e laborativa dos sujeitos, acarretando ainda perdas econômicas e traumas psicológicos (AQUINO et al., 2003), além de poder causar prejuízo no cotidiano dos sujeitos com grande impacto social e psicológico (BUDEL et al., 2011). Isso ocorre devido às mudanças no corpo, na vida social e familiar, com diminuição do padrão de vida e da saúde em geral (BAIALARDI, 2007).

A terceira temática, e a que mais se prolongou, discorreu sobre autocuidado, em especial, o cuidado com olhos, nariz, mãos e pés, regiões mais afetadas pelo dano neural. O primeiro momento foi a realização da avaliação física em pares. Posteriormente, o grupo foi estimulado a discorrer sobre cuidado e autocuidado realizados em seu cotidiano, apontando as dificuldades e as barreiras para sua execução.

O autocuidado em sujeitos com sequelas pela hanseníase refere-se às ações e às decisões realizadas para prevenir, diagnosticar e/ou tratar a doença, melhorando a saúde, utilizando os cuidados formais e informais (HENRIQUES; COPPARD, 1985). Pode ser definido como todas as práticas desenvolvidas pelo próprio sujeito em benefício próprio para promover, preservar, garantir e manter a vida (BRASIL, 2008). Adicionalmente, o sujeito sequelado pela hanseníase necessita resgatar seus vínculos e valores, melhorar sua autoestima e autoimagem, partilhar sentimentos e relacionar-se para ser reinserido em sociedade (BAIALARDI, 2007).

CONCLUSÃO

A experiência de gestão de um grupo operativo para o autocuidado foi bastante motivadora, uma vez que foi possível estimular a valorização do autocuidado dos sujeitos com sequelas, bem como a melhoria de sua qualidade de vida. No decorrer do processo, muitas dúvidas surgiram relacionadas ao autocuidado. Todos se mostraram bastante interessados nas ações de autocuidado, buscando incorporar novas práticas em seu cotidiano.

Constatou-se que a vida desses sujeitos foi e é marcada pelo estigma e preconceito, apresentando falsos conceitos sobre a doença, permanecendo, até hoje, excluídos da vida em sociedade devido às deformidades apresentadas.

Por isso, conclui-se que há necessidade de se implantar e implementar mais ações educativas para esses sujeitos, contribuindo de modo significativo para a reinserção social, tendo o sujeito papel central nessas ações. Dentro dessa perspectiva, menciona-se o autocuidado apoiado, como fator primordial para essas ações, a partir do desenvolvimento de habilidades de autocuidado nesses sujeitos, tornando-os protagonistas nos cuidados à saúde.

REFERÊNCIAS

AQUINO, D. M. C.; SANTOS, J. S.; COSTA, J. M. L. Avaliação do programa de controle da hanseníase em um município hiperendêmico do Estado do Maranhão, Brasil, 1991-1995. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, p. 119-125, 2003.

BAIALARDI, K. S. O estigma da hanseníase: relato de experiência em grupo com pessoas portadoras. **Hansen Int.**, v. 32, n. 1, p. 27-36, 2007.

BELL, L.; DUFFY, A. A concept analysis of nurse-patient trust. **British Journal of Nursing**, v.18, p. 46-51, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de apoio para grupos de autocuidado em hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o autocuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal 2006-2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BUDEL, A. R.; COSTA, C. F.; PEDRI, L. E.; RAYMUNDO, A. R.; GERHARDT, C. Perfil dos pacientes acometidos pela hanseníase atendidos no Ambulatório de Dermatologia do Hospital Evangélico de Curitiba. *Anais Bras. Dermatol.*, v. 86, n.5, p.942-946, 2011.

EIDT, L.M. Ser hanseniano: sentimentos e vivências. *Hansenologia Internationalis*, v. 29, n.1, p.21-27, 2004.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

HENRIQUES, M. C. L.; COPPARD, L. C. La auto atención de la salud y los ancianos. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (Org.). **Hacia el bienestar de los ancianos**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1985. p. 45-58.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: <<http://ibge.gov.br>>. Acesso em: 12 jun. 2017.

LIMA, I. B.; SIMPSON, C. A.; CABRAL, A. M. F. Limitação de atividades e participação social em pacientes com hanseníase. *Revista de enfermagem UFPE Online*, Recife, v. 8, n.4, p.994-1001, 2014.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface: comunic., saúde, educ.*, São Paulo, v. 14, n. 34, p. 593-605, 2010.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde: revisão bibliográfica, fundamentos, conceito e elementos constitutivos. **Organização Pan-Americana da Saúde**, Brasília, p. 61-85, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação. Brasília: OMS, 2003.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Cuidados innovadores para las condiciones crónicas**: organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. Washington: OPAS, 2013.

OSÓRIO, L. C. **Grupoterapia Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

RUFFERTY, E. Curing the stigma of leprosy. **Leprosy Review**, v. 76, n. 2, p. 119-126, 2005.

RUSSEL, E.; GLASGOW, S. E.; DORIANE, C. M. Avaliando a técnica dos cinco A'S para aconselhamento centrado no paciente. **Health Promotion International**, v. 21, n. 3, p. 245-255, 2006. DOI: 10.1093/heapro/dal017.

SILVA, R.C.P. et al. Sonhos interrompidos, caminhos desviados: marcas amenizadas por pensões. **Hansen Inter.**, v. 38, n. 1-2, p. 3-13, 2013.

THE WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc. Sci. Med.** 1995; 41(10):1403-1409.

ZIMERMAN, D. A importância dos grupos na saúde, cultura e diversidade. **Vínculo**, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 1-16, 2007.

PARTE II

AVALIAÇÃO E REGULAÇÃO EM SAÚDE

PRÁTICAS DE GESTÃO, PROCESSOS,
PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO
PRÁTICAS DE GESTÃO
PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO
PRÁTICAS DE GESTÃO
PROCESSOS, PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO

CAPÍTULO 11

AVALIAÇÃO ECONÔMICA EM SAÚDE: CONCEITOS, OBJETIVOS E MÉTODOS

Mirena Maria de Noronha Viana

Maria Helena Lima Sousa

INTRODUÇÃO

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) com todas as suas características determinou a necessidade de uma reorganização complexa dos serviços de saúde e a busca contínua da eficiência dos investimentos em saúde nos orçamentos públicos.

Diante do cenário atual de importantes incrementos nos custos relacionados à saúde, com a aceleração nos processos de inovação, disseminação da globalização de novas tecnologias, o significativo envelhecimento populacional e as expressivas mudanças nos hábitos de vida da sociedade contemporânea, exigem a realização de avaliações, com o objetivo de melhor utilizar os diversos recursos aplicados (BRASIL, 2008).

É imprescindível priorizar o uso inteligente dos recursos, buscando descentralizar e aumentar a oferta e a qualidade dos serviços, e é neste contexto que os estudos de avaliação econômica são extremamente relevantes, pois disponibilizam instrumentos úteis para o estabelecimento dessas prioridades.

A avaliação econômica em saúde é uma atividade que tem por objetivo otimizar a eficácia de programas ou projetos na obtenção de seus resultados, assim como aperfeiçoar a eficiência na alocação dos escassos recursos para a sua execução (BRASIL, 2009).

Ainda que sejam no setor saúde, as avaliações econômicas continuam considerando os custos, porém diferentemente das avaliações econômicas em outros segmentos, as avaliações econômicas em saúde, tem como foco não apenas os gastos, mas também o benefício que irão produzir no ganho em saúde para a sociedade (BRASIL, 2014).

As principais justificativas para a realização de avaliações econômicas no âmbito da saúde são a diminuição de dúvidas relacionadas às intervenções, a possibilidade de alocação racional dos recursos para a diminuição dos custos, a mensuração das contribuições positivas e efeitos adversos provenientes de inovações e a alternativa de reorientação de ações cujos resultados não foram considerados esperados, embasando tecnicamente a tomada de decisões dos gestores (NITA et al., 2010).

METODOLOGIA

A composição deste capítulo, que trata de um estudo de revisão de literatura, resultou de pesquisas nas bases de dados Lilacs, SciELO e Pubmed, no período compreendido entre 1997 a 2017. Foi realizada busca de livros, artigos, teses, dissertações, disponíveis no idioma português, espanhol e inglês utilizando os descritores: economia da saúde, avaliação econômica em saúde e avaliação de tecnologias em saúde.

Para esta revisão foi utilizada a leitura sistemática a fim de definir as categorias necessárias ao aprofundamento e à discussão acerca das avaliações econômicas aplicadas ao setor saúde.

AVALIAÇÃO ECONÔMICA EM SAÚDE

Os estudos das implicações econômicas e de custos relacionados às avaliações econômicas compreendem um vasto grupo de métodos usados nas avaliações de tecnologias em saúde.

Na medida em que identificam e mapeiam problemas e oportunidades para o uso e a aplicação de soluções tecnológicas e em que investigam a efetividade, os custos e os impactos do uso de uma tecnologia no sistema de saúde, essas análises auxiliam na escolha de intervenções mais efetivas por um menor custo e agregam elementos para mudanças e melhorias das políticas de saúde, potencializando a eficiência e a efetividade dos serviços e a qualidade do cuidado prestado em saúde (BRASIL, 2008).

Independentemente do modelo de financiamento ser público ou privado para o cuidado com a saúde, a grande maioria dos países tem-se deparado com uma curva ascendente de custos (BRASIL, 2009).

Como consequência do crescimento dos gastos em saúde, a busca pela eficiência na alocação dos recursos tem ocupado papel de destaque na pauta das discussões de políticas públicas (BRASIL, 2014).

À medida que os gastos com a saúde aumentam, outras despesas se veem pressionadas a diminuir, trazendo questionamentos reais aos tomadores de decisão em relação à alocação e à gestão de recursos dentro dos orçamentos públicos (BRASIL, 2014).

O significativo aumento dos custos que se atribui à tecnologia com os cuidados em saúde advém da especificidade de sua utilização. Nos diversos setores econômicos, a difusão da tecnologia tende a envolver um processo substitutivo, em que uma nova tecnologia ocupa o espaço de outras já existentes e que tendem a ficar obsoletas (BRASIL, 2009).

Na saúde, novos procedimentos e técnicas de tratamento são precipitadamente incorporados pelos profissionais, mesmo antes de evidências suficientes que comprovem a sua segurança, eficácia e efetividade. Salienta-se também que, frequentemente, as tecnologias na área da saúde não são substitutivas, tendendo a serem cumulativas, logo, o aumento das despesas é diretamente proporcional aos avanços dos conhecimentos e equipamentos utilizados no diagnóstico e tratamento das doenças (ORTÚN-RUBIO, PINTO-PRADES E PUIG-JA-NOY, 2001).

Esse gradativo aumento dos custos da atenção em saúde e o imperativo de justificar decisões de alocação de recursos nos orçamentos setoriais justificam a importância de aperfeiçoar a relação entre custos e benefícios de saúde resultantes dos serviços prestados (BRASIL, 2009).

A inexistência de análises sistematizadas e com rigor metodológico, impossibilita a identificação racional das alternativas, vulnerabilizando o processo de tomada de decisões e acarretando em decisões críticas e motivadas por critérios desprovidos de fundamentação científica e técnica. Desse modo, a coleta e a utilização de informações sobre custos e benefícios das intervenções, ponderando os valores dos recursos aplicados e dos resultados obtidos em saúde podem auxiliar no estabelecimento de prioridades para a alocação de recursos escassos e finitos em saúde (DRUMMOND et al., 2001).

As avaliações econômicas em saúde se configuram como técnicas analíticas formais para comparar duas ou mais propostas alternativas de ação, tanto em termos de custos como também de consequências, sejam elas positivas ou negativas (DRUMMOND et al., 2001).

Avaliação econômica compreende, frequentemente, uma síntese das informações de várias disciplinas, tais como epidemiologia, pesquisa clínica e economia. As avaliações econômicas baseiam-se no custo de oportunidade, isto é, na lógica de que a aplicação de recursos em determinados programas e tecnologias implica a não provisão em outros. Na realidade, o custo real de uma atividade não corresponde apenas aos recursos despendidos na sua oferta, mas também no valor de todas as outras atividades que deixam de ser fornecidas (DRUMMOND et al., 2001).

Existe uma variedade de abordagens para a análise econômica de tecnologias em saúde, mas todas apresentam duas características centrais: abordam insumos e produtos, assim como os custos e as consequências das tecnologias ou intervenções em saúde e comparam estratégias tecnológicas, podendo ser duas ou mais alternativas tecnológicas existentes para uma mesma condição clínica ou, ainda, intervenções diferentes para condições de saúde distintas (BRASIL, 2009).

As principais diferenças entre as avaliações econômicas consistem no tipo de consequências consideradas, nas implicações dos diferentes métodos e no alcance da análise pretendida. A escolha do tipo de avaliação econômica está diretamente relacionada ao propósito final da avaliação e da disponibilidade de dados e de outros recursos, humanos e financeiros (BRASIL, 2009).

É importante destacar que a avaliação econômica no campo da saúde apresenta diferentes abordagens alternativas, especialmente no que se refere ao foco da avaliação e à forma de mensuração dos resultados.

A realização de qualquer avaliação econômica requer identificação, quantificação, valoração e comparação de custos e desfechos das opções consideradas. As variáveis em análise nos programas ou projetos em avaliação dividem-se entre custos e benefícios. Enquanto o uso dos recursos é sempre aferido em unidades monetárias, as formas de mensuração das consequências são distintas. Em todas elas, o numerador representa a quantidade de recursos envolvidos com a intervenção e o denominador, uma medida do benefício que define o tipo de análise. Os benefícios podem ser apresentados sob forma de unidades monetárias ou unidades físicas, a diferenciação de medidas de benefício em uma ou outra unidade determina a forma de análise utilizada na avaliação, logo, os vínculos estabelecidos entre os custos e os resultados de uma estratégia terapêutica definem os tipos de análises econômicas existentes (DRUMMOND et al., 2001).

Existem características distintas de avaliações econômicas em saúde, sendo denominadas completas ou parciais, segundo o propósito do estudo e os componentes analisados.

As avaliações econômicas completas comparam custos e desfechos de duas ou mais alternativas terapêuticas, sendo a única que pode fornecer informação válida sobre a eficiência. São diferenciadas pelo desfecho da opção terapêutica, que pode ser representado em unidades monetárias (custo-benefício), clínicas (custo-efetividade) ou de bem-estar (custo-utilidade), essa última expressa pelas referências do paciente (BRASIL, 2014).

As avaliações econômicas parciais são tipos de estudos econômicos, que consideram custos e/ou desfechos sem envolver uma comparação entre as alternativas ou sem relacionar os custos às consequências. Em muitos casos, a avaliação incompleta em saúde descreve o custo ou o desfecho de uma única intervenção ou em um único serviço. A definição dos tipos de estudos a serem empregados decorre da pergunta norteadora da pesquisa, da perspectiva a ser adotada, dos dados disponíveis para a análise e de diversos outros fatores (DRUMMOND et al., 2001).

A discussão teórica metodológica sobre avaliação econômica em saúde, ainda tem longos e numerosos caminhos a serem percorridos. Este capítulo tem o objetivo de contribuir para a melhor compreensão dos tipos de avaliações econômicas em saúde e da importância destes estudos dentro do cenário econômico do Sistema Único de Saúde.

AVALIAÇÕES ECONÔMICAS COMPLETAS EM SAÚDE

Avaliam tanto os custos como os resultados de saúde de uma intervenção ou programa de saúde, estas avaliações comparam estes componentes através da potencial implementação de possíveis intervenções alternativas (DRUMMOND et al., 2001).

ANÁLISE CUSTO-EFETIVIDADE (ACE)

A Análise Custo-Efetividade (ACE) mensura o custo em unidades monetárias dividido por uma unidade não monetária, chamada unidade natural, por exemplo, anos de sobrevivência após determinada intervenção em saúde ou redução de eventos cardiovasculares. Essa análise é a melhor opção quan-

do são comparadas duas ou mais intervenções para um mesmo desfecho em saúde. Sua limitação é não permitir a análise de intervenções para desfechos diferentes (ARAÚJO et al., 2008).

A ACE constitui uma técnica analítica que compara os custos de determinada intervenção ou programa de saúde aos benefícios resultantes, expressos em diferentes unidades de medida, sendo os custos expressos em unidades monetárias e os benefícios, em objetivos.

Trata-se da análise econômica predominante nos estudos em saúde, devido à melhor compreensão dos desfechos obtidos, por exemplo, anos de vida salvos ou eventos mórbidos evitados. Esse tipo de análise permite estimar o custo por unidade de efetividade.

A razão de custo-efetividade é resultante da divisão da totalidade de custos atribuídos a cada alternativa de intervenção ou programa de saúde pelos respectivos benefícios obtidos, podendo ser identificados três cenários: o primeiro cenário se constitui quando a nova tecnologia, quando comparada à existente, apresenta um custo menor com uma maior efetividade, logo, a nova tecnologia deve ser incorporada; o segundo cenário, quando a nova tecnologia tem um custo maior com uma menor efetividade, logo, essa tecnologia deve ser descartada e o terceiro cenário, quando a nova tecnologia proporciona um maior custo, porém com uma maior efetividade, logo, deve-se realizar a análise de custo-efetividade incremental, a fim de que se verifique a justificativa sensata para a manutenção da nova tecnologia adotada (ARAÚJO et al., 2008).

A principal vantagem da ACE reside na facilidade de interpretar resultados, assim como na simplificação na forma de medir os benefícios, dado que é desnecessário convertê-lo em unidades monetárias. Sua principal desvantagem refere-se

à impossibilidade de comparação entre intervenções ou programas de saúde cujos benefícios apresentem diferentes unidades de medida, já que é aplicada quando as intervenções que devem ser comparadas têm como consequência um benefício unidimensional e comum, tal como anos de vida ganhos (NITA et al., 2012).

Uma característica importante da análise de custo-efetividade é a possibilidade de hierarquizar as diferentes opções de ações para se alcançar os objetivos do projeto, analisando os custos de cada uma para obter uma unidade de produto.

Sendo assim, estabelecidos os objetivos para um projeto em saúde, a análise de custo-efetividade busca avaliar as diferentes alternativas possíveis para alcançá-los, que devem ser comparáveis entre si, e, nesta medida, é primordial que as alternativas tenham a mesma população-alvo (SECOLI et al., 2010).

ANÁLISE CUSTO-MINIMIZAÇÃO (ACM)

Análises sobre custos associados a doenças situam-se entre os estudos econômicos pioneiros em saúde na literatura. Tais estudos concentram-se na descrição de custos associados ao tratamento de determinadas doenças, sendo o tipo de análise completa mais simples, pois compara apenas os custos entre as alternativas, visto que os desfechos são equivalentes (NITA et al., 2012).

A análise custo-minimização refere-se à comparação de custos de diferentes patologias ou alternativas de intervenção ou programas de saúde, buscando escolher a alternativa com o menor custo.

A análise custo-minimização pode ser considerada um caso especial de análise custo-efetividade, quando diferentes alter-

nativas de intervenção ou programas de saúde apresentam desfechos quantitativamente semelhantes, concentrando diferenças apenas na comparação dos respectivos custos (SECOLI et al., 2010).

É uma comparação entre as intervenções alternativas que produzem resultados equivalentes. A determinação dos supostos custos envolvidos faz a diferença entre elas, evidenciando a intervenção de menor custo.

Estimativas de custos associados a doenças, em conjunto com outros dados como prevalência, incidência, morbidade e mortalidade, agregam valor na configuração do impacto de uma doença na sociedade.

ANÁLISE CUSTO-UTILIDADE (ACU)

A análise de custo-utilidade busca unir aspectos econômicos, clínicos e humanísticos na valoração dos benefícios obtidos em intervenções ou programas de saúde, ou seja, há a incorporação de um critério de qualidade e quantidade de vida na mensuração dos benefícios das alternativas em avaliação (PUIG-JANOY, PINTO-PRADES E ORTÚN-RUBIO, 2001).

Essa análise avalia o valor de recursos gastos em um programa ou em uma intervenção em saúde quanto ao resultado medido em termos de unidades não monetárias ajustadas por qualidade de vida.

Um dos principais indicadores utilizados na ACU é o QALY (Quality Adjusted Life Years), ou anos de vida ajustado pela qualidade, medida que combina quantidade de tempo com qualidade de vida, atribuída a um determinado estado de saúde, permitindo inclusão de mortalidade, morbidade e preferências dos indivíduos (DRUMMOND et al., 2001).

Na mesma lógica de atribuir um valor às consequências de alternativas que devem ser comparadas, este tipo de análise é preferido por aqueles que têm receios em atribuir valores em moeda monetária a benefícios. Assim, nesta análise, a medida de valor é a utilidade que deverá refletir as preferências de indivíduos ou da sociedade sobre um conjunto de resultados em saúde, por um quadro clínico ou um perfil de estado de saúde.

A vantagem dessa medida é que ela pode integrar ganhos na redução da morbidade (melhoria na qualidade de vida) e ganhos na redução da mortalidade (anos de vida ganhos) em uma única medida. Mais recentemente, têm surgido outras medidas alternativas ao QALY, tais como: equivalente aos anos de vida (Health Years Equivalent – HYE), anos de vida ajustados por incapacidade (Disability Adjusted Life Years – DALY), dentre outras (PUIG-JANOY, PINTO-PRADES E ORTÚN-RUBIO, 2001).

ANÁLISE CUSTO-BENEFÍCIO (ACB)

A análise custo-benefício efetua a comparação entre os custos e os benefícios associados a diferentes alternativas de intervenção ou programas de saúde, sendo os custos e os benefícios apresentados sob a forma de unidades monetárias (BRASIL, 2014).

A principal vantagem da ACB é a possibilidade de comparação entre intervenções ou programas de saúde que apresentem objetivos diferentes, além de não limitar a valorização dos benefícios ao campo da saúde. Ou seja, há a possibilidade de comparação entre programas e projetos em diferentes áreas.

Comparam os custos e os benefícios, ambos quantificados em unidades monetárias comuns. É indicada quando se necessita de um denominador comum para facilitar a comparação de resultados. Assim, uma medida de valor, a moeda corrente do local do estudo, do grupo de efeitos de um programa ou uma intervenção deverá ser adotada. Para isso, será necessária uma transformação de efeitos como dias de incapacidades evitados, anos de vida ganhos, redução de dores e outros sintomas em valores monetários (BRASIL, 2009).

No contexto da ACB, a estimativa dos benefícios associados às diferentes alternativas de intervenção ou programas de saúde pode ser efetuada sob quatro prismas diferentes: 1. capital humano, no qual a abordagem avalia a saúde com base na capacidade produtiva dos indivíduos; 2. custo friccional que avalia a saúde com base na produtividade de trabalho; 3. preferências reveladas que estimam benefícios em saúde de acordo com as escolhas realizadas pelos próprios indivíduos em diferentes mercados e 4. avaliação por contingências que baseiam-se na valoração de benefícios em saúde a partir de preferências pessoais (PUIG-JANOY, PINTO-PRADES E ORTÚN-RUBIO, 2001).

No entanto, é difícil atribuir um valor monetário às consequências de um programa de saúde; por isso, a utilização deste método fica restrita. Serve aos estudos em que pode ser atribuído, facilmente, um valor monetário às consequências, como, por exemplo, o aumento da produtividade ou a volta ao trabalho decorrente da cura de um paciente, ou, ainda, o aumento do período de vida produtiva, e, também, os estudos em que se avalia a poupança para o sistema de saúde decorrente da cura ou melhora nas condições de saúde do paciente (BRASIL, 2009).

AVALIAÇÕES ECONÔMICAS PARCIAIS EM SAÚDE

Avaliam os componentes de custos ou de resultados de programas e de possíveis intervenções alternativas, ou avaliam os custos e os resultados de uma intervenção única (DRUMMOND et al., 2001).

ANÁLISE CUSTO-CONSEQUÊNCIA (ACC)

Existem estudos que examinam a relação entre os custos e os resultados de uma única intervenção, sem comparação com outra alternativa, e recebem a denominação de estudos de custo-consequência (BRASIL, 2014).

As análises de custo-consequência podem realizar avaliações de uma única intervenção, tecnologia ou programa, medindo seus custos e suas consequências sem proceder comparação com nenhuma outra alternativa, ou seja, não tem o objetivo de comparar alternativas. Propõe ainda uma análise conjunta dos custos e resultados de um programa de saúde, compreendendo uma visão do todo e representando o detalhamento da realidade do objeto (SILVA & SOUSA, 2011).

Esse tipo de análise não agrega diferentes vertentes das consequências, deixando ao utilizador do estudo a função de dar diferentes valores a cada vertente. Essa análise não efetua conclusão sobre o grau de eficiência dos métodos analisados, cabendo ao utilizador, que tem a capacidade analítica para decisão, dar os devidos pesos às diferentes consequências dos tratamentos, relacionando-os devidamente aos custos (SILVA & SOUSA, 2011).

A ACC melhora a transparência de outros tipos de avaliações econômicas quando usadas como passo intermediário

de uma análise, com os custos e as consequências apresentadas de forma desagregada antes de serem combinadas sob a forma de outro tipo de avaliação. Adicionalmente, dado que a informação utilizada nesses estudos é variada, torna-se necessário proceder à imputação e à extrapolação de dados, exigindo a utilização de critérios transparentes (BRASIL, 2014).

Esses tipos de estudos permitem ainda dar mais liberdade de decisão aos responsáveis, na medida em que fornecem informações importantes do quadro geral de impacto de uma intervenção, tecnologia ou programa e não estabelecem medidas intrínsecas. Considera-se que a avaliação custo-consequência é uma possibilidade de apresentar uma lista de resultados diferenciais, segundo a dimensão dos programas alternativos, cabendo logo entregá-lo a quem efetua as transações que consideram necessárias entre eles (BRASIL, 2009).

A ACC destaca-se por ter um quadro geral dos custos envolvidos de um determinado programa, serviço ou estratégia, auxiliando na tomada de decisão no que se refere à otimização dos recursos empregados, a partir de propostas de intervenção nos componentes de custos mais significativos (BRASIL, 2009).

ANÁLISE DE CUSTO DA DOENÇA (ACD)

São estudos de natureza basicamente descritiva, cujo objetivo é especificar por itens, valorar e quantificar os custos de uma doença, com o intuito de estimar o seu impacto econômico e a quantia que poderia ser economizada ou ganha, caso a doença deixasse de existir, ou seja, a essência do método é o reconhecimento dos casos, a identificação, a mensuração e a avaliação dos custos diretos e indiretos relativos à doença investigada.

Os estudos de custo das doenças são considerados ferramentas importantes no âmbito da saúde pública, pois conseguem quantificar os recursos gastos pelo sistema e a importância da doença para a sociedade, consistindo na determinação do impacto econômico de uma doença ou de uma atitude. Tais conhecimentos, por indicar quais agravos à saúde têm o maior impacto econômico, ajudam na decisão de quais doenças, requerendo maior atenção e prioridade na alocação de recursos com vistas a investimentos relacionados à prevenção e até mesmo busca pela cura. Ressalta-se, ainda, que estes estudos não sejam indicados para doenças crônicas e são estudos limitados no que concerne à identificação de intervenções que serão mais eficientes para a sociedade, porque não incluem a avaliação dos desfechos (SANCHO, 2007).

ANÁLISE DE CUSTO-COMPARAÇÃO

As análises de custo-comparação confrontam somente os custos de duas ou mais intervenções, não realizando comparação dos desfechos (NITA et al., 2010).

ANÁLISE DE DESCRIÇÃO DE CUSTOS

As análises de descrição de custos examinam os custos de determinada intervenção ou de um programa, não realizando comparação com outras intervenções alternativas (SANCHO, 2007).

ANÁLISE DE DESCRIÇÃO DE DESFECHOS

As análises de descrição de desfechos estudam somente as consequências de uma intervenção ou de um programa, não realizando comparação com outras intervenções alternativas (NITA et al., 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os interesses pelas avaliações econômicas vêm aumentando significativamente devido às preocupações com a crescente elevação dos gastos no setor saúde, pelas pressões sobre os gestores nas decisões sobre a alocação eficiente de recursos e pela necessidade dos produtores de bens demonstrarem os benefícios de suas tecnologias. Como resultado, observa-se o incremento no número de avaliações econômicas na literatura, assim como tem existido um aprimoramento da escolha dos métodos envolvidos. Os resultados das avaliações econômicas não devem servir como o único ou o principal influenciador das tomadas de decisões e do complexo processo de planejar serviços e sistemas de saúde. Porém, considerando que esses estudos de análise buscam elucidar e estruturar o problema, trazendo um tratamento claro das questões-chave, eles podem ser valiosos nos processos de incorporação e gestão das tecnologias de saúde (PUIG-JANOY, PINTO-PRADES E ORTÚN-RUBIO, 2001).

Os tipos de análises econômicas apresentadas aqui são conceitualmente simples, porém o uso adequado da terminologia e a leitura detalhada e crítica de estudos são importantes a fim de se gerar familiaridade com os termos, uma vez que a

interpretação do resultado final pode ser realizada de modos diferentes, dependendo da ótica do responsável pela tomada de decisões.

Assim, sabe-se que mesmo com a crescente produção de estudos econômicos, os mesmos ainda são mais empregados para tecnologias emergentes e para aquelas com elevado impacto financeiro, daí a importância de se associar tais estudos às análises de impactos orçamentários a fim de mensurar as repercussões econômicas e a sustentabilidade das ações.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Denizar Vianna et al. Custo-efetividade da trombólise pré-hospitalar VS intra-hospitalar no infarto agudo do miocárdio. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [s.l.], v. 90, n. 2, p.100-107, fev. 2008. FapUNIFESP (SciELO). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0066-782x2008000200005>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para a gestão do SUS**. Brasília: MS, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação econômica em saúde: desafios para gestão no Sistema Único de Saúde**. Brasília: MS, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes metodológicas: diretriz de avaliação econômica**. Brasília: MS, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes metodológicas: estudos de avaliação econômica de tecnologias em saúde**. Brasília: MS; 2009.

DRUMMOND, M. F. et al. **Métodos para la evaluación económica de los programas de asistencia sanitaria**. 2. ed. Diaz de Santos, 2001.

NETO, G. V.; MALIK, A. M. **Gestão em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. cap. 14: 193-198.

NITA, Marcelo Eidi et al. **Avaliação de tecnologias em saúde: evidência clínica, análise econômica e análise de decisão**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

_____. Custo-efetividade e impacto orçamentário da saxagliptina como terapia adicional à metformina para o tratamento do diabetes mellitus tipo 2 no sistema de saúde suplementar do Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, [s.l.], v. 58, n. 3, p. 294-301, maio 2012. Elsevier BV. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-42302012000300008>.

ORTÚN-RUBIO, V.; PINTO-PRADES, J. I.; PUIG-JUNOY, J. El establecimiento de prioridades. **Atención Primaria**, [s.l.], v. 27, n. 9, p. 673-676, 2001. Elsevier BV. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0212-6567\(01\)78879-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0212-6567(01)78879-8).

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar. **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

PEREIRA, J.; BARBOSA, C. Avaliação econômica aplicada aos medicamentos. In: **PharmacoEconomics**. SRA Formação Contínua, 2009. 7-20.

PEREIRA, J.; MATEUS, C. Custos indiretos associados à obesidade em Portugal. **Rev. Port. de Saúde Pública**, 2003. 3: 65-80.

PUIG-JUNOY, J.; PINTO-PRADES, J. I.; ORTÚN-RUBIO, V. El análisis coste-beneficio en sanidad. **Atención Primaria**, [s. l.], v. 27, n. 6, p. 422-427, 2001. Elsevier BV. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0212-6567\(01\)78825-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0212-6567(01)78825-7).

SANCHO, L. G. **Avaliação Econômica em Saúde**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild. Hucitec, 2007.

SECOLI, Silvia Regina et al. Avaliação de tecnologia em saúde: II. A análise de custo-efetividade. **Arquivos de Gastroenterologia**, [s. l.], v. 47, n. 4, p. 329-333, dez. 2010. FapUNIFESP (SciELO). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0004-28032010000400002>.

SECRETARIA DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS. Avaliação de Tecnologias em Saúde: institucionalização das ações no Ministério da Saúde. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 40, n. 4, p. 743-747, ago. 2006. FapUNIFESP (SciELO). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102006000500029>.

SILVA, M. G. C; SOUSA, M. H. L. **Temas de Economia da Saúde III**. Fortaleza - CE: Ed. UECE. 2011.

CAPITULO 12

A REGULAÇÃO NA GESTÃO EM SAÚDE

Naara Régia Pinheiro Cavalcante

Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu, em seu artigo 198, que o Sistema único integra uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada de acordo com as diretrizes de descentralização, com direção única em cada esfera de governo, com atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e com a participação da comunidade, obedecendo os princípios expostos na Lei 8080/1990, dos quais destacam-se a universalidade, a equidade e a integralidade.

Na perspectiva de assegurar uma assistência universal, equânime e com integralidade do cuidado, a Regulação, cujo conceito mais disseminado no Sistema Único de Saúde (SUS) está relacionado ao controle do acesso e adequação à oferta de serviços (BRASIL, 2011), vem ganhando espaço e relevância na área de saúde à medida que seus mecanismos de atuação ultrapassam a restrita concepção do acesso, e se expandem, sobretudo, para assegurar a efetiva qualidade dos serviços prestados a todos os cidadãos.

No setor Saúde, a regulação compreende ações de regulamentação, fiscalização, controle, auditoria e avaliação de determinado sujeito social sobre a produção e a distribuição de bens e serviços de saúde. A regulação no setor Saúde tem por finalidade contribuir para a produção das ações de saúde e, como objeto: os estabelecimentos (envolvendo estrutura física, equipamentos, profissionais etc.); as relações contratuais; o exercício das profissões de saúde; a oferta e a demanda por serviços; os protocolos assistenciais; os fluxos de atendimento; a produção, a venda, a incorporação e o uso de insumos, medicamentos e de outras tecnologias; condições de trabalho e ambientes relativos ao setor Saúde; além do controle e da avaliação dos custos e gastos em saúde. (BRASIL, 2016, p.31)

Como fundamental ferramenta para a gestão, a Regulação em saúde possui responsabilidades de atuação nos serviços e na assistência, o que a torna uma atividade complexa. Ela possui um número expressivo de atividades, instrumentos e estratégias, cujas ações incluem cuidados individuais e coletivos, que requerem a atenção em distintos pontos de atenção à saúde, tanto ambulatoriais, quanto hospitalares. (BRASIL, 2011).

A regulação no setor Saúde é uma ação política de garantia de direitos sobre os interesses do mercado e constitui-se no cotidiano em uma ação complexa, que compreende um considerável número de atividades, instrumentos e estratégias. Importante considerar ainda que o setor é composto por um conjunto de ações, serviços e programas de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, que incluem tanto cuidados individuais quanto coletivos e que requerem a atenção nos diferentes níveis de complexidade. (BRASIL, 2016, p. 32)

A regulação, literalmente definida como ato ou efeito de regular, qual seja “que é ou que age conforme as regras, as normas, as leis, as praxes” (FERREIRA, 1733, 1999), vem buscando a garantia do cuidado efetivo aos cidadãos seja no setor público como no privado, componentes do Sistema de Saúde Brasileiro, conforme estabelecido na Constituição Federal de 1988.

Na busca dessa garantia e diante das necessidades de estruturação das ações de regulação, controle e avaliação no âmbito do SUS, de fortalecimento do processo de regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços de saúde e de fortalecimento dos instrumentos de gestão, foi instituída a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS, através da PORTARIA Nº 1.559, DE 1º DE AGOSTO DE 2008.

Em seu art. 2º, a Política coloca que as ações estão organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si:

I - Regulação de Sistemas de Saúde: tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas;

II - Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus res-

pectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS; e

III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

Instituída para implantação em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, como instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo, a Política, em seu o Art. 10 responsabiliza a União, os Estados, os Municípios e o Distrito Federal a exercerem, em seus âmbitos administrativos, as seguintes atividades:

- I - executar a regulação, o controle, a avaliação e a auditoria da prestação de serviços de saúde;
- II - definir, monitorar e avaliar a aplicação dos recursos financeiros;
- III - elaborar estratégias para a contratualização de serviços de saúde;
- IV - definir e implantar estratégias para cadastramento de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde;

V - capacitar de forma permanente as equipes de regulação, controle e avaliação; e

VI - elaborar, pactuar e adotar protocolos clínicos e de regulação.

No SUS, a gestão de sistemas e serviços de saúde tem como principal desafio o desenvolvimento das capacidades regulatória e fiscalizatória em prol da garantia e preservação dos interesses da população. Cabendo à Regulação essa função, a mesma atua na produção de bens e serviços, na contratação de prestadores, na busca da qualidade dos serviços oferecidos, na definição dos acessos e nos fluxos assistenciais, entre outros. (SILVA et al,2015)

O mesmo autor ao dispor sobre os macroproblemas nessa função no Setor público, destaca: a atenção à saúde ainda orientada pela demanda espontânea e atenção hospitalar; a atenção básica não exercendo plenamente o papel de ordenadora da rede de atenção e coordenadora do cuidado integral; uma Gestão insuficiente e pouco permeável à inovação e mudança; as limitações da regulação pública da saúde diante dos desafios do SUS e, ainda, as ações de regulação assistencial pouco articuladas com a produção do cuidado em redes e a garantia da integralidade.

Como integrante do Sistema de Saúde, o setor privado também está sujeito a uma regulamentação e enfrenta macroproblemas comumente culminados pela fragmentação produzida pela convivência de setores paralelos (Público/Privado), na qual financiamento, gestão, oferta e acesso de serviços possuem particularidades próprias

Para minimizar os efeitos dessa fragmentação, os sistemas público e privado passaram por ajustes em suas organizações ao longo dos últimos anos, em destaque a Saúde

suplementar, que passou a ser regida pela Lei n. 9.656/98 e regulamentada no ano 2000, através da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. (BRASIL, 1998).

De acordo com Brasil (2007) a aprovação da lei n. 9.656/98 e, posteriormente, da Lei n. 9.961/2000, se deu pelo crescimento desordenado e desregulado do Setor da Saúde suplementar.

A partir da regulamentação instituída, o Setor Suplementar passou a ter que atender exigências, que na qualidade de integrante do Sistema de Saúde, seriam necessárias, tanto para sua organização geral, quanto para a implantação de ações de saúde convergentes com o preconizado no Direito à Saúde.

A criação da ANS caracterizou-se pela unificação da regulação e da fiscalização numa agência reguladora única, vinculada ao Ministério da Saúde por um Contrato de Gestão. Esse processo caracterizou-se pela introdução de uma cultura regulatória não centrada somente no saneamento econômico e seus aspectos gerenciais, mas na busca de uma expressiva mudança da atenção à saúde, referendada pelo fato de essa regulação se dar no âmbito do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2009, p. 19).

Com a vigência das leis, foram estabelecidos padrões de oferta de serviços, regras, medidas para saneamento dos planos, critérios de ressarcimento ao SUS, dentre outros, ficando a ANS como instância de regulação do setor suplementar, com autonomia financeira e decisória e assemelhando-se às demais agências reguladoras. Sua instituição configurou um passo importante para o mercado, vez que, mesmo com a permanência de lacunas a serem aprimoradas no processo regulatório, estendeu o papel de regulação para o controle da assistência no setor e para as condições financeiras das empresas (SANTOS et al., 2008).

Considerando a amplitude de atuação da Regulação para a efetiva produção do cuidado em saúde nos eixos público e privado, o ideal para o Sistema de Saúde Brasileiro seria que esses setores se articulassem para uma agenda integrada e coesa no intuito de serem entendidos como parte de um mesmo sistema e que juntos possam alcançar os princípios constitucionais, quais sejam: a Universalidade, a Equidade e a Integralidade.

Uma ação de regulação integrada dirigida para o segmento público e privado se constitui em um avanço na construção da reforma sanitária, uma vez que implica em ações direcionadas ao conjunto dos componentes essenciais e aos resultados do Sistema Nacional de Saúde em sua totalidade, sendo necessária uma divisão institucional de trabalho e uma ação interministerial, envolvendo a regulação dos seguintes eixos principais: da oferta de tecnologia em saúde; da quantidade e da qualidade da formação e do mercado de trabalho de profissionais de saúde; dos honorários profissionais; acreditação de estabelecimentos de saúde; dos parâmetros de acesso e qualidade assistencial para condições de saúde mais prevalentes; e da produção e da oferta dos medicamentos e de insumos estratégicos para a saúde.(CORDEIRO et al., 2011)

No campo prático, a Regulação em Saúde requer ações fundamentais que norteiem seus diversos pontos de atuação, dentre elas: A) Assegurar fluxo adequado e acesso gerenciado aos recursos assistenciais em todos os níveis de atenção à saúde, conforme necessidade dos cidadãos, garantido soluções de maneira equânime, evitando e mediando conflitos e entraves na rede de atenção; b) Avaliar e monitorar a qualidade e efetividade das intervenções e capacidade técnica dos serviços de saúde, orientando-os para as melhores práticas dentro dos padrões técnicos-científicos e éticos; c) Avaliar as inovações tec-

nológicas, e seus impactos econômicos e sociais, com metodologia que garanta uma melhor solução técnico-científica para a assistência à saúde dos cidadãos; e) Desenvolver e definir protocolos técnicos que assegurem melhoria nos atendimentos.

Além desses aspectos podemos: a) estimular o acesso à atenção básica como ordenadora da rede de atenção e coordenadora do cuidado integral; b) utilizar as informações de saúde para subsidiar a elaboração e a análise de indicadores que permitam a avaliação e o monitoramento dos serviços de saúde, e a redefinição do planejamento e das estratégias estabelecidas; d) avaliar e monitorar a efetividade da assistência à saúde prestada aos cidadãos, assegurando rigor sanitário nos atendimentos e solução assistencial para cada demanda; e) manter canais de comunicação permanentes entre os órgãos reguladores, serviços e cidadãos; f) estimular que os cidadãos efetuem a autorregulação e o autocuidado em saúde.

Nessa perspectiva, ainda devemos estabelecer critérios técnicos de contratação e avaliação de desempenho de prestadores de serviços de saúde credenciados, e efetuar vistorias sistemáticas; e zelar pelo equilíbrio econômico-financeiro, de modo que seja garantida a assistência à saúde necessária a todos os cidadãos.

Para o desenvolvimento das competências fundamentais para a gestão e operação da Regulação em Saúde, faz-se necessário o investimento na formação dos profissionais da saúde através da constituição de um programa de capacitação permanente para os trabalhadores.

A formação deverá promover a atualização dos conhecimentos, fomentando a capacidade para a investigação, análise e avaliação críticas dentro dos preceitos das evidências científicas vigentes, cabendo aos gestores/trabalhadores a iden-

tificação das necessidades da população, a análise do perfil da oferta, da demanda e dos recursos disponíveis, a identificação de conflitos que interfiram nas ações regulatórias, a análise criteriosa para as incorporações de novas tecnologias, a articulação entre os diversos setores que compõem o sistema, com implementação de práticas que favoreçam uma gestão e um desenvolvimento de processos qualificados

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. **Atenção à saúde no setor suplementar**: evolução e avanços do processo regulatório. Rio de Janeiro: ANS, 2009.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011. p. 126. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 10).

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Saúde Suplementar**. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm>. Acesso em: 01 dez. 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: 26 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.559**, de 1º de agosto de 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, ago. 2008. Seção 4, p. 48-49.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Curso básico de regulação do Sistema Único de Saúde – SUS** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. p. 227: il.

CORDEIRO, H. A.; CONILL, E. M.; SANTOS, I. S.; BRESSAN, A. I. Por uma redução nas desigualdades em saúde no Brasil: qualidade e regulação num sistema com utilização combinada e desigual. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Gestão Pública e Relação Público-Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Cebes, 2011. p. 300.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Aurélio Século XXI**: o dicionário da língua portuguesa. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

SANTOS, F. P. et al. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(5):1463-1475, 2008.

SILVA, Silvio Fernandes et al. **Regulação em saúde no SUS**: caderno do curso 2015. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; Ministério da Saúde, 2015. p. 47. (Projetos de Apoio ao SUS)

CAPÍTULO 13

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DE MARACANAÚ: UMA ANÁLISE SOBRE A EVOLUÇÃO DAS DESPESAS

Pablo Stefan Pires da Silva

Carlos Garcia Filho

INTRODUÇÃO

Segundo Marin (2003), a assistência farmacêutica compreende um conjunto de atividades que envolvem o medicamento e que devem ser realizadas de forma sistêmica, ou seja, articuladas e sincronizadas, tendo como beneficiário maior o paciente. É o resultado da combinação de estrutura, pessoas e tecnologias para o desenvolvimento dos serviços em um determinado contexto social. Dessa forma, necessita de uma organização de trabalho que amplie sua complexidade, de acordo com o nível de aperfeiçoamento das atividades e da qualidade impressa nos serviços realizados.

A criação da Central de Medicamentos - CEME pelo Estado Brasileiro no início da década de 1970 é um dos marcos iniciais que referenciam a assistência farmacêutica como política pública. Seu principal objetivo era melhorar o acesso da população de baixa renda aos medicamentos essenciais por meio de estratégias centralizadas de aquisição e distribuição (GARCIA; GUERRA JR; OCURIO, 2015).

A CEME teve relevância na assistência farmacêutica pública no Brasil até o ano de 1997. Com a sua extinção, nesse mesmo ano, as atribuições e responsabilidades foram repassadas a diferentes setores do Ministério da Saúde. O fim da CEME determina a formulação de uma nova política para promover o acesso aos medicamentos no Brasil. Ainda em 1998 foi publicada a Política Nacional de Medicamentos estabelecida por meio da Portaria GM/MS nº. 3.916 (GARCIA; GUERRA JR; OCURIO, 2015). A desativação da CEME ocorreu no contexto da descentralização da atenção à saúde e da redefinição da atuação das três esferas de governo quanto à questão dos medicamentos (MARIN, 2003).

Com a instituição do Sistema Único de Saúde - SUS, o direito à assistência terapêutica, inclusive farmacêutica, foi previsto, mas não regulamentado e somente em 1998 foi publicada a Política Nacional de Medicamentos. Essa política tem como objetivos a garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais (VIEIRA; ZUCHI, 2007). A assistência farmacêutica ocorreu, portanto, de modo tardio em relação à implantação do SUS.

Segundo Rieck (2008), a assistência farmacêutica ainda não está consolidada como política pública. Muitos são os problemas advindos da fragilidade de suas bases legais, de financiamento insuficiente e sem garantias de sustentabilidade, de relevante caráter político do medicamento, do uso irracional, da medicalização da sociedade brasileira, da complexidade do mercado farmacêutico, da introdução constante de novas tecnologias, da insuficiência dos processos dos sistemas de gestão e do suprimento de medicamentos, da apropriação insuficiente dos conceitos técnicos, de sua judicialização, do aparecimento

de novas endemias, do aparecimento de enfermidades crônicas, da manutenção de altos índices de intoxicação por medicamentos, dentre outros. As desordens e as incertezas anunciam sua complexidade e os conceitos influenciam diretamente na prática e na gestão.

Dentre os principais problemas que a assistência farmacêutica enfrenta, Rieck (2008) destaca o financiamento insuficiente e sem garantias de sustentabilidade, o que gera outros problemas como a judicialização e o desabastecimento, além de onerar o município em relação a gastos com medicamentos. Este capítulo tem como objetivo analisar a evolução das despesas da assistência farmacêutica de Maracanaú, um município do Estado do Ceará, pertencente à Região Metropolitana de Fortaleza, no período de 2007 a 2017.

CONTEXTUALIZAÇÃO

Em 1983, Maracanaú emancipou-se definitivamente de Maranguape. Sua população em 2013 era de 217.922 habitantes e sua área geográfica de 105,6km², a população é eminentemente urbana. A cidade é um importante centro industrial do Ceará. Seu Índice de Desenvolvimento Humano Municipal -IDH-M foi de 0,686, em 2010, sendo o sexto maior do Estado. Em 2012, o Produto Interno Bruto - PIB de Maracanaú foi de 4 bilhões de reais e o PIB *per capita* de R\$19.548,87, sendo o segundo maior do Estado do Ceará (MARACANAÚ, 2013).

A rede de serviços que compõe o sistema municipal de saúde caracteriza-se pela assistência através das atenções primária e secundária. Maracanaú integra a rede regionalizada e hierarquizada do SUS, sendo referência para os municípios da

3ª CRES, estando a gestão do sistema, em âmbito local, sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde. O município dispõe de 112 estabelecimentos de saúde habilitados para inscrição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES (MARACANAÚ, 2013)

A assistência farmacêutica de Maracanaú está inserida no organograma da Secretaria Municipal de Saúde como diretoria executiva sendo formada por uma Central de Abastecimento Farmacêutico - CAF, uma Farmácia Polo, onde são dispensados medicamentos sujeitos a controle especial, uma célula de dispensação de medicamentos dos componentes especializado e estratégico, de programas específicos, mandados judiciais e medicamentos da atenção secundária, além de vinte e nove farmácias de dispensação de medicamentos da atenção básica, que estão inseridas nas unidades básicas de saúde. em relação aos recursos humanos à assistência farmacêutica de Maracanaú, conta com 18 farmacêuticos, dos quais 8 atuam diretamente na atenção básica e mais de 80 auxiliares, distribuídos entre a CAF e demais serviços.

A assistência farmacêutica de Maracanaú tem procurado inovar, modificar estruturas e processos de trabalho, aumentar e capacitar os recursos humanos, atuar na promoção e proteção da saúde, contribuir para melhoria dos indicadores de saúde do município, além da busca de parcerias com: equipes do programa saúde da família, agentes de saúde, equipe da saúde mental, gerentes dos programas estratégicos, vigilância sanitária e epidemiológica. Essas parcerias têm sido essenciais para o fortalecimento da assistência farmacêutica e a qualidade do serviço prestado.

EVOLUÇÃO DAS DESPESAS

O Ministério da Saúde, em 1999, criou o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e estabeleceu critérios para habilitação dos estados e municípios a receberem recurso financeiro oriundo das três esferas de governo para a aquisição de medicamentos para a atenção básica (BRASIL, 1999). No mesmo ano, o Ceará aderiu a um modelo de compra centralizada de medicamentos, chamado de Programação Pactuada Integrada - PPI de medicamentos, no qual o Estado passou a ser o responsável pela aquisição desses insumos. A adesão dos municípios a esse modelo de aquisição é opcional. Logo em seguida, foi realizada a primeira compra centralizada pelo então Departamento de Assistência Farmacêutica - DEASE, da Secretaria Estadual da Saúde - SESA, hoje Coordenadoria de Assistência Farmacêutica -COASE.

O Ceará possui 184 municípios, dos quais 182 participam da compra centralizada de medicamentos. Os municípios que aderem à compra centralizada têm responsabilidade de repassar à SESA, por meio de débito automático, suas contrapartidas mensais, já a contrapartida federal é repassada diretamente ao governo estadual.

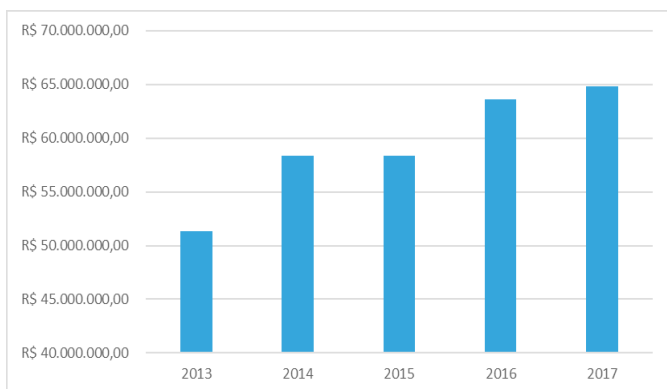
A Portaria nº. 1555/2013, do Ministério da Saúde, estabelece o financiamento de medicamentos do componente básico e define as seguintes contrapartidas anuais por habitante: da União R\$5,10, do Estado R\$2,36 e do município R\$2,36, deste sendo R\$0,20 destinado para aquisição de seringas e agulhas para monitoramento da glicemia (BRASIL, 2013).

Como a Portaria de financiamento é a mesma desde 2013 e os valores *per capita* praticamente não se alteraram, não houve um aumento considerável em relação às despesas com

medicamentos para Atenção Básica da PPI de medicamentos da SESA, fato que não ocorreu no município de Maracanaú.

No gráfico 1, observa-se a despesa com medicamentos para a Atenção Básica da PPI da SESA, no período de 2013 a 2017.

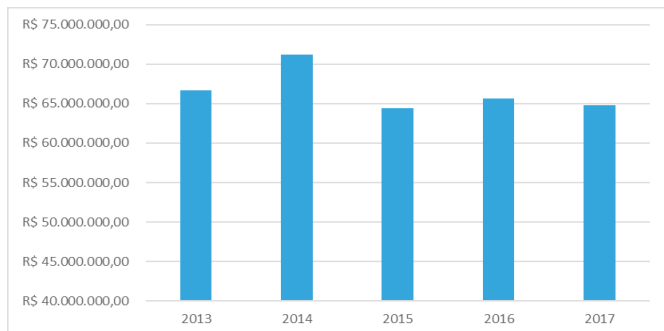
Gráfico 1 – Evolução dos gastos com medicamentos da programação pactuada integrada da atenção básica da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, no período de 2012 a 2017



Fonte: COASF/SESA

Percebe-se, no gráfico 1, uma tendência crescente da despesa com medicamentos da PPI, no período estudado. Embora praticamente não tenha havido aumento no valor *per capita*, haja vista que a Portaria que, atualmente, regulamenta o financiamento de medicamentos da atenção básica é de 2013. No gráfico 2, esses mesmo valores foram corrigidos pelo IPCA, com base em dezembro de 2017.

Gráfico 2 – Evolução dos gastos com medicamentos da programação pactuada integrada da atenção básica da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, no período de 2012 a 2017, corrigido pelo IPCA

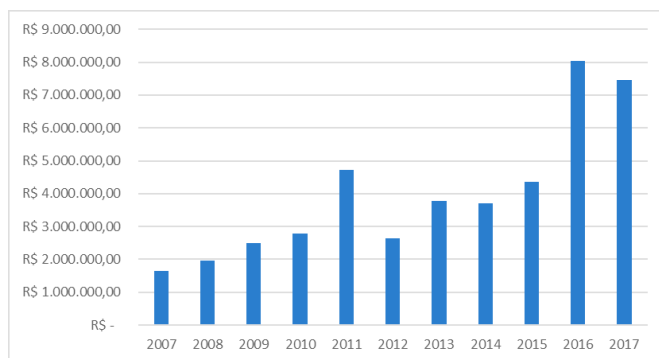


Fonte: COASF/SESA com valores corrigidos pelo IPCA com base em dezembro de 2017

Quando se aplica o IPCA, com base em dezembro de 2017, verifica-se, no gráfico 2, uma tendência mais estável nos valores gastos com medicamentos da PPI da Atenção Básica da SESA, o que significa que não está havendo um maior investimento na aquisição de medicamentos, ou seja, o crescimento nos valores se deve, principalmente, à influência da inflação no período. O ano de 2014 foi atípico em relação aos demais, este fato pode ser parcialmente explicado pelo início da crise financeira e política ocorrida no país, o que gerou instabilidade nos governos municipais.

Já em relação ao município de Maracanaú é expressivo o aumento nos gastos com medicamentos, ano após ano, de acordo com os Relatórios de Gestão. O gráfico 3 apresenta a evolução dessa despesa no período de 2007 a 2017.

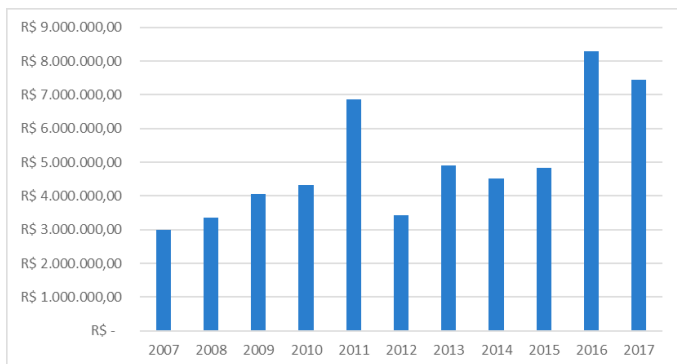
Gráfico 3 – Evolução dos gastos com medicamentos da Secretaria de Municipal de Saúde de Maracanaú, no período de 2007 a 2017



Fonte: Relatórios de gestão da SMS de Maracanaú, período de 2007 a 2017.

Verifica-se, no gráfico 3, que o gasto com medicamentos aumentou consideravelmente, principalmente nos anos de 2016 e 2017. No entanto, é importante ressaltar que também houve um aumento considerável no número de itens do elenco disponível para a atenção básica, que em 2007, era aproximadamente 100 itens e, em 2017, superou os 140 itens. Essa ampliação do elenco justifica, parcialmente, o aumento nos gastos com medicamentos ocorrido durante esse período. O gráfico 4 apresenta os valores do gráfico 3 corrigidos pelo IPCA.

Gráfico 4 – Evolução dos gastos com medicamentos da programação pactuada integrada da atenção básica da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, no período de 2007 a 2017, corrigido pelo IPCA.



Fonte: Relatórios de gestão da SMS de Maracanaú, período de 2007 a 2017, com valores corrigidos pelo IPCA com base em dezembro de 2017.

Observa-se que não há uma variação significativa nos valores, após a correção pelo IPCA, pois o gráfico segue na mesma tendência crescente. Os gastos com assistência farmacêutica da Secretaria de Saúde de Maracanaú no ano de 2017, totalizaram um montante de R\$7.456.120,65, perfazendo um valor *per capita* de R\$35,29 por habitante. O quadro 1 apresenta o detalhamento de todos os gastos realizados com medicamentos e alimentação enteral e oral pela Secretaria Municipal de Saúde de Maracanaú, no ano de 2017, e origem dos recursos.

Quadro 1 – Despesa com medicamentos da Assistência Farmacêutica da Secretaria de Saúde de Maracanaú, 2017

Descrição	Origem do Recurso	Valor	Per Capita
Programação Pactuada e Integrada - PPI Atenção Básica (<i>per capita</i> R\$9,82 anual)	Federal Estadual Municipal	R\$1.776.863,95	R\$8,41
Programação Pactuada e Integrada - PPI Atenção Secundária (<i>per capita</i> R\$3,00 anual)	Estadual Municipal	R\$554.237,25	R\$2,62
Medicamentos adquiridos de Pregões do Município	Federal	R\$2.297.877,13	R\$10,88
Insulinas	Federal Municipal	R\$ 189.943,89 R\$ 61.746,37	R\$0,90 R\$0,29
Tuberculose e Hanseníase	Federal	R\$ 16.839,41	R\$0,08
Saúde da Mulher	Estadual	R\$ 68.498,87	R\$0,32
Hipoclorito de Sódio	Federal	R\$ 13.537,06	R\$0,06
Vitamina A	Federal	R\$ 1.939,69	R\$0,01
Tabagismo	Federal	R\$ 936,46	R\$ -
Outros Programas Estaduais	Estadual	R\$ 58.720,22	R\$0,28
Ordem Judicial (Medicamentos, Alimentação Enteral e Oral)	Municipal	R\$ 2.298.025,35	R\$10,88
Programa de Concessão de Leite a Base de Soja	Federal	R\$ 116.955,00	R\$0,55
TOTAL	-	R\$7.456.120,65	R\$35,28

Fonte: Relatório de Gestão da AF da Secretaria Municipal de Saúde de Maracanaú, 2017.

Um dado importante, observado no gráfico 1, é o gasto com aquisições de medicamentos para cumprir mandados judiciais, que corresponderam a 30,82% do gasto total da assistência farmacêutica, perfazendo um valor *per capita* anual de R\$10,88, ultrapassando inclusive os gastos com os medicamentos adquiridos através de pregões. Ressalta-se, ainda, que os medicamentos adquiridos para cumprir mandados judiciais são pagos com recurso do tesouro municipal. Dados como esses são importantes para reforçar a necessidade da revisão do elenco de medicamentos disponibilizados pelo SUS e a incorporação de novas tecnologias.

Para que se possa compreender o crescimento nos gastos com medicamentos da Secretaria Municipal de Maracanaú, depois de 2015, serão apresentados nos quadros 2 e 3 o detalhamento de todos os gastos dos anos de 2015 e 2016.

Quadro 2 – Despesa com medicamentos e alimentação enteral e oral da Assistência Farmacêutica da Secretaria de Saúde de Maracanaú, 2015.

Descrição	Origem do Recurso	Valor R\$	Per Capita atingida R\$
Programação Pactuada e Integrada - PPI Atenção Básica (<i>per capita</i> R\$8,90 anual)	Federal Estadual Municipal	1.784.600,77	8,44
Programação Pactuada e Integrada - PPI Atenção Secundária (<i>per capita</i> R\$1,85 anual)	Estadual Municipal	456.389,86	2,16
Medicamentos adquiridos de Pregões do Município	Federal	140.000,00	0,66
Insulinas	Federal Municipal	122.802,96 0	0,58 0,00
Tuberculose e Hanseníase	Federal	13.163,19	0,06
Saúde da Mulher	Estadual	31.906,20	0,15
Hipoclorito de Sódio	Federal	20.119,29	0,09
Vitamina A	Federal	3.297,28	0,01
Tabagismo	Federal	70.623,55	0,33
Outros Programas Estaduais	Estadual	0	0,00
Ordem Judicial (Medicamentos, Alimentação Enteral e Oral)	Municipal	1.063.031,66	5,03
Programa de Concessão de Leite a Base de Soja	Federal	0	0
TOTAL	-	3.705.934,76	17,54

Fonte: Relatório de Gestão da AF da Secretaria Municipal de Saúde de Maracanaú, 2015.

Observa-se, no quadro 2, que durante o ano de 2015, o gasto com medicamentos adquiridos por pregões no município foi inferior aos anos posteriores, provavelmente esse fato pode ser explicado pela realização de poucas aquisições dada a crise financeira e política no Brasil, que teve início no ano anterior.

Quadro 3 – Despesa com medicamentos e alimentação enteral e oral da Assistência Farmacêutica da Secretaria de Saúde de Maracanaú, 2016.

Descrição	Origem do Recurso	Valor R\$	Per Capita atingida R\$
Programação Pactuada e Integrada - PPI Atenção Básica (per capita R\$9,82 anual)	Federal Estadual Municipal	2.071.788, 63	9,80
Programação Pactuada e Integrada - PPI Atenção Secundária (<i>per capita</i> R\$3,00 anual)	Estadual Municipal	529.959,37	2,50
Medicamentos adquiridos de Pregões do Município	Federal	2,589.145,62	12,25
Insulinas	Federal Municipal	196.697,09 0	0,93 0
Tuberculose e Hanseníase	Federal	15.475,11	0,07
Saúde da Mulher	Estadual	150.692,34	0,71
Hipoclorito de Sódio	Federal	201.578,49	0,95
Vitamina A	Federal	3.666,70	0,01
Tabagismo	Federal	3.255,20	0,01
Outros Programas Estaduais	Estadual	127.188,02	0,60
Ordem Judicial (Medicamentos, Alimentação Enteral e Oral)	Municipal	2.416.655,84	11,43
Programa de Concessão de Leite a Base de Soja	Federal	11.851,44	0,05
TOTAL	-	8.317.953, 85	39,37

Fonte- Relatório de Gestão da AF da Secretaria Municipal de Saúde de Maracanaú, 2016.

Observa-se, no quadro 3, um aumento significativo no gasto com aquisições realizadas pelo município em 2016 em relação ao ano de 2015, provavelmente para aumentar o acesso da população a medicamentos e evitar desabastecimento. No entanto, chama a atenção o fato de que, embora tenha o município adquirido mais medicamentos em relação ao ano anterior, também houve aumento considerável no gasto com mandados judiciais.

Segundo Almeida e Silva (2016), o Brasil apresenta um contínuo crescimento com o gasto na saúde, situação que se

pode verificar na assistência farmacêutica em Maracanaú. Segundo os autores, esse crescimento nos gastos está relacionado à universalização do acesso a partir da criação do SUS, ao aumento da expectativa de vida da população e à incorporação tecnológica que ocorreu nas últimas décadas.

Para Vieira (2013), existe uma carência de estudos sobre assistência farmacêutica. Sabe-se, no entanto, que existe um subfinanciamento do sistema, e que os problemas não se restringem apenas à oferta de medicamentos e à disponibilidade de produtos, mas também à falta de um uso racional e gestão dos serviços farmacêuticos.

Percebe-se que é notável o crescimento do gasto com medicamentos, e que o Governo Federal arca com a maior parte do financiamento. Contudo, as despesas crescentes com aquisição de medicamentos não resultam em diminuição das demandas judiciais, o que indica uma incapacidade de fornecimento adequado. Por conta disso, ressalta-se a importância de estudos sobre financiamento de medicamentos no Brasil, para que seja possível melhorar a tomada de decisão de gestores da assistência farmacêutica e do SUS.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, I. M., SILVA, H. T. H. Equipamento médico-hospitalar: uma gestão na área da saúde. *Interdisciplinary Journal of Health Education*. 2016; 1(1).

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria GM nº 176, de 8 de março de 1999**. Estabelece o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica. Diário Oficial da União, 1999.

_____. **Portaria 1555/2013**, que estabelece financiamento para os medicamentos do componente básico. Ministério da Saúde, 2013.

_____. **Portaria nº 3916**, que estabelece a Política Nacional de Medicamentos. Ministério da Saúde, 1998.

_____. **Resolução nº 338/2004**, que estabelece a Política de Assistência Farmacêutica, Conselho Nacional de Saúde, 2004.

GARCIA, M. M. et al. **Estratégias Brasileiras para melhorar o acesso aos medicamentos**: um comparativo entre Programa rede de farmácias de Minas e Programa rede próprio da Farmácia Popular do Brasil. Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais, 2015.

MARIN, N. et al (Org.). **Assistência Farmacêutica para Gerentes Municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARACANAÚ. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**, Maracanaú SMS, 2013, p. 8-12.

RIECK, Elisa Brust. **Análise da gestão estadual de Assistência Farmacêutica a partir do pensamento complexo**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008. p. 1.

TELES, A. S.; COELHO, T. C. B. Gasto público federal com medicamentos em uma macro região de saúde. Rio de Janeiro, **Caderno de Saúde Coletiva**, 2011, p. 264-70.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Distorções caudadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. São Paulo, **Revista de Saúde Pública**, 2007, p. 214-22.

CAPÍTULO 14

USO DAS DIMENSÕES DA AVALIAÇÃO NO APERFEIÇOAMENTO DO COMPLEXO DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO CEARÁ

Ricardo Hélio Chaves Maia

Adriano Rodrigues de Souza

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, tem-se reconhecido a importância da avaliação. Ainda que, como afirmam Serapioni, Lopes e Silva (2017) a avaliação seja uma disciplina jovem. Nessa contextura de valorização desse processo, se reconhece que a avaliação precisa possuir características específicas para permitir o alcance dos objetivos propostos e uma tomada de decisão. Essas deliberações devem garantir maior eficiência dos processos de acordo com as metas definidas pelos serviços de saúde (MATIDA e CAMACHO, 2004).

Assumimos como objeto de estudo o uso de dimensões avaliativas no complexo de regulação, a partir de algumas problemáticas de pesquisa das quais destacamos: o conhecimento sobre avaliação pode facilitar a resolução de problemas na regulação da urgência e emergência, por exemplo, no sistema de regulação de leitos?

O interesse pela temática deriva da atuação como chefe de equipe do Hospital Doutor Carlos Alberto Studart Gomes (Hospital de Messejana - HM) entre 2011 e 2015, que possibilitou experiências com o complexo de regulação do Ceará. Essa atuação permitiu identificar problemas relacionados à lotação de leitos, muitas vezes resultante de um processo fracamente regulamentado e frágil em termos de informações.

O objetivo deste trabalho foi analisar artigos na área de avaliação da saúde a partir de diferentes dimensões ou categorias de análise, a saber: conceito de avaliação, objetivos da avaliação e avaliação da qualidade em saúde, embora reconheçamos que existem inúmeras outras possibilidades. Esperava-se verificar como essas dimensões são abordadas na literatura e quais sua confluências e possibilidades de uso na regulação da rede de urgência e emergência.

O texto está dividido em quatro seções. Nas três primeiras apresentamos e discutimos as dimensões da avaliação, tendo priorizado conceito, objetivos e qualidade da avaliação na área da saúde. Na quarta seção, mostramos o processo histórico de constituição do complexo de regulação do Ceará e apresentamos como as dimensões avaliativas podem ser utilizadas para favorecer a resolução de problemas na regulação de serviços de urgência e emergência.

METODOLOGIA

Estudo bibliográfico acerca das dimensões da avaliação e o complexo de regulação. A pesquisa bibliográfica “não é mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre certo assunto, mas propicia o exame de um tema sob novo enfoque ou abor-

dagem, chegando a conclusões inovadoras” relatam Marconi; Lakatos (2003, p. 166).

Os dados foram coletados a partir do levantamento das publicações científicas sobre o tema. Os artigos selecionados tiveram como critério de escolha a abordagem de alguma categoria de análise da avaliação e como critério de exclusão textos que não tinham essas dimensões como objeto de estudo, sem definição de um interstício.

Foi realizado um levantamento no banco de dados do Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Para operacionalizar a pesquisa foram utilizados os operadores lógicos de pesquisa, que selecionam a partir dos descritores escolhidos, utilizamos os seguintes termos: conceito de avaliação, objetivos da avaliação e qualidade da avaliação. Selecionamos usando como método o Google acadêmico e obras escritas no Brasil. A escolha destas palavras-chave ocorreu por estas constituírem as dimensões da avaliação, embora existam outras categorias priorizamos estas três no trabalho. Todas as obras selecionadas abordavam as dimensões avaliativas na área da saúde.

A escolha dos textos aconteceu após a leitura e identificação da pertinência para temática elegida. Os artigos selecionados tiveram como critério de escolha a abordagem de alguma categoria de análise da avaliação e como critério de exclusão textos que não tinham essas dimensões como objeto de estudo.

Procedemos, também, a uma pesquisa documental em fontes primárias,

No caso da pesquisa documental, tem-se como fonte documentos no sentido mais amplo, ou seja, não só de documentos impressos, mas, sobretudo de outros tipos de documentos, tais

como jornais, fotos, filmes, gravações, documentos legais. Nestes casos, os conteúdos dos textos ainda não tiveram nenhum tratamento analítico, são ainda matéria-prima, a partir da qual o pesquisador vai desenvolver sua investigação e análise. (SEVERINO, 2007, p.122).

Quanto aos aspectos éticos, esta pesquisa não utilizou nenhuma forma direta ou indireta de participação de seres humanos, pois foram utilizados dados de domínio público: bibliográficos e documentais. Portanto, não necessitando obedecer às especificações da Resolução nº 466/2012 do Ministério da Saúde.

1ª DIMENSÃO DE ANÁLISE: O CONCEITO DE AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Para refletir sobre o conceito de avaliação em saúde foram selecionados quatro textos, em função de sua aproximação com a dimensão selecionada, sua citação em obras correlatas e a contribuição potencial para o debate, foram eles: *Avaliação de quarta geração* (CUBA e LINCOLN, 2011); *A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos* (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997); *Um método construtivista para a avaliação em saúde* (FURTADO, 2001) *Avaliação em Saúde* (SERAPIONI, LOPES e SILVA, 2017) e *O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde* (TANAKA e TAMAKI, 2012).

Furtado (2001) realiza uma investigação sobre métodos potencialmente mais adequados para a avaliação de serviços e programas a partir das questões apresentadas pela política de desinstitucionalização em saúde e pelas limitações da avaliação ortodoxa. Para tanto, aborda diferentes concepções de avalia-

ção de programas e serviços, aspecto que nos interessou, uma vez que, essa multiplicidade de concepções de avaliação torna muitas vezes difícil definir nossa filiação.

O autor, anteriormente citado, chama atenção para a avaliação como campo conceitual e de trabalho, destacando que esse campo não está bem definido, uma vez que, o papel do avaliador carece de clareza e os conceitos da área são utilizados de formas diferentes, além do que são criados, frequentemente, conceitos que redundam numa imensa diversidade terminológica.

De acordo com Ovretveit (1998 apud SERAPIONI, LOPES e SILVA, 2017) a história da avaliação na saúde iniciou e tem sido dominada pelas abordagens utilizadas na avaliação dos tratamentos e influenciada pela medicina clínica, pela estatística e pela pesquisa epidemiológica. O conhecimento médico avançou rapidamente como resultado da aplicação do método científico, seja por meio da ciência laboratorial pura, seja por meio da experimentação e observação empírica.

Em relação ao seu percurso histórico nos últimos cem anos podemos dividir essa conceituação em quatro gerações:

A primeira geração se caracterizaria pela mensuração e estaria atrelada à avaliação do desempenho. Durante os 30 primeiros anos do século XX, os termos “avaliação” e “mensuração” tornaram-se intercambiáveis. A segunda geração foi caracterizada pela descrição, nasce a chamada avaliação de programas: trata-se de identificar e descrever o processo e como a atividade atinge (ou não) seus resultados e não somente de medir resultados, como na geração anterior. A terceira geração se caracterizaria pelo julgamento e tem seu marco inicial a partir do final dos anos 1950. O avaliador continua a exercer a função de descrever e mensurar agora acrescida daquela de estabelecer os méritos do programa avaliado, baseando-se em

referenciais externos. A partir de diversas críticas, as gerações anteriores, os pesquisadores, propuseram o que eles mesmos intitularam como a Quarta Geração de Avaliadores que seria uma alternativa aos referenciais anteriores, tendo como base uma avaliação inclusiva e participativa (FURTADO, 2001).

Guba e Lincoln (2011) afirmam optar pela avaliação da quarta geração e justificam sua escolha, para os autores nesse modelo as reivindicações, as preocupações e as questões dos interessados servem como enfoques organizacionais, especialmente para determinar quais informações são essenciais.

Contandriapoulos et al. (1997) chamam atenção para a dificuldade de um conceito universal e absoluto de avaliação, ainda assim fazem um esforço de síntese para propor uma definição. Na perspectiva dos autores avaliar consiste, fundamentalmente, em fazer julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Esse julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

Tanaka e Tamaki (2012) ratificam a afirmação de que a avaliação ajuda na tomada de decisão e completam afirmando que “utilidade, oportunidade, factibilidade, confiabilidade, objetividade e direcionalidade constituem o conjunto de princípios que deve ancorar essa avaliação” (p. 821).

A partir dessas definições, percebemos que a avaliação tem que encaminhar-se para as necessidades dos atores envolvidos nesses serviços, ou seja, os grupos responsáveis pela tomada de decisão, aqueles que farão a implementação das ações decorrentes da decisão tomada e seus beneficiários. Cada um

desses grupos é corresponsável pela eficiência do serviço e em um processo avaliativo podem fornecer informações relevantes para sua melhoria.

2ª DIMENSÃO DE ANÁLISE: OBJETIVOS DA AVALIAÇÃO

Na avaliação é comum que o resultado seja um diagnóstico e não uma avaliação, embora esses processos se confundam, uma vez que existe até a expressão “avaliação diagnóstica”. O que precisa ficar claro para o leitor é que ao usar as diferentes dimensões da avaliação em uma proposta interventiva, seus aspectos têm que manter uma coerência intrínseca, significa que se anteriormente explicitamos entender o conceito de avaliação como um julgamento de valor que objetiva ajudar na tomada de decisão não basta identificar o problema, qualificar, ou seja, diagnosticar, é preciso também intervir propor, tomar decisões que tenham potencial de alterar a situação de saúde da população.

Para que a avaliação tenha esse direcionamento é importante a definição clara de seus objetivos. Para Tanaka e Tamaki (2012):

O conhecimento do contexto da avaliação é essencial para estabelecer o seu objetivo, o que requer não apenas a identificação de perguntas e formulação de hipóteses, mas, antes, a verificação do conjunto de atores envolvidos, dos recursos disponíveis, do grau de complexidade do problema e das ações e, em particular, a concordância de perspectivas entre quem pleiteia a avaliação e quem a executa (p. 824).

Contandriopoulos et al. (1997) evidencia que os objetivos de uma avaliação são numerosos, que eles podem ser oficiais ou oficiosos, explícitos ou implícitos, consensuais ou conflitantes, aceitos por todos os atores ou somente por alguns, conforme explicitamos no quadro que segue.

Quadro 1 - Objetivos da avaliação

OBJETIVOS OFICIAIS	OBJETIVOS OFICIOSOS
• ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção (objetivo estratégico); • fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer (objetivo formativo); • determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida (objetivo somativo); • contribuir para o progresso dos conhecimentos, para a elaboração teórica (objetivo fundamental).	Dos administradores • atrasar uma decisão; • legitimar uma decisão já tomada; • ampliar seu poder e o controle que eles exercem sobre a intervenção; • satisfazer as exigências dos organismos de financiamento.
	Dos Avaliadores • ampliar os conhecimentos; • ampliar seu prestígio e poder; • obter uma promoção; • promover uma ideia que lhes é cara.
	Dos usuários • benefícios com serviços diferentes dos disponíveis habitualmente; • reduzir sua dependência perante profissionais.
	Pessoal da organização • atropelar as regras hierárquicas; • obter um adiantamento.

Fonte: Quadro elaborado a partir de Contandriopoulos et al. (1997).

Embora toda proposta interventiva anuncie seus objetivos (oficiais), existem também os objetivos subjetivos, não declarados, que os autores retrocitados chamam de objetivos oficiosos, mas que são também muito importantes de se considerar.

O debate sobre o objetivo da avaliação é relevante, pois muitas vezes o mesmo é pactuado entre diferentes agentes de saúde. Sem esta definição fica difícil deflagrar qualquer ação

que esteja comprometida com o processo decisório. Definir e tentar alcançar os objetivos oficiais pode colaborar profundamente com os diversos contextos avaliados.

3ª DIMENSÃO DE ANÁLISE: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE

Serapioni e Silva (2006) chamam atenção para o desafio de abordar qualidade na área de saúde e destacam que, nos últimos anos, a qualidade tem sido considerada um componente estratégico na maioria dos países, independentemente do nível de desenvolvimento econômico e do tipo de sistema de saúde adotado.

Segundo Serapioni, Lopes e Silva (2017) a qualidade dos serviços de saúde oferecidos à comunidade ainda representa um aspecto crítico para os gestores e administradores dos serviços de saúde. E, embora existam diversos atores envolvidos nesse processo a satisfação dos usuários tem sido bastante explorada nas últimas décadas, mas ainda são poucas as avaliações de qualidades mais abrangentes, que envolvam a participação de diferentes atores na produção da saúde.

Por esse motivo, achamos relevante analisar a experiência apresentada por Paiva et al. (2015). Eles fizeram um levantamento na literatura das dimensões, dos indicadores e de nove instrumentos de avaliação pela perspectiva do usuário, os quais, posteriormente, foram submetidos a julgamento de especialistas, usando-se a técnica Delphi.

É possível citar três dimensões que correspondem aos principais atores que agem no âmbito dos serviços de saúde: a qualidade avaliada pelo usuário: ou seja, o que usuários e acompanhantes desejam do serviço; a qualidade profissional: identifi-

ca se o serviço satisfaz às necessidades definidas pelos profissionais que prestam à atenção e se as técnicas e os procedimentos necessários utilizados são executados de maneira apropriada e, por fim, a qualidade gerencial: que se refere ao uso eficiente e produtivo dos recursos para responder às necessidades de todos os usuários dentro dos limites e das diretrizes estabelecidas pelas autoridades (SERAPIONI, LOPES e SILVA, 2017).

Embora existam essas três possibilidades, os autores do texto que nos dispusemos a analisar destacam que a opção por discutir a qualidade na perspectiva do usuário possui diversas justificativas:

A satisfação do usuário com o serviço de saúde é um dos resultados desejados do cuidado (DONABEDIAN, 1990). Usuários satisfeitos aderem mais ao tratamento e às orientações prescritas (SILVA; FORMIGLI, 1994) e oferecem mais informações ao cuidador, o que influencia positivamente o desfecho terapêutico e melhora sua qualidade de vida (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006 apud PAIVA, et al., 2015).

De acordo com Fitzpatrick (1991 apud PAIVA, et al., 2015), esse tipo de avaliação funciona como preditor da adesão ao tratamento, desse modo é útil para apreciar aspectos de acesso e comunicação, e apoia a tomada de decisão relativa aos métodos de organização ou provimento do cuidado, além de poder ser ferramenta importante de participação da população, pois lhe dá voz e possibilita um maior controle social.

Embora seja evidente na literatura a importância da avaliação da qualidade na perspectiva do usuário existem desafios, como a definição de um instrumento avaliativo que possa ser adotado como “padrão” e que seja condizente com a di-

versidade de contextos geográficos, políticos, organizacionais e econômicos de um país com o tamanho do Brasil. Por essa razão, muitas vezes acontece a importação de instrumentos de outros países, que, frequentemente, se mostram inadequados à nossa realidade.

Essa dificuldade é respondida pelo trabalho de Paiva et al. (2015), quando descrevem os procedimentos metodológicos adotados:

Para conhecer as dimensões e os elementos de mensuração mais empregados em avaliações pela perspectiva do usuário, foi realizada uma revisão não sistemática da literatura no período de 2005 a 2012, utilizando os descritores *patient satisfaction*, *user satisfaction*, *health services*, *evaluation*, *methodology* e *review*, combinados de formas diferentes. As bases de dados consultadas foram Medline, Web of Science e Lilacs. Os descritores e as bases de dados foram selecionados a partir do levantamento da literatura e, principalmente, da revisão realizada por Esperidião e Trad (2005) sobre a metodologia de avaliação da satisfação de usuários com serviços de saúde, que contemplou o período de 1970 a 2005 (p. 927).

Esse levantamento possibilitou aos pesquisadores identificar na literatura autores que tenham construído instrumentos de avaliação. Depois, foram pesquisadas também, na literatura, as dimensões de qualidade dos serviços de APS, que mais usualmente eram utilizadas na avaliação por usuários, como: continuidade do cuidado dentro do sistema de saúde/coordenação; continuidade do cuidado com o mesmo profissional/longitudinalidade; informação; relação profissional/usuário; segurança do paciente; acesso / disponibilidade / acessibilidade; organização / estrutura; vínculo; direito dos pacientes;

confiabilidade / expectativa; qualidade técnica / efetividade / resolatividade; integralidade; orientação familiar e orientação comunitária. Para cada dimensão Paiva (2013) discrimina autores que discutem e detalham essas categorias o que facilita para o pesquisador utilizá-las na avaliação da qualidade dos serviços de saúde.

Paiva et al. (2015) evidenciam que o número de elementos de mensuração dos instrumentos pode variar bastante. Assim, dentre esses elementos foram definidos 112 elementos de mensuração, após exclusão das variáveis de mesmo significado. Esses elementos foram classificados segundo as 14 dimensões e instrumentos de origem. “O método Delphi foi utilizado para identificar, segundo a opinião de especialistas, as dimensões e os elementos de mensuração que deveriam compor uma metodologia de avaliação da ESF¹ na perspectiva do usuário” (IDEM, p. 932).

Finalmente, para definir esses critérios de avaliação os instrumentos mais usualmente empregados foram analisados por especialistas. Os especialistas eram:

[...] médicos com título de especialista em medicina de família e comunidade ou residência médica; enfermeiros com especialização ou residência em saúde da família – ambos com mais de dois anos de experiência profissional na ESF –; pesquisadores em avaliação de qualidade em APS; e gestores de saúde com experiência em APS (PAIVA, et al., 2015, p. 933).

Após analisadas, as dimensões consideradas mais relevantes foram escolhidas. As dimensões foram, então, ranqueadas segundo seu grau de relevância.

¹ Estratégia Saúde da Família.

Finalmente, reiteramos a dificuldade de avaliar qualidade. Embora Serapioni, Lopes e Silva (2017) proponham que essa avaliação, deve fundamentar-se em um enfoque multidimensional, o que implica o envolvimento de diferentes atores (utentes, representantes dos usuários, profissionais, administradores, gerentes dentre outros), todos dotados de perspectivas próprias de avaliação. O texto em tela analisa a avaliação na perspectiva do usuário. Os autores evidenciam a importância de avaliar a qualidade nessa perspectiva e metodologicamente detalham os procedimentos adotados para definição dos critérios.

Medeiros (2011) destaca que parece haver consenso entre os autores que a busca de instrumento de avaliação factível e reproduzível nacionalmente constitui um desafio. Ainda que consideremos o enfoque multidimensional, não podemos negar que a avaliação pela perspectiva do usuário é de relevância, pois inclui sua opinião como um norteador para o planejamento e a tomada de decisões nos serviços de saúde. Ela é capaz de mudar as atitudes e as decisões dos provedores de cuidado. Existe uma polissemia conceitual e metodológica desse tipo de avaliação, por essa razão é importante conhecer pesquisas e experiências na área.

O USO DAS DIMENSÕES DA AVALIAÇÃO NA REGULAÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Conforme anunciado as dimensões da avaliação auxiliam em um processo interventivo que auxilia na tomada de decisões com o intuito de melhorar os serviços de saúde. Desse modo, questionou-se a possibilidade de utilizar a avaliação no aperfeiçoamento da regulação dos serviços de urgência e emergência.

Para criação de um complexo regulador, o Ceará criou *a priori* duas centrais de regulação: a Central de Regulação Estadual do SUS (CRESUS) e a Central de Regulação de Fortaleza (CRIFOR), considerando, por exemplo, a extensão territorial do Estado.

Segundo dados da Secretaria de Saúde do Ceará, após a divisão das Microrregiões do Estado, foi iniciada a implantação da CRESUS/CE,

[...] de forma pioneira, na Micro de Baturité compreendendo 8 municípios. Em seguida, no ano de 2002 foi expandida para mais 6 micros da Macro Fortaleza: Maracanaú, Canindé, Russas, Iguatu, Fortaleza e Aracati. No ano de 2003 foi implantada nas 6 Micros restantes da Macro Fortaleza e na Macro de Cariri com suas 3 micros. Em 2004 foi concluída a implantação com a capacitação, treinamento e operacionalização da Macro de Sobral e suas 5 Micros (SESA, 2008).

O objetivo declarado pela CRESUS-CE era regular os procedimentos hospitalares e ambulatoriais entre os municípios do Estado do Ceará, tendo como base pactos, acordos e protocolos, estabelecidos.

No Ceará foi criado também a Central de regulação de Internações de Fortaleza (CRIFOR), criada pelo Decreto nº 11.411 de 20 de maio de 2003. Responsável pela “regulação dos leitos hospitalares dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, o escopo central de internações hospitalares deve ser configurado com os leitos das diversas clínicas de UTI e de retaguarda aos prontos-socorros” (FORTALEZA, 2011a). Tinha então como missão e atribuições:

Missão: regular toda a capacidade de leitos instalados de Terapia Intensiva e Enfermaria, cadastrados no SUS, localizados no Município de Fortaleza; regular toda e qualquer solicitação, autorização e pagamento das internações em leitos de Terapia Intensiva e Enfermaria, cadastrados no SUS. (FORTALEZA, 2011a)

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (Secretaria Municipal de Saúde, 2011) a CRIFOR tinha as seguintes atribuições: 1) Requisitar bens e serviços para garantia do processo assistencial a leitos de internação em UTI e Enfermaria; 2) Definir a alocação de leitos hospitalares para a reorganização da assistência prestada aos usuários do SUS; 3) Realocar leitos e/ou pacientes de maneira a garantir a capacidade instalada hospitalar à assistência dos pacientes, dentre outras.

Em 1º de Agosto de 2008 o Ministério da Saúde publicou a portaria nº 1.559, que institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS, por considerar entre diversos aspectos “a necessidade de fortalecimento dos instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde - SUS, que garantem a organização das redes e fluxos assistenciais, provendo acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde” refere Brasil (2008, p. 01).

A partir de 2014 o Ceará passou a utilizar o UNISUS *web*, sistema informatizado de regulação que integra os estabelecimentos da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) com o Complexo Regulador do Ceará. De acordo com a Secretaria de Saúde do Ceará (SESA):

O Projeto UNISUS *web* é um *upgrade* tecnológico do *software* UNISUS, atual ferramenta utilizada pela Central de Regulação do SUS

(CRESUS), instância da SESA que coordena o Complexo Regulador do Estado. A nova versão do sistema conta com aspectos tecnológicos e funcionais de última geração, operando via Internet, com todos os processos e unidades interconectados em tempo real, com informações sintetizadas voltadas para a tomada de decisão e controle efetivo do acesso aos leitos de urgência/emergência e de cirurgias eletivas, agendamento de procedimentos ambulatoriais de médio e alto custo e complexidade (SESA, 2014).

O uso de um sistema integrado contribuiu para que em 2017 tivesse início, no Ceará, um movimento para criação de uma Central Única de Regulação.

O principal objetivo é levar o paciente certo para o lugar certo. Com a Central Única, que vai fundir a Central de Regulação das Internações de Fortaleza (CRIFOR) e a Central de Regulação Estadual do SUS no Ceará (CRESUS-Ce), os hospitais poderão enxergar, em uma rede interligada com informações dos 184 municípios cearenses, não só os leitos seletivos para encaminhar aqueles pacientes, mas também os locais onde as consultas e demais procedimentos poderão ser feitos com maior agilidade (ARAÚJO apud LEITE, 2017, p. 01).

A ideia motriz era agilizar o atendimento, por intermédio do uso dos serviços instalados nas 22 microrregiões do Estado, buscando desafogar o atendimento na capital. Entretanto, ainda se observa problemas nesse processo regulatório.

Vamos fazer referência à segunda dimensão de avaliação, objetivo. Conforme visto no objetivo da avaliação, existem objetivos oficiais, propostos pelas esferas gestoras e objetivos

oficiosos manifestos pelos envolvidos no processo. Na regulação de procedimentos de urgência/emergência, uma vez que se caracteriza como atividade médica, exige três profissionais envolvidos, um médico solicitante, um médico regulador e o chefe de equipe do hospital de destino, cada um com seus objetivos. O médico solicitante quer garantir o leito para o paciente, o médico regulador quer encaminhar o paciente e o chefe de equipe quer assegurar que os leitos (que são exíguos) sejam ocupados por quem realmente necessita.

Nesse sentido, muitas vezes, as decisões são tomadas em bases subjetivas, por exemplo, conhecimento/amizade entre os médicos ou sobre um repertório de informações insuficientes.

Desse modo, é possível fazer referência à outra dimensão da avaliação, seu conceito. Suas definições permitem perceber que a avaliação tem que encaminhar-se para as necessidades dos atores envolvidos nesses serviços, ou seja, os grupos responsáveis pela tomada de decisão, aqueles que farão a implementação das ações decorrentes da decisão tomada e seus beneficiários. Cada um desses grupos é corresponsável pela eficiência do serviço e em um processo avaliativo podem fornecer informações relevantes para sua melhoria.

Nesse sentido, o médico solicitante, o médico regulador e o chefe de equipe terão que considerar o contexto e de forma consensual optar pelo melhor encaminhamento. A pergunta é: como garantir isso?

Para responder ao questionamento apresentado vamos fazer referência à 3ª dimensão da avaliação analisada “avaliação da qualidade em saúde”. Ao abordar a qualidade gerencial foi evidenciado que a mesma se refere ao uso eficiente e produtivo dos recursos para responder às necessidades de todos os

usuários dentro dos limites e das diretrizes estabelecidas pelas autoridades (SERAPIONI, LOPES e SILVA, 2017). Dessa forma, a consensualidade pode ser experimentada por intermédio da busca de uma resolução que favoreça o usuário, sem se desviar das diretrizes propostas ou comprometer a eficiência do sistema.

O que observamos no decorrer do debate sobre qualidade dos serviços de saúde é a importância da definição de procedimentos claros, gerais e exequíveis, que coíbam as práticas subjetivas.

Na atividade de regulação temos um diálogo intermediado, significa que o médico solicitante entra em contato com a Central de Regulação para, por exemplo, solicitar um leito; o médico regulador após receber as informações definirá para onde o paciente deverá ser encaminhado e entrará em contato com o chefe de equipe do hospital. O chefe de equipe fará perguntas para identificar se o paciente de fato tem perfil para ser encaminhado para lá. Muitas vezes o chefe de equipe faz perguntas as quais o médico regulador não sabe responder, nesses casos o regulador terá que entrar em contato com o solicitante e o prazo de encaminhamento aumenta. Algo que poderia ser minimizado através do uso de recursos tecnológicos como conferência telefônica.

Defendemos que a definição de protocolos padronizados pode diminuir essas lacunas, ou seja, os representantes de cada categoria poderiam definir quais as informações essenciais para esses casos, por intermédio de escores de checagem dos sistemas vitais, que consigam determinar o nível exato da gravidade e qual a intensidade do suporte que o paciente necessita. Essas variáveis mensuráveis permitiriam minimizar hipóteses equivocadas.

Normalmente, no prontuário de pacientes graves terão informações relativas: à quantidade de *devices* que está usando (tubos, sondas, drenos, acessos, venosos, cateteres, dentre outros); ao *status* neurológico: acordado, orientado, obedecendo comandos, abertura dos olhos, mexendo os membros; ao sistema cardiovascular: pressão, frequência cardíaca, necessitando de drogas vasoativas; ao sistema respiratório: qual a saturação, frequência respiratória, qual o suporte ventilatório (respirando sem oxigênio ou usando cateter nasal, máscara de venturi, intubado em ventilação mecânica); à ausculta do pulmão; ao sistema digestivo: alimentando oral ou por sonda, nível de glicemia; ao sistema renal/metabólico: urina ou não? Sonda? Valores de ureia, creatina, gasometria, eletrólitos; ao hemato/infeccioso: usando antibiótico? Qual? Infecção de foco desconhecido? Febre? Exames hematológicos? Distúrbios da coagulação.

Por intermédio do UNISUS *web* todas essas informações poderiam ser disponibilizadas em um formulário eletrônico para o médico regulador, o que facilitaria o encaminhamento do paciente para o destino adequado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme anunciado o objetivo do trabalho foi analisar artigos na área de avaliação da saúde a partir de diferentes dimensões ou categorias. Para este estudo foram escolhidos três aspectos: *conceito de avaliação*, *objetivos da avaliação* e *avaliação da qualidade em saúde*, embora existam inúmeras possibilidades. Depois refletimos como essas dimensões poderiam auxiliar na melhoria do complexo de regulação da urgência e da emergência.

A premissa foi analisar como diferentes textos e autores abordam ou se posicionam em relação a essas categorias. A análise indica que o conceito de avaliação é polissêmico e de difícil universalização, historicamente a área passou por quatro momentos, designadas gerações, talvez pela atualidade vários autores se identificam com a quarta geração. Em relação à definição, embora difícil, parece significar a possibilidade de, a partir dela, ocorrer uma tomada de decisão. Foi nesse sentido que usamos o conceito para pensar a regulação da urgência e da emergência, ou seja, um modo de auxiliar a tomada de decisão relativa às dificuldades do processo regulatório.

No tocante aos objetivos existem os oficiais e os oficiosos, os quais agrupam os diferentes agentes envolvidos no processo, sua definição é essencial para deflagração das ações. Na análise realizada vimos que os envolvidos: médico solicitante, médico regulador e chefe de equipe têm seus objetivos que, muitas vezes, diferem dos objetivos oficiais propostos pelas esferas gestoras.

Já em relação à qualidade da avaliação, embora existam inúmeras perspectivas, é importante pensar o uso eficiente e produtivo dos recursos para responder às necessidades de todos os usuários dentro dos limites e das diretrizes estabelecidas pelas autoridades.

A sugestão apresentada foi a definição de protocolos padronizados que permitam diminuir as lacunas relativas aos dados prestados, ou seja, os representantes de cada categoria poderiam definir quais as informações essenciais para esses casos, por intermédio de escores de checagem dos sistemas vitais, que pudessem determinar o nível exato da gravidade e qual a intensidade do suporte que o paciente necessita. Essas variáveis mensuráveis consentiriam minimizar hipóteses equivocadas.

REFERÊNCIAS

CONTANDRIOPOULOS, Andre-Pierre et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise na implantação de programas** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. p. 132. ISBN 85-85676- 36-1. SciELO Books.

CUBA, Egon G.; LINCOLN, Ivonna S. **Avaliação de quarta geração**. Tradução de Beth Honorato. Campinas: Editora da UNICAMP, 2011.

FORTALEZA. **Central Integrada de Regulação de Fortaleza**. Fortaleza: SESA, 2011a. Disponível em: <<http://www.cirf.fortaleza.ce.gov.br/index.php/2-homepage?start=12>>. Acesso em: 02 fev. 2018.

FURTADO, Juarez Pereira. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Campinas, n. 06, v. 1, p. 165-181, 2001.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MEDEIROS, F. A. **Avaliação da Atenção Primária à Saúde: análise de concordância entre os instrumentos AMQ e PCATool no município de Curitiba, Paraná**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

PAIVA, Marcele Bocater Paulo de et al. Uma contribuição para a avaliação da Atenção Primária à Saúde pela perspectiva do usuário. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 25, v. 3, p. 925-950, 2015.

PAIVA, M. B. P. **Uma contribuição para um modelo de avaliação da Estratégia da Saúde da Família pela perspectiva do usuário**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2013.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Cortez, 2007.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ (SESA). **Central de Regulação Estadual do SUS**. Fortaleza: SESA, 2008. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/rede-de-servicos/central-de-regulacao/44713-descricao-servico-cresus>>. Acesso em: 02 fev. 2018.

_____. **UNISUS web é o novo sistema de regulação assistencial do Ceará**. Fortaleza: SESA, 2014. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/noticias/46235-unisus-web-e-o-novo-sistema-de-regulacao-assistencial-do-ceara>>. Acesso em: 02 fev. 2018.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA. **Central de Regulação das Internações de Fortaleza (Crifor)**. Fortaleza: SMS, 2011. Disponível em: <<http://www.cirf.fortaleza.ce.gov.br/index.php/component/content/article/2-homepage/22-regulacao-medica-das-internacoes>>. Acesso em: 04 fev. 2018.

SERAPIONI, M.; LOPES, C. M. N.; SILVA, M. G. C. da. Avaliação em Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. (Org.). **Epidemiologia & Saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: Medbook Editora, 2017.

CAPÍTULO 15

A PARTICIPAÇÃO DA GESTÃO NA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA EM UM ESTADO DO NORDESTE

Ivonete Pereira Cavalcante Vieira

Carlos Garcia Filho

INTRODUÇÃO

O problema do câncer no Brasil ganha relevância pelo perfil epidemiológico que essa doença vem apresentando e, com isso, o tema conquista espaço nas agendas políticas e técnicas de todas as esferas de governo. O conhecimento sobre a situação dessa doença permite estabelecer prioridades e alocar recursos de forma direcionada para a modificação positiva desse cenário na população brasileira.

O início do século XXI acelerou as mudanças no perfil demográfico brasileiro, denominado de “envelhecimento” da população, que, junto com a transformação nas relações entre as pessoas e seu ambiente, mostrou uma alteração importante no perfil de morbimortalidade, diminuindo a ocorrência das doenças infectocontagiosas e colocando as doenças crônico-degenerativas como novo centro de atenção dos problemas de doença e morte da população brasileira (BRASIL, 2014).

É incontestável o fato de que hoje, no Brasil, o câncer é um problema de saúde pública e, por isso, seu controle e prevenção devem ser priorizados no país. Assim, foram incluídas ações de controle de câncer entre os 16 objetivos estratégicos do Ministério da Saúde para o período 2011-2022, com destaque para as ações de redução da prevalência do tabagismo e de ampliação de acesso, diagnóstico e tratamento em tempo oportuno dos cânceres de mama e do colo do útero, assim como a publicação da nova Política Nacional de Prevenção e Controle de Câncer na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (INCA, 2014).

Os cânceres se desenvolvem com múltiplas etapas ao longo dos anos. Dessa forma, alguns tipos de câncer podem ser evitados pela eliminação da exposição aos fatores determinantes. Se o potencial de malignidade for detectado antes de as células tornarem-se malignas, numa fase inicial da doença, o tratamento pode ser muito mais eficaz e com grandes chances de cura (INCA, 2014).

A carga do câncer continuará aumentando nos países em desenvolvimento e crescerá ainda mais em países desenvolvidos se medidas preventivas não forem amplamente aplicadas. Nesses, os tipos de câncer mais frequentes na população masculina foram próstata, pulmão, cólon e reto. Entre as mulheres foram mama, cólon, reto e pulmão. Nos países em desenvolvimento, os três cânceres mais frequentes em homens são: pulmão, estômago e fígado e nas mulheres são: mama, colo do útero e pulmão (MENDES; VASCONCELLOS, 2015).

Em 2030, a carga global será de 21,4 milhões de casos novos de câncer e 13,2 milhões de mortes por câncer, em consequência do crescimento e do envelhecimento da população, bem como da redução na mortalidade infantil e nas mortes por doenças infecciosas em países em desenvolvimento (BRASIL, 2015).

Este capítulo visa descrever a organização da Rede de Atenção Oncológica do Estado do Ceará, que é constituído por cinco Macrorregiões (Fortaleza, Norte, Cariri, Sertão Central e Litoral Leste/Jaguaribe).

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e de base documental, que utiliza dados secundários de relatórios gerenciais dos sistemas de informação da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará - SESA, tais como Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - SCNES; Sistema de informação de Mortalidade - SIM; Plano Diretor de Regionalização - PDR 2014, além de boletins divulgados no *site* da SESA (www.saude.ce.gov.br).

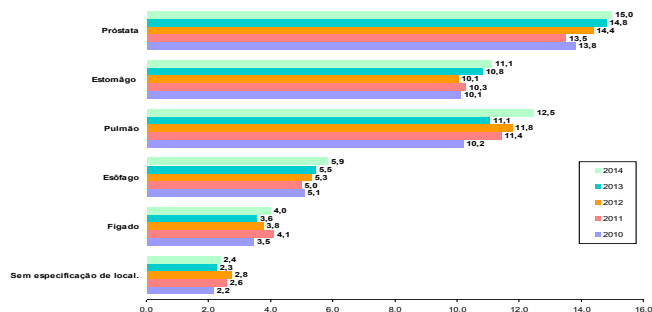
Realizou-se uma análise epidemiológica da situação das neoplasias no Estado do Ceará por regiões e, em seguida, foi feito um mapeamento da rede de serviços por Macrorregião de saúde, onde se visualizou os pontos de atenção para detecção, confirmação diagnóstica e tratamento das neoplasias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil Epidemiológico

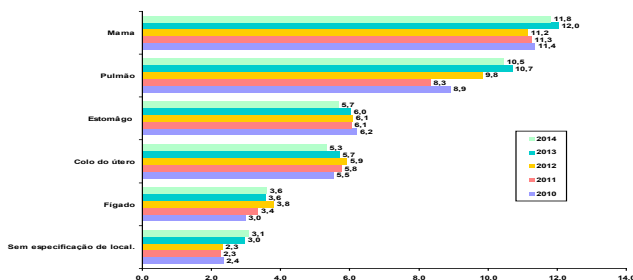
O perfil das neoplasias no Ceará apresenta-se de forma preocupante, conforme as figuras 1, 2, 3 e 4, que descrevem a mortalidade por sexo masculino e feminino e, posteriormente, apontam a distribuição regional da mortalidade por câncer de próstata e mama, as causas mais relevantes por cada um dos sexos.

Figura 1 - Taxa de mortalidade por neoplasias, principais localizações anatômicas, sexo masculino no Ceará de 2010 a 2014



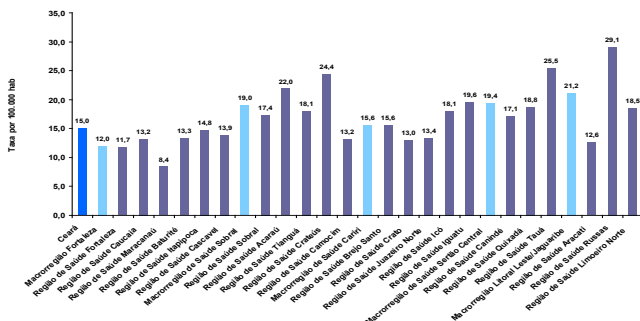
Fonte: SIM

Figura 2 - Taxa de mortalidade por neoplasias, principais localizações anatômicas, sexo feminino no Ceará de 2010 a 2014



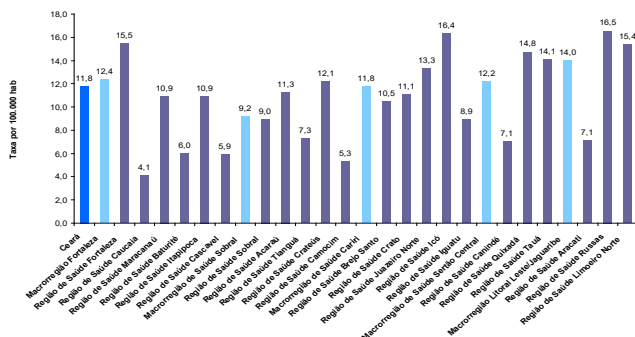
Fonte: SIM

Figura 3 - Taxa de mortalidade por câncer da próstata por Macrorregião e Região de Saúde no Ceará em 2014



Fonte: SIM

Figura 4 - Taxa de mortalidade por câncer da mama feminina por Macrorregião e Região de Saúde no Ceará em 2014



Fonte: SIM

As principais localizações anatômicas dos óbitos por câncer no sexo masculino em 2014, apresentadas na Figura 1, por ordem decrescente de risco foram: próstata, pulmões, estômago, esôfago e fígado. De 2010 para 2014 houve aumento da mortalidade por câncer do pulmão e da próstata 42,2% e 12,5%, respectivamente. No sexo feminino, a Figura 2 apresenta as principais localizações anatômicas, que são as seguintes: mama, pulmão, estômago, colo do útero e fígado, havendo crescimento da mortalidade por câncer do pulmão e da mama de 63,3% e 17,9%, na mesma ordem.

Ressalta-se que a taxa de mortalidade por câncer sem especificação de local diminuiu de 2010 para 2014 em ambos os sexos, esse dado demonstra a melhoria da qualidade da informação.

Quando se analisa as Figuras 3 e 4, que mostram a repercussão dos citados cânceres por região e macrorregião de saúde, observa-se que as maiores taxas de mortalidade por câncer de próstata, em ordem decrescente, são as regiões de Russas (29,1/100.000), Tauá (25,5/100.000), Crateús (24,4/100.000) e Acaraú (22,0/100.000). No tocante ao câncer de mama, tem-se: Russas (16,5/100.000), Icó (16,4/100.000, Fortaleza (15,5/100.000) e Limoeiro do Norte (15,4/100.000).

Numa avaliação geral em todo o Estado do Ceará, a Macrorregião de Saúde Litoral Leste/Jaguaribe composta pelas regiões de Limoeiro do Norte, Aracati e Russas detêm as maiores taxas de mortalidade tanto no câncer de próstata como câncer de mama.

ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Diante deste cenário epidemiológico, torna-se fundamental que o monitoramento da morbimortalidade por câncer

incorpore-se na rotina da gestão da saúde de modo a tornar-se instrumento essencial para o estabelecimento de ações de prevenção e controle do câncer e de seus fatores de risco. Esse monitoramento engloba a supervisão e a avaliação de programas, como ações necessárias para o conhecimento da situação e do impacto no perfil de morbimortalidade da população, tal como a manutenção de um sistema de vigilância com informações oportunas e de qualidade que subsidie análises epidemiológicas para as tomadas de decisões.

Segundo Mendes (2009), as Redes de Atenção à Saúde para promover assistência efetiva, eficiente e de qualidade necessitam seguir alguns fundamentos que servem de alicerce para qualquer base teórica. São eles:

- a. Economia de escala: a concentração de serviços em determinado local racionaliza os custos e otimiza resultados quando o aporte tecnológico ou humano referentes aos serviços impossibilita sua instalação em municípios isoladamente.
- b. Suficiência e Qualidade: fundamentos ligados aos processos prestados e resultados alcançados em quantidade e qualidade mínimas, com objetivo de realizar o manejo adequado das condições de saúde.
- c. Acesso: ausência de barreiras geográficas, funcionais ou financeiras.
- d. Disponibilidade de recursos: existência de recursos físicos, financeiros, humanos e tecnológicos.
- e. Integração vertical: refere-se à articulação e à coordenação de diversas organizações de saúde responsáveis pelas ações nos três níveis de atenção (primária, secundária e terciária).

- f. Integração horizontal: junção de serviços similares ou iguais para que os custos médios de longo prazo dos serviços diminuam com o aumento do volume das atividades oferecidas.
- g. Processos de substituição: reagrupamento contínuo de recursos entre e dentro dos serviços de saúde, para que estes possam resultar em melhores resultados sanitários e econômicos, considerando aspectos relativos tanto às equipes quanto aos processos de atenção à saúde.
- h. Região de Saúde ou Abrangência: é a área geográfica de abrangência para a cobertura de uma determinada RAS. São, normalmente, denominados distritos, territórios ou regiões sanitárias.
- i. Níveis de atenção: arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade (APS), ao de densidade tecnológica intermediária (atenção secundária à saúde), até o de maior densidade tecnológica (atenção terciária à saúde). São fundamentais para o uso racional de recursos.

Os gestores municipais e estaduais enfrentaram grandes dificuldades e se uniram para discutir estratégias e diretrizes necessárias para a estruturação de Redes de Atenção à Saúde, como forma de garantir a integralidade, universalidade e equidade da atenção à saúde da população cearense de acordo com as normas da Portaria GM/MS nº 4.279, de dezembro de 2010. Segundo a Portaria, Redes de Atenção à Saúde são “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas

de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” refere Brasil (2010).

A estruturação da Rede Estadual de Atenção Oncológica no Ceará foi apresentada em reunião ordinária da Comissão Intergestores Bipartite - CIB/CE que aprovou três grandes redes: Macrorregião Fortaleza Ampliada, Macrorregião Norte e Macrorregião Cariri.

Rede Macrorregião de Saúde Fortaleza Ampliada

A cobertura das Equipes Saúde da Família na Macrorregião de Saúde de Fortaleza está abaixo de 60%, dificultando o acesso da população aos serviços de atenção primária. Nas Macrorregiões: Sertão Central e Litoral Leste/Jaguaribe, o percentual de cobertura está acima de 91%. As Equipes de Saúde Bucal ainda não acompanharam a evolução da Saúde da Família.

Todas as equipes da atenção primária realizam coleta para exame citopatológico do colo do útero, solicitam mamografias para rastreamento do câncer de mama e implementam ações de seguimento das mulheres com resultados alterados. Os municípios que têm NASF implantados desenvolvem atividades de promoção da saúde com foco nos fatores de proteção, relativos ao câncer, tais como alimentação saudável e atividade física, além de ações voltadas aos usuários de tabaco, conforme o Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco de Câncer.

A concentração do serviço de atenção domiciliar está concentrada na Região de Saúde de Fortaleza, uma vez que o serviço SAMU está implantado em todo o litoral do Ceará.

A Região de Saúde de Fortaleza dispõe de serviço ambulatorial especializado, hospitais gerais e hospitais especia-

lizados para assistência oncológica. Possuem serviços diagnósticos, tratamento e investigação de neoplasia e exames diagnósticos, servindo de referência para as regiões de Caucaia, Maracanaú, Baturité, Canindé, Itapipoca, Aracati, Quixadá, Russas, Limoeiro do Norte, Tauá e Cascavel. Todas as regiões oferecem serviços para rastreamento do câncer de mama e colo de útero. Referenciam exames de média complexidade para as Policlínicas Regionais, ficando exames e consultas de alta complexidade, referenciados para Fortaleza.

Somente a Região de Saúde de Fortaleza oferece atenção hospitalar, através das Unidades de Alta Complexidade - UNACON e Centro de Alta Complexidade - CACON, disponibilizando atendimento de alta complexidade para tratamento do câncer, tais como radioterapia, quimioterapia e cirurgias oncológicas.

Atualmente, conta-se com 19 Policlínicas Regionais, sendo uma Policlínica na Macrorregional Litoral Leste Jaguaribe aprovada como Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama - SDM, três Policlínicas da Macrorregião do Cariri e uma Policlínica da Macrorregião Sertão Central em processo de cadastramento no SAIPS e as demais estão em processo de adequação em Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama -SDM e Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero - SRC estabelecida pela Portaria 189/2014.

Rede Macrorregião de Saúde Norte

A Macrorregião de Saúde Norte apresenta excelente cobertura da Estratégia Saúde da Família com 98% da população acompanhada. A cobertura de saúde bucal é de 64,41%. Os núcleos de apoio à saúde da família são 55, distribuídos entre tipo 1, 2 e 3.

Na Macrorregião de Saúde Norte, o Hospital Santa Casa de Misericórdia de Sobral - HSCMS, localizado no município de Sobral, na Região de Saúde de Sobral, é a referência em oncologia para a Macrorregião Norte, é habilitado como CA-CON com Pediatria, apenas quimioterapia para alguns tipos de leucemias, e presta serviços ambulatoriais e hospitalares a um total de 55 municípios, nas especialidades de clínica médica oncológica, clínica cirúrgica oncológica, clínica cirúrgica cabeça e pescoço, torácica, cirurgia plástica reparadora, neurocirurgia, radioterapia física médica, oncologia pediátrica e hematologia. Realiza consultas reguladas para triagem e/ou tratamento e acompanhamento. Na sua estrutura hospitalar não oferece atendimento em traumatologia-ortopedia, cânceres raros, iodoterapia e cuidados paliativos.

O Hospital Regional Norte, localizado em Sobral, realiza cirurgia torácica e neurocirurgia.

Rede Macrorregião de Saúde Cariri

A Macrorregião de Saúde Cariri apresenta excelente cobertura da Estratégia Saúde da Família com 96% da população sendo acompanhada pelo agente comunitário de saúde, e 99% acompanhada por equipe de saúde da família, necessitando que a região de Juazeiro amplie o número de equipes, pois atualmente registra a menor cobertura (92%). Quanto à cobertura de saúde bucal é de 95%. Os núcleos de apoio à saúde da família são 52, distribuídos entre tipo 1, 2 e 3.

O Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo - HMS-VP, localizado no município de Barbalha, na Região de Saúde de Juazeiro do Norte, é a referência em oncologia para a macrorregião do Cariri, é habilitado como UNACON com Servi-

ção de Radioterapia e propõe se tornar CACON sem pediatria. Presta serviços ambulatoriais e hospitalares a um total de 45 municípios, nas especialidades de clínica médica oncológica, clínica cirúrgica oncológica, clínica cirúrgica cabeça e pescoço, cirurgia plástica reparadora, radioterapia física médica e hematologia. Realiza consultas reguladas para triagem e/ou tratamento e acompanhamento. Dispõe de Pronto Socorro 24 horas com 02 (dois) plantonistas clínicos, 01 (um) cirurgião oncológico, 01 (um) anestesista e 01 (um) evolucionista para os pacientes internos e em observação, conta com 01 (uma) sala cirúrgica para procedimentos em caráter de urgência. Na sua estrutura hospitalar não oferece atendimento de hematologia, iodoterapia, alguns procedimentos de oncologia pediátrica e cuidados paliativos, serviços esses que devem ser formalmente referenciados e contratualizados com o município de Fortaleza.

A Fundação Otília Correia Saraiva, mantenedora do Hospital Santo Antônio e do Hospital do Coração do Cariri, solicitou a inclusão dos serviços de medicina nuclear no Plano de Oncologia da Macrorregião do Cariri, com oferta de cintilografia e tomografia por emissão de pósitrons (PET/CT).

As Policlínicas Regionais localizadas em Icó, Iguatu, Brejo Santo, Campos Sales e Barbalha têm potencialidade para habilitação em Serviço de Diagnóstico de Mama - SDM e Serviço de Referência em Colo de Útero - SRC, bem como os Hospitais São Francisco de Assis de Crato e Hospital Regional de Iguatu têm perfil para habilitação em Hospital Geral com Cirurgia Oncológica, procedendo a tratamento cirúrgico do câncer de forma integrada à rede de atenção à saúde e realizando o encaminhamento de forma regulada para um UNACON ou CACON.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As atividades programadas e desenvolvidas para solucionar os problemas de saúde são relevantes na vida em sociedade. Esse conjunto de atividades constitui a política de saúde que representa a resposta organizada da sociedade.

Busca-se a transição do atual sistema fragmentado para um sistema integrado desde a Carta Magna que descreve em seu Art. 198 da CF/88:

As ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

Vinte e dois anos depois, o Ministério da Saúde lança a Portaria 4.279 de 30/12/2010, que estabelece diretrizes para organização da RAS no âmbito do SUS, priorizando construção de quatro redes temáticas prioritárias: 1. Atenção obstétrica e neonatal (Rede Cegonha); 2. Urgência e Emergência; 3. Atenção Psicossocial (Enfrentamento do Álcool, *Crack*, e outras Drogas) e 4. Atenção oncológica (a partir da intensificação da prevenção e controle do câncer de mama e colo do útero).

Torna-se imprescindível que todo gestor, ao assumir um sistema de saúde, busque superar grandes desafios como superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde, promovendo a integração sistêmica de ações e serviços de saúde, com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, além de incrementar o desempenho do sistema em termos de acesso, equidade, clínica sanitária e eficiência econômica.

Por fim, trabalhar incessantemente no aperfeiçoamento do componente político institucional do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 4.279**. Estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde Brasília: Ministério da Saúde, dezembro de 2010.

_____. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014**: Incidência de Câncer no Brasil/Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2014. p. 124: il. col., mapas.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Estimativas 2016**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014**. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140_27_02_2014.html>. Acesso em: 20 jun. 2017.

CEARÁ. Secretaria Estadual de Saúde. Coordenadoria de Promoção à Saúde. **Caderno de Informação em Saúde 2016**. Disponível: <www.sau-de.ce.gov.br/index.php/cadernos-de-saude>. Acesso em: 10 jun. 2017.

MENDES, E. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. **Revista Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 881-892, julho-set., 2015.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.

CAPÍTULO 16

AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Diego Maurício Portela Dutra

Thereza Maria Magalhães Moreira

A evolução das novas tecnologias e sua disseminação tem trazido uma nova dinâmica no trato dos dados e na geração da informação, fenômeno que agrega função e conhecimento, notadamente no campo da saúde. As novas tecnologias de informação e comunicação (TICs) abrem um leque de possibilidades e interfaces para a Gestão em Saúde e para os processos de Avaliação e Monitoramento. Nesse cenário, grande número de sistemas de informações em saúde (SIS) são operacionalizados pelos entes da federação, resultando numa gama de informações relevantes para a tomada de decisão do gestor público e de saúde, e na implementação de políticas públicas. Esses SIS visam maximizar os processos na logística do trabalho em saúde e sua utilização no âmbito da Avaliação e Monitoramento se faz premente.

Há que se notar um novo rearranjo das relações econômicas em um processo de evolução histórica no qual o modo de produção se pautava em uma produção agrária e industrial e que, paulatinamente, tem valorizado um novo produto, que é a própria informação. Todo esse avanço tecnológico tem sido

possível após o advento do computador e, posteriormente, da rede mundial de computadores, que possibilitou novas formas de coleta, armazenamento, distribuição e aplicação desse produto, surgindo, então, a informação digital.

Esse novo cenário tecnológico tem criado uma nova sociedade, a sociedade da informação e da informatização, na qual a informação se torna um bem de consumo semelhante e superior a qualquer outro bem material, tornando-se relevante para o desenvolvimento econômico e social dos estados. Na atualidade, a informação é fator determinante da história da humanidade. Tal decorre da valorização da informação em um processo irreversível no desenrolar das atividades humanas em todas as instâncias, dependendo cada vez mais da gestão técnica e científica (19).

No cotidiano dos serviços de saúde, a utilização das tecnologias em saúde vem se mostrando valorosa e assertiva no que tange à qualificação nos processos de trabalho, a exemplo das modernas tecnologias relacionadas a diagnósticos e intervenções cirúrgicas, tais como robótica e nanotecnologia. Esses processos tecnológicos também vêm sendo agregados às práticas de Gestão. Ciências que dão aporte às tomadas de decisão em Saúde, como a bioestatística e a epidemiologia, também têm se beneficiado com esses avanços e, a partir de banco de dados digitais cada vez mais robustos, são capazes de produzir análises cada vez mais detalhadas, utilizadas na gestão e estruturação da atenção à saúde (1). Destarte, a informação em saúde alicerça o processo de tomada de decisão no campo da Gestão, posto que permite identificar problemas individuais e coletivos, que interferem diretamente na qualidade de vida da população. Dados sobre morbidade, taxa de mortalidade infantil, características demográficas, dentre outros, são relevan-

tes para a solução de questões relacionadas ao processo saúde-doença e, também, em temas de natureza administrativa, de gestão pública. Nesse sentido, é o entendimento de Dallari (3) sobre os bancos de dados epidemiológicos e a importância para o entendimento do processo saúde-doença ao referir que o conhecimento científico sobre as doenças e o estado de saúde das populações está cada vez mais baseado no acúmulo de informações específicas sobre o tema. Assim, quanto maior o número de variáveis que se puder conhecer e intervir a respeito de cada evento do processo saúde-doença, maior a possibilidade de compreender tal processo, suas causas e condições. A existência de bancos de dados que permitam a identificação do indivíduo, de seu ambiente social, físico e econômico representa um instrumento insubstituível ao trabalho do epidemiologista e é do interesse da sociedade como um todo.

É inquestionável a relevância da informação em saúde no mundo moderno, informação esta que serve como balizador de condutas e decisões. Seguindo uma lógica de especialização e especificação da informação foram criados inúmeros SIS, que utilizam esses dados como insumos estratégicos para a gestão, planejamento e avaliação da situação de saúde da população, e capacidade instalada de cada serviço desde o âmbito microespacial ao alcance maior de território e complexidade social. No que tange à capacidade desses SIS, eles guardam em suas bases dados epidemiológicos e clínicos, coletados diretamente no contato com o cidadão, quando do atendimento individual em serviços de saúde. São, portanto, banco de dados que envolvem informações públicas e privadas do histórico sócio-demográfico-sanitário do cidadão.

Desde a gênese do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua efetivação como política pública de saúde houve necessidade

de ferramentas organizacionais que tornassem as ações mais claras e lógicas, pois não há que se falar em tomada de decisão sem informação adequada, lógica e fidedigna. A principal ferramenta vem com a criação do DATASUS no Decreto 100 de 16/04/1991, cujos dados conferem justificativas concretas para uma série de políticas públicas em saúde. Antes do DATASUS o processamento de dados e contas referentes à saúde era realizado pelo DATAPREV (Empresa de Tecnologia da Informação da Previdência Social).

Citando um aparte desse nicho de saber tecnológico, em geral, e em especial nas instâncias municipais, os operadores dos sistemas, geralmente, são profissionais contratados de forma precária e que, ao término do vínculo, levam consigo informações importantes, ocasionando descontinuidade do serviço daqueles sistemas em que trabalharam.

Nota-se um movimento do Ministério da Saúde para incentivar e pressionar os entes menores no processo de qualificação e informatização da saúde. Mesmo com todos os obstáculos naturais de um País continental, os SISs do Brasil são considerados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) um dos mais completos do mundo. São tantas as soluções em aplicativos e sistemas realizados, que em 27 anos de atuação o DATASUS contabiliza mais de 200 sistemas desenvolvidos para o processo de construção e fortalecimento do SUS (17). A partir deste ponto citaremos alguns SIS em um rol exemplificativo e que possa servir didaticamente.

CADSUS (5) - Cadastro de usuário do SUS. Permite a geração do Cartão Nacional de Saúde, que facilita a gestão do SUS e contribui para o aumento da eficiência no atendimento direto ao usuário. O cadastramento permite a constru-

ção de um banco de dados para diagnóstico, avaliação, planejamento e programação das ações de saúde. Cita-se como benefícios: identificação imediata, rapidez no atendimento e marcação de exames e consultas com menor burocracia; apoio ao planejamento na determinação de prioridades das ações de saúde; auxílio na otimização da distribuição de medicamentos adquiridos pelo SUS; possibilidade de identificação imediata do usuário, maior rapidez e qualidade no atendimento aos pacientes e facilidade na marcação de consultas e exames. Além disso, conta com funcionalidade a integração a outros sistemas de informação; realiza o cadastramento de indivíduos e domicílios, sendo utilizado em Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF) e Atenção Domiciliar; captura dados de identificação individual de usuários. É utilizado em estabelecimentos de Saúde que realizam Terapias Renais Substitutivas (TRS) e outros tratamentos contínuos. Realiza a impressão de número de identificação provisório no ato do cadastramento pela Internet. É utilizado por Estabelecimento de Saúde (EAS) que possuem conectividade - CADSUS *web* (Cadweb); permite que instituições com bases de dados próprias enviem os seus cadastros, realizando uma crítica prévia para, posteriormente, realizar o envio dos cadastros ao DATASUS, por meio de mecanismo de transmissão incorporado à própria aplicação – CADSUS Crítica.

CIAP 2 (2) e SIGTAP - O Sistema de Classificação Internacional de Atenção Primária – Segunda Edição (CIAP 2) é uma ferramenta adequada à Atenção Básica (AB), que permite classificar questões relacionadas às pessoas, e não a doenças. Permite classificar os problemas diagnosticados pelos profissionais de saúde, os motivos da consulta e as respostas propostas pela equipe, seguindo a sistematização Subjetivo, Ob-

jetivo, Avaliação e Plano (SOAP) de Lawrence Weed. Pode ser utilizado por todos os profissionais de saúde, em contraposto a Classificação Internacional de Doenças (CID). O SIGTAP é o Sistema de Gerenciamento da Tabela Unificada com vistas à conexão dos dados ambulatoriais e Hospitalares e sua descrição. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e órteses, próteses e materiais (OPM) do SUS.

SCNES (6) - O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES visa ser a base para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde, sendo estes imprescindíveis a um gerenciamento eficaz e eficiente do SUS. Automatizar todo o processo de coleta de dados feita nos estados e municípios sobre a capacidade física instalada, os serviços disponíveis e profissionais vinculados aos estabelecimentos de saúde, equipes de saúde da família, subsidiando os gestores, nas três esferas, com dados de abrangência nacional para efeito de planejamento de ações em saúde. Pelo *site* dá a transparência à sociedade de toda a infraestrutura de serviços de saúde, bem como a capacidade instalada existente e disponível no país. Ser, junto com o Cartão Nacional de Saúde (CNS), o principal elo entre todos os sistemas do SUS. O sistema coleta os seguintes dados: Informações básicas gerais, Endereçamento/Localização, Gestor responsável, atendimento prestado (Internação, Ambulatório,...), caracterização (Natureza, Esfera, Tributos,...), Equipamentos (RX, Tomógrafo, ultrassom,...), Serviços de Apoio, Serviços Especializados (Cardiologia, Nefrologia, Farmácia,...), Instalações Físicas (leitos, salas, ...), Profissionais (SUS, Não SUS, Carga horária, ...), Equipes, Cooperativa. Como Benefícios citam-se: auxilia o planejamento em saúde, em todos os níveis do governo, disponibiliza informações de infraestrutura, tipo de atendimento prestado, serviços especializados, leitos e pro-

fissionais de saúde existentes nos estabelecimentos de saúde. O CNES propicia ao gestor o conhecimento da realidade da rede assistencial existente, sua potencialidade e capacidade instalada, visando auxiliar no planejamento em saúde, bem como dar maior visibilidade ao controle social a ser exercido pela população. O Ministério da Saúde instituiu as fichas de cadastro de estabelecimento e colocou em consulta pública. Em 2000, pela Portaria 511, o Ministério, após término da consulta pública, aprova e ratifica a ficha de cadastro de estabelecimento e seus respectivos manuais e determina ao DATASUS a criação do banco de dados nacional de estabelecimentos de saúde. Seu público-alvo são os estabelecimentos Públicos de Saúde, Rede Complementar e Prestadores do SUS, sejam pessoas físicas ou jurídicas.

No tocante a funcionalidades o cadastro de todos os gestores estaduais e municipais, incorporação do módulo de cadastramento de equipes de saúde da família, cadastramento de equipes do sistema penitenciário e módulo residência terapêutica, otimização do processo de recebimento de bases dos gestores, bem como a disponibilização dos dados na Internet, com adequação ao sistema de transmissão de dados (Transmissor) da Coordenação, rotinas de manutenção do cadastro de estabelecimentos de saúde, do cadastro de profissionais, do cadastro de mantenedoras e no de equipes. De realização de advertências e consistência da base de dados. De importação/exportação de base de dados. De manutenção de emissão de relatórios operacionais, gerenciais, estatísticos e de equipes. De manutenção da funcionalidade da documentação e configuração do sistema. De manutenção da funcionalidade de atualização de bases a partir de arquivos disponíveis no *site* CNES e importação de bases a partir da base nacional, rotinas de ma-

nutenção da funcionalidade da cópia de segurança/restauração e cadastro de usuários e rotinas de manutenção da funcionalidade do fechamento da competência, consulta de histórico da base de dados e geração de arquivos. Seu cadastro serve como base para os seguintes sistemas: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA); Sistema de Informação Hospitalar (SIH); Cartão Nacional de Saúde; Sistema de Informação de Regulação; Sistema de Informação da Programação Pactuada e Integrada; Sistema de Informações da Anvisa; Sistema de Informações da ANS; e Gerenciador de Informações Locais (GIL).

Sistemas e Aplicativos Epidemiológicos - Os SIS que monitoram o comportamento do perfil de morbimortalidade precisam ser extremamente sensíveis à realidade local já que se destinam à identificação e à tomada de decisão precoce. Além disso, devem ser afeitos aos profissionais que subsidiam sua alimentação para, com isso, espelhar uma concretude de dados. Citamos adiante.

SISAB (18) - O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) foi instituído pela Portaria nº 1.412 do Ministério da Saúde, de 10 de julho de 2013, passando a ser o sistema de informação da Atenção Básica vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica, substituindo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). O SISAB integra a estratégia do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS) denominada e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), que propõe o incremento da gestão da informação, a automação dos processos, a melhoria das condições de infraestrutura e a melhoria dos processos de trabalho. Além do SISAB, temos os sistemas e-SUS AB para captar os dados, composto por dois sistemas de *software* que instrumentalizam a coleta dos dados que serão

inseridos no SISAB. São eles: 1) Coleta de Dados Simplificado (CDS); 2) Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e 3) Aplicativos (App) para dispositivos móveis, atualmente disponível: app AD (Atenção Domiciliar).

Nesse sentido, os sistemas e-SUS AB foram desenvolvidos para atender aos processos de trabalho da Atenção Básica para a gestão do cuidado em saúde, podendo ser utilizado por profissionais de todas as equipes de AB, pelas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), do Consultório na Rua (CnR), de Atenção à Saúde Prisional e da Atenção Domiciliar (AD), além dos profissionais que realizam ações no âmbito de programas como o Saúde na Escola (PSE) e a Academia da Saúde. Com o SISAB, é possível obter informações da situação sanitária e de saúde da população do território por meio de relatórios de saúde, bem como de relatórios de indicadores de saúde por estado, município, região de saúde e equipe.

SI/PNI (8) - O Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização é um sistema desenvolvido para possibilitar aos gestores envolvidos na Imunização a avaliação dinâmica do risco quanto à ocorrência de surtos ou epidemias, a partir do registro dos imunobiológicos aplicados e do quantitativo populacional vacinado, agregados por faixa etária, período de tempo e área geográfica. Possibilita o controle do estoque de imunobiológicos necessários aos administradores com incumbência de programar sua aquisição e distribuição. Controla as indicações de aplicação de vacinas de imunobiológicos especiais e seus eventos adversos, dentro dos Centros de Referências em Imunobiológicos Especiais. Cita-se como benefícios o registro, por faixa etária, das doses de imunobiológicos aplicadas e calcula a cobertura vacinal, fornece informações sobre rotina e campanhas, taxa de abandono e envio de boletins de imu-

nização, gerencia os atendimentos, o estoque e a distribuição dos imunobiológicos, possibilita o controle das perdas físicas e técnicas de vacinas em todas as instâncias, identifica as reações pós-vacinação, notificando os eventos adversos observados nos usuários vacinados, identifica, de forma individualizada, os usuários que receberam atendimento nos Centros de Referências de Imunobiológicos Especiais, possibilita a padronização do perfil de avaliação. Tem como funcionalidades: Avaliação do Programa de Imunizações; Estoque e Distribuição de Imunobiológicos; Eventos Adversos pós-vacinação; Programa de Avaliação do Instrumento de Supervisão; Apuração dos Imunobiológicos Utilizados; e Sistema de Informações dos Centros de Referência em Imunobiológicos Especiais.

SISCOLO/SISMAMA (9) - Sistema informatizado de entrada de dados desenvolvido pelo DATASUS, em parceria com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), para auxiliar a estruturação do Viva Mulher (Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama). Coleta e processa informações sobre identificação de pacientes e laudos de exames citopatológicos e histopatológicos, fornecendo dados para o monitoramento externo da qualidade dos exames, orientando os gerentes estaduais do programa sobre a qualidade dos laboratórios responsáveis pela leitura dos exames no município. O Sistema de Informação do Câncer (SISCAM) também é fundamental para a conferência dos valores de exames pagos em relação aos dados dos exames apresentados. Como benefícios citam-se a obtenção de informações diversas dos exames realizados, auxílio e conferência dos valores de exames pagos em relação aos dados dos exames apresentados, apoio à rede de gerenciamento no acompanhamento da evolução do programa, disseminação e informações em saúde para Gestão e Contro-

le Social do SUS, bem como para apoio à Pesquisa em Saúde. Tem como funcionalidades: atuar na manutenção das bases nacionais do Sistema de Informações de Saúde; oferecer consulta para a elaboração de sistemas do planejamento, controle e operação do SUS; emitir laudo de exames citopatológicos e histopatológicos; gerar relatórios de produção laboratorial por período desejado.

Sistemas Ambulatoriais têm como objetivo identificar e captar a produção de atendimentos e procedimentos realizados com vistas à validação e à padronização destes e sua contrapartida financeira. Adiante citamos:

sai: Sistema de Informação Ambulatorial, que recebe a transcrição de produção dos documentos do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) e Autorização de procedimento de Alta Complexidade (APAC). É nesse sistema que se faz a consolidação das produções e validação do pagamento *versus* parâmetros orçamentários estipulados pelo gestor de saúde, antes de aprovar o pagamento. O SIA envia informações de financiamento do teto da saúde a outros sistemas de finanças, que vão para o gestor de saúde.

APAC Magnético: Sistema de Captação de Dados - Sistema descentralizado utilizado mensalmente pelas Unidades Prestadoras de Serviço para transcrições dos dados referentes aos atendimentos autorizados de alta complexidade (Autorização de Procedimento de Alta Complexidade - APAC), por paciente.

BPA Magnético: Boletim de Produção Ambulatorial - Sistema descentralizado utilizado mensalmente pelas Unidades Prestadoras de Serviço para transcrição dos quantitativos dos atendimentos prestados nos ambulatorios (Boletim de Produção Ambulatorial - BPA), criticando-os conforme regras estabelecidas em portarias.

SIGPBF(4): O Bolsa Família é um sistema de informação que apoia os serviços de acompanhamento às famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família, possibilitando o armazenamento de dados relativos ao cumprimento das condicionalidades e acompanhamento nutricional dos membros das famílias no atendimento nas diversas áreas da unidade. Citam-se como benefícios a possibilidade de avaliação nutricional das fases do ciclo de vida (crianças < 7 anos e mulheres de 10-60 anos), acompanhamento das condicionalidades das famílias beneficiárias (se o membro for criança menor de 7 anos, se vacinou, ou não; caso o membro seja uma mulher entre 10 e 60 anos se fez ou não o pré-natal), descreve de maneira contínua tendências e determinantes (na área alimentar e nutricional), caracterizando áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco. Traz enquanto funcionalidades: informa o cumprimento das condicionalidades de forma agrupada, por região, estado e município; identifica, a partir da descrição do estado nutricional da população, o caráter e magnitude dos problemas nutricionais de determinada área; e permite predições com base nas tendências atuais a fim de indicar a evolução provável dos problemas nutricionais.

Regulação: Os sistemas de regulação buscam a otimização na alocação e distribuição dos recursos nas áreas de transplantes de órgãos, procedimentos de alta complexidade, recursos hospitalares e ambulatoriais especializados, serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) e avaliação de recursos em saúde. Compõem-se de sistemas, operados localmente. Entre esses há o importante Sistema Nacional de Transplantes (SNT), que é estruturado pelo Serviço Federal de Processamento de Dados (SERPRO). Além do transplante de órgãos, outro procedimento importante é a doação de medu-

la óssea. Para este fim, foi desenvolvido o sistema REDOMENet - Relação de doadores não aparentados de medula óssea. Este sistema foi desenvolvido para gerenciar desde a captação à doação de medula óssea.

O SISREG II (Sistema de Centrais de Regulação) permite, junto aos dados cruzados com o CADSUS, o controle da regulação dos serviços hospitalares e ambulatoriais no âmbito municipal, estadual e regional.

Sistemas de Gerenciamento Financeiros SIOPS: Sistema de informação sobre orçamento público em saúde. Apura as receitas totais e os gastos em ações e serviços públicos de saúde.

SGIF: Sistema de Gestão de Informações Financeiras. Sistema de informação de orçamento. Relaciona-se com o pagamento de prestadores dos serviços.

Sistemas Hospitalares SIHSUS: a finalidade da AIH (Autorização de Internação Hospitalar) é registrar todos os atendimentos provenientes de internações hospitalares que foram financiadas pelo SUS e, a partir deste processamento, gerar relatórios para que os gestores possam fazer os pagamentos dos estabelecimentos de saúde. Além disso, o nível Federal recebe, mensalmente, uma base de dados de todas as internações autorizadas (aprovadas ou não para pagamento) para que possam ser repassados às Secretarias de Saúde os valores de Produção de Média e Alta complexidade, além dos valores do Cadastro Nacional de regulação de Alta Complexidade e do Fundo de Ação, Estratégia e Compensações (CNRAC, FAEC) e de Hospitais Universitários – em suas variadas formas de contrato de gestão. Citam-se enquanto funcionalidades: possibilita a avaliação do desempenho e condições sanitárias, através das taxas de óbito e de infecção hospitalar informadas no sistema;

fornece informações para a programação do orçamento dos estabelecimentos; criada funcionalidade de “Geração de Histórico”, que permite ao Gestor diminuir o volume do banco de produção, otimizando o processamento; e criada funcionalidade para gerar relatórios a partir do histórico.

HEMOVIDA: desenvolvido especificamente para bancos de sangue, o Hemovida tem como objetivo informatizar todo o ciclo de doação de sangue, desde a captação até a distribuição do material, controlando cada etapa do processo. Permite aos diversos gestores nas esferas Federal, Estadual e Municipal, o pleno acesso aos dados indispensáveis à tomada de decisões quanto ao gerenciamento em todo o processo do sangue na HEMOREDE. Citam-se como benefícios a possibilidade de controle clínico, financeiro, logístico, além de fornecer conhecimento amplo sobre os atendimentos aos pacientes submetidos a tratamentos hemoterápicos. Fomenta a criação da Rede Nacional de Informações de Sangue e Hemoderivados, integra todas as atividades do processo do ciclo do sangue, garante qualidade nas informações em todo o processo do sangue doado, agiliza o atendimento dos doadores, desde o cadastramento até a coleta de sangue, emite relatórios gerenciais essenciais à plena gestão das atividades nas unidades hemoterápicas. Traz como funcionalidades: possibilita o cadastramento de doador, dados sobre histórico de doenças, transfusões de sangue, pré-triagem, coleta, fracionamento, imuno-hematologia, sorologia e distribuição; Informa sobre coleta e processamento do sangue, distribuição, transfusão e descarte de hemocomponentes; Identifica por código de barras as bolsas coletadas, processadas e distribuídas; Supervisiona a infusão de hemoderivados; e oferece atendimento multidisciplinar.

Sistemas Estruturantes: são sistemas que contribuem para a estruturação das Informações do SUS: Integrador e FormSUS (Formulários para utilização no SUS). Integrador - É o banco de dados municipal composto pelo CNES, CADSUS e dos eventos de saúde realizados na rede pelos diversos sistemas de informação local. FormSUS(7) - **é um serviço de uso público, com Normas de Utilização definidas, compatíveis com a legislação e com a Política de Informação e Informática do SUS. O FormSUS foi desenvolvido para atender às finalidades do SUS e de órgãos públicos parceiros, mas foi colocado à disposição de instituições e universidades para aplicações de interesse público. Para criar formulários, o indivíduo precisa estar cadastrado como Gestor de Formulário do FormSUS, mas não para respondê-los. Formulários restritos só são acessados por convite do gestor do Formulário. É de responsabilidade de cada gestor de formulário cuidar de sua aplicação e garantir a aplicação dessas normas. O FormSUS contribui com as diretrizes da Política Nacional de Informação e Informática relativas à democratização das informações e à transparência na gestão pública, permitindo o estabelecimento de mecanismos de compartilhamento de dados de interesse para a saúde; a ampliação da produção e da disseminação de informações de saúde; o acesso livre a bases de dados em saúde não identificados; e o acesso responsável, respeitados os preceitos éticos, a dados individuais identificados, garantindo a privacidade e confidencialidade.**

Eventos Vitais: referem-se às informações sobre os registros de nascimentos e óbitos. Mais do que isso, traz os dados demográficos brasileiros. Tais dados decorrem da taxa de fecundidade, redução da mortalidade infantil e expectativa de vida. Informações que geram impacto ao sistema de saúde e resultam, também, da maior abrangência do sistema de saúde.

As informações dos eventos vitais são compostas pelo Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e pelo Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC). Este último de abrangência municipal, estadual, federal e regional. O primeiro, de abrangência municipal e estadual.

Avaliação e Monitoramento: diante do exposto acerca dos SIS mais usuais e de maior abrangência nos departamentos com a necessidade de avaliá-los e monitorá-los. Apesar de toda amplitude e do grande escopo de sua atuação e finalidade, estes têm uma lógica gerencial semelhante. É notório que todo SIS exige entrada ou alimentação de dados a contento, na correta medida dos fatos e serviços que estes monitoram. Nesse contexto, os SIS têm papel de subsidiar o processo de tomada de decisão, sendo instrumentos que permitem organizar e analisar os dados necessários à definição de problemas e riscos à saúde, bem como avaliar o impacto que os serviços possam ter no estado de saúde da população.

No entanto, o processo decisório local pouco tem se valido dessas informações, contribuindo para a ineficiência da gestão dos recursos pessoais, materiais, financeiros, de equipamentos, medicamentos, tecnologia, dentre outros.

Os profissionais das equipes de saúde têm o conhecimento da importância dos SIS, no entanto, sua utilização e seu envolvimento com os sistemas de informação são esporádicos (13). Isso porque os profissionais ainda têm embutida em sua prática a valorização da produção numérica de procedimentos técnicos. Isso contribui para a pouca utilização dos SIS como instrumento de diagnóstico da realidade local, bem como para o planejamento, o monitoramento e a avaliação das atividades desenvolvidas.

Para a gestão de sistemas de saúde na atenção à saúde é fundamental que os profissionais desenvolvam habilidades para utilizar instrumentos que possibilitem a reflexão crítica e a transformação da sua ação, como no caso dos SIS. Cita-se por exemplo um calendário periódico para avaliação de relatórios emitidos diretamente dos SIS, que possa avaliar a consistência dos dados e sua adequabilidade ao seu potencial de produtividade.

Assim, poderão provocar mudança no modo como as pessoas lidam com a saúde e a doença. No entanto, na prática das unidades de saúde, as prioridades ou ações estão quase sempre alienadas, fora do poder de decisão dos trabalhadores que realizam as atividades. Quem define as ações ou atividades a serem desenvolvidas são, geralmente, grupos restritos que ocupam níveis mais elevados da hierarquia institucional (11). Via de regra, objetivos são definidos genericamente, pois surgem de constatações que não expressam a necessidade local, ferindo uma lógica de Gestão que deve ser ascendente e pautada nas necessidades locais.

O monitoramento e a avaliação são importantes ferramentas de planejamento e formulação de políticas e programas, oferecendo ao gestor subsídios para uma visão crítica da realidade e para a tomada de decisão baseada em evidências (12).

A avaliação, como julgamento de valor, e o monitoramento, como ferramenta de gestão, são de suma importância para a tomada de decisões e/ou o planejamento de ações, programas e projetos, com vistas ao desenvolvimento de atividades compatíveis com a realidade, que garantam a qualidade dos serviços.

DISCUSSÃO

No tocante à avaliação e monitoramento dos SIS ainda há dificuldades em implementar uma rotina e metodologia adequada em fazê-lo, seja no âmbito da Gestão ou em uma capilaridade maior, onde os serviços de fato são prestados. O apoio e o treinamento com relação a essas práticas têm sido esporádicos e em grande monta insatisfatórios. Alguns estudos corroboram com esse cenário.

Guimarães et al¹⁴ realizaram estudo sobre o SINASC e verificaram que, apesar da estrutura do SINASC ser bem avaliada, o sistema não foi bem implantado nos 132 municípios do Estado de Minas Gerais, onde foi realizada a pesquisa. Os dados da pesquisa apontaram a falta de qualificação dos profissionais que o utilizam, coleta de dados insuficientes, preenchimento inadequado dos dados, e subutilização e precária divulgação deles.

A partir disso, é necessário que a equipe de saúde domine as tecnologias de informação que possibilitem o desenvolvimento de diagnósticos comunitários mais adequados à sua realidade. É preciso compreender porque a doença está presente e como pode ser prevenida. Portanto, a territorialização dos SIS possibilita a localização dos problemas de saúde e a identificação de desigualdades. No entanto, existem inúmeras dificuldades para os profissionais realizarem a interpretação dos dados por eles gerados durante seu processo de trabalho, dados estes que sofreram um tratamento pelo SIS e retornaram como informação qualificada. Há, sobretudo, ausência de capacidade pedagógica na Gestão em treinar, ensinar e instrumentalizar o corpo laboral para estas práticas avaliativas amparadas.

Mesmo a respeito do Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), realizado em dez municípios de Pernambuco, foi realizado estudo onde a habilidade de quem opera o sistema não interferia na alimentação dos dados, porém a pesquisa concordava com o estudo de Guimarães (2013) em verificar que os dados eram subutilizados (14).

O estudo de Damé et al (10) (2012), a respeito do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), também desenvolvido pelo DATASUS, mas para a ANVISA, relata ser necessário investigar a respeito do uso dos dados e da forma como são coletados, ou seja, novamente tange o aspecto da capacitação profissional para o uso adequado dos dados que se tornam os indicadores que embasarão as políticas públicas de saúde.

Sobre indicadores, Januzzi (15) refere que são ligados de maneira intrínseca às atividades de planejamento do setor público. Indicadores que são utilizados por organizações multilaterais como a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) para pautar suas ações e também pela própria última Constituição Brasileira.

Seguindo ainda Januzzi (2002), os indicadores promovem uma análise competente, capaz de formular e implementar as políticas sociais, como na área de saúde, o que também justifica o fortalecimento da Rede Integrada de Informações para a Saúde (RIPSA) potencializada pelos dados coletados pelos SIS, estruturados pelo DATASUS.

Moraes et al (16) (2012) reforçam as já mencionadas falhas e falta de integração entre os sistemas de informação, além da insipiência nas práticas avaliativas. Por isso, destaca-se que, para melhor utilização dos sistemas, é relevante a criação de instrumentos de avaliação da sua integração, eficiência e eficácia.

CONCLUSÃO

Com o advento da Carta Magna de 1988, a Saúde tornou-se um direito que deve ser efetivado pelo Estado, o que se fez valer pela criação do SUS.

Este trouxe em seu bojo a utilização de ferramentas que pudessem ser eficientes e servir à missão de ofertar serviços de saúde pelo desvelar das necessidades em saúde desaguando no surgimento do DATASUS.

O departamento de Informática do SUS visa alicerçar os SIS para que estes integrem as informações em saúde, também é objetivo construir um apoio informacional aos diversos níveis de atenção em saúde, incentivando a descentralização das ações em saúde e, concomitantemente, a participação popular e os ditames do SUS.

Embora haja diversos SIS, estes em conformidade com as diversas linhas de cuidado em saúde, nota-se um nicho e concentração dos atores/operadores da informação.

Os estudos demonstram ainda inconsistências em dados inseridos e sua integração entre os diversos tipos de sistemas. Por isso, uma rotina e metodologia clara na utilização dos instrumentos de avaliação para os sistemas de informação aplicados de forma constante e conhecida pelos gestores e profissionais de saúde seria uma boa solução para evitar redundâncias e tornar o uso dos dados e dos sistemas mais eficaz.

Com o passar do tempo muitos SIS tornaram-se obsoletos e ultrapassados, mantidos por questões de manutenção de dados e pesquisas. Um conjunto de sistemas da magnitude dos SIS construídos pelo DATASUS apresenta pouca utilização no que tange à utilização completa de seu potencial informativo. Contudo, há que se reconhecer a qualidade dos SIS do País, um

dos mais completos do mundo. Os partícipes como um todo devem elaborar mecanismos efetivos que proporcionem uma utilização a contento desses sistemas, em especial no que tange à sua Avaliação e Monitoramento.

REFERÊNCIAS

CARVALHO, André Luís Bonifácio. Informação em saúde como ferramenta estratégica para a qualificação da gestão e o fortalecimento do controle social no SUS. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, 3(3):16-30, jun./set. 2009.

CIAP 2. **Classificação Internacional para Atenção Primária**. Disponível em: <http://www.saude.campinas.sp.gov.br/sistemas/esus/guia_CIAP2.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2018.

DALLARI, Sueli Gandolfi. A justiça, o direito e os bancos de dados epidemiológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(3):633-641, 2007. ISSN 1413-8123.

DATASUS. **Bolsa Família**. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/sociais/bolsa-familia>>. Acesso em: 12 fev. 2018.

DATASUS – CADSUS. **Cadastro do SUS**. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastros-nacionais/cad-sus/cadsusweb>>. Acesso em: 02 fev. 2018.

DATASUS – CNES. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastros-nacionais/cnes>>. Acesso em: 03 fev. 2018.

DATASUS – FORMSUS. **Formulários do SUS**. Disponível em: <<http://formsus.datasus.gov.br/site/default.php>>. Acesso em: 02 mar. 2018.

DATASUS – SI-PNI. **Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização**. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/si-pni>>. Acesso em: 10 fev. 2018.

DATASUS – SISCOLO. **Sistema de Informação em Saúde do Colo Uterino**. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/siscolo-sismama>>. Acesso em: 10 fev. 2018.

DAMÉ, et al. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) em crianças do Rio Grande do Sul, Brasil: cobertura, estado nutricional e confiabilidade dos dados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(11):2155-2165, nov. 2011.

FARIA, H. P. et al. **Processo de trabalho em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais/Editora Coopmed, 2009.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na AB: novos horizontes. **Rev. Bras. Saúde Materno-Infantil**, 2004; 4(3):317-321.

FIGUEIREDO, L. A. et al. Análise da utilização do SIAB por quatro equipes da estratégia saúde da família do município de Ribeirão Preto, SP. **Cad. Saúde Colet.** Rio de Janeiro, 2010; 18:418-23.

GUIMARAES et al. Avaliação da implantação do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos em municípios de Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(10):2105-2118, out. 2013.

JANUZZI, P. de M. Indicadores Sociais na Formulação e Avaliação de Políticas Públicas. **Revista Brasileira de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.36(1):51-72, jan./fev. 2002.

MORAIS et al. **Um instrumento de avaliação para os Sistemas de Informação do SUS de abrangência nacional**. XIII Congresso Brasileiro em Informática em Saúde – CBIS 2012.

SILVA, I. Z. Q. J., TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface Comum Saúde Educ.**, 2005; 9:25-38.

SISAB – **Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica**. Disponível em: <<http://sisab.saude.gov.br/>>. Acesso em: 02 fev. 2018.

TARGINO, Maria das Graças. Informação em Saúde: potencialidades e limitações. **Informação & Informação**, Londrina, 14(1):52-81, jun./jul. 2009. ISSN 1981-8920.

CAPÍTULO 17

INTERVENÇÃO ORGANIZACIONAL PARA MELHORIA DA QUALIDADE DO SERVIÇO PRESTADO NA CENTRAL DE REGULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE AMONTADA-CEARÁ

Raul Tomé de Sousa Filho

José Jackson Coelho Sampaio

INTRODUÇÃO

“A saúde é um direito de todos e dever do Estado” relata Brasil (1988). O ordenamento constitucional impõe uma missão ao Estado que nem sempre é cumprida nas situações que a exigem. Ramos (2016) afirma que é em busca desse direito de acesso universal à saúde, constitucionalmente garantido, que o cidadão busca o Poder Judiciário para que esse faça com que seu direito sanitário seja cumprido, garantindo o acesso às demandas até então não acolhidas pelo sistema. Ocorre que, nesses percursos e lutas, o preceito do Direito à Saúde vem se transformando em Direito ao Consumo de Bens e Serviços de Saúde, o que gera dificuldades a serem melhor compreendidas.

Nesse contexto, no intermédio entre o cidadão e a maioria das ações e serviços de saúde encontra-se a Central de Regulação, que, por vezes se vê limitada a adequar as demandas da população aos serviços ofertados (ALBUQUERQUE, 2013), uma vez que as demandas são crescentes e em descompasso

com o crescimento da oferta de serviços, aumentando o desafio para que a universalidade e equidade sejam efetivamente cumpridas (VIEIRA, 2012).

Além dessa carga de responsabilidade inerente à sua finalidade, a posição em que a Central de Regulação se encontra torna-a, para o gestor, uma poderosa ferramenta de trabalho e geradora de subsídios decisórios, possibilitando conhecer as demandas reais dos pacientes, bem como os serviços que estão sendo ofertados e os efetivamente prestados à sua população (SILVA, 2012).

A descentralização político-administrativa da saúde lançou para os municípios a responsabilidade pela atenção primária, e como tal, esse se tornou o principal gerador de demandas para outros pontos da rede, devendo ser capaz de gerir-las de forma regulada e ordenada e driblar os gargalos que se formam por conta da baixa oferta de serviços e ações de saúde.

Esse processo de descentralização se deu em dois períodos distintos, o primeiro ocorreu durante as décadas de 1990/2000, quando se deu uma forte descentralização político-administrativa da União para os municípios, um processo que ficou conhecido como municipalização. O segundo ocorreu na segunda metade da década de 2000, com o Pacto pela Saúde, para a otimização e a racionalização do SUS, mediante a estratégia da regionalização (PINTO, 2017).

Em 2007, com a publicação da Portaria GM/MS nº 1571/2007, foi proposta a implantação de complexos reguladores, entre eles a portaria nº 1559/2008, que vem estabelecer a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. (BRASIL, 2007; BRASIL, 2008). Então, mesmo sendo a regulação inerente a qualquer sistema de saúde (SANTOS; MERHY, 2006), no Brasil, é nesse momento que passa a ter um arcabouço jurídico expressivo e explícito.

No Estado do Ceará, o processo de regionalização se iniciou por meio da estruturação do Sistema de Referência e Contrarreferência, nos meados de 1997, a princípio identificando 14 áreas, por onde convergiram os municípios aos polos terciários, Fortaleza, Sobral e Crato/Juazeiro (Cariri), antecipando-se ao resto do país (CEARÁ, 2012 apud SILVA, 2012).

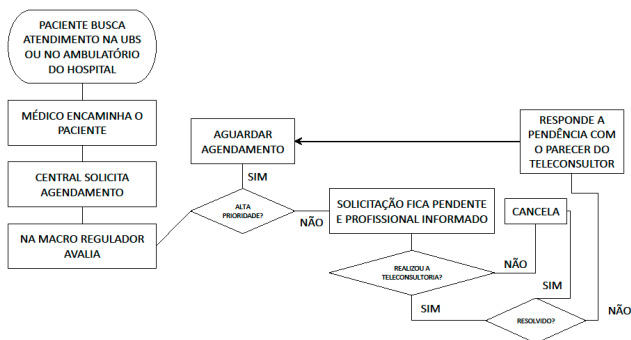
No Ceará, as Centrais de Regulação foram organizadas de forma que cada Macrorregião, cada região e cada município tivessem a sua própria, todas trabalhando com um único sistema informatizado, o UNISUSWEB, para as regulações intermunicipais e inter-regionais e permitindo que, para a regulação local, os municípios usassem sistemas próprios, mantendo a possibilidade de utilização do mesmo sistema também para essa situação.

Em Amontada, município alvo dessa intervenção, a Central de Regulação funciona no mesmo prédio da Secretaria de Saúde para as regulações ambulatoriais e eletivas, enquanto as regulações hospitalares e de urgência e emergência ficam dentro da estrutura do próprio hospital de pequeno porte do município.

A regulação ambulatorial do município é responsável pela regulação local, de média complexidade, e a intermunicipal, essa dirigida ao município polo, e a solicitação de regulação macrorregional, para a dimensão interregional. Nessa última, a ação dos profissionais da regulação municipal é passiva e expectante, pois apenas inserem a solicitação de procedimentos com os dados pessoais e clínicos do paciente no UNISUSWEB e aguardam a regulação por parte do estado e possível agendamento do procedimento pela Central de Regulação macrorregional. Na descrição desse processo destacamos a palavra possível, pois não há nenhuma garantia de que o procedimento seja agendado.

A Figura 1 mostra o fluxograma do processo da regulação do paciente que a demanda é encaminhada para a Macrorregional.

Figura 1 - Fluxograma da regulação ambulatorial de solicitações enviadas à Macrorregional de Fortaleza



Fonte: Elaborada pelos autores.

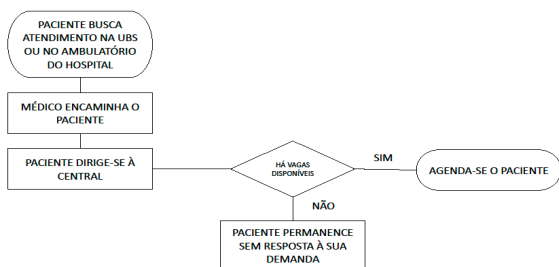
Esse processo é determinado pelo estado e pouco pode ser alterado por intervenção do município, ficando o foco desta intervenção nas outras duas facetas da regulação, a local e a intermunicipal.

Na regulação local, utiliza-se sistema próprio não informatizado para regular acesso às consultas nas especialidades de Ginecologia, Obstetrícia, Pré-natal de risco moderado e alto, bem como na de Cardiologia, e a procedimentos como ultrassonografias. Em todos esses casos, os pacientes já saíam com seu procedimento agendado dentro das vagas disponibilizadas no mês.

Na intermunicipal, sendo possível a resolução dentro da região, encaminha-se o paciente para o município polo,

onde há consultas em diversas especialidades, cirurgias eletivas e outros procedimentos de média complexidade, nesse caso as vagas ofertadas pelos prestadores também estão no controle do município, pelo UNISUSWEB, quando, no limite das vagas, os pacientes também saem com seus procedimentos agendados. A figura 2 mostra o Fluxograma da regulação ambulatorial local e para o município polo regional.

Figura 2 - Fluxograma da regulação ambulatorial local e para o município polo regional



Fonte: Elaborada pelos autores

Para Mendonça & Cols (2006) a regulação assistencial precisa estar pautada em manter as diretrizes de universalidade, integralidade e equidade, implicando em articulação técnico-política, no âmbito do cuidado. Já Nascimento (2009), falando da Central de Regulação, diz que essa é o local em que são recebidas as solicitações de atendimento e os mesmos são avaliados, processados e agendados, garantindo-se o atendimento integral de forma ágil e de qualidade aos usuários do Sistema de Saúde.

O processo de trabalho, tal como mostrado, era o modelo padrão até então e trazia consigo várias situações con-

trárias ao que é proposto pelas diretrizes do SUS. Ele levava a população a chegar pela madrugada, ou até mesmo, em casos mais extremos, dormir na fila, na expectativa, muitas vezes frustrada, de conseguir o agendamento de seu procedimento. Havia, ainda, denúncias de que ocorreriam vendas de vagas nessas filas da madrugada. Outra consequência, tão ou mais grave, é que não havia de fato uma regulação, mas uma distribuição de vagas para os pacientes que chegassem primeiro e não para os que mais precisavam.

A permanência da situação não levava ao acesso equânime e integral, justificando a realização de intervenções corretivas. Para desenvolver a intervenção utilizou-se a ferramenta de qualidade FOFA (Fortalezas, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças), também conhecida como SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats), que busca identificar quais são as forças e fragilidades do setor avaliado, e, simultaneamente, realizar a avaliação interna.

Foram construídos, portanto, quatro parâmetros de avaliação da qualidade das ações prestadas aos munícipes de Amontada, para que a Central de Regulação possa efetivar o elo entre as demandas existentes e o recurso disponível, de modo a oferecer a melhor resposta assistencial: organizada, equânime, com qualidade e em tempo oportuno (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). O foco da intervenção focava na acessibilidade ao cuidado à saúde, como definida por Donabedian (1990), ou seja, a capacidade de obtenção de cuidado de forma fácil e conveniente, no momento necessário.

Como melhoria da qualidade entende-se a aplicação sistemática de metodologias para aperfeiçoar a forma como os serviços são entregues a quem tenha o direito (COLES, 2017). Já a Health Foundation (2013), definindo a melhoria da quali-

dade, destaca a “combinação” de uma “mudança” e um “método”, ao mesmo tempo em que presta atenção ao contexto, para alcançar melhor atenção à saúde.

O objetivo deste relato de intervenção é compartilhar e promover boas práticas através de descrições breve do projeto de melhoria de qualidade das ações da Central de Regulação de Amontada.

MÉTODO

Para garantir a qualidade do presente texto, utilizaram-se as diretrizes do Standards for Quality Improvement Reporting Excellence - SQUIRE (Padrões para Excelência em Relatório de Melhoria de Qualidade), que se destinam a servir de guia aos autores que relatam intervenções de melhoria da qualidade, segurança e valor dos cuidados de saúde (GOODMAN, et al, 2016). O SQUIRE foi projetado para aumentar a integridade e a transparência de relatórios sobre os trabalhos de melhoria da qualidade (OGRINC, et al, 2008).

CONTEXTO

Amontada é um município cearense com população de 42.508 habitantes, desses 40,34% estão em situação de extrema pobreza e apenas 0,72% da população tem plano de saúde. A densidade demográfica do município é de 36 hab/km².

Por sua população deveria ter até 20 ESF, mas possui apenas 12 ESF credenciadas junto ao Ministério da Saúde. No caso dos Agentes Comunitários de Saúde o teto 101 agentes para a população é atingido.

Com essas características populacionais e de cobertura o município é um grande gerador de demandas por atenção secundária, tendo relativa resolatividade instalada em Ginecologia, Obstetrícia e Cardiologia, além da realização de ultrassonografias. No entanto, mesmo nesses casos, há grande quantidade de encaminhamentos para outros municípios, por conta de limitações técnico-operacionais dos equipamentos ou dos especialistas.

No caso das especialidades limitadas ou dos procedimentos não resolvidos no âmbito local, bem como as demais demandas, existem dois destinos possíveis: agendamento para o município polo regional, que é a cidade de Itapipoca, ou encaminhamento da solicitação para a Central de Regulação Macrorregional, transferindo-se o processo de regulação para o âmbito do estado.

INTERVENÇÃO

Em Abril de 2017, todos os funcionários da Central de Regulação do município foram convidados a participar de uma reunião de avaliação e remodelagem das ações do setor. Houve 100% de participação e a reunião foi coordenada pela equipe de assessoria técnica do município. O Quadro 1 traz o detalhamento da composição da referida equipe.

Quadro 1 - Detalhamento da composição da equipe da Central de Regulação do município de Amontada

Função	Formação	Quantidade
Coordenadora	Assistente Social	1
Operadora do sistema	Enfermeira	1
Operador do sistema	Nível médio	1
Auditor	Médico	1

Fonte: Elaborado pelos autores.

Após exposição da metodologia e de esclarecer que essa intervenção possuía natureza técnica, com propósitos profissionais, mas, ao mesmo tempo, o rigor de uma pesquisa científica, iniciou-se a aplicação da matriz FOFA, ou SWOT.

O método permitiu refletir adequadamente sobre as práticas, pois adota uma análise compreensiva das atitudes e comportamentos dos profissionais. Estudos com essa técnica resultam em contribuições efetivas para os setores, representando ferramenta de avaliação e de apoio à mudança organizacional, contribuindo no planejamento estratégico (GAFURI; ROJO; MIURA, 2017). Assim, foi possível identificar os fatores internos e externos que podem contribuir (pontos fortes) ou dificultar (pontos fracos) o cumprimento da missão do setor. O Quadro 2 traz a matriz FOFA.

Quadro 2 - Matriz FOFA

	PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS
FATORES INTERNOS	FORÇAS	FRAQUEZAS
FATORES EXTERNOS	OPORTUNIDADES	AMEAÇAS

Fonte: Elaborado pelos autores.

Conhecendo as Fraquezas e as Ameaças ao funcionamento da Central de Regulação municipal, foi possível organizá-las por prioridade, definindo quais deveriam ser solucionadas primeiro. Para tanto, foi utilizada a Matriz GUT, ferramenta essa destinada a priorizar ações ou problemas baseando-se na tríade Gravidade, Urgência e Tendência - GUT, deste modo determinando-se a hierarquia de prioridades e a sequência de ações (MEIRELES, 2001).

A Gravidade indica a intensidade ou a profundidade dos danos que a situação causa; a Urgência se refere ao tem-

po que o dano levará para eclodir, caso o problema não seja resolvido; e a Tendência é o desenvolvimento que o problema teria na ausência de solução (MEIRELES, 2001). O Quadro 3 apresenta a pontuação, de 1 a 5, conforme atribuída, pelo método, à tríade.

Quadro 3 - Pontuações a serem usadas na Matriz GUT

Nota	Gravidade	Urgência	Tendência
5	Extremamente grave	Extremamente urgente	Se não for resolvido, piora imediatamente
4	Muito grave	Muito urgente	Vai piorar a curto prazo
3	Grave	Urgente	Vai piorar a médio prazo
2	Pouco grave	Pouco urgente	Vai piorar a longo prazo
1	Sem gravidade	Sem urgência	Sem tendência de piorar

Fonte: Elaborado pelos autores.

RESULTADOS

Ao utilizar a Matriz FOFA, fez-se um diagnóstico de questões administrativas e gerenciais do setor, possibilitando análise das condições internas e externas da Central de Regulação, subsidiando a escolha das ações de reforço dos pontos fortes e de redução ou eliminação dos pontos fracos, e gerando conhecimento para o usufruto das oportunidades.

Fazendo uso do saber oriundo das idiossincrasias da própria prática e das teorias embutidas na matriz FOFA, os profissionais identificaram os fatores internos e externos que influenciavam no bom andamento do seu trabalho. O Quadro 4 expõe os fatores internos identificados pelos profissionais.

Quadro 4 - Fatores internos identificados pelos profissionais

AMBIENTE INTERNO	FORÇAS	FRAQUEZAS
Possui médico na equipe	X	
A equipe é bem treinada	X	
Há computadores suficientes	X	
Falta de impressoras		X
Ambiente de espera inadequado		X
Concentração do atendimento no final do mês		X
Conexão com Internet intermitente		X
Boa vontade da equipe	X	
Pacientes marcados por ordem de chegada		X
Falta de regulação para os agendamentos locais e intermunicipais		X

Fonte: Elaborado pelos autores.

Foram citadas como Forças: haver médico na equipe, a boa vontade e o bom treinamento da equipe, a disponibilidade suficiente de computadores. Um médico compondo a equipe é de importância fundamental, pois a atividade de regulação é restrita legalmente a este profissional (BRASIL, 2006). A capacitação da equipe, que é fator forte em qualquer instituição, na regulação, devido à sua complexidade e multiplicidade de tipos de demanda, é essencial. Como o sistema usado no estado é *on-line*, é de suma importância haver equipamentos e tráfego de dados adequados.

O Quadro 5 apresenta os fatores externos identificados, pelos profissionais, como oportunidades, as situações externas que podem contribuir para o bom andamento do trabalho, mas que fogem do controle dela, e, como ameaças, as situações que podem prejudicar/dificultar esse trabalho.

Quadro 5 - Fatores externos identificados pelos profissionais

AMBIENTE EXTERNO	OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
Programação insuficiente e inadequada		X
Oferta de serviços insuficientes		X
Apoio da Regional de Saúde	X	
CIR operante	X	
Prestadores em nível regional acessíveis	X	
Sensibilidade da gestão	X	
Letras ilegíveis dos médicos		X
Encaminhamentos e solicitações desnecessárias		X

Fonte: Elaborado pelos autores.

Foram identificadas, como ameaças, a programação insuficiente e inadequada, além da oferta inadequada de vagas, pontos que sinergizam e se integram. A qualidade da letra dos profissionais médicos impossibilita, dificulta ou no mínimo atrasa o trabalho dos profissionais da regulação. O entendimento é, muitas vezes, frustrado.

Os encaminhamentos classificados pelos profissionais do setor como desnecessários são aqueles que sugerem a possibilidade de solução do problema do paciente estar na Atenção Primária municipal, sem que ele fosse encaminhado ou o exame solicitado. Porém, a hegemonia médica desautoriza que outros profissionais questionem tais decisões. As oportunidades centram-se no apoio dado por instituições externas ao setor.

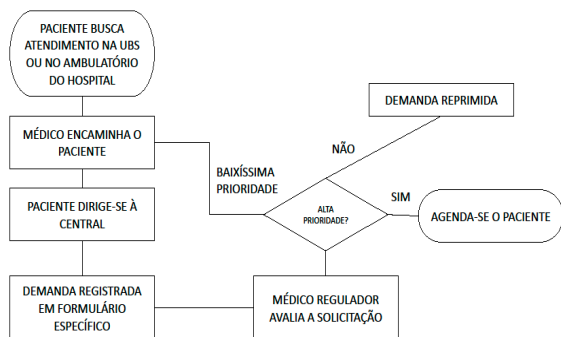
O Quadro 6 apresenta o resultado da aplicação plena da Matriz GUT, para o exercício propositivo de priorização.

Quadro 6 - Matriz de Priorização GUT para priorização de problemas					
Problemas	G	U	T	Total	Priorização
Faltam impressoras	3	2	3	18	9º
Ambiente de espera inadequado	3	4	2	24	8º
Concentração do atendimento no final do mês	5	5	5	125	1º
Conexão com Internet intermitente	4	3	4	48	6º
Pacientes marcados por ordem de chegada	5	5	5	125	1º
Letras ilegíveis dos médicos	4	3	3	36	7º
Encaminhamentos e solicitações desnecessárias	4	4	5	80	3º
Falta de regulação para os agendamentos locais e intermunicipais	5	4	3	60	5º
Programação insuficiente e inadequada	4	4	4	64	4º
Oferta de serviços insuficientes	4	5	5	100	2º

Fonte: Elaborado pelos autores.

Os problemas referentes à concentração do atendimento no final do mês e de marcação de pacientes apenas por ordem de chegada empataram, em primeiro lugar, como os que precisam de maior esforço para enfrentamento prioritário. Ao buscar a origem deles ficou claro que eram consequência do processo de trabalho e do fluxograma já demonstrado na Figura 2. A solução se dará pela remodelagem do fluxograma e, conseqüentemente, do processo de trabalho das regulações locais e regionais. A Figura 3 mostra o fluxograma proposto para a superação dos problemas prioritários.

Figura 3 - Novo fluxograma da regulação ambulatorial local e para o município polo regional



Fonte: Elaborada pelos autores.

Em segundo e terceiro lugares estão oferta de serviços insuficientes e encaminhamentos e solicitações desnecessárias, respectivamente, aquele agravado por esse, uma vez que as já escassas vagas ofertadas são ocupadas com encaminhamentos que não se justificam ou de menor necessidade, estando essas ligadas ao que está no quinto lugar, a falta de regulação para os agendamentos locais e intermunicipais. Esse poderia filtrar, regulando para o perfil assistencial mais adequado para cada caso. Com a implantação da regulação para os agendamentos locais e intermunicipais, passou-se a coletar as solicitações todos os dias úteis para que passem pelo médico regulador e sejam priorizados os casos de maior necessidade, como mostrado já no fluxograma da Figura 3.

A programação insuficiente e inadequada, classificada em quarto lugar em prioridade, tem sua solução dificultada pelos trâmites burocráticos, baixa capacidade instalada e limites de tetos financeiros, sendo que sua solução é muito limitada, no nível local e no curto/médio prazo.

As fraquezas priorizadas em sexto, sétimo, oitavo e nono lugares, foram resolvidas como se segue: a intermitência da Internet foi resolvida com a contratação de nova empresa; o ambiente de espera inadequado foi resolvido em um momento posterior com a mudança do prédio onde funcionava a Secretaria de Saúde; a solicitação de maior esmero dos médicos na hora de escrever os encaminhamentos está sendo incorporada nos serviços; a falta de impressora, que prejudicava a agilidade das respostas, pela necessidade de deslocamento dos trabalhadores para providenciar impressos em outro setor, foi resolvida com a aquisição de uma nova impressora e a mesma foi instalada em rede com os computadores da Central.

Com as medidas tomadas a população não precisa mais chegar pela madrugada e muito menos dormir na fila, desmontando-se também o suposto comércio de vagas. As vagas, ainda escassas, agora são ocupadas por quem mais precisa e iniciou-se um processo de melhor ajuste da programação às necessidades da população do município.

Com a regulação está sendo possível identificar onde os profissionais da Atenção Primária precisam de treinamento para melhorar sua resolutividade, e, ao concluir esse levantamento, os assuntos serão incluídos no plano de educação permanente do município.

DISCUSSÃO

O objetivo da intervenção foi alcançado em linhas gerais, com a regulação gerando condições para uma melhor resposta assistencial, de forma mais organizada e em tempo mais oportuno possível.

Após a intervenção, os pacientes têm a oportunidade de ir qualquer dia do mês para que sua solicitação seja analisada e priorizada segundo o nível da necessidade, não sendo mais por ordem de chegada, aproximando-se do conceito de acessibilidade de Donabedian (2003; 1973): os serviços devem ser oportunos e contínuos para atenderem à real demanda e para serem capazes de assegurar o acesso a outros níveis de atenção.

O tema da gestão da qualidade tem assumido papel cada vez maior na agenda dos gestores e profissionais de saúde, sendo essa compreendida como um processo organizacional, e não apenas individual (AZEVEDO, 2017) e a intervenção aqui relatada deu início a um processo de mudança da cultura organizacional da Assistência à Saúde de Amontada, por meio da Central de Regulação instalada.

Essa intervenção demonstrou-se exitosa neste município, neste momento histórico. Mas, um dos maiores problemas na replicação de intervenções que usam métodos de melhoria da qualidade é que o que funciona em uma configuração contextual não é facilmente transferido para outras configurações, sendo que muitas melhorias dependem, basicamente, do contexto histórico-político, de específicas condições estruturais e organizacionais (SHEKELLE, et al, 2010). Mesmo na simplicidade da intervenção relatada é possível identificar o êxito e a potência replicadora, reduzindo custos e os *trade-off* em contextos similares.

CONCLUSÃO

Esse relato será útil para gestores, coordenadores e gerentes de centrais de regulação e até mesmo de outros setores que precisem de intervenção em busca de melhoria da qua-

lidade. Ousa-se colocar essa experiência como útil, inclusive para outros setores, pois as ferramentas e matrizes aqui usadas podem facilmente ser levadas para outros contextos e, tanto sua versatilidade, como seu baixo custo, permitem a sustentabilidade do processo de reuso para avaliação e incremento à qualidade já melhorada. A simplicidade dessa intervenção a torna menos propensa a sofrer efeitos do contexto, o que potencializa a utilização em diferentes situações.

Todas as despesas geradas pela intervenção foram pagas com recursos da Secretaria Municipal de Saúde de Amontada, Ceará. A produção do presente relato não resultou em despesa direta, sequer de pouca monta, dispensando, portanto, financiamento específico para tal.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. do S. V. de et al. Regulação assistencial no Recife: Possibilidades e limites na promoção do acesso. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 1, p. 223-236, 2013.

AZEVEDO, C. da S. et al. Racionalização e construção de sentido na gestão do cuidado: uma experiência de mudança em um hospital do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1991-2002, 2017.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. p. 292.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 1.571, de 29 de junho de 2007. Estabelece incentivo financeiro para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 jul. 2007c. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/GM nº 1559, de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 de agosto de 2008.

_____. Portaria GM n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial** [da República Federativa do Brasil], Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43.

CEARÁ. **Secretaria da Saúde do Estado**. Políticas de Saúde-regionalização/2007. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/regionalizacao>>. Acesso em: 10 fev. 2007.

COLES, E.; WELLS, M.; MAXWELL, M. et al. The influence of contextual factors on healthcare quality improvement initiatives: what works, for whom and in what setting? Protocol for a realist review. **Systematic Reviews**. 2017; 6:168. DOI: 10.1186/s13643-017-0566-8.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University, 2003.

_____. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med**, 1990; 114:1115-8.

_____. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University, 1973.

GAFURI, R. A. P.; ROJO, C. A.; MIURA, M. N. Planejamento estratégico: diagnóstico e proposta de intervenção por meio de consultoria. **Revista Capital Científico – Eletrônica (RCCe)**, vol. 15, n. 1, 2017.

GOODMAN, D.; OGRINC, G.; DAVIES, L. et al. Explanation and elaboration of the SQUIRE (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence) Guidelines, V. 2.0: examples of SQUIRE elements in the healthcare improvement literature. **BMJ Quality & Safety**.

2016;25(12):e7. DOI: 10.1136/bmjqs-2015-004480.

HEALTH FOUNDATION. **Quality improvement made simple**. London: Health Foundation, 2013.

MEIRELES, M. Ferramentas Administrativas para identificar, observar e analisar problemas: organizações com foco no cliente. **Arte & Ciência**, São Paulo, 1. ed. v. 2, 2001.

MENDONÇA, C. S.; REIS, A. T.; MORAES, J. C. (Org.). **A política de regulação no Brasil..** Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde, 12.

NASCIMENTO, A. A. M. et al. Regulação em saúde: aplicabilidade para concretização do pacto de gestão do SUS. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 2, p. 346-522, abr./jun. 2009.

OGRINC, G.; MOONEY, S. E.; ESTRADA, C. et al. The SQUIRE (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence) guidelines for quality improvement reporting: explanation and elaboration. **Qual Saf Health Care**, 2008;17 (Suppl 1):i13-32. DOI: 10.1136/qshc.2008.029058.

PINTO, L. F. et al. A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1257-1267, 2017.

RAMOS, Raquel de Souza et al. Access the Unified Health System actions and services from the perspective of judicialization. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e 2797, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100320&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 fev. 2018.

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 10, n. 19, p. 25-41, 2006.

SHEKELLE, P. G.; PRONOVOST, P. J.; WACHTER, R. M.; TAYLOR, S. L.; DY, S.; FOY, R. et al. **Assessing the evidence for context-sensitive effectiveness and safety of patient safety practices**: developing criteria (prepared under contract no. HHSA-290-2009-10001C). Agency for Healthcare Research and Quality: Rockville; 2010

SILVA, M. V. S. da et al. Avaliação do Acesso em Saúde na 2ª Microrregião de Saúde, CE. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. SUPPL. 1, p. 107-116, 2012.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190-198, 2004.

VIEIRA, M. S. Geographical and clinical profile of patients admitted to the ICU through the Center for Regulatory Hospitalizations. **Commun. ciênc. saúde** (Impr.), v. 22, n. 3, p. 201-210, 2012.

CAPÍTULO 18

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE COMO FERRAMENTA DE GESTÃO

Valéria Corrêa de Freitas da Cunha

Carlos Garcia Filho

INTRODUÇÃO

A abrangência das atividades desenvolvidas na área da saúde, requer um conhecimento ampliado da organização que pode ser alcançado através de avaliações que facilitem a tomada de decisões para organização e estruturação dos trabalhos, buscando a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

A avaliação, como instrumento administrativo, possibilita o entendimento da dinâmica organizacional, a identificação das necessidades de aperfeiçoamento dos profissionais, a delimitação das dificuldades durante toda a realização das atividades, a orientação e instrução dos trabalhos que são exercidos pela equipe e a decisão sobre ações que estimulem e qualifiquem o trabalho, devendo ter o caráter educativo, dinâmico e contínuo.

Este capítulo foi resultado de uma revisão da literatura sobre o tema qualidade em saúde, fundamentado nas concepções teórico-metodológicas de Avedis Donabedian. A discussão sobre a qualidade do atendimento em saúde, é hoje uma questão de fundamental importância, sendo necessário o envolvimento dos profissionais da saúde, gestores e usuários do sistema de saúde.

O conceito de qualidade é complexo e multifacetado, depende de vários aspectos como: 1- a pessoa deve ser vista em sua individualidade e integridade biopsíquica, levando-se em consideração os componentes culturais nos quais ela foi criada, tais como os espirituais, relacionais e sociais; 2- deve-se considerar a variedade de atores agentes nos sistemas de saúde; 3- a análise da qualidade depende, também, das várias dimensões do conceito de qualidade; 4- é preciso também focar nas particularidades das ações de saúde que produzem serviços que incluem um amplo componente de trabalho imaterial com acentuada personalização; e 5- que a concepção de qualidade é condicionada por fatores de contexto históricos, culturais, políticos, sociais e institucionais (SERAPIONI; SILVA, 2011).

A avaliação em saúde constitui um instrumento técnico político essencial para que os direitos do cidadão sejam respeitados e os serviços sejam acessíveis e de qualidade. As práticas de avaliação auxiliam o cotidiano da gestão da saúde, na habilidade de administrar maiores números de atendimentos e menores custos, mais tecnologia e humanização, resolubilidade e promoção (TANAKA; RIBEIRO; ALMEIDA, 2017).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), passou a estimular a utilização de práticas avaliativas no Brasil, na mesma época da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS, foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regula-

mentado pelas leis nº 8080/90 e nº 8142/90, tornando-se uma política pública de suma importância, alterando significativamente o sistema de saúde brasileiro (LIMONGI et al, 2017). O cuidado à saúde, então, passa a ser direito da população e dever do Estado, universalizando o direito à assistência à saúde, garantindo o acesso igualitário sem quaisquer critérios de exclusão ou discriminação (BARBOSA et al., 2016).

QUALIDADE EM SAÚDE

Os problemas com a qualidade dos serviços de saúde compreendem, de modo geral, três situações: 1- a sobreutilização, quando o cuidado de saúde prestado apresenta maiores chances de provocar danos do que benefícios ao paciente; 2- a utilização inadequada, relacionada à segurança do paciente no que diz respeito a problemas preveníveis associados ao cuidado; e 3- a subutilização, quanto à ausência da prestação do cuidado, quando este traria benefícios ao paciente (PAIM; FILHO, 2014).

A construção de políticas públicas de saúde, nas últimas décadas, enfatiza a necessidade de implantar boas práticas de saúde voltadas para a integralidade do cuidado (SILVA et al., 2016). O crescimento na oferta dos serviços e nos custos com novas tecnologias na área da saúde, vem aumentando a preocupação com a avaliação da qualidade dos programas e serviços de saúde. A avaliação em saúde traz informações quanto à conformação, efeitos e custos associados, subsidiando a tomada de decisão em relação às práticas de saúde e ao estabelecimento de políticas referentes ao setor. Além da questão econômica, os serviços precisam responder às novas necessidades

e problemas de saúde decorrentes dos processos de transição demográfica e epidemiológica (SAMICO et al., 2010).

Nesse contexto, a avaliação em saúde pressupõe: 1- a escolha de problemas relevantes e de medidas de ações viáveis nos níveis técnico, político e econômico; 2- a medição de atributos às tecnologias, aos programas ou aos serviços de saúde; 3- o juízo de valor e a comparação do comportamento desses atributos, como critérios de adequação, dos benefícios e dos custos associados levando-se em conta a população de referência e o conhecimento, ou o arsenal tecnológico existente/disponível; e 4- a alimentação dos processos de análise e de formulação de condutas, para ação gerencial ou governamental (PORTELA, 2000).

A avaliação das ações de saúde vem ocupando lugar de destaque entre as ações de planejamento e gestão, produzindo reflexos diretos na operacionalização das práticas de saúde (SERAPIONE; SILVA, 2011). A qualidade está presente em todas as avaliações que tem como objetivo atribuir juízo de valor. O conceito de qualidade é complexo e varia de acordo com o contexto histórico, político, econômico e cultural de cada sociedade, além dos conhecimentos científicos acumulados. A qualidade em saúde deve ser, então, analisada, considerando-se as complexidades do sistema de saúde e da sociedade que estão em constante evolução (SAMICO et al., 2010).

A compreensão do que é qualidade varia de acordo com os diferentes pontos de vista dos atores envolvidos no cuidado à saúde como usuários, profissionais, gestores, prestadores de serviços, entre outros (GUBA; LINCOLN, 2011). Desse modo, a qualidade deve ser avaliada sob duas dimensões: a dimensão objetiva e a dimensão subjetiva. A dimensão objetiva, procura quantificar o fenômeno, categorizando as ações e ser-

viços de saúde em bons ou ruins. Donabedian (1985), define qualidade como “grau no qual os serviços de saúde atendem às necessidades, às expectativas e ao padrão de atendimento dos pacientes” (AKERMAN, 2015). A dimensão subjetiva envolve as relações interpessoais. A subjetividade é um ponto importante a se considerar para que se consiga atender às expectativas dos diversos atores sociais envolvidos na avaliação, bem como a complexidade dos serviços de saúde (GUBA; LINCOLN, 2011).

Segundo Samico et al (2010), no campo da saúde, as duas dimensões devem ser vistas como complementares, tendo ambas mesma importância para se chegar a uma concepção mais ampliada de avaliação. A dimensão objetiva corresponde à qualidade formal relacionada a instrumentos, formas, técnicas e métodos, podendo ser mensurável e generalizável. Já a dimensão subjetiva corresponde à qualidade política relacionada a finalidades, valores e conteúdos. Essa dimensão não é mensurável, e expressa as particularidades, das vivências, emoções e sentimentos dos indivíduos.

A avaliação da qualidade em saúde parte de parâmetros e atributos que vão servir de referência para a definição de qualidade e a construção dos instrumentos a serem utilizados na avaliação. A grande maioria dos estudos realizados nessa área, tem como alicerce o quadro conceitual proposto por Donabedian (1966;1988;1990), que apresenta duas vertentes principais: a primeira se baseia no modelo sistêmico que observa a relação entre os componentes da estrutura, do processo e do resultado e a segunda se baseia em dimensões ou atributos que definem a qualidade, conhecidos como os sete pilares da qualidade - efetividade, eficiência, eficácia, equidade, aceitabilidade, otimização e legitimidade (PORTELA, 2000).

Quando se avalia a qualidade procura-se evidências diretas ou indiretas, de que a melhor estratégia de tratamento foi selecionada e está sendo implementada. As evidências são arroladas a três níveis de avaliação: do nível da estrutura, do processo e dos resultados. Essas evidências não são atributos da qualidade, mas, simplesmente, tipos de informação a partir dos quais podem ser realizadas inferências sobre a qualidade do cuidado (IPEA, 2015).

CONCEPÇÕES DONABEDIANAS

Donabedian (1980) desenvolveu um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, classicamente considerados uma tríade, que corresponde às noções da Teoria Geral de Sistemas: *input-process-output*.

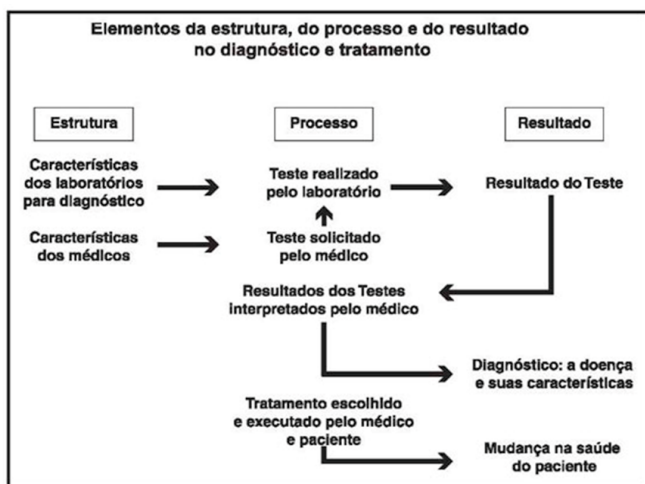
Quadro 1 – Definições da tríade estrutura-processo-resultado

ESTRUTURA (INPUT)	Compreende os recursos físicos, humanos, materiais e financeiros. Envolve desde estrutura física e disponibilidade de equipamentos até a capacitação dos indivíduos que prestam a assistência, passando pela organização dos serviços.
PROCESSO (PROCESS)	Entende-se pelas atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos pela análise do ponto de vista técnico e/ou administrativo. Envolve os aspectos éticos e da relação médico/profissional/equipe de saúde-paciente.
RESULTADO (OUTPUT)	Produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação e expectativas. Corresponde às mudanças observadas no estado de saúde do paciente, que podem ser atribuídas à assistência médica.

Fonte: Donabedian (1980).

A abordagem sistêmica da qualidade proposta por Donabedian (1980), tem por objetivo a sistematização da complexidade da saúde, permitindo que, a partir dela, se estabeleçam indicadores específicos para cada uma das dimensões consideradas, buscando melhorar a qualidade (PAIM; FILHO, 2014). Esses três tipos de informação, só podem ser utilizados para avaliar qualidade se existir uma relação causal entre eles: a estrutura como apoio à execução do processo e ao processo sendo executado para gerar resultado.

Figura 1 – Relação estrutura-processo-resultado.



Fonte: Donabedian (1980).

Pontuados por Mallet (2011), com base nas concepções de Donabedian (1990), algumas razões justificam a necessidade de se combinar a análise da estrutura, do processo e dos resultados na avaliação da qualidade em saúde: 1- a

possibilidade de se conduzir uma avaliação ampla de qualidade, já que certas categorias de informação podem ser mais indicativas de aspectos específicos do cuidado; 2- a ajuda na identificação de locais e causas de falhas na qualidade e as sugestões sobre ações apropriadas (exemplo: modificação na estrutura e/ou no processo); 3- a concordância nas inferências retiradas de vários tipos de indicadores, aumenta a confiança na validade dessas conclusões sobre qualidade; e 4- o desacordo nas inferências, retiradas de vários tipos de indicadores, sugere a presença de problemas que incluem os seguintes: a) dados incompletos, medidos de forma errada ou deliberadamente falsificados; b) resultados medidos em uma “janela de tempo” inapropriada, ou com um número insuficiente de casos; e c) a relação entre processo, estrutura e resultado não é válida, porque o conhecimento disponível foi mal aplicado ou o conhecimento disponível foi adequadamente utilizado, mas não foi válido (o que significa que novas pesquisas são necessárias).

Em outro modelo, Donabedian (1994), ampliou o conceito de qualidade, utilizando o que chamou de “sete pilares da qualidade”: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

Quadro 2 – Os sete pilares da qualidade segundo Donabedian

EFICÁCIA	capacidade de a arte e a ciência da medicina produzirem melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias.
EFETIVIDADE	melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alça-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis.

EFICIÊNCIA	é a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.
OTIMIZAÇÃO	torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados em forma absoluta, mas relativamente aos custos. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais “adições” úteis perdem a razão de ser.
ACEITABILIDADE	sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado.
LEGITIMIDADE	aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral.
EQUIDADE	princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade.

Fonte: Donabedian (1994).

A avaliação em saúde pode determinar a eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados. Avaliar é essencial no planejamento e na gestão do sistema de saúde, de forma a buscar qualidade e resolubilidade garantindo os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e, conseqüentemente, a melhoria das condições de saúde dos indivíduos e da coletividade (BRASIL, 2015).

É difícil quantificar a influência ou contribuição exata desse componente na qualidade final da assistência prestada, mas é possível falar em termos de tendências – estrutura mais adequada aumenta a probabilidade de a assistência prestada ser de melhor qualidade. Processo abrange, grosso modo, todas as atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde

e os pacientes. É sobre essas relações que se obtêm os resultados da assistência. Por isso, é de onde se retiram as bases para a valoração da qualidade (MALLET, 2011).

Existe uma busca constante por uma definição precisa de qualidade, no entanto, conceitos genéricos, afirmam que uma boa prática médica exercida por bons profissionais, dentro dos limites do saber científico, mantendo relação médico-paciente satisfatória, abordando o paciente na sua totalidade, é a que conceitua a qualidade (SILVA; JORGE; JUNIOR, 2015).

Donabedian desenvolveu suas reflexões a partir do cuidado médico ou de saúde prestado individualmente e dentro das perspectivas da garantia de qualidade, isto é, a partir do monitoramento do desempenho clínico. Para esse autor, o desempenho da atividade médica é o tema central e tudo se passa a partir da ótica desse profissional. Em parte, essa visão se deve ao receio da perda da “utilidade analítica” que a ampliação do conceito de qualidade traria (SAMICO, et al., 2010).

A qualidade do cuidado em saúde é julgada de acordo com a sua conformidade a uma série de expectativas que se originam de três fontes: a ciência, que determina a eficácia; os valores e as expectativas individuais, que determinam a aceitabilidade; e os valores e as expectativas sociais, que determinam a legitimidade do cuidado. Assim, a qualidade não pode ser avaliada inteiramente em termos técnicos, já que as preferências dos indivíduos e da sociedade devem ser levadas em consideração (ROUQUAYROL; GURGEL, 2013).

Os maiores conflitos ocorrem quando as preferências sociais não estão de acordo com as preferências individuais, principalmente porque socialmente existem diferentes especificações de cuidado e equidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente, a avaliação é utilizada como forma de racionalizar a gestão, na prática do planejamento, implementação e monitoramento dos serviços públicos (FEITOSA et al., 2016). O desenvolvimento e a implementação de novas metodologias nessa área têm sido recorrentes e relacionam-se com os esforços para garantir transparência nos gastos, controlar os custos assistenciais crescentes, prestar cuidados adequados e equânimes e reduzir variações na prática clínica (MACHADO; MARTINS; MARTINS et al., 2013).

Uma avaliação sistemática, que abrange a organização de saúde e a clientela, executa imprescindível papel ao apontar necessidades no serviço, ao melhorar a qualidade da assistência, ao estimular o desenvolvimento do trabalho e proporcionar condições de melhoria. A mesma deve ser compreendida como processo administrativo essencial que inclui planejamento, organização, coordenação, direção e controle, conforme missão estabelecida pela instituição.

Sendo instrumento de gestão que também privilegia aspectos educativos, a avaliação pode ser entendida, também, como instrumento qualificador dos serviços, direcionando ações para que toda a assistência prestada seja realizada de forma segura, adequada e com excelência.

REFERÊNCIAS

AKERMAN, M.; FURTADO, P. F. (Org.). **Práticas de Avaliação em Saúde no Brasil: diálogos**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. p. 374. Série Atenção Básica e Educação em Saúde. DOI: 10.18310/9788566659467.

BARBOSA, M. L.; CELINO, S. D. M.; CARNEIRO, A. G.; COSTA, G. M. C. Health care provided by SUS: the experience of foreign students. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, e20160092, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160092>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Pnass: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 64.: il. ISBN 978-85-334-2293-3.

CARDOSO JR, José Celso; CUNHA, Alexandre dos Santos (Org.). **Planejamento e Avaliação de Políticas Públicas**. Pensamento Estratégico, Planejamento Governamental e Desenvolvimento no Brasil Contemporâneo; livro 1. ISBN 978-85-7811-245-5. Ipea: Brasília, 2015.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med**. 1990; 114:1115-118.

_____. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **Quality Rev Bull**. 1992; 18:356-60.

_____. Advantages and limitations of explicit criteria for assessing the quality of health care. **Health and Society**. 1981; 59:100-105.

_____. Criteria and standards for quality assessment and monitoring. **Quality Rev Bull**. 1986; 12:99-108.

FEITOSA, A. N. C.; OLIVEIRA, C. L.; DUARTE, E. B.; OLIVEIRA, A. M. Avaliação em Saúde: uma revisão integrativa. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 10, n. 30, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.14295/online.v10i30.457>. Acesso em: 19 mai. 2017.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Avaliação de quarta geração**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2011. p. 27-205.

LIMONGI, J. E.; CALDEIRA, B. F. A.; GONÇALVES, L. A.; FÉLIX, C. G.; BONITO, R. F.; SILVA, V. P. Estrutura e processos da Vigilância em Saúde em municípios mineiros: uma análise quali-quantitativa. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 31-44, mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414462X2017000100031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 jun. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201700010351>.

MACHADO, J. P.; MARTINS, A. C. M.; MARTINS, M. S. Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1063-1082, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000600004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 jun. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000600004>.

MALLET, A. L. R. Qualidade em Saúde: tópicos para discussão. **Revista Brasileira de Cardiologia**. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Rio de Janeiro, 2011. ISSN 2177-7772.

PAIM, J. S.; FILHO, N. A. **Saúde coletiva: teoria e prática**. 1. ed., Rio de Janeiro: MedBook, 2014. ISBN 978-85-99977-97-2.

PORTELA, M. C. Avaliação da Qualidade em Saúde. In: ROZENFELD, S. (Org.). **Fundamentos da Vigilância Sanitária** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. p. 259-269. ISBN 978-85-7541-325-8.

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia & Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. p. 533-544.

SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A.C.; FRIAS, P. G. **Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

SERAPIONI, M.; SILVA, M. G. C. **Avaliação da qualidade do programa saúde da família em municípios do Ceará: uma abordagem**

multidimensional. 16,11, p. 4315-4326. ISSN 1413-8123. DOI: <http://dx.doi.org/101590/51413-81232011001200004>.

SILVA, P. L.; PAIVA, L.; FARIA, V. B.; OHL, R. I. B.; CHAVAGLIA, S. R. R. Triage in an adult emergency service: patient satisfaction. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 427-433, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08062342016000300427&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 set. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400008>.

SILVA, R. M.; JORGE, M. S. B.; JÚNIOR, A. G. S. (Orgs). **Planejamento, Gestão e Avaliação nas Práticas de Saúde**. [livro eletrônico], Fortaleza: Ed. UECE, 2015, 548 p. ISBN: 978-85-7826-322-5.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L.; ALMEIDA, C. A. L. **Avaliação em saúde**: contribuições para incorporação no cotidiano. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p. 1-10; 53-62; 137-150; 201-219.

PARTE III

PLANEJAMENTO, GESTÃO E LIDERANÇA

CAPÍTULO 19

GESTÃO PEDAGÓGICA: UMA CONSTRUÇÃO PARTICIPATIVA NA QUALIDADE DO ENSINO

Ana Bruna Macêdo Matos

José Jackson Coelho Sampaio

INTRODUÇÃO

A gestão pedagógica é um processo que consiste na organização escolar por meio de atividades educativas complexas, envolvendo três dimensões: a gestão do currículo, a gestão da ação docente e a gestão dos resultados. Para se construir um conjunto de ação profissional torna-se necessário que o gestor organize suas ações, buscando nesse sentido, a qualidade no processo-ensino-aprendizagem (DOURADO, 2012).

A gestão do currículo envolve todas as ações voltadas para a implementação das diretrizes pedagógicas, assim como, da avaliação dos processos de aprendizagem. Consiste ainda, na seleção de estratégias e/ou medidas de ensino, que busquem a elaboração/estruturação de projetos interdisciplinares no processo de recuperação do aluno (CATUNDA, 2012).

A gestão da ação docente é resultante da gestão do currículo. Nessa dimensão, o gestor pedagógico irá avaliar se o perfil do corpo docente está de acordo com as ações pedagógicas planejadas na dimensão anterior (SCHWAN, 2013).

A gestão dos resultados consiste na análise de desempenho das turmas, bem como das ações imediatas frente a um resultado indesejado. Devendo assim, ser uma reflexão periódica para que possíveis falhas nesse processo sejam sanadas (VIDAL; VIEIRA, 2011).

Nesse sentido, Medeiros (2009) acredita que, a dinâmica em qualquer situação educativa é bastante complexa e que requer um trabalho integrado e integrador, com clareza de objetivos e propósitos estabelecidos, sendo necessário um equilíbrio entre os aspectos pedagógicos e administrativos para, assim, se ter uma qualidade no processo de aprendizagem.

É sabido que, a busca dessa qualidade na educação é uma ação de longo prazo e que requer mudança e reestruturação organizacional. Os aspectos pedagógicos é considerado o elemento essencial, pois interfere diretamente no resultado da formação dos alunos, sendo assim, para que o desenvolvimento pedagógico seja prestado de qualidade, os processos administrativos devem oferecer condições necessárias a esse fim (SANTOS; GIMENE; MARIANO, 2013).

De acordo com Santos (2014), para que se tenha essa qualidade no ensino é imprescindível que o gestor seja atuante e participativo nas questões que envolvam o campo pedagógico. Dentre os fatores determinantes

Diante disso, o objetivo dessa investigação consiste em discutir acerca da influência da gestão pedagógica na qualidade do processo ensino-aprendizagem.

MÉTODO

O estudo em questão trata-se de um relato de experiência da pesquisadora, a qual atua como coordenadora do Centro Profissionalizante ATS, Atendimento Técnico do Saber.

O Centro Profissionalizante ATS, é uma instituição de ensino que atua na região do Cariri desde o ano de 2007, oferecendo cursos técnicos na área da saúde, com o objetivo de formar o cidadão e preparando-o para o mercado de trabalho.

Dentre os cursos profissionalizantes de capacitação e qualificação oferecidos pela instituição, cita-se: enfermagem, segurança do trabalho, análise clínica, farmácia e secretário escolar, além de especialização em Saúde materno infantil e saúde da família.

RESULTADOS

Dentre as atividades da pesquisadora na referida instituição, tem-se como experiências a realização de estratégias e metas por meio de planos de ação, como mostra o quadro 1 a seguir:

Diante do que foi exposto, levantaram os seguintes objetivos: Organizar ações pedagógica; Planejar as ações pedagógicas; Verificar fatores que favoreçam uma boa gestão de qualidade. Sendo traçado uma meta do período de janeiro de 2018 a março de 2018.

Quadro 1 - meta

Ações	Janeiro 2018	Fevereiro 2018	Março 2018
Planejamento	X		
Organização	X	X	
Pesquisa Bibliográfica		X	
Período de observação		X	
Execução das atividades		X	
Entrega do capítulo			X

Fonte: Elaborado pelos autores.

Diante dos objetivos foram realizadas as seguintes ações: Dimensionamento dos alunos em campo de estágio; Locação em estágio; Procura de campo de estágio; Resolução de problema de problemas previamente de estágio; Locação de preceptores; Calcular o período de estágio.

Pode salientar que as ações são contingentes com atividade da mestrandia em termos de coordenação, supervisão e inserção de ensino e pesquisa, sendo ofertado pelo Centro Profissionalizante ATS (Atendimento Técnico do Saber).

DISCUSSÃO

ORGANIZAÇÃO E PLANEJAMENTO DA AÇÃO PEDAGÓGICA

O planejamento é visto como um instrumento de sistematização e organização das ações. Segundo Santos (2014 apud Vasconcelos 2000 p.15), “planejar significa antecipar mentalmente uma ação a ser realizada e agir de acordo com o previsto”. Ou seja, é por meio do planejamento que se é possível realizar aquilo que se almeja sendo uma ferramenta essencial para o alcance dos objetivos propostos.

Assim, para que o alcance das metas se tornasse eficiente e eficaz se fez necessário a organização do processo de gestão em etapas, as quais são descritas no quadro 2 a seguir:

Quadro 2 – Etapas do processo de gestão

Etapas do processo de gestão		
Etapas	Normas decorrentes dos princípios	Elementos da organização
Planejamento	Formulação de objetivos organizacionais.	Pessoas
	Utilização de técnicas quantitativas	Pessoas e tecnologias
	Antecipação da mudança do ambiente por meio de previsões	Pessoas e tecnologias
	Formulação de estratégias em respostas às previsões	Pessoas e tecnologias
Liderança	Criação de um ambiente agradável para otimizar o desempenho dos funcionários	Estrutura
	Criação de um sistema eficiente para a transferência rápida de informações	Estrutura e tecnologia
	Criação de cargos de desafios para estimular os funcionários	Estrutura
Organização	Atribuição de tarefas entre funcionários e alteração da mesma para maximizar a produção do empregado por meio de adaptações	Estrutura, tecnologia e tarefas
	Delimitação clara das responsabilidades individuais	Estrutura
Avaliação	Medida de desempenho, comparação com padrões, correção de desvio	Estrutura e tecnologia

Fonte: Adaptada de Lopes, 2013.

Por meio dessas etapas, foi viável promover o alcance das metas propostas de forma eficiente e eficaz, no qual foi possível o desenvolvimento de ações, assim como o acompanhamento de atividades e possíveis correções. Além de proporcionar uma forma organizada das ações.

Diante disso, Alves; Araújo (2009) afirmam que o planejamento é uma ferramenta de importância significativa no âmbito educacional, devendo ser uma prática frequente, pois consiste em um recurso que visa uma qualidade no ensino ofertado.

FATORES QUE FAVORECEM UMA BOA GESTÃO DE QUALIDADE

A qualidade no setor educacional é algo bastante desejado, visto que, a conquista para uma formação adequada reflete diretamente na formação do profissional (SANTOS, 2014).

Para Paladini (2004), grande parte da população deseja uma vida melhor, logo, busca na qualidade de ensino uma forma de adquirir competências e alcançar melhores níveis de qualidade de vida por meio de sua atividade profissional. Uma vez que o mercado de trabalho encontra-se cada vez mais competitivo e rigoroso.

Segundo Martins (2012), para se ter uma qualidade em educação, é necessário um gestor com papel de liderança e a realização de um planejamento, com metas e objetivos a serem alcançados em prazo determinado por um cronograma.

A liderança é a característica fundamental para que o gestor desempenhe suas atividades adequadamente, sendo levada em consideração algumas outras, como: o compromisso e a competência (SILVA et al., 2013).

No setor educacional, a busca da qualidade torna-se um grande desafio. Sendo fundamental, uma equipe comprometida e qualificada, para que, assim, se possa garantir uma qualidade no processo ensino-aprendizagem (GEMIGNANI, 2012).

De acordo com Miranda (2013), para se alcançar uma qualidade no ensino, é necessário que o gestor seja articulador, atuante e participativo nas atividades que envolvam o campo pedagógico. Pois, uma organização pedagógica bem gerenciada, por meio de um planejamento e acompanhamento é o que irá direcionar essa qualidade.

CONCLUSÃO

Por meio do presente estudo, pode-se concluir que, a gestão pedagógica é o elemento essencial para o desenvolvimento de um ensino de qualidade e que a busca pelo mesmo é algo que se é construído ao longo do tempo, através de uma gestão que atua com compromisso e competência.

Dessa forma, para que se consiga um ensino almejado, considera-se então que o gestor exerça características relacionadas à sua função, como: compromisso, competência e liderança da equipe, buscando de forma responsável atingir as metas e os objetivos definidos de forma a proporcionar um ambiente favorável ao ensino aprendizagem de qualidade.

Acredita-se ter contribuído com os estudos acerca da gestão e espera-se que as informações aqui prestadas possam favorecer na disseminação do conhecimento e no engajamento de novas pesquisas.

Dessa forma, espera-se que este estudo incentive futuras investigações, tendo em vista que, mais aspectos possam ser questionados e revisados acerca da gestão pedagógica e da qualidade de ensino, para melhorias contínuas.

REFERÊNCIAS

ALVES, R. P.; ARAUJO, D. A. C. Planejamento: organização, reflexão e ação da prática docente. **An. Sciencult**, v.1, n.1, p. 389-396, 2009.

CATUNDA, A. A. **A relevância da gestão democrática no fortalecimento do processo de ensino aprendizagem**. Dissertação (mestrado) da Escola Superior de Teologia, 2012.

DOURADO, L. F. **Gestão em educação escolar**. 4. ed. Cuiabá: Universidade Federal de Mato Grosso / Rede e-Tec Brasil.

GEMIGNANI, E. Y. M. Y. Formação de professores e metodologias ativas de ensino-aprendizagem: ensinar para a compreensão. **Revista Fronteira das Educação**. v. 1, n. 2, p. 1-27, 2012.

LOPES, A. P. P. C. **Gestão escolar**. Dissertação (graduação) do Centro Universitário Católico Salesiano *Auxillium*. São Paulo, 2013.

MARTINS, K. T. **O planejamento estratégico participativo agregando qualidade ao ensino público**. Dissertação (pós-graduação) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012.

MEDEIROS, S. O. L. A avaliação como processo de qualidade na educação. **Facesi em revista**. v.1, n.1, p. 1-11, 2009.

MIRANDA, L. A. S. **Coordenação pedagógica**: intervenções pedagógicas pela qualidade do ensino. Dissertação (graduação) da Universidade Católica de Brasília. Brasília, 2013.

PALADINI, E.P. **Gestão de qualidade**. 2. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2004.

SANTOS, A. O; GIMENES, O. M; MARIANO, S. M. F. Avaliações externas e seus impactos nas práticas pedagógicas: percepções e visões preliminares. **Revista Encontro de Pesquisa em Educação Uberaba**, v. 1, n.1, p. 38-50, 2013.

SANTOS, G. A. X. **A importância do gestor escolar na qualidade do ensino ofertado**. Dissertação (pós-graduação) da Universidade de Brasília. Brasília, 2014.

SILVA, F. M. V. et al. Torna-se gestor: a experiência vivida pelo professor universitário. **II Encontro de gestão de pessoas e relações de trabalho**. v. 1, n. 1, p. 1-16, 2013.

SCHAWAN, J. I. **O perfil do docente responsável pela gestão do pedagógico.** Dissertação (pós graduação) da Universidade Federal de Santa Maria, 2012.

VASCONCELOS, C. **Coordenação do trabalho pedagógico:** do PPP ao cotidiano de sala de aula. São Paulo: Cortez, 2000.

VIDAL, E. M.; VIEIRA, S. L. Gestão educacional e resultados do Ideb: Um estudo de caso em dez municípios cearenses. **Est. Aval. Educ.** v. 22, n. 50, p. 419-434, 2011.

CAPÍTULO 20

FERRAMENTAS E MÉTODOS DA GESTÃO DA QUALIDADE APLICADOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Ana Carolina Barjud Marques Máximo

Carlos Garcia Filho

INTRODUÇÃO

O movimento pela qualidade em serviços de saúde surge da crescente exigência dos usuários por melhoria no atendimento de suas necessidades e expectativas, exigindo dos gestores novos desafios na busca contínua da eficiência e eficácia das atividades. O conceito de qualidade, no início, era muito voltado para a competitividade, mas, atualmente, passou a significar modelo de gerenciamento que busca a eficiência e a eficácia organizacional.

Em termos gerais, o objetivo da gestão da qualidade em saúde é obter maior produtividade e satisfação dos usuários, por meio de padronização de processos e de trabalho em equipe, sempre visando à melhoria contínua da assistência e da instituição.

Nessa perspectiva, as ferramentas e os métodos da qualidade surgem como um relevante instrumento para a condução dos processos e, sobretudo, para o alcance da qualidade nos serviços de saúde. As ferramentas da qualidade são técnicas utilizadas com a finalidade de definir, mensurar, analisar e pro-

por soluções para os problemas que interferem no bom desempenho dos processos de trabalho (MALIK, SCHIESARI, 1998).

Inúmeros são os métodos e ferramentas que podem ser empregadas na implantação e na consolidação do processo de gestão da qualidade de uma instituição de saúde, tais como: metodologia 5S, 6Sigma, método PDCA, 5W2H, diagrama de Pareto, fluxograma, gráficos de dispersão, folha de verificação, cartas de controle, diagrama de causa e efeito, histograma e *brainstorming*.

Assim sendo, este estudo tem como principal objetivo descrever as principais ferramentas e métodos da gestão da qualidade aplicados em serviços de saúde.

METODOLOGIA

Este capítulo é uma revisão de literatura, que utilizou as bases de dados Lilacs, SciELO e Pubmed, no período compreendido entre 1980 a 2017. Foi realizada busca de livros, artigos, teses, dissertações disponíveis no idioma português, utilizando os descritores controlados: gestão da qualidade e serviços de saúde e não controlado ferramentas da qualidade.

Para esta revisão foi realizada a leitura sistemática dos textos encontrados a fim de definir as categorias necessárias ao aprofundamento e discussão acerca das metodologias e ferramentas da qualidade aplicadas em serviços de saúde.

GESTÃO DA QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Os conceitos de gestão da qualidade surgiram no contexto industrial, inicialmente, a partir de pensadores norte-americanos, cujo ápice se deu na indústria japonesa do Pós-Guerra.

Teóricos como Crosby, Deming, Juran, Ishikawa desenvolveram pensamentos e modelos trazendo novos enfoques a respeito da produção e dos serviços, criando conceitos, métodos e técnicas para implantar, manter e avaliar a qualidade. O movimento da qualidade incorporado na indústria nos anos 1950 começou a ser utilizado pela área da saúde na década seguinte e no início dos anos 1970 (MALIK, SCHIESARI, 1998).

Avedis Donabedian foi pioneiro no setor saúde, sendo o primeiro autor que se dedicou de maneira sistemática a estudar e publicar sobre qualidade em serviços de saúde. Este autor inseriu a noção de indicadores de estrutura, processo e resultado adaptado ao atendimento hospitalar que se tornou um clássico nos estudos de qualidade em saúde (DONABEDIAN, 1980).

Em outro modelo, Donabedian ampliou o conceito de qualidade, utilizando o que chamou de “sete pilares da qualidade”: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1990).

Donald Berwick contribuiu para que os profissionais da saúde se apropriassem das ideias da qualidade através de um livro, traduzido para o português com o título *Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde*, em que adapta para a saúde os conceitos utilizados na indústria e oferece exemplos de efetiva aplicação das ferramentas da qualidade (BERWICK, 1991).

A utilização das metodologias e ferramentas da qualidade em serviços de saúde auxilia na estruturação dos processos internos, gerando benefícios para a instituição, para os usuários e para os colaboradores (BONATO, 2011).

DISPOSITIVOS, FERRAMENTAS E MÉTODOS DA QUALIDADE APLICADOS NA SAÚDE

Para gerenciar os processos e, sobretudo, tomar decisões com maior precisão, se faz necessário trabalhar com base em fatos e dados, ou seja, informações geradas no processo. Para tanto, existem técnicas importantes e eficazes, denominadas de ferramentas da qualidade, capazes de propiciar a coleta, o processamento e a disposição clara das informações disponíveis, ou dados relacionados aos processos gerenciados dentro das organizações.

Utilizados para desenvolver, implementar, monitorar e melhorar os preceitos da qualidade nas organizações, os programas, métodos e ferramentas da qualidade representam importantes e necessários instrumentos para que os Sistemas de Gestão da Qualidade obtenham máxima eficiência e eficácia (BAMFORD; GREATBANKS, 2005; ALSALEH, 2007).

Nos dias atuais, vários serviços de saúde, sejam públicos ou privados, possuem um Sistema de Gestão da Qualidade, que utilizam esses métodos e ferramentas em busca da melhoria dos seus processos e da satisfação das necessidades dos usuários. A seguir, serão apresentados alguns dispositivos, metodologias e ferramentas da qualidade aplicadas na saúde e suas principais características.

NORMAS ISO

A ISO (International Organization for Standardization) é uma federação mundial dos organismos nacionais de normatização, da qual fazem parte mais de 140 países e possui a sua

sede em Genebra, na Suíça. A ISO é formada por representantes dos países-membros. No Brasil, a ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas) é a entidade responsável por representar o país perante a ISO. Já o INMETRO (Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial) é o organismo de acreditação para o Brasil ligado à ABNT (MARIANI, 2006).

Com o objetivo de padronizar produtos para exportação entre países da comunidade europeia, em 1987, em Genebra, na Suíça, foi lançada a primeira versão das Normas da série ISO 9000 sobre sistemas de qualidade, tendo, posteriormente, grande aceitação mundial para aqueles produtos e serviços certificados pela ISO (MARSHALL JUNIOR et al., 2011).

As Normas ISO são produzidas por um consenso mundial com o intuito de criar um padrão global de qualidade para produtos e serviços. O conjunto de normas forma um sistema de gestão da qualidade aplicável a qualquer organização, sem considerar seu tamanho, ou se a instituição é pública ou privada, destacando que as Normas ISO buscam padronizar o funcionamento administrativo da instituição. Há diversas empresas certificadas nestas normas e a taxa de crescimento das certificações vem aumentando. As principais vantagens do uso das normas ISO são: melhoria da gestão, aumentar produtividade, redução dos custos e tarefas melhor definidas e controladas (MARIANI, 2006).

AUDITORIAS

Auditorias são métodos de avaliação interna ou externa da qualidade de serviços de saúde. Ela é uma análise sistemática e formal das atividades e é realizada por um profissional

que não esteja diretamente envolvido no fazer, com o objetivo de assegurar a conformidade, a qualidade e o controle dos processos (ADAMI; MARANHÃO, 1995). A auditoria é entendida como um processo educativo que fornece subsídios para a implantação e gerenciamento de uma assistência de qualidade (PINTO; MELO 2010).

As auditorias podem ser classificadas como internas e externas. As auditorias internas podem ser realizadas em diversos serviços de saúde, independente se estão ou não ligadas a algum processo externo de avaliação da qualidade. São realizadas por auditores internos próprios da instituição, devidamente capacitado para este fim. Dentre as principais contribuições das auditorias internas cita-se: envolvimento dos colaboradores, verificação dos cumprimentos das normas, detecção precoce de não conformidades e oportunidades de melhorias, adoção de medidas preventivas e melhoria qualitativa nas áreas auditadas, tanto na organização das atividades assistenciais, como no alinhamento dos processos de acordo com as diretrizes organizacionais. Quando se fala de auditoria externa, estas são realizadas por auditores independentes, ou seja, que não possuem relação com a instituição auditada. Auditorias deste tipo podem ser encomendadas por uma agência reguladora, ou a pedido da instituição, como meio de garantir que as práticas-padrão estão sendo seguidas (SILVA; LOBO, 2014).

ACREDITAÇÃO E CERTIFICAÇÃO

Os processos de Acreditação ou de Certificação são métodos de avaliação externa da qualidade dos serviços de saúde, realizados de maneira voluntária, periódica, reservada, que ob-

jetivam garantir a qualidade da assistência através de padrões previamente estabelecidos (SAS-MS, 2002). Entre as vantagens da Acreditação ou Certificação são apontadas a melhoria do gerenciamento da unidade, bem como a melhoria da assistência ao paciente.

Acreditação é um procedimento da avaliação dos recursos organizacionais, “voluntário”, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência com base em padrões previamente aceitos. A acreditação tem início com uma avaliação de qualidade e de procedimentos baseada em padrões internacionalmente legitimados, gerando um conjunto de orientações para a organização, visando à melhoria do seu desempenho (BONATO, 2011). Na Acreditação, não se avaliam setores ou departamentos isoladamente, mas todos os serviços da organização. Uma instituição acreditada deve ter efetiva responsabilidade em medir desempenho, em promover melhorias de qualidade e deve ter, também, responsabilidade perante os usuários. É importante ressaltar que a ênfase da avaliação é na qualidade do serviço profissional prestado, independentemente dos recursos tecnológicos envolvidos.

Acreditação é um método de avaliação externa da qualidade dos serviços de saúde. Os modelos de avaliação não têm impactos somente na qualidade do atendimento ao paciente, mas também afetam todas as partes envolvidas, como: médicos, outros profissionais da área, fornecedores e a comunidade em geral. O processo de Acreditação propõe a participação voluntária das instituições, estimulando-as a um comportamento de procura da melhoria contínua da qualidade, criando e desenvolvendo a integração com a sociedade. Tem um caráter eminentemente educativo, sem finalidade de fiscalização ou controle oficial. As principais vantagens da Acreditação são:

segurança para os pacientes e profissionais, qualidade da assistência, construção de equipe e melhoria contínua (BONATO, 2007).

Existem diversos programas de Acreditação que já estão sendo adotados no Brasil, cita-se a Organização Nacional de Acreditação (ONA), que certifica a qualidade de serviços de saúde no Brasil, com foco na segurança do paciente, a Acreditação Canadense e a Joint Commission International (JCI) que é um organismo de Acreditação de unidades de saúde baseada nos Estados Unidos.

Certificação é a atividade de comprovação da qualificação de itens, produtos, serviços, procedimentos, processos pessoal ou de sistema da qualidade, no todo ou em parte (PRAZERES, 1996). A Certificação da qualidade necessariamente será executada por uma entidade especificamente designada para tal, chamada de organismo certificador, com base em requisitos previamente estabelecidos e documentados, podendo ou não resultar em emissão de certificados. Tanto órgãos governamentais quanto não governamentais conferem certificação às instituições de saúde. Autoridades governamentais e organizações privadas, como seguradoras, grupos de empregadores ou planos de saúde, podem exigir que uma instituição de saúde atenda a algum tipo de padrão de Certificação para receber reembolso pelos serviços prestados (ROONEY, 1999).

INDICADORES DO DESEMPENHO

O monitoramento de indicadores de desempenho é uma relevante ferramenta, destinada a avaliar e monitorar a qualidade de um serviço, visando à eficiência, à eficácia, à con-

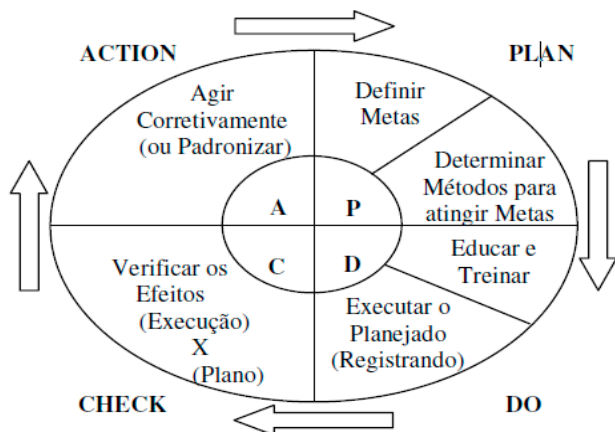
fiabilidade dos processos de trabalho, constituindo-se em uma prática valiosa para avaliação dos serviços de saúde. Logo, é importante elaborar e monitorar indicadores para a tríade estrutura, processo e resultado.

Indicadores são conceituados como uma medida quantitativa que pode ser utilizada para monitorar e avaliar a qualidade de cuidados prestados ao usuário e às atividades dos serviços (JCI, 1989). Apontam dados da realidade e refletem as mudanças ocorridas. O uso dessa ferramenta possibilita aos profissionais monitorar e avaliar os eventos que acometem os usuários e as organizações, permitindo avaliar se os profissionais de saúde e os processos organizacionais atendem às demandas desses usuários.

CICLO PDCA

O ciclo PDCA, também conhecido como ciclo de *Shewhart*, seu idealizador, ou como ciclo de *Deming*, o responsável por seu desenvolvimento é umas das ferramentas da qualidade desenvolvida para a promoção da melhoria contínua e reflete, em suas quatro fases, a base da filosofia do melhoramento contínuo (MARSHALL JUNIOR et al,2011).

Busca melhorar os resultados ajudando a encontrar as causas que originam um problema e movimentar uma ação eficaz para sua solução. Esse método de análise indica a maneira como uma ação deve ser realizada e o que deve ser seguido para que as metas sejam alcançadas. O método PDCA é utilizado pelas organizações para gerenciar os seus processos internos de forma a garantir o alcance de metas estabelecidas, tomando as informações como fator de direcionamento das decisões.

Figura 1 - Método PDCA de gerenciamento de processos

Fonte: Campos (1992, p. 30).

A Figura 1 demonstra a representação gráfica das fases do PDCA, onde a primeira fase corresponde ao **PLAN** (planejamento) em que se estabelecem os objetivos e as metas ideais do processo analisado, estabelecendo-se os métodos para a sua consecução. A segunda etapa compreende o **DO** (execução), que corresponde à fase de implementação do planejamento, sendo necessários à educação e ao treinamento das pessoas envolvidas, com a execução efetiva das ações planejadas. As informações geradas no processo desta etapa devem ser registradas. A terceira etapa é composta do **CHECK** (verificação) e tem por objetivo comparar a execução (a partir dos dados registrados) com o planejamento, nesta etapa, observa-se se os resultados propostos inicialmente foram ou não alcançados. A quarta etapa, **ACTION** (agir corretivamente) implica em ações corretivas, nesta fase, a partir dos resultados alcançados, têm-se dois caminhos diferentes a seguir: se a verificação mostrou

que não foi possível atingir os resultados propostos, deve-se partir para o estudo de ações corretivas e a seguir retomar o método PDCA; porém, se os resultados propostos foram atingidos, deve-se, então, padronizar o processo, assegurando assim sua continuidade (CAMPOS, 1992).

O ciclo PDCA é praticado de forma cíclica e ininterrupta, logo, a conclusão de uma volta no ciclo irá fluir no começo do próximo ciclo e, assim, sucessivamente.

Nos serviços de saúde, o ciclo PDCA pode ser empregado na solução de problemas críticos, que prejudicam o desempenho de um serviço como pode ser utilizado também para manter um resultado atingido ou na busca de um resultado melhor.

A seguir, outras ferramentas e métodos da gestão da qualidade são descritas sucintamente:

5W2H: ferramenta utilizada principalmente no mapeamento e padronização de processos, na elaboração de planos de ação e no estabelecimento de procedimentos associados a indicadores. É de cunho basicamente gerencial e busca o fácil entendimento através da definição de responsabilidades, métodos, prazos, objetivos e recursos associados (BURMESTER, 2013). O nome vem da língua inglesa, e as letras W e H são as iniciais das interrogativas “*what, who, where, when, why, how e how much*” (em português: o quê, quem, onde, quando, por quê, como e quanto).

FLUXOGRAMA

É a representação gráfica que mostra todos os passos de um processo, que tem como finalidade identificar o caminho real e ideal para um serviço ou produto, com o objetivo de identificar os possíveis gargalos (MALIK, SCHIESARI,

1998). É frequentemente utilizado para entender um processo e identificar oportunidades de melhoria, localizando as falhas no processo; desenhar um novo processo, já incorporando as melhorias; facilitar a comunicação entre as pessoas envolvidas no mesmo processo; disseminar informações sobre o processo; orientar a geração de hipóteses para solução de um problema. Em serviços de saúde, ele pode ser utilizado para analisar vários processos executados na assistência ou na gestão de qualquer hospital ou serviço de saúde.

DIAGRAMA DE PARETO

É um gráfico de barras, construído a partir de um processo de coleta de dados, que pode ser utilizado quando se deseja priorizar problemas mais críticos. Em geral, teremos melhores resultados se atuarmos na base mais alta do gráfico. Este diagrama tem por finalidade demonstrar a importância de todas as condições possivelmente causadoras de um problema, a fim de escolher o ponto de partida para a sua solução e identificar a causa básica do problema e monitorar o sucesso (BURMESTER, 2013).

DIAGRAMA DE CAUSA E EFEITO OU ISHIKAWA

Representação das possíveis causas que levam a um determinado efeito. Serve para identificar e explorar fatores que julgamos afetar um problema (MALIK, SCHIESARI, 1998). Suas vantagens são: separar as causas dos efeitos, identificar as várias causas de um mesmo efeito, ajudar o trabalho em equipe

e aprofundar o entendimento. Em serviços de saúde, ele pode ser utilizado para realizar análise de causas de não conformidades detectadas em processos.

HISTOGRAMA

Ferramenta estatística em forma de gráfico de barras que ilustra a distribuição de frequência. Permite a visualização do comportamento de um processo.

LISTAS DE VERIFICAÇÃO (FOLHA DE VERIFICAÇÃO)

Formulários preparados para registros de dados, no qual os itens a serem verificados já estão definidos, de modo que os dados possam ser coletados de forma fácil. Permite uma rápida percepção da realidade e uma imediata interpretação da situação, ajudando a diminuir erros. Tem o propósito de tornar os dados fáceis de obter e de se utilizar e dispor os dados de uma forma mais organizada (SILVA; LOBO, 2014).

CARTA DE CONTROLE

Ferramenta muito utilizada para controle de processos. É composta por: um gráfico cartesiano, em que o eixo horizontal representa o tempo e o vertical, o valor da característica; um conjunto de valores (pontos) unidos por segmentos de reta; três linhas horizontais: limite inferior de controle, limite-controle e linha média (SILVA; LOBO, 2014). Usadas adequadamente, as cartas-controle podem: realizar controle contínuo

do processo, ajustar o processo para que produza de forma consistente e com qualidade, obter do processo resultados com melhor qualidade.

DIAGRAMA DE DISPERSÃO

Visa identificar se existe uma tendência de variação conjunta entre duas ou mais variáveis.

BRAINSTORMING

Tempestade de ideias: é um processo de grupo em que os indivíduos emitem ideias de forma livre, sem críticas, em um curto espaço de tempo. Seu objetivo é lançar e detalhar ideias, buscando diferentes opiniões a partir de um processo de criatividade grupal. Com esta técnica, são alcançadas soluções criativas e inovadoras para diferentes problemas. O envolvimento e a motivação gerados pelo *brainstorming* garantem mais qualidade nas decisões tomadas pelo grupo, maior comprometimento com a ação que se deve seguir e uma apropriação das decisões pelos participantes (BURMESTER, 2013). É uma ferramenta bastante útil na elaboração do diagrama de causa e efeito.

BENCHMARKING

É um processo sistemático e contínuo de avaliação de produtos, serviços e procedimentos de trabalho de instituições que são reconhecidas como representantes das melhores práticas, com o propósito do aprimoramento organizacional. Seu principal objetivo é captar e aprender, para aperfeiçoar sua gestão e identificar oportunidades de melhoria.

FMEA

Failure Mode and Effects Analysis: ferramenta utilizada para identificar possíveis falhas e analisar os efeitos das falhas nos processos de forma preventiva. Identificando as falhas, conseguimos analisar e buscar soluções para eliminá-las ou minimizar as chances de acontecimento. Dentre os benefícios de sua utilização, cita-se: redução de custos, melhoria da segurança, melhoria da produtividade e melhoria da qualidade (SILVA; LOBO, 2014).

METODOLOGIA SIGMA

É uma metodologia para padronizar a produção, diminuir defeitos e obter maior lucratividade. A letra grega sigma representa o desvio-padrão de uma distribuição, e quanto maior é o sigma maior é a tendência a zero defeito ou zero erro. Essa metodologia determina que não podem acontecer mais que 3,4 erros ou defeitos por milhão de eventos. A probabilidade de acerto é, no mínimo, 99,99966% (SILVA; LOBO, 2014). Para implantar o 6Sigma é preciso promover uma grande mudança cultural na instituição, formar especialistas e ter apoio da alta direção.

METODOLOGIA 5S

Tem como objetivo desenvolver a criatividade e a cooperação visando à melhoria do ambiente de trabalho. O nome 5S vem das palavras japonesas *Seiri* (senso de utilização ou descarte), *Seiton* (senso de ordenação/organização), *Seisou*

(senso de limpeza), *Seiketsu* (senso de asseio ou saúde) e *Shitsuke* (senso de autodisciplina) (KHANNA, 2009).

BALANCED SCORECARD

BSC: ferramenta gerencial de avaliação de desempenho que permite à organização identificar os fatores considerados prioritários para o planejamento estratégico e transformá-los em indicadores de desempenho da organização. Os objetivos e medidas do BSC derivam da visão e da estratégia da organização e focam o desempenho organizacional sob quatro perspectivas: financeira, do cliente, dos processos internos e do aprendizado e crescimento (KAPLAN; NORTON, 1997).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Hoje, qualidade é um termo que passou a fazer parte de diversas organizações, independente do ramo de atividade e abrangência de atuação pública ou privada. Logo, observamos programas de qualidade e de melhoria dos processos na maioria dos setores econômicos, inclusive no setor de saúde.

A implantação de um programa de qualidade, com o consequente uso de ferramentas e métodos da qualidade, podem trazer significativas contribuições para o serviço, como maior qualidade, maior segurança para o paciente e também para o trabalhador, o qual se sente mais seguro em desempenhar suas atividades.

O uso de ferramentas e métodos da qualidade têm sido de grande relevância para os sistemas de gestão, quando utili-

zadas ligadas ao objetivo estratégico da organização. É necessário saber para que serve cada uma das ferramentas e como utilizá-las para conseguir resultados satisfatórios. Quando devidamente aplicadas poderão levar à organização identificar problemas, reduzir custos, executar melhores processos, favorecer a cooperação entre os diversos níveis da instituição, identificar causas e raízes dos problemas e solucioná-las, para melhorar os níveis de qualidade pela solução eficaz dos problemas.

No setor saúde a gestão pela qualidade é de alta relevância, pois surge assim como um instrumento em torno do qual as instituições poderão ser reestruturadas para atender às reais necessidades de saúde do país.

REFERÊNCIAS

ADAMI, N. P.; MARANHÃO, A. M. S. A. Qualidade dos serviços de saúde: conceito e métodos avaliativos. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 8, n. 4, p. 47-55, maio/dez. 1995.

ALSALEH, N. A. Application of quality tools by the Saudi food industry. **The TQM Magazine**, v. 19, n. 2, p. 150-161, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1108/09544780710729999>>. Acesso em: 31 jan. 2018.

BAMFORD, D. R.; GREATBANKS, R. W. The use of quality management tools and techniques: a study of application in everyday situations. **International Journal of Quality & Reliability Management**, v. 22, n. 4, p. 376-392, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1108/02656710510591219>>. Acesso em: 31 jan. 2018.

BERWICK, D. **Qualidade dos Serviços Médicos, Hospitalares e da Saúde**. São Paulo: Makron, 1991.

BONATO, V. L. **Gestão em Saúde**: Programas de Qualidade em Hospitais. São Paulo: Ícone, 2007.

_____. Gestão de Qualidade em Saúde: melhorando assistência ao cliente. **O mundo da saúde**, São Paulo: 2011; 35 (5):319-331. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/gestao_qualidade_sau-de_melhorando_assistencia_cliente.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2018.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. 3. ed. Brasília, 2002.

BURMESTER, H. **Gestão da Qualidade Hospitalar**. 1. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

CAMPOS, V. F. **TQC**: controle da qualidade total (no estilo japonês). Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni, 1992.

DONABEDIAN A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: _____. **Explorations in quality assessment and monitoring**. Michigan (USA): Health Administration Press, 1980. p. 77-125.

_____. The seven pillars of quality. **Arch. Pathol. Lab. Med.**, 114:1115-118, 1990.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization. Characteristics of clinical indicators. **QRB Qual Rev Bul.** 1989; 15(11):330-9.

KAPLAN, S.; NORTON, D. **A estratégia em ação**: Balanced Scorecard. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

KHANNA, V. K. 5 “S” and TQM status in Indian organizations. **The TQM Journal**, v. 21, n. 5, p. 486-501, 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1108/17542730910983407>.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1998.

MARIANI, E. J. As normas ISO. **Revista científica eletrônica de administração**, ano VI, n. 10, jun. 2006.

MARSHALL JUNIOR et al. **Gestão da Qualidade**. 10. ed. Editora FGV, São Paulo, 2011.

PINTO, K. A.; MELO, C. M. M. A prática da enfermeira em auditoria em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 3, p. 671-678. 2010.

PRAZERES, P. M. **Dicionário de termos da qualidade**. São Paulo: Atlas, 1996.

ROONEY, A. L., OSTENBERG, P. R. Licenciamento, Acreditação e Certificação: abordagens à Qualidade dos Serviços de Saúde. **Center for Human Services**, 1999. p. 1-40.

SILVA, D. L.; LOBO, R. N. **Gestão da Qualidade**: diretrizes, métodos e normatização. 1. ed. São Paulo: Érica, 2014.

CAPÍTULO 21

PLANEJAMENTO E GESTÃO NA SAÚDE DO TRABALHADOR

Cristiane Sales Leitão

Antônio Rodrigues Ferreira Júnior

A Saúde do Trabalhador (ST) está inserida no Sistema Único de Saúde (SUS) com ações articuladas que se destinam à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, visando à melhoria da qualidade de vida no ambiente de trabalho (BRASIL, 2012).

Diante das recentes transformações produtivas pelas quais o país atravessa, com a dimensão macroeconômica e as políticas de incentivo à produção, novos riscos e formas de adoecer e morrer no território estão surgindo. Portanto, planejar ações na área da saúde do trabalhador revela-se fundamental para a redução dos impactos dos processos produtivos na saúde dessa população (LACAZ, 2016).

Planejar consiste em desenhar, executar e acompanhar um conjunto de propostas de ação com vistas à intervenção sobre um determinado recorte da realidade. O termo planejamento pode ser definido como um processo de racionalização das ações humanas, que consiste em definir proposições para construir a sua viabilidade, com vistas à solução de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas. Na saúde, o planejamento surgiu em decorrência das dificuldades crescentes do processo de trabalho nesta área, para enfrentar as

mudanças que foram ocorrendo nas condições de vida e saúde da sociedade (TEIXEIRA, 2010).

O planejamento em saúde é considerado, nessa perspectiva, uma ferramenta de gestão reconhecida pelo Pacto pela Saúde, expresso no componente Pacto pela Gestão previsto inicialmente na Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, atualmente substituída pela Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS (BRASIL, 2013).

O planejamento é fundamental para alinhar a gestão, por meio de estratégias que interligam as principais políticas, metas e sequências de ação da organização, auxiliando nas tomadas de decisões em busca de resultados estruturados (OLIVEIRA, 2012).

Diante do exposto, com o objetivo de descrever as principais ações em relação à gestão na área da Saúde do Trabalhador, foi realizado um estudo de revisão de literatura com base nas produções bibliográficas realizadas no período de 2008 a 2017. A seleção dos artigos foi realizada nas bases de dados Lilacs e Medline a partir dos descritores: “saúde do trabalhador”, “gestão em saúde” e “planejamento em saúde”. A amostra seguiu os seguintes critérios de inclusão: estudos qualitativos, idioma de publicação: português ou inglês; ano de publicação; modalidades da produção científica: estudos de casos, estudos avaliativos, descritivos e de revisão.

SAÚDE DO TRABALHADOR NO SUS

Na década de 1980, a saúde do trabalhador (ST) surge no Brasil do campo da saúde coletiva para a intervenção nas

relações entre saúde, trabalho e ambiente, propondo à efetividade de saberes e práticas para a transformação das condições de exploração do trabalho e para a defesa da saúde dos trabalhadores (SOUZA et al., 2017).

A ST foi concretizada enquanto conquista social, ao ser garantida na Constituição Federal de 1988 e, posteriormente, consolidada pela Lei nº 8.080 em 1990 que dispõe sobre ações de vigilância epidemiológica e sanitária, promoção, proteção, recuperação, reabilitação a trabalhadores que se submetem a riscos e agravos oriundos das condições de trabalho (VASCONCELLOS; AGUIAR, 2017).

A Legislação Orgânica da Saúde é composta pela Lei Complementar nº 8.142/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros e pelo Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90 que estabelece como princípios e diretrizes do SUS: universalização dos direitos à saúde; descentralização com direção única para o sistema; integralidade da atenção à saúde; participação popular visando ao controle social e à gestão (BRASIL, 2011).

A universalidade do direito à saúde significa a garantia a todos os cidadãos, trabalhadores ou não, sem privilégios ou barreiras, de acesso aos serviços de saúde públicos e privados conveniados, em todos os níveis do sistema, representado por uma rede hierarquizada e com tecnologia de acordo com cada nível. A direção única significa a distribuição das responsabilidades quanto às ações e aos serviços de saúde entre os níveis de governo, considerando que quanto mais próximo o gestor estiver dos problemas da comunidade, mais chance de resolvê-los terá. A integralidade da atenção à saúde diz respeito ao fato de o usuário ser visto no sistema como um ser integral, sendo

atendido em todos os níveis de complexidade, de acordo com a necessidade. A participação popular visando ao controle social se dá por meio das entidades representativas, participando do processo de formulação de políticas e controlando a execução das ações (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

Nesse contexto, destacam-se também a Portaria MS nº 3.120, de 01/07/1998, que aprovou a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) no SUS e a Portaria MS nº 3.908, 30/10/1998 que instituiu a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST), estabelecendo orientações e definições sobre as ações mínimas que deveriam ser executadas pelos municípios, estados e Distrito Federal, habilitados nas condições de gestores previstas na NOB-SUS 01/96. No entanto, embora sirvam de parâmetro, até hoje a VISAT e a NOST não foram implementadas no SUS de forma sistemática e efetiva (VASCONCELLOS, AGUIAR, 2017).

Nessa perspectiva, visando à gestão e com o propósito de implementar ações assistenciais, de vigilância e de promoção da saúde do trabalhador, surge, em 2002, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), tendo os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) como um *locus* privilegiado de suporte técnico para articular essas ações. Contudo, com foco nas relações trabalho-saúde-doença, a RENAST visando à organização e à sistematização das informações para o controle social, ainda apresenta dificuldades para sua efetivação (AGUIAR 2015).

Os CEREST's ao compartilhar o desafio de garantir a viabilidade e a sustentabilidade social, política e econômica da ST, detêm um papel de técnico e político, sendo permeado de interesses múltiplos e conflituosos. A relação dos centros com a gestão do SUS exhibe tensões permanentes na utilização dos

recursos e no próprio entendimento de sua missão (AGUIAR; VASCONCELLOS, 2015).

Dentro desse contexto, visando à atenção ao trabalhador, foi delineada por meio do Decreto da Presidência da República nº 7.602, de 7 de novembro de 2011, a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), que nasce sem definição de competências e sem clareza necessária quanto às responsabilidades, ao financiamento e à participação do controle social, iniciando um processo de discussão em várias instâncias do SUS (NOBRE, 2013).

Em 2012, foi instituída uma nova Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), com objetivos de fortalecer a vigilância em ST e a integração com os demais componentes da vigilância em saúde; promover saúde, ambientes e processos de trabalhos saudáveis; garantir a integralidade na atenção a ST; ampliar o entendimento e conceber a ST como uma ação transversal; incorporar a categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença; assegurar que a identificação da situação do trabalho dos usuários seja considerada nas ações e nos serviços de saúde do SUS; e assegurar a qualidade da atenção aos trabalhadores usuários do SUS (BRASIL, 2012).

Apesar da elaboração da PNSTT, representar um avanço histórico na área, marcada pela luta por direitos da classe trabalhadora, e trazer elementos a serem observados nas três esferas de gestão do SUS para a atenção integral e redução da morbimortalidade oriunda dos processos produtivos nos quais os trabalhadores estão inseridos, sabe-se que ela ainda não conseguiu estabelecer uma proposta significativa com vistas a atender às demandas dos trabalhadores (PEREZ; BOTTEGA; MERLO, 2017).

As políticas de ST que vêm sendo implementadas exibem problemas de viabilidade executiva, em virtude de sua baixa capacidade de se fixar nos serviços de saúde pública em geral (AGUIAR, VASCONCELLOS, 2015).

Entre os desafios impostos ao SUS está a inclusão formal das ações de saúde do trabalhador na agenda pública da saúde que para ordenar e integrar essas ações visando à operacionalização do sistema, faz-se necessário o planejamento ascendente, previsto na Lei nº 8.080.

PLANEJAMENTO E GESTÃO NA SAÚDE DO TRABALHADOR

O planejamento na saúde surge para melhorar o desempenho das políticas, a eficiência e a efetividade dos serviços no cumprimento de seus objetivos, bem como passa a ser utilizado de forma a identificar os principais problemas de gestão.

Com o desenvolvimento científico e tecnológico, as complexas transformações e a necessidade de organizar as redes e os sistemas de serviços de saúde, o planejamento tornou-se imprescindível, atraindo tanto o interesse de organismos nacionais como internacionais.

Na década de 1960, sob a influência da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), o desenvolvimento dos países da América Latina estava condicionado à substituição das importações pelo aumento da produção interna, atribuindo ao planejamento o papel de racionalização da política substitutiva a ser operada pelo Estado. Entretanto, o desenvolvimento proposto pela CEPAL compreendido ini-

cialmente como crescimento econômico, acrescenta a ideia da redistribuição por meio do desenho racional e da implementação de políticas sociais. Desse modo, o desenvolvimento integrado é o cenário discursivo em que aparece o planejamento em saúde, desenvolvido pelo Centro de Desenvolvimento (CENDES), órgão criado na Venezuela, na Universidade Central, apoiado pela OPAS - Organização Panamericana da Saúde (TESTA, 1992).

O método CENDES-OPAS com enfoque sistêmico de programação de recursos de saúde vinculado às análises de custo-benefício trouxe uma proposta de priorização de danos à prevenção; de uma atuação integrada, sistêmica; o estímulo à formulação de sistemas de custos, entre outros. Contudo, a sua aplicação na sociedade brasileira revelou-se muito precária em virtude do baixo poder de interferência do Estado sobre o setor de saúde, dominado por interesses privados (TEIXEIRA, 2010).

Diante desse contexto, em 1975, os organismos internacionais de pesquisa e ensino centraram-se na direção do planejamento como elemento auxiliar das políticas e gestão. O modelo proposto pelo Centro Panamericano de Planejamento de Saúde (CPPS) tem como ponto de partida a crítica à valorização do poder nas relações entre os atores que atuam no processo de formulação das políticas de saúde, propondo um modelo onde é possível compreender os problemas e os processos de planejamento, considerando tanto a saúde da população como a organização setorial (FENILI; CORREA; BARBOSA, 2017). A proposta da CPPS toma como objeto de planejamento não mais o nível local do setor saúde, mas sim o sistema de saúde entendido como uma unidade complexa formada por três níveis: técnico-operacional, político-administrativo e técnico-normativo.

Nesse âmbito, o planejamento normativo cede lugar ao planejamento estratégico, com contribuição de Mário Testa e Carlos Matus. O Enfoque Situacional de Matus, método que pode ser aplicado em qualquer situação de conflito, onde tenha abertura democrática para a resolução da problemática, toma como ponto de partida o modelo de processamento de problemas e soluções, correspondendo ao Planejamento Estratégico Situacional (PES), processado em quatro momentos: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional, oportunizando que o ator social que planeja faça parte da realidade a ser planejada (RIVERA, 2009).

As principais contribuições teóricas de Mário Testa para o planejamento estratégico seriam os problemas de saúde enquanto problemas sociais e apresentavam uma análise da questão do poder, na sociedade e no setor de saúde. O planejamento em saúde acarretava em uma mudança social, originária de uma transformação da sociedade, partindo do pressuposto de que a resolução dos problemas de saúde extrapola os limites setoriais e de que não é possível o tratamento setorial isolado de seu contexto social, assim como não é possível modificar o social só a partir de propostas setoriais. Portanto, é fundamental o diagnóstico situacional na perspectiva de planejamento (FERNILI, 2017; TEIXEIRA, 2010).

Propõe-se um modo de entender os problemas de saúde e os processos de planejamento, considerando o setor saúde inseparável da totalidade social, o que significa considerar tanto a situação de saúde de uma população quanto à organização setorial como fenômenos socialmente determinados. Seu interesse pelo comportamento dos atores sociais e a ênfase que ele dá à análise das relações de poder e à compreensão das práticas

de saúde resulta em um novo modo de pensar que enfatiza a formação de sujeitos sociais para o desenvolvimento de ações políticas em saúde (TESTA, 1992).

Dentro do contexto do diagnóstico situacional, planejar na área da ST, consiste em decidir com antecedência o que será feito para mudar condições insatisfatórias para os trabalhadores ou evitar que condições adequadas venham a deteriorar-se. O planejamento na saúde do trabalhador é destacado na PNSTT e assegurado por meio do controle social, garantindo a participação dos trabalhadores na formulação, planejamento e gestão das políticas públicas, contudo essa participação tem diminuído ao longo dos anos. Portanto, é necessário estabelecer estratégias para a participação mais ativa desses agentes para que o planejamento de políticas públicas ocorra de forma eficaz e sustentada em interesses coletivos (CARDOSO; ARAÚJO, 2016).

As ações de saúde oferecidas aos trabalhadores no SUS devem ser planejadas, observando suas singularidades. Por estarem sujeitos a um adoecimento específico, os trabalhadores necessitam de estratégias específicas, bem planejadas com uma gestão focada na promoção, proteção e recuperação da saúde.

A ausência de institucionalização de práticas estruturadas de planejamento torna frágil a capacidade de gerir. O planejamento não é somente teoria, utopia, mas, antes de tudo um compromisso para a ação e transformação da gestão (VILASBÔAS; PAIM, 2008).

A gestão do SUS se dá por meio do Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde (Planeja SUS) que direciona as responsabilidades de cada esfera de gestão, mediante a definição de objetivos, considerando também o monitoramento e avaliação (BRASIL, 2013).

A gestão na saúde é constituída a partir de uma *práxis* social de âmbito institucional, possuindo uma natureza complexa em relação à ética, à política, às ações estratégicas, às técnicas e às ações administrativas. A intenção primordial da gestão em saúde é a produção de decisões, que desencadeiam o processo de intermediação e implementação das políticas.

O processo de gestão do SUS tem no Pacto pela Saúde a estratégia para um novo pacto federativo, articulado em três dimensões, o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. O Pacto pela Saúde e seu aprimoramento com a promulgação do Decreto 7508, de 28 de junho de 2011, que regula aspectos da Lei 8080/90, tem como fundamento principal o respeito aos princípios constitucionais do SUS, com ênfase nas necessidades de saúde da população, o que implica o exercício simultâneo da definição de prioridades articuladas e integradas buscando a melhoria do acesso a ações e serviços de saúde, o fortalecimento do planejamento regional com a consequente definição das redes de atenção nas regiões de saúde, o aprimoramento dos mecanismos de governança e gestão (BRASIL, 2011).

Entretanto, o Pacto pela Saúde, instrumento de gestão do SUS, que prevê uma revisão anual para o atendimento às necessidades de saúde da população e reitera o compromisso com o controle social para a consolidação do sistema, apresenta metas, ações e serviços pactuados para as diversas situações de saúde, sem que a ST seja contemplada. Mais uma vez as ações da ST ficam limitadas à notificação de agravos sem qualquer exigência de intervenção sobre os fatores determinantes deles (AGUIAR; VASCONCELLOS, 2015; VASCONCELLOS, 2017).

A gestão no SUS em relação à ST precisa ser aprimorada, contemplando a assistência integral aos trabalhadores, compreendendo a vigilância dos ambientes, processos de tra-

balho e sistema de informação. As ações de saúde voltadas aos trabalhadores não podem ficar apenas na notificação de agravos relacionados ao trabalho, deve haver a intervenção sobre suas causas, viabilizando o controle e prevenção desses agravos, evitando doenças e mortes dos trabalhadores brasileiros (VASCONCELLOS; AGUIAR, 2017).

SÍNTESE REFLEXIVA

Ao conhecer a história da ST no SUS, apresentando elementos em relação ao planejamento e gestão na saúde, é possível destacar alguns aspectos relevantes.

Constatou-se que houve avanços ocorridos nos últimos dez anos com a formulação da Constituição Federal e de toda legislação já estabelecida pelo governo na área da saúde do trabalhador, contudo ainda há fragilidades no cumprimento dessas leis. No entanto, há muitas críticas aos serviços do SUS, que ofertam atendimentos aos trabalhadores, por meio de ações isoladas que não contemplam as políticas públicas implantadas, questões da epidemiologia, de como ocorrem os acidentes, e das doenças relacionadas ao trabalho.

Outro ponto verificado, relaciona-se com o desconhecimento dos profissionais que atuam no SUS, em relação às políticas voltadas à saúde do trabalhador, do motivo pelo qual o trabalhador adoece, impedindo a proposição de políticas e ações que se voltem para onexo causal, visando prevenção dos distúrbios laborais.

Verificou-se, também, a crítica ao modelo produtivo presente no mundo moderno, discutindo inclusive o trabalho precário e a informalidade a ser combatida pelo governo e pela

sociedade civil. Ainda dentro dessa perspectiva, forma-se uma crítica ao capitalismo internacional e seu impacto sobre a economia nacional e os modos de produção, onde a gestão volta-se ao capital e ao mercado, ficando o trabalhador à mercê de políticas públicas incipientes.

Evidenciou-se, ainda, muitos desafios para a ST como: o reducionismo das políticas públicas, o desconhecimento de muitos gestores frente à concepção e às ações da ST; a consolidação da RENAST como política articuladora da rede e de outras políticas, como a da seguridade social; a necessidade dos trabalhadores e gestores do SUS incorporar, na sua prática cotidiana, a compreensão do trabalho enquanto um dos determinantes do processo saúde-doença e da necessidade do envolvimento de todo o sistema de saúde para garantir o cuidado integral aos trabalhadores.

Os desafios são diversos e complexos, porém não se pode esquecer de que muitos dos entraves, na área da ST, são oriundos da conformação do mundo do trabalho no atual modelo de sociedade vigente.

É sugerido a adoção de abordagens interdisciplinares, intersetoriais e de fortalecimento social voltado à promoção da saúde de quem de fato trabalha, visto que as políticas públicas, ora voltadas à saúde do trabalhador, de forma individualista, não dão conta da realidade dinâmica e cada vez mais exigente ao trabalhador. O planejamento das ações pertinentes à ST, efetivando os sistemas de gerenciamento no SUS, reorganizando o sistema de saúde, voltado ao trabalhador, se faz necessário.

REFERÊNCIA

AGUIAR, L.; VASCONCELLOS, L. C. F. A gestão do Sistema Único de Saúde e a Saúde do Trabalhador: o direito que se tem e o direito que se perde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 830-840, jul./set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013. Seção 1, 60 p.

_____. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 5 jan. 2018.

CARDOSO, M. C. B.; ARAÚJO, T. M. 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, n. 7, 2016.

FENILI, R.; CORREA, C. E. G.; BARBOSA, L. **Revista Gestão e Saúde**, Brasília, v. 8, n. 1, p. 18-36, jan. 2017.

LACAZ, F. A. C. Continuam a adoecer e morrer os trabalhadores: as relações, entraves e desafios para o campo saúde do trabalhador. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 41, n. 13, 2016.

NOBRE, L. C. C. A política do possível ou a política da utopia? **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 38, n. 128, p. 186-194, 2013.

OLIVEIRA, D. P. R. **Planejamento estratégico**: conceitos, metodologia e práticas. 30. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

PEREZ, K. V.; BOTTEGA, C. G.; MERLO, A. R. C. Análise das políticas de saúde do trabalhador e saúde mental: uma proposta de articulação. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. esp., p. 287-298, jun. 2017.

RIVERA, F. J. U. **Planejamento em saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/plasau.html>>. Acesso em: 6 fev. 2018.

ROLIM, L. B; CRUZ, R. S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar. 2013.

SOUZA, K. R. et al. A categoria saúde na perspectiva da saúde do trabalhador: ensaio sobre interações, resistências e práxis. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. esp., p. 254-263, jun. 2017.

TEIXEIRA, C. F. **Planejamento em saúde**: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010. 161 p.

TESTA, M. **Pensar em salud**. Porto Alegre: Artes Médicas; ABRASCO, 1992. 226 p.

VASCONCELLOS, L. C. F.; AGUIAR, L. Saúde do trabalhador: necessidades desconsideradas pela gestão do Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 605-617, abr. 2017.

VILASBÔAS, A. L. Q.; PAIM, J. S. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1239-1250, jun. 2008.

CAPÍTULO 22

O PAPEL DOS GESTORES E AS INSTÂNCIAS DE DECISÃO NA GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): O PODER E O PROCESSO DECISÓRIO

Tereza Cristina Mota de Souza Alves

Adriano Rodrigues de Souza

Quem são os gestores do SUS e a compreensão do papel de cada um em cada esfera de gestão no sistema foram sistematizados conceitualmente por Scotti e Oliveira em 1995 e adotados pela Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB 01/1996) (BRASIL, 1997). Gestão é atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, distrital, estadual ou nacional), exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria e Gerência é a administração de unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.) que se caracteriza como prestador de serviço do SUS.

A distinção destes conceitos faz-se necessária em razão de a descentralização do SUS tratar a ação de comandar o sistema de saúde de forma distinta daquela de administrar ou gerir uma unidade de saúde. Isso se deu, em primeiro lugar, em razão do consenso de que a função gestora é exclusivamente pública e que, portanto, não pode ser transferida nem delegada. Assim, a gestão pública é executada pelos respectivos gestores do SUS, que são os representantes de cada esfera de governo

designados para o desenvolvimento das funções do Executivo na área da saúde. A administração ou a gerência, por sua vez, pode ser pública ou privada (BRASIL, 2009).

No que tange às competências dos gestores do SUS, a Constituição Federal, nos seus artigos 196 a 200, estabelece os princípios, diretrizes e competências do Sistema Único de Saúde, mas não aborda especificamente o papel de cada esfera de governo no SUS. Melhor detalhamento da competência e das atribuições da direção do SUS em cada esfera – nacional, estadual e municipal – é feito pela Lei Orgânica da Saúde - LOS (Lei nº8080, de 19 de setembro de 1990) (BRASIL, 2009). A Lei nº 8.080/90 determina, em seu artigo 9º, que a direção do SUS deve ser única, de acordo com o inciso I do artigo 198 da Constituição Federal, sendo exercida, em cada esfera de governo, pelos seguintes órgãos: no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; no âmbito dos estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; no âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente (BRASIL, 2009).

A descentralização do sistema de saúde foi a lógica subjacente da implementação do SUS. Para administrar essa política descentralizada, os mecanismos de tomada e decisão foram ampliados, o papel e as funções dos gestores da saúde nas três esferas de governo passaram por mudanças importantes na implantação do SUS.

Em 2002, Souza identifica resumidamente quatro grandes grupos de funções gestoras na saúde, onde cada uma dessas macrofunções compreende, por sua vez, uma série de subfunções e de atribuições dos gestores: Formulação de políticas/planejamento; Financiamento; Regulação, coordenação, controle e avaliação (do sistema/redes e dos prestadores, públicos ou privados); Prestação direta de serviços de saúde.

Além das macrofunções descritas por Souza, a Lei Orgânica da Saúde estabelece em seu artigo 15 as atribuições comuns, abrangendo vários campos de atuação, além das atribuições específicas de cada esfera de governo (BRASIL, 2009).

A definição de novos papéis para cada esfera de governo, no tocante às competências e às responsabilidades da gestão pública à saúde, se reafirmam na prática, com vistas a tornar operacionais os preceitos da legislação do SUS.

Souza (2002) reforça a asserção de que a implantação do SUS, particularmente a descentralização político-administrativa, reconfigurou as funções dos gestores das três esferas no sistema de saúde.

Esta reconfiguração, ou seja, a gestão descentralizada das ações e dos serviços de saúde no SUS, de 1993 a 2006, realizou-se por meio de normas operacionais editadas pelo Ministério da Saúde, após amplo processo de pactuação entre os gestores da saúde das três esferas de governo.

A participação da comunidade na gestão do SUS também deve ser referenciada pela importante contribuição no direito ímpar de exercer o papel social. A Lei nº 8.142/90 instituiu duas “instâncias colegiadas” para a participação da comunidade na gestão do SUS em cada esfera de governo – Conferência de Saúde; Conselho de Saúde. Dessas instâncias, participam os seguintes segmentos da sociedade: usuários dos serviços de saúde, prestadores de serviços, profissionais de saúde e representantes do Governo (BRASIL, 2009).

De maneira gradual, novos elementos nas arenas de discussões técnica e políticas nas diferentes esferas governamentais, incorporam-se ao processo decisório mediante a disseminação do modelo institucional e instâncias de decisão no SUS. Além das Conferências Nacionais de Saúde, foi instituído

nalizada uma estrutura inovadora, que estabeleceu, além dos conselhos de saúde, comissões intergestores nos níveis estadual (bipartite) federal (tripartite) nos quais as decisões dão-se por consenso (e não por votação), estimulando o debate e a negociação entre as partes (PAIM, 2011).

Essas comissões são instâncias que integram a estrutura decisória do SUS e constituem uma estratégia de coordenação e negociação do processo de elaboração da política de saúde nas três esferas de governo, articulando-as entre si. São espaços intergovernamentais, políticos e técnicos em que ocorrem o planejamento e a negociação para a implementação das políticas de saúde pública (BRASIL, 2011).

A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) é constituída paritariamente por representantes da secretaria estadual de saúde e das secretarias municipais de saúde, indicados pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), ou similar, incluindo obrigatoriamente o Secretário de Saúde da Capital.

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) é composta por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

Na CIT, são definidas diretrizes, estratégias, programas, projetos e alocação de recursos do SUS. Tem composição paritária, formada por 18 membros, sendo seis indicados pelo Ministério da Saúde (MS), seis pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e seis pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). A representação de estados e municípios nessa Comissão é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões do País.

O CONASS e o CONASEMS são órgãos colegiados de representação política dos gestores do SUS e têm papel importante nos fóruns de negociação e deliberação do Sistema de Saúde.

O CONASS é uma entidade de direito privado, sem fins lucrativos, que se pauta pelos princípios que regem o Direito Público, congregando os secretários da saúde, dos estados e do Distrito Federal. Foi fundado em 03 de fevereiro de 1982, com o objetivo de tornar o conjunto das secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal mais participante do esforço de reconstrução do setor de saúde, como parte de uma ampla pauta social, naquele momento de redemocratização do País (BRASIL, 2011).

O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) define-se como entidade não governamental, sem fins lucrativos, criada com o objetivo de representar as secretarias municipais de saúde. Foi constituído no ano de 1988 como ente de mobilização e representação dos secretários municipais de saúde (BRASIL, 2011).

Só em 2011, pela Lei 12.466, de 24 de agosto, é reconhecida a legitimidade dos foros de negociação e pactuação entre gestores, compostos pelas comissões intergestores bipartite (CIB) e tripartite (CIT), para tratar de aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011).

A Lei também reconhece o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) como entidades representativas dos entes estaduais e municipais do SUS. Os conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) são considerados representantes dos entes municipais desde que vinculados institucionalmente aos CONASEMS.

Castro (2003) descreve em resumo que o processo de gestão da saúde no Brasil é estabelecido em três âmbitos: o da negociação representado pela Comissão Tripartite, composta por gestores estaduais, municipais e federal; pela Comissão Bipartite, formada pelos gestores estaduais e municipais; e também pelas Conferências Estaduais, Municipais e Nacional de Saúde, fórum que agrega as três instâncias como mecanismo de formação de políticas; o da gestão representado pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) fórum de intercâmbio de experiências e reivindicações; o do controle social representado pelos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde encarregados das atividades de fiscalização e participação da sociedade civil na gestão local.

Em 2011, Paim considera uma grande inovação na governança de saúde do país essas estruturas, pois permitiram que maior número e variedade de atores participassem do processo de tomada de decisão e definiram áreas de responsabilidade institucional.

O funcionamento adequado das instâncias de negociação e decisão no SUS pode representar um avanço do ponto de vista da institucionalidade democrática, sendo de fundamental importância para proporcionar a formulação e a implementação de políticas mais adequadas às necessidades de saúde da população.

A capacidade de tomar decisões confere ao ser humano um enorme poder: o exercício da liberdade. Cada decisão humana é uma afirmação de poder.

Pereira (1996) diz que o poder pode ser considerado a capacidade que o homem tem de manipular ou controlar o ambiente para satisfazer as suas necessidades ou resolver problemas. A capacidade de manipular ou de exercer controle

sempre conferiu poder. O chefe, o pai, o governante, o sábio, o magistrado, o general, sempre o exerceram por meio do seu ofício ou do seu papel.

Pereira e Fonseca (2009) apontam cinco características comuns e importantes à compreensão do poder:

1. Diferença entre poder e influência: a influência é decorrente de uma relação consentida em que os influenciados atribuem poder ao decisor quando percebem identidade entre os seus objetivos ou valores e os dele. Poder seria a influência não autorizada.
2. O Poder como uma relação: a concepção do poder como algo intencional e consciente supõe que toda relação entre duas partes implica reciprocidade, permuta e capacidade de adaptação recíproca. Hoje, numa concepção moderna, o poder implica troca, participação, diálogo e parceria. Na vida moderna não existe poder sem participação nas decisões, porque o exercício do poder não mais consiste em tomá-las pessoalmente, mesmo porque a complexidade do nosso mundo não o permite, mas em delimitar o campo e estruturar o espaço no qual as decisões serão tomadas.
3. A tipologia do Poder: a mais conhecida é a de French e Raven (1959) apud Pereira e Fonseca (2009) que classifica seis tipos de poder: a - poder formal - é a autoridade atribuída a uma pessoa por uma organização ou instituição formal. Está sempre relacionada a um papel formal: o pai, o chefe, o padre etc., e abriga-se em uma estrutura formalizada e aceita como legítima; b - poder de coerção - consiste na autoridade para aplicar punições e é frequen-

temente associado ao poder formal. Há, entretanto instâncias desse tipo de poder que são desvinculadas da autoridade formal, por exemplo, quando é usado nas relações interpessoais através de ações como ameaça de retirada do afeto, de reconhecimento ou consideração; c - poder de recompensa - consiste na capacidade de atribuir recompensas ou acenar com eles sob a forma de promessas; d - poder carismático, de referência ou de identificação - geralmente é exercido através de lideranças fortemente carregadas de apelos emocionais, identificadas como “modelo” ou “ídolo”; e - poder de conhecimento ou de perícia - é exercido por meio da ascendência demonstrada por alguém em uma determinada área ou assunto. Está ligado ao desempenho especializado de tarefas, à resolução de problemas e à transferência de conhecimento ou de tecnologia; f - poder de informação ou de conexão - constitui o modo de influenciar os outros por meio da retenção total ou da transmissão parcial de informações, às quais os outros não têm acessos.

4. Fontes de Poder: na sociedade contemporânea, podemos observar duas principais fontes de poder - o poder de posição, derivado da posição ou papel exercido numa estrutura grupal, institucional ou social e o poder pessoal, decorrente da personalidade individual.
5. Ambiguidade do poder - serve para fins positivos ou negativos, para construir ou destruir. Protege o homem, ao mesmo tempo em que o isola do seu meio e a distância de seus semelhantes “o poder é antagônico ao prazer. Este se origina no fluxo livre das sensa-

ções e energias do corpo, enquanto o poder se desenvolve através do represamento dessa energia” refere Lowen (1970 apud PEREIRA; FONSECA, 2009).

O poder é uma importante motivação do ser humano e um poderoso estimulador das decisões e a abdicação do direito de decidir é a abdicação de si mesmo. Mario Testa, médico argentino, autor de várias obras, contribuiu sobremaneira com reflexões sobre o pensamento e a ação em saúde.

Com uma reflexão teórica mais orientada ao campo da saúde, Testa (1992) analisa as (inter) ações de poder nas organizações. No caso específico da saúde, o autor destaca, como principais tipos de poder - o técnico, o administrativo e o político.

O uso do conhecimento e das práticas técnicas (poder técnico), os modos da gestão administrativa (poder administrativo) e a direção política (poder político) são as características inerentes às relações cotidianas de poder nas organizações de saúde e, portanto, em seus espaços e processos de decisão.

Quadro 1 - Capacidade dos poderes técnico, administrativo e político

Poder	Capacidade
Poder Técnico - Espaço setorial [1]	Gerar, aprovar, manipular conhecimentos e informações de características distintas, sendo que esta capacidade pode ter vários aspectos e operar em múltiplos âmbitos.
Poder Administrativo - Espaço setorial [2]	Apropriação e alocação de recursos (principalmente financeiros).
Poder político - Espaço Global	Mobilizar grupos sociais que demandam ou reclamam as suas necessidades e interesses, sendo mais abrangente e transcendente que os dois tipos anteriores.

[1]O espaço setorial é o ambiente próprio dos poderes administrativo e técnico

[2]O espaço global é o ambiente próprio do poder político

Fonte: Elaboração Luzia Lucélia Saraiva Ribeiro baseado em Testa (1992).

Para Testa (1992), o poder técnico opera em muitos âmbitos e ocupa-se com vários aspectos que lidam com a forma de poder. O autor identifica, em princípio, as informações médica, sanitária, administrativa e marco teórico.

A informação médica está relacionada ao exercício da Medicina, usada na sua relação com o paciente. A clínica, a anatomia, a fisiologia, a patologia, entre outros, ambientam estes espaço. No caso da informação sanitária, corresponde àquela que geralmente é registrada como morbidade e mortalidade e, principalmente, os complexos sistemas de informação em saúde. A informação administrativa corresponde aos diversos indicadores de uso de recursos, como produção de serviços, custos e produtividade; que somada às informações sanitárias, subsidiam a tomada de decisão no setor.

Por último, existe um tipo particular de informação, que habitualmente não é manejada, a não ser de forma implícita, que é o marco teórico mais geral de como deveriam ser desenvolvidos (entendidos, relacionados) os outros tipos de conhecimentos citados.

Para Testa, “esse marco teórico da saúde é conhecido pela epidemiologia como o problema da causa das enfermidades ou, ampliando a noção de causa, a determinação e melhor ainda, a produção das enfermidades em um sentido social”, ou seja, esta relação é estabelecida pela relação que os homens mantêm entre si e a natureza por meio do trabalho. Para o autor, o marco teórico deve dar conta ou não de que as informações produzidas tenham capacidade de estabelecer nexos de classes sociais, segundo a formulação marxiana.

Outra característica do poder técnico abordado por Testa (1992) refere-se à capacidade de produzir certos tipos de

linguagem geradores de um estilo elitista de “palavras difíceis e códigos secretos” que provoca um distanciamento na ação comunicativa entre os especialistas ou técnicos e a população. É um mecanismo para “reter, junto com a informação, o poder por ele gerado. Isto é independente da tecnologia informativa utilizada em cada uma das fases do processo” (TESTA, 1992). Desta forma, o traçado estratégico do poder técnico é marcado pelo tipo de informação, o campo de ação, a homogeneidade do sistema e o seu estilo.

O Poder administrativo, para Testa (1992), visto da perspectiva da acumulação de poder no setor, é sintetizado quase completamente, nos países capitalistas, por meio das diversas formas de financiamento, que é o elemento central organizador dos diversos subsetores do setor saúde. “O financiamento, como expressão do poder administrativo, é fundamental nos deslocamentos de poder dentro do setor” (TESTA, 1992).

Como exemplo no caso brasileiro citado por Andrade (2006), “observa-se um subsetor oficial público representado pelo Sistema Único de Saúde, por meio das esferas da União, estados e municípios; um subsetor complementar com suas diversas modalidades assumidas pelas prestações privadas de atenção médica, muitas vezes operando mediante planos de saúde e/ou credenciadas do SUS, notadamente na área de alta complexidade, e um terceiro subsetor, composto por entidades filantrópicas privadas não lucrativas”.

Testa ainda no mesmo tempo enfatiza o fato de que cada subsetor possui uma forma específica de financiamento, uma modalidade de prestação de determinado tipo de serviço e uma população à qual é principalmente destinada sua atividade. Além disso, contudo, existem comunicações entre os subsetores, mediante as superposições entre as corresponden-

tes coberturas ou os desvios de recursos, configurando assim o setor como uma rede de serviços de grande complexidade, cuja correta interpretação vai muito além da identificação de componentes e relações.

O autor coloca ainda, o fato de que o setor saúde, por sua importância econômica, tenha passado a integrar a agenda do processo da economia transnacional, o que lhe confere um nível de complexidade cujas características dificultam alcançar modificações substantivas no terreno da organização setorial.

Reforça, ainda, a ideia de que se trabalhar com reforma no setor saúde,[...] as análises estratégicas deverão ser orientadas para principalmente para a homogeneidade dos grupos sociais, que intervêm nas diferentes fases do financiamento de cada subsetor para a modalidade da apresentação do serviço, para a legalidade de cobertura e para o controle das comunicações entre os subsetores (TESTA, 1992).

Já nas análises tradicionais, o exame dos aspectos administrativos, geralmente, é feito com base no enfoque de sistemas. O que é estudado é o sistema de saúde, isto é, a organização setorial, mas tirando a ênfase das relações de poder, para pô-la no exame dos recursos e sua produtividade. O autor propõe, assim, a introdução da ideia de eficácia política como categoria central para a formulação de uma análise crítica.

Segundo o autor, entre as noções de eficácia e eficiência administrativa e eficácia e eficiência política, existem certas relações temporais importantes. Cada decisão administrativa (uso de poder administrativo) possui uma consequência sobre os grupos sociais afetados pela decisão, traduzida no aumento ou diminuição do apoio, que cada um desses grupos presta aos que tomam a decisão e a todos os demais.

O autor chama a atenção, ainda, para o deslocamento do poder desde uma decisão tomada. Na opinião de Testa (1992), “há dois momentos de eficácia política ante uma decisão administrativa, assim como há momentos técnicos e políticos que separam a decisão da implementação e do momento de sua eficácia”.

No momento de tomar uma decisão administrativa, começam dois tempos: o político, ou tempo que demora em se produzir a reação de apoio ou rechaço dos grupos sociais interessados ou afetados pelo problema, e o técnico, ou tempo que a decisão leva para ser implementada até obter a eficácia operativa. Com início no segundo momento, o de funcionamento eficaz da decisão implementada, volta a se iniciar outro tempo político, que agora é o de resposta, ante os fatos produzidos, ou a eficácia política da eficácia e eficiência processual (TESTA, 1992).

Poder Político é definido por Testa (1992) como a capacidade de desencadear uma mobilização, a qual vai produzir diversas formas de saber. Estas podem ser agrupadas em duas categorias: conhecimento empírico e conhecimento científico. Esta capacidade de mobilização pode ser considerada mobilizadora de atores sociais. Estes dois aspectos – o saber, como uma visão do mundo, e a prática, como construtora de sujeitos – é o que o autor define como ideologia, de maneira que o poder político surge como resultado de sua consideração, como ideologia, nos dois eixos mencionados - saber e prática.

O saber empírico é decorrente da experiência, está vinculado à sustentação de grupos e utiliza-se da lógica formal de enfoque funcional. Já o saber científico advém de uma maneira formalizada de aquisição do conhecimento.

As formas práticas da ideologia do poder são a dominação - submissão de subordinados a chefes, dos fracos aos poderosos, dos dominados aos dominantes, e a Hegemonia - que é a viabilização e realização de um projeto, em particular, de um projeto político.

Conforme o cientista argentino no setor saúde, o poder político possui características que o diferenciam dos outros dois tipos analisados - o administrativo e o técnico. Quer dizer, o poder político se intersecta com os poderes de tipo técnico e administrativo, nas formas de saber científico, como prática de dominação, e de saber empírico, como prática hegemônica.

Com origem nestas indicações teóricas, e considerando uma importante abordagem de Pereira e Fonseca (2009), quando exprimem as consequências da decisão, mais precisamente, o risco nas decisões é que torna importante se aprofundar muito nesses conceitos e relacioná-los a nossa prática diária no sentido de reduzir as consequências danosas ao sistema de saúde nos espaços legalmente constituídos pelos tomadores de decisão.

Na literatura consultada a maior parte das decisões envolvem riscos, e por isso nossa tendência é até medo para procurar sempre a alternativa menos arriscada. A intensidade do risco vai depender da possibilidade, maior ou menor, de consequências desagradáveis, da experiência e autonomia do decisor para tomar a decisão e da possibilidade concreta de alcançar o objetivo pretendido.

Asseveram ainda que a proporção do risco na decisão dependa de duas variáveis: A autonomia do decisor (poder de decisão) e a possibilidade de alcance do objetivo da decisão (viabilidade).

Para os autores, o poder de decisão está relacionado com a pessoa do decisor, seja pelos seus atributos ou pela sua condição. A viabilidade decorre da disponibilidade de recursos de todas as ordens, na maioria das vezes, externos ao decisor ou independente do seu controle. O quadro 2 demonstra a correlação entre esses dois fatores e a sua influência na tomada de decisão.

Quadro 2 - Risco nas decisões

P O D E R	VIABILIDADE	
	BAIXA	ALTA
A L T O	Risco Elevado	Risco Nulo
B A I X O	Risco Total	Risco Pequeno

Fonte: Pereira e Fonseca (2009).

Se o decisor dispõe de autonomia ou poder, e existe, um alto grau de viabilidade no alcance do objetivo, os riscos são praticamente nulos e são previsíveis as consequências da decisão. Se tanto a autonomia do decisor quanto a viabilidade de alcance dos objetivos forem muito baixas, os riscos são desproporcionais, e desse modo, a decisão deve ser evitada. Pouca autonomia com alta viabilidade traz riscos pequenos. Muita autonomia com pouca viabilidade de alcance inviabiliza a decisão.

Fortalecendo a supracitada ideia, o quadro nos alicerça em paralelo com os estudos de Mario Testa, onde o poder técnico, administrativo e político mostra viabilidade baixa ou alta, bem como o nível de risco na tomada de decisão.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M. **A Saúde e o Dilema da Intersetorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006.

_____. Evolução das Políticas de Saúde no Brasil. In: ANDRADE, L. O. M. D.; BARRETO, I. C. D. H. C. (Ed.). **SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais**. São Paulo: Hucitec, 2007. v. 1, p. 25-35.

BRAGA, N. Processo decisório em organizações brasileiras. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 35-57, 1988.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em Saúde**. Brasília, 2011.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. Brasília, 2009.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2011.

_____. Governo Federal. **Portaria nº 399/GM, de 22 de Fevereiro de 2006**. Aprova as diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde. Brasília, DF, 2006b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 26 nov. 2011.

_____. Governo Federal. **Decreto nº 7641, de 12 de Dezembro de 2011**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7641.htm>. Acesso em: 26 nov. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOBSUS 96**. Brasília, 1997. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nob96.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: instrumentos básicos**. 2. ed. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011: regulamentação da Lei nº 8.80/90**. Brasília, 2011.

CASTRO, E. **Informação para apoio à tomada de decisão em saúde: parâmetros de produção de informação territorializada**. 2002. 79 p. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Biblioteconomia e Documentação, Escola de Comunicação e Artes, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

BRUNO, I. M. **O Poder de influência do profissional de secretariado no processo decisório das organizações**. 2006. 151 p. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Instancias Colegiadas: comissão Inter-gestores Bipartite do Estado do Ceará**. Fortaleza, 2011. Disponível em: <www.saude.ce.gov.br/index.php/instancias-colegiadas/cib>. Acesso em: 26 nov. 2011.

CONSELHO DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAUDE DO ESTADO DO CEARÁ. **Estatuto**. 1990.

DACORSO, A. L. R. **tomada de decisão e risco: a administração da inovação em pequenas indústrias químicas**. 2000. 236 f. Dissertação (Mestrado Administração) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

FAORO, R. **Os donos do poder: formação do patronato político brasileiro**. 10. ed. São Paulo: Globo, 2000

KERBAUY, M. T. M. As câmaras municipais brasileiras: perfil de carreira e percepção sobre o processo decisório local. **Opin. Publica**, v. 11, n. 2, p. 337-365, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-62762005000200003>>. Acesso em: 26 nov. 2011.

LINDBLON, C. E. **O processo de Decisão Política**. Brasília: UNB, 1981.

LOPES, M. I. V. **Pesquisa em comunicação**. 8. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2005.

MACEDO, A. O papel dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário no âmbito municipal. **Revista Avisa**, mar. 2012. Disponível em: <<http://movimentomudacapelinhmg.blogspot.com.br/2012/03/o-papel-dos-poderesexecutivo.html>>. Acesso em: 26 nov. 2011.

MACEDO, E. I.; LOPES, L. C.; BARBERATO-FILHO, S. Análise técnica para a tomada de decisão do fornecimento de medicamentos pela via judicial. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 4, p. 706-713, 2011.

MARTINS, H. F. **A ética do patrimonialismo e a modernização da administração pública brasileira**. 1997. Disponível em: <http://hfmartins.sites.uol.com.br/Publicacoes/publi_02.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORAES, R. Análise de Conteúdo. **Rev. Educ.**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MORENO, N. A informação nossa de cada dia na decisão organizacional. **Pesqui. Bras. Ciênc. Inf.**, Brasília, v.2, n.1, p.104-114, jan./dez. 2009. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/ancib/index.php/tpbci/article/view/18/40>>. Acesso em: 26 nov. 2011.

MORITZ, G. O.; PEREIRA, M. F. **Processo decisório**. Florianópolis: SEAD/UFSC, 2006.

OLIVEIRA, R. G. (Org.). **Qualificação de Gestores do SUS**. Rio de Janeiro, RJ: EAD/Ensp, 2009.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BHAIA, L.; MACINKO, J. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revista_the_lancet.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2011.

PAIM, J.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou um campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PEREIRA, L. C. B. **Reforma do estado e administração pública gerencial**. 4. ed. Brasília: FGV, 1996.

PEREIRA, M. J. L. B.; FONSECA, J. G. M. F. **Faces da decisão: abordagem sistêmica do processo decisório**. Rio de Janeiro: LTC, 2009.

SOUZA, E. C. L. A capacitação administrativa e a formação de gestores governamentais. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n.1, p. 73-88, 2002a.

TESTA, M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

ZANELA, A. I. C. **A influência da cultura e da experiência decisória sobre a percepção do processo decisório individual: um estudo comparativo entre Brasil, França e Estados Unidos**. 1999. 295 f. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1999.

CAPÍTULO 23

LIDERANÇA COMO PRÁTICA GERENCIAL NA PREPARAÇÃO DE FUTUROS PROFISSIONAIS NA ÁREA DA FISIOTERAPIA

Tatiana Lúcia da Rocha Carvalho

Márcio de Oliveira Mota

INTRODUÇÃO

Diante do cenário atual as empresas buscam novas medidas para melhor atenderem seus clientes, dessa forma para suprir essa necessidade, os diretores e gestores recrutam pessoas que possuam a capacidade de liderança. Esta competência permite aos gestores uma maior flexibilidade, produtividade e organização dentro do âmbito profissional (FRADIQUE, 2012).

A liderança é extremamente importante no desenvolvimento e execução das práticas dos planos estratégicos, e é também considerada uma das melhores práticas gerenciais aplicadas no meio administrativo.

Para Maximiano (2012, p. 282), a liderança é um “processo de conduzir as ações ou influenciar o comportamento e a mentalidade de outras pessoas (...) é também a realização de metas por meio da direção de colaboradores”.

A função de líder por ser complexa requer características específicas como saber lidar com o próximo, quando deve apenas ouvir e até mesmo intervir em situações de conflitos.

Ainda existem diversas definições do termo liderança, mas de acordo com Trevizan et al. (1998), “liderar é ter a capacidade de desenvolver a visão do que é necessário, obter a habilidade de transmitir confiança e apoio, gerando a interdependência e respeitando as individualidades de cada ser”.

Na gestão em saúde, a liderança não é diferente, os líderes necessitam do reconhecimento de suas tarefas e desempenhá-las de forma proativa, levando sempre em consideração o bem-estar dos pacientes/clientes (CHANES, 2006).

Uma das principais funções a ser desempenhadas por um líder da saúde é, promover uma boa comunicação entre as partes da empresa/setor, ter uma visão sistêmica, analisando as reais necessidades, obter foco nos planejamentos e estratégias, fazer uma boa divisão de tarefas entre os seguidores e possuir autonomia dentro da organização para a solução de futuros problemas.

Este estudo trouxe algumas questões que originaram o objetivo principal, sendo elas: (1) Como preparar futuros profissionais para o mercado de trabalho? (2) Quais as práticas gerenciais mais utilizadas na aplicação do trabalho em equipe e da preparação para a liderança voltadas para os serviços de saúde?

O relato de experiência mostra-se relevante, pois, durante a busca de estudos e artigos sobre o assunto, constatou uma grande escassez quando se busca por estágio extracurricular na área da saúde.

O estágio é o palco da vida real, confirmando assim a veracidade dos fatos, experiências, vivências, trazendo, então, uma grande contribuição empírica mostrando através das práticas utilizadas na sua área de trabalho.

Dessa forma, a pesquisa se justifica porque permite estudar a influência do estágio na busca do diferencial, na preparação dos profissionais para o mercado e ter ferramentas para trabalhar o desempenho, inovação e aperfeiçoamentos das práticas de liderança.

OBJETIVO DO ESTUDO

Analisar através de um relato de experiência as práticas de gestão e liderança para a formação de futuros profissionais na área de fisioterapia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever como são utilizadas as práticas gerenciais para a preparação profissional de futuros fisioterapeutas.
- Especificar as potencialidades dessas práticas e suas fragilidades na preparação profissional.

METODOLOGIA

O presente capítulo refere-se a um relato de experiência realizado entre agosto e dezembro de 2017, avaliando os efeitos positivos e negativos do processo de implantação de liderança e trabalho em equipe durante o período de estágio supervisionado no serviço de fisioterapia em uma clínica privada no município de Fortaleza, Ceará.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, por buscar compreender a importância do estágio na formação profissional com a implantação de práticas de liderança e trabalho em equipe, ou seja, verificar o desenvolvimento dessas práticas observando as ações do comportamento, opiniões e expectativas dos envolvidos no estudo.

Foi utilizado como recurso a observação em campo e, posteriormente, uma roda de conversa, analisando os resultados e experiências alcançadas durante todo o processo.

ETAPAS DA PESQUISA

O estudo desenvolvido foi realizado com o intuito de aperfeiçoar as competências de cada aluno/estagiário. O tamanho da amostra deu-se por quinze alunos, em que cada um passou pela experiência de ser líder durante o período de trinta dias. A cada mês eram selecionados três estagiários, sendo um para cada turno, esta seleção partia dos próprios colegas e profissionais (fisioterapeutas responsáveis pelo setor) através de uma votação. Os alunos líderes escolhidos possuíam características como assiduidade, compromisso, ética, responsabilidade, comunicação e postura.

Os líderes desenvolviam algumas atividades do cotidiano, como observar o andamento do setor, incentivar o trabalho em equipe, facilitar a comunicação, saber efetuar divisões de tarefas, priorizar avaliações dos pacientes, administrar a setorização, reduzir o tempo de espera para o atendimento, quando necessário informar sobre a manutenção dos aparelhos, solicitar material de expediente, recepcionar e treinar novos estagiários, assim como desenvolver a capacidade de solucionar problemas do dia a dia.

Ao término de cada mês todos os estagiários eram convocados a uma pequena reunião e a uma roda de conversa, que partindo destas era possível notar as deficiências de cada líder para que pudessem ser trabalhadas em uma próxima oportunidade.

Para melhor acompanhamento, os estagiários eram avaliados mensalmente por dois profissionais, por meio dos seguintes critérios: assiduidade, pontualidade, iniciativa, praticidade, relacionamento com os pacientes e colegas de trabalho, conhecimento teórico e técnico, organização, postura, higiene, comunicação, liderança e vestimenta. Essa avaliação era de caráter individual, mostrando seus pontos fortes e pontos a melhorar, contribuindo assim para seu crescimento profissional e pessoal.

DESCRIÇÃO DO CENÁRIO

A pesquisa foi realizada em uma clínica médica e fisioterápica localizada na Cidade de Fortaleza no Estado do Ceará fundada há 15 anos. Possuindo uma das melhores estruturas físicas do estado quando se trata de reabilitação, oferecendo os serviços de fisioterapia motora, fisioterapia respiratória, fisioterapia neurológica, hidroterapia, hidroginástica, terapia manual, pilates, reabilitação muscular, reabilitação de mão, osteopatia, ortopedia, pediatria, acupuntura, psicologia e RPG (Reeducação Postural Global).

A clínica tem como missão proporcionar saúde, bem-estar e qualidade de vida aos seus pacientes através de um atendimento qualificado, integrando as diversas áreas da fisioterapia. O acompanhamento fisioterapêutico é realizado desde

a prevenção à total reabilitação, partindo da consulta médica a todo trabalho de reabilitação que consiste da fase aguda até o fortalecimento e propriocepção, devolvendo o mesmo para as suas atividades da vida diária.

Tem como visão ser referência em todo o Nordeste como uma das melhores e maiores Clínicas de Fisioterapia, como também na preparação e qualificação de excelência de profissionais da área, sendo uma Clínica Escola com parcerias com as melhores faculdades de Fortaleza até 2021.

Atualmente, já é considerada uma clínica escola, onde os alunos do curso de fisioterapia acompanham seus pacientes através do estágio prático supervisionado obrigatório. Esse estágio faz toda a diferença na formação profissional do aluno e a intenção dessa pesquisa é descrever a experiência da liderança na preparação de futuros profissionais no campo prático da vivência de reabilitar, cuidar de pessoas lidando com suas particularidades como diferentes classes, educação e cultura.

DESCRIÇÃO DO ESTÁGIO

O estágio tem como principal objetivo, o aperfeiçoamento profissional, seja ele técnico, científico e/ou de relacionamento interpessoal. É o período em que o aluno deve vivenciar e experimentar na prática a profissão que escolheu. Fazendo a junção da teoria estudada em sala de aula com a realidade diária no campo de atuação, permitindo um aprimoramento dos seus conhecimentos. É o momento em que o aluno tem contato direto com o paciente, desde a avaliação, planejamento do tratamento de seu paciente e suas evoluções, realização de terapias manuais, alongamentos e mobilizações.

O estágio, também, propõe o desenvolvimento do relacionamento interpessoal com colegas de profissão, que é bastante relevante para o desenvolvimento de empatia e boa interação com os demais profissionais e pacientes. Durante esse período é realizada todas as orientações, treinamento, mas é na prática que realmente virá os aprendizados e desafios, pois cada paciente é único, com suas dores, limitações e histórico.

Com o passar dos anos, foi percebido que a maior dificuldade na formação do profissional, não é tanto o conhecimento teórico e técnico, mas o de gestão, de liderança, algo que não se ensina no período de graduação. A visão do todo, o saber lidar com as pessoas, o agir de forma correta em situações delicadas, ter comprometimento e zelo com o local e o material de trabalho.

Conclui-se, assim, que o objetivo do estágio é possibilitar que o aluno faça a correlação da teoria com a prática, adquira conhecimentos técnicos, administrativos e interpessoais, percebendo os desafios que irá enfrentar, fazendo refletir sobre a profissão escolhida, suas responsabilidades, é obter informações e trocas de conhecimentos e experiências. E, simplesmente, a vivência e a prática possuem papéis fundamentais na fisioterapia, onde seu maior instrumento são suas mãos, criatividade e relacionamento.

RESULTADOS

A obtenção dos resultados dos recursos trabalhados deu-se através do trabalho em equipe, hierarquia, comunicação, liderança, divisão de tarefas, mecanismos de avaliação do atendimento e do desenvolvimento do estagiário, como tam-

bém, avaliação da autonomia, autorresponsabilidade e capacidade de solucionar problemas, itens indispensáveis para o desenvolvimento dos serviços prestados.

PRINCIPAIS RESULTADOS ALCANÇADOS

Setorização: visando uma melhor distribuição no fator quantidade de profissionais *versus* a quantidade de pacientes, foi idealizada a estratégia de setorização, que visa dividir as áreas de atendimento de forma proporcional, quanto maior a área, maior será a necessidade de profissionais. Dessa forma, o espaço se torna uniforme e o objetivo é alcançado: atendimento de qualidade, prestando o devido cuidado ao paciente, sem longas esperas na troca entre procedimentos.

Trabalho em equipe e comunicação: é de extrema importância que o gestor de qualquer instituição aplique uma metodologia de trabalho em conjunto para o bom funcionamento da organização. Tratando-se da abordagem dentro da clínica de fisioterapia, é notório, para que haja uma boa prestação de serviço ao seu cliente é necessária comunicação, todos os profissionais devem estar em sintonia em seu setor. Existem períodos de superlotação nos setores, desta forma, os profissionais devem buscar se ajudar, verificando a necessidade dos pacientes que estão aguardando atendimento ou na hora da troca dos procedimentos, evitando assim uma maior demanda da espera.

Por um lado, a comunicação é referida como o principal instrumento para a promoção do trabalho em equipe, por outro, o recurso mais utilizado para propiciá-la são as reuniões com suas devidas finalidades. Reunião de equipe, geral, seto-

rial, técnica, de discussão de caso, de supervisão e do grupo gerencial ampliado.

As reuniões não são somente espaços de troca para encontrar as melhores respostas às necessidades de saúde dos usuários e profissionais, mas, também, fonte de problemas e insatisfações das equipes e/ou gerentes. De modo que não basta fazer reuniões, é preciso promover a participação e a interação dos trabalhadores em sua dinâmica com base na argumentação crítica e fundamentada, em direção à finalidade do trabalho em saúde e dos objetivos do serviço.

Hierarquia e Liderança: a estratégia hierárquica busca levar em consideração a graduação das diferentes categorias de profissionais, fazendo a distribuição ordenada de poderes, onde todos os procedimentos são delimitados pelo chefe do setor, o que ocasiona em um conjunto de tarefas que sobrecarregavam o profissional (fisioterapeuta) dentro do ambiente clínico, tais como avaliações de novos pacientes e reavaliações dos pacientes já atendidos, setorização, relatórios fisioterapêuticos, avaliações e acompanhamentos de estagiários, controle do material e aparelhos utilizados nos atendimentos, entre outros. Tendo em vista reduzir esta sobrecarga e no intuito de despertar o senso de gestão, autonomia e autorresponsabilidade, foi criada a estratégia de liderança mensal, onde cada funcionário do setor por meio de voto dos outros colegas assume o setor junto ao fisioterapeuta chefe, dividindo as mesmas tarefas e estimulando o trabalho em equipe.

Os critérios para a liderança são: assiduidade, compromisso, responsabilidade, agilidade e capacidade de solucionar problemas. Pontos que contam na hora de administrar o andamento do setor em que lidera.

Quanto às fragilidades: reconhecer pontos negativos diante de uma crítica pode ser classificado como um ponto de dificuldade na implantação da avaliação mensal, como também na inserção da liderança, pois os relatórios também são repassados pelos líderes eleitos no mês. Estar de frente com os gestores na leitura da avaliação, sendo uma leitura crítica, podendo levar o estagiário a um descontentamento por não aceitar o que foi avaliado, ou, pode conduzi-lo a evoluir suas condutas e repará-las, assim como a aceitação de um colega na liderança, o que demanda seguir uma hierarquia, o que pode ser um desafio para alguns devido à falta de maturidade.

Outro ponto a ser analisado é o trabalho em equipe, alguns profissionais não se relacionam bem em grupo, não repassam informações ou não fazem solicitações aos colegas quando necessário, como dito anteriormente, a falta de comunicação e trabalho em conjunto pode desacelerar o atendimento prestados aos pacientes, levando à insatisfação dos mesmos e da organização.

O trabalho em equipe faz com que se consiga ter uma evolução e um crescimento de trocas de conhecimentos entre os profissionais, incentiva os vínculos profissional-paciente e paciente-serviço, promovendo a autonomia das equipe e o compromisso de funcionário com todo o projeto institucional.

Quanto às potencialidades: o estágio é algo que será lembrado durante a vida profissional de um indivíduo. A experiência é algo incomparável quando se trata de formação profissional, portanto fica clara a necessidade de conhecimento teórico-prático. Isso prova a relevância de uma formação profissional com excelência.

Pode-se mencionar que atuar como líder no seu período da graduação oferece inúmeras oportunidades, como

a consciência da autorresponsabilidade, saber como um setor realmente funciona. Saber que sua ajuda é necessária para uma tomada de decisão importante, para muitos pode ser até encorajador, uma vez que a gestão confia em seu trabalho e potencial.

Um dos melhores pontos adquiridos durante a oportunidade de execução de um estágio é a responsabilidade consigo e com o próximo. Há, também, a possibilidade de aperfeiçoar os seus conhecimentos, aprender a lidar com diferentes situações e, principalmente, saber lidar com todos os tipos de pessoas, respeitando suas limitações e diferenças.

DISCUSSÃO

O estudo enfatizou a importância do estágio na formação profissional. A partir dos resultados obtidos pelas experiências vividas na prática, evidenciou-se o desenvolvimento de responsabilidades, organização, segurança e senso crítico.

Para Pimenta (2004), o estágio pode favorecer uma perspectiva reflexiva, fundamentada em conhecimentos teóricos, capaz de promover uma análise das práticas desenvolvidas, a elaboração de procedimentos e a utilização da criatividade no meio em que o aluno atua, conduzindo em uma construção de saberes e de uma identidade profissional.

Maciel e Mendes (2010), enfatizam que os estágios supervisionados são de importante relevância dentro dos currículos dos cursos de graduação no Brasil, já que concebem um conjunto de práticas específicas e vivência ao aluno, promovendo experiências que devem transcender o dever curricular, admitindo uma posição de atuação em meio à formação inicial. Por meio desse conceito, é indispensável o debate sobre

o estágio como meio de colaboração para uma formação que priorize o raciocínio e a construção do pensamento crítico.

Pimenta (2007) contribui com os achados nesta pesquisa no que se refere ao estágio supervisionado, pois permite a oportunidade e a análise de pensamento sobre a prática que influenciará na decisão do aluno/estagiário sobre sua escolha profissional, possibilitando conduzi-lo a uma postura ética de sua profissão.

Magalhães (2007) afirma que o estágio oportuniza também ao aluno a experiência e a relação com outros profissionais da saúde, o que corrobora para novos conhecimentos a serem somados aos saberes teóricos adquiridos ao longo da jornada acadêmica.

Peres (2006) relata que o estagiário deve construir uma base sólida sobre os padrões de qualidade, para respaldar suas condutas, proporcionando a integração e a constância da assistência em todos os níveis de exigências e necessidades que possam surgir, sendo o cuidado, produto final do trabalho, produto da relação entre pessoas que conduzem suas necessidades de saúde aos que dispõem de conhecimentos e habilidades que possam atendê-las. Outro fator indispensável é identificar a qualidade comunicacional, sabendo que para manter a organização é necessário instaurar metas, solucionar problemas, aprender a administrar conflitos, saber negociar, escutar de forma ativa, compreender e seguir as normas organizacionais, trabalhar em equipe e seguir a cultura organizacional.

Kurcgant et al. (2005) enfatizam que a tomada de decisões é uma característica almejada dos gestores na contratação dos profissionais, sendo este associado à autorresponsabilidade e à autonomia diante das situações de trabalho com as quais se encontra na rotina de trabalho, possuindo iniciativa em alterar

algo quando necessário, e inserir suas propostas e estratégias, com o objetivo de melhorar o serviço prestado.

O ato de gerenciar, segundo Zarifian (2001), presume a tomada de decisões, e esta caminha lado a lado com o nível de autonomia do profissional, e de como funciona sua relação com as pessoas, com os meios culturais, sociais e políticos da instituição na qual presta serviço, no intuito de construir seu processo de trabalho de forma ética. Como, também, à construção de uma compreensão recíproca, que garantirá o êxito das ações desenvolvidas em equipe. Para isso, é necessário entender a si mesmo, analisar os efeitos de suas ações sobre o outro indivíduo, compactuar das mesmas decisões e tomá-las em conjunto.

Marx (2006) enfatiza que o líder não deve administrar apenas pessoas, financeiro e tempo direcionado à eficiência do desempenho de suas aspirações, ele também deve saber compreender, utilizar da persuasão, respeito e comunicação como estratégia de conquista.

Nas instituições, o conceito de liderança reflete mais do que qualquer outro processo da gestão de pessoas, filosofia da empresa, política adotada e das propostas desenvolvidas de trabalho. Kurcgant (2001) afirma que o ato de liderar pode ser compreendido como um desafio no sentido de compartilhar propostas, estímulo e mecanismos para satisfação de clientes e profissionais, sendo almejada a interação entre o papel de liderar e o exercício da função.

Já para Galvão (1998), a liderança, no ato de gerenciar, consiste em um recurso essencial para inserir mudanças necessárias e possibilitar o aperfeiçoamento da qualidade da assistência prestada aos clientes. Dessa maneira, um bom líder deve se questionar, constantemente, e aos colegas do meio em que

trabalha, com o objetivo de adquirir retornos avaliativos e sensibilidade interpessoal, para que possa tomar conhecimento os objetivos e expectativa de seus liderados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo como base a necessidade da instituição na implementação das estratégias de liderança na formação do futuro profissional, fica claro o quanto a experiência se torna necessária para o aluno enquanto na função de estagiário. Desenvolver um senso crítico-profissional e uma visão sistêmica para o bom funcionamento da empresa é essencial. Ademais, o saber de que, para que tais eventos ocorram, dependem inteiramente da sua proatividade e compromisso, como também, da capacidade de pensar e atuar estrategicamente, ajudando de maneira mais eficaz na definição de perfis profissionais e na promoção de mudanças dentro da organização.

A liderança é a qualidade de estar sempre à frente de seu tempo, é uma característica de quem possui anseio de aprendizagem e a capacidade de influência, além da consciência de que deve possuir autorresponsabilidade e autonomia, mas com o papel fundamental de direcionar os esforços em um trabalho em equipe, para o bom andamento das atividades de uma organização.

Neste mesmo contexto, o aluno pode desvendar ou adquirir uma mentalidade de liderança que corrobora com a instituição e com o próprio futuro. Cabe à organização capacitar e desenvolver mecanismos de explorar e aperfeiçoar os melhores pontos do estagiário, como também, solucionar as condutas que não corroboram para o crescimento profissional deste dentro da instituição.

As práticas de gestão aplicadas influenciam diretamente na construção do profissional de amanhã. A organização não está apenas construindo-o de forma individual, mas também molda um profissional dentro dos padrões da sua instituição, favorecendo na sua produtividade e eficiência.

REFERÊNCIAS

CHANES, Marcelo. Os desafios na formação de gestores líderes em saúde. **O mundo da saúde**, v. 30, n. 2, p. 326-331, 2006.

FRADIQUE, Maria de Jesus José Gil. **Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem**. 2012. Tese de Doutorado.

GALVÃO, Cristina Maria; TREVIZAN, Maria Auxiliadora; SAWADA, Namie Okino. A liderança do enfermeiro no século XXI: algumas considerações. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 32, n. 4, p. 302-306, 1998.

KURCGANT, P. et al. **Administração em enfermagem**. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 2001.

KURCGANT et al. **Gerenciamento de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

MACIEL, Emanuela Moreira; MENDES, Bárbara Maria Macedo. O estágio supervisionado na formação inicial: algumas considerações. **VI Encontro de Pesquisa em Educação – Universidade Federal do Piauí – UFPI**, 2010.

MAGALHÃES, L. M. Estágio Supervisionado e metodologia do ensino em uma abordagem dialética. **Anais do 5. Seminário de Estágio Supervisionado do Curso de Pedagogia**. Anapólis: Fundação Universidade estadual de Goiás, 2007.

MARX, L. C. **Competências da enfermagem**: sedimentadas no sistema. Petrópolis, Rio de Janeiro: EPUB, 2006.

MAXIMIANO, Antônio César Amaru. **Teoria Geral da Administração**: da Revolução Urbana à Revolução Digital. Editora Atlas SA, 2000.

PERES, Aida Maris; TRENCH CIAMPONE, Maria Helena. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 3, 2006.

PIMENTA, S. G; LIMA, M. S. L. **Estágio e docência**. São Paulo: Cortez, 2007.

PIMENTA, S. G. (Org.). **O estágio e a docência**. São Paulo: Cortez, 2004.

TREVIZAN, Maria Auxiliadora et al. Liderança e comunicação no cenário da gestão em enfermagem. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 6, n. 5, p. 77-82, 1998.

ZARIFIAN, P. **Objetivo Competência**: por uma nova lógica. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

CAPÍTULO 24

O CAMPO DA GESTÃO DA QUALIDADE EM PSICOLOGIA HOSPITALAR

Isabel Regiane Cardoso do Nascimento

Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão

A preocupação com a qualidade na área da saúde surge desde Hipócrates, mas nos séculos XIX e XX se destaca de forma mais intensa. Em 1855, durante a Guerra da Crimeia, a enfermeira inglesa, Florence Nightingale, implantou o primeiro modelo de melhoria contínua nas práticas de enfermagem. Apesar da precariedade de estudos na área, a visionária profissional adotou a metodologia de medir e avaliar fenômenos, agrupando pacientes por tipos de tratamento preocupando-se com fatores ambientais como ar e água limpos. (COELHO FILHO, MONTENEGRO, BARRAGÃO, 2012)

Em 1910, nos Estados Unidos, o Relatório Flexner, que tratava sobre a avaliação da educação médica, denunciou as precárias condições da prática profissional, causando uma radical transformação no sistema de saúde americano, inclusive fechando hospitais, culminando, em 1918, com a primeira avaliação hospitalar do país (BITTAR, 2004).

O Colégio Americano de Cirurgias (CAC), em 1924, lançou o Programa de Padronização Hospitalar (PPH) com o objetivo de garantir a qualidade da assistência aos pacientes,

priorizando a organização dos recursos diagnósticos e terapêuticos, corpo médico qualificado e preenchimento completo do prontuário, mas ainda não levavam em consideração o dimensionamento da equipe multiprofissional, a assistência pós-hospitalar e nem a avaliação dos resultados (FELDMAN, GATTO E CUNHA, 2005).

Na década de 1950, o CAC associou-se a outras instituições médicas dos Estados Unidos e Canadá, criando a Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais (CCAH) lançando o programa Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH) para apoiar, divulgar e dedicar-se à melhoria dos serviços de saúde.

Paralelamente, no contexto nacional, as iniciativas de gerenciamento da qualidade, partiam do Poder Público, **através da classificação e categorização** de serviços de saúde com a elaboração da ficha de inquérito hospitalar por Odair Pedroso para a Comissão de Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde. Em 1952, o Decreto Nº 25465/1956 propôs padrões gerais para classificar distintos estabelecimentos de saúde.

No entanto, os estudos da qualidade na saúde no contexto mundial tiveram mais ênfase a partir de 1960 quando foram aprofundados por Avenis Donabedian, conhecido como o teórico da avaliação em saúde, sendo considerado o autor mais importante para a discussão da gestão e avaliação da qualidade dos serviços de saúde (ROTTA, 2004).

Nesse contexto, visando uma melhor compreensão conceitual, vale traçar uma breve explanação sobre a diferença da gestão e avaliação da qualidade em saúde, evitando assim, que as definições sejam confundidas no decorrer das reflexões.

A gestão da qualidade é a adoção de métodos/sistemas desenvolvidos internamente ou segundo padrões externos,

capazes de promover um padrão de excelência assistencial, a partir da melhoria contínua da estrutura, dos processos e, conseqüentemente, dos resultados. O uso de métodos de melhoria da qualidade possibilita atingir novos níveis de eficiência, satisfação do paciente, segurança, efetividade clínica e lucratividade (ALVES, 2008).

Para melhor compreensão das práticas baseadas na gestão da qualidade, pode-se exemplificar o uso do método PDCA (Plan-Do-Check-Act), que por meio do ciclo de melhoria contínua, representa uma abordagem de gerenciamento, francamente utilizada, elaborada nas décadas de 50 e 60 para aplicação, sobretudo, nas empresas japonesas, buscando evitar, identificar e solucionar problemas organizacionais na produção das grandes indústrias. (GURGEL JÚNIOR VIERIA, 2002)

O exercício dessas práticas de gerenciamento voltadas para qualidade diz respeito ao controle dos processos, ou seja, inicialmente se planeja e executa o trabalho como planejado, checa-se o que foi feito e age-se a partir dos resultados. Segundo a concepção gestonária, “a prática cíclica e ininterrupta dessas quatro fases propiciaria a melhoria contínua e sistemática de uma organização, consolidando a padronização” relata Marshall Junior (2008, p. 92). Algumas vezes esses padrões são estabelecidos progressivamente com o resultado dos estudos de séries históricas na mesma organização ou de comparação com outras organizações semelhantes como no caso do uso de *benchmarking*, orientando e filtrando toda ação e gestão da qualidade (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

A avaliação em saúde é uma análise sistemática do processo e dos resultados de um serviço, programa ou política em comparação com um conjunto de padrões, visando contribuir para a melhoria da assistência dos serviços de saúde (ROU-

QUAYROL; GURGEL, 2013). Assim, entende-se que as avaliações são metodologias para examinar como o sistema de gestão adotado funciona e se está incorporado e presente nas práticas.

Para Donabedian, a principal função da avaliação é a de determinar o valor ou o grau de êxito na consecução de um determinado objetivo (ROUQUAYROL; GURGEL, 2013), ou seja, é o processo de determinação formal da eficiência e eficácia de uma intervenção planejada para alcançar um objetivo.

Rotta (2004) e Serapioni (2009) destacam que Donabedian estabeleceu um delineamento e desenvolveu métodos para direcionar a qualidade da atenção e das práticas assistenciais que possibilitam uma visão sistêmica dos componentes baseados em três pilares: estruturas, processos e resultados. Atualmente, seus estudos são subsídios e anteparos para as principais formulações teóricas que balizam os processos de gestão e avaliação da qualidade dos serviços de saúde.

O estudo da estrutura avalia, fundamentalmente, aspectos de gerenciamento de risco, expressos em segurança físico-funcional, saúde ocupacional, qualificação, dimensionamento de equipe, legislação e, sobretudo, registros adequados em prontuário. “Busca-se identificar como a instituição estabelece e trata seus fatores de risco na assistência, sendo essa lógica relacionada tanto ao paciente quanto aos profissionais de saúde” (SILVEIRA, 2010, p.81).

A autora define processo como um conjunto de causas que, ao interagirem de forma contínua e sequencial, produzem um resultado. Indica, ainda, a ideia de uma regularidade na realização de atividades. Sua aplicação no campo estudado aponta para a importância de haver clareza quanto aos fatores que se consideram necessários à regularidade das atividades assistenciais e, principalmente, à interação com outros setores.

Em outros termos, corresponde a observar o que é favorável para a implantação e implementação de rotinas de funcionamento de um serviço de psicologia hospitalar, por exemplo (SILVEIRA, 2010, p.102). Em suma, é um conjunto de operações sucessivas e/ou paralelas que proporcionam um resultado bem definido. Geralmente, como parte de um ciclo global de produção de um produto ou de um serviço. Processo é um conjunto de causas.

Nesse contexto, a lógica dos sistemas de gestão da qualidade exige dos profissionais a evidência de seus resultados a partir da definição e monitoramento de indicadores de qualidade. De acordo com Marshall Junior (2008), os indicadores “devem refletir características diretamente vinculadas ao gerenciamento do processo, de modo prático e dentro de um conjunto que diga respeito aos diversos aspectos do processo e seu ambiente” refere Marshall Junior (2008, p. 174). Esse conceito se aplica ao indicador de desempenho do processo que, em termos das práticas de gestão, é considerado o mais importante, por permitir monitorar a qualidade, a produtividade e a capacidade de realização de um dado processo. (SILVEIRA, 2010, 114)

A tríade supracitada subsidia, majoritariamente, parte das metodologias de avaliação existentes, sendo uma relevante abordagem utilizada para conceder a certificação da qualidade dos serviços prestados nas instituições médicas na atualidade.

A JCAH que, posteriormente, passou a se chamar Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) modificou o grau de exigência dos padrões de qualidade ao publicar o Manual de Acreditação Hospitalar, em 1970, e mudar o perfil dos critérios utilizados para o estabelecimento de padrões, passando a considerar, também, os pro-

cessos e os resultados da assistência. Direcionando sua atuação com ênfase na assistência clínica por meio de monitoramento de indicadores de desempenho, ao desempenho institucional e, finalmente, assumiu o papel de educação com monitoramento, vistos na atividade de consultoria e na publicação de uma série de documentos como normas, padrões e recomendações, desenvolvendo padrões internacionais para o crescimento da atuação fora dos EUA (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Nas décadas de 80 e 90 a cultura da qualidade passou a circular, de forma mais abrangente, na América Latina com o incentivo da Organização Mundial da Saúde (OMS), e do convênio da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) com a Federação Americana de Saúde para elaborar o Manual de Padrões de Acreditação para a América Latina. Essa temática passou a ser divulgada nos meios de comunicação, influenciando a normatização de padrões de excelência e incentivando as organizações prestadoras de serviços de saúde até os dias atuais no planejamento, revisão dos processos e acompanhamento do desempenho, incentivando constantes melhorias dos serviços, passando a se tornarem estratégias vitais para o posicionamento e competitividade das organizações no mercado (BONATO, 2011).

Desde então, o Ministério da Saúde investe na publicação de Normas e Portarias regulamentadoras das atividades assistenciais, incentivando o desenvolvimento da gestão da qualidade nos serviços públicos de saúde (SILVEIRA, 2010).

Essa visão alinha-se ao conceito da Organização Mundial da Saúde que, a partir de 1989, identificou que práticas como a Acreditação são um elemento estratégico para o desenvolvimento da qualidade da saúde no contexto mundial, incluindo a América Latina. Assim, ocorreram diversos movimentos nacionais nessa área, culminando no lançamento

oficial do Programa Brasileiro de Acreditação em 1998 e na criação, no ano subsequente, da Organização Nacional de Acreditação (ONA), organização não governamental de natureza jurídica e direito privado sem fins lucrativos e de interesse coletivo, que tem atuação nacional.

A Acreditação é uma metodologia externa e voluntária utilizada para avaliação sistêmica da instituição e dos serviços de saúde, analisando a qualidade da assistência prestada pelos profissionais. Considera os recursos organizacionais a fim de dar orientações para a instituição, com o objetivo de potencializar e melhorar o desempenho institucional. Ressalta-se a ênfase dada à qualidade do serviço profissional prestado, independente do arsenal tecnológico envolvido, assim, permite que instituições públicas e privadas possam equiparar-se aos mesmos padrões de qualidade.

É, portanto, uma certificação concedida através da avaliação dos serviços, comprovando a conformidade do sistema de gestão da qualidade a partir de auditorias ou avaliações internas ou externas, sempre mantendo uma visão sistêmica da instituição (procedimentos, processos, pessoal etc.). Dessa forma, haverá avaliação dos serviços prestados quando houver adesão aos padrões estabelecidos pelas normas de gestão da qualidade que priorizam a excelência da assistência, a segurança do paciente e a sustentabilidade das instituições de saúde.

Nessa conjuntura, também conta-se com o Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA) e a Organização Internacional para Padronização – Internacional Organization for Standardization (ISO).

O CCHSA avalia os processos de qualidade dentro das instituições que já, em sua maioria, possuem o nível de excelência pela ONA. A avaliação envolve a verificação diária de

atividades e serviços em relação a padrões preestabelecidos e utilizam como norte, princípios de excelência alinhados à segurança do paciente, com base na criação de protocolos e fluxos de atendimento assistencial. O CCHSA tem como princípio da metodologia avaliar pontos considerados fundamentais para a qualidade, a saber: estratégia e liderança, cultura organizacional; informação e comunicação; processos em times de trabalho; resultados; segurança dos pacientes. (BONATO, 2011)

Já a ISO é considerada a maior organização do mundo em relação às questões de desenvolvimento de padrões voltados para a área técnica, sendo representada no Brasil pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). A utilidade de seus padrões se estende aos ambientes de produção, tanto privados quanto públicos, na tentativa de torná-los mais seguros, eficientes e transparentes. No âmbito hospitalar, os padrões ISO ainda são pouco adotados, mas podem ser utilizados como base técnica para as questões legais que envolvam saúde, ambiente e segurança para os governos e setores de regulação.

Destaca-se que, nesse contexto, existem várias outras metodologias distintas para a avaliação dos sistemas de gestão em saúde, tendo sido citadas apenas algumas das mais utilizadas nos contextos nacional e internacional.

GESTÃO DA QUALIDADE NO ÂMBITO HOSPITALAR

Dentre as diversas instituições que prestam assistência à saúde, os hospitais são instituições prestadoras de serviços de grande importância social, possuindo alta complexidade tecnológica e especificidades do cuidado em saúde, respondendo, atualmente, pelos maiores custos na área dos serviços de saúde.

Sabe-se que a organização hospitalar é complexa, não apenas pela nobreza e amplitude da sua missão, mas, sobretudo, por apresentar uma equipe multidisciplinar com elevada autonomia para dar assistência à saúde em caráter preventivo, curativo e reabilitador a pacientes em regime de internação, utilizando tecnologia de ponta num espaço de prática de ensino-aprendizagem e produção científica. (GURGEL JÚNIOR; VIEIRA, 2002)

A gestão da qualidade nessas instituições adquire enfoque diferencial e específico no quesito de boa utilização dos recursos financeiros, materiais e do trabalho humano. Feldman, Gatto e Cunha (2005) entendem a gestão da qualidade no âmbito hospitalar como sendo:

Um processo dinâmico, ininterrupto e de exaustiva atividade permanente de identificação de falhas nas rotinas e procedimentos, que devem ser periodicamente revisados, atualizados e disseminados com a participação da alta direção do hospital até seus funcionários mais básicos. (p. 214)

Tanto nos hospitais públicos quanto nos privados, encontram-se graves problemas relativos à estrutura física e de apoio, à ausência de equipamentos em áreas emergenciais (UTI e Prontos-Socorros) e em muitos aspectos, apontam para a necessidade de reestruturação das normas das instalações físicas de segurança e cuidado ao paciente e ao colaborador (BONATO, 2011).

No que se refere à economia, o Governo Federal considera os programas preventivos, com ações de longo prazo,

como alternativa para minimizar as deficiências estruturais, diminuindo o fluxo de demanda por atendimento nesses hospitais. Então, busca-se melhorar a eficiência e eficácia dos atendimentos para diminuir as internações e, assim, aumentar os serviços ambulatoriais, a assistência domiciliar, expandindo e formalizando compromissos com a qualidade, satisfazendo o usuário e diminuindo custos (BONATO, 2011).

Vários autores defendem a implantação de sistemas de gerenciamento da qualidade, justificando que quando a instituição cria, efetivamente, a cultura da aprendizagem, passa a exigir maior aprimoramento e qualificação por partes dos profissionais da saúde, incentivando a participação dos colaboradores no processo de gestão e apresentando o sucesso do sistema como resultante de uma ação coletiva. Bonato (2011) ratifica essa afirmativa, acrescentando:

Dentre outras vantagens, a visão sistêmica da organização dos seus processos institucionais, a transformação dos indivíduos, autorrealização e inovação, estímulo ao desenvolvimento de novas capacidades, da criatividade e alta produtividade, mobilizando sujeitos mais capazes, criativos e produtivos. (BONATO, 2011, p. 319)

Acredita-se que as medidas práticas de melhoria contínua proporcionam um ambiente de trabalho com maior segurança, reduzindo os riscos, tanto ao paciente quanto ao corpo clínico, visando superar as deficiências na infraestrutura, materiais e equipamentos. Também, apoiam a excelência e a humanização da saúde no atendimento à população e auxiliam

os serviços públicos e privados de saúde a avaliar, melhorar e demonstrar a qualidade do atendimento ao paciente, promovendo grande vantagem competitiva no mercado. Em suma, os sistemas de gerenciamento e qualidade foram adotados visando aumentar a eficiência e eficácia nos processos levando ao alcance de altos índices de desempenho e resultados de sucesso.

Nesse contexto, também se encontram autores que trazem elementos para uma crítica construtiva aos sistemas de gerenciamento da qualidade no setor saúde, apresentando possíveis obstáculos à sua maior adesão, pois, no Brasil, o maior problema para a expansão da Acreditação é o alto custo associado ao que esse processo carrega, pois ele envolve uma série de mudanças estruturais, organizacionais e de gestão que podem durar anos. Como é o próprio hospital que precisa bancar esse custo e nem sempre o governo, a operadora de saúde ou paciente reconhecem financeiramente essas melhorias, a maioria das instituições ainda trata o tema em segundo plano.

Gurgel Júnior e Vieira (2002) consideram que a implementação desses sistemas têm apresentado algumas dificuldades devido aos conflitos de interesses entre usuários, trabalhadores, acionistas de hospitais privados, fabricantes e distribuidores de insumos, empresas seguradoras e planos de saúde, já que as organizações hospitalares, públicas ou privadas, apresentam diferentes objetivos estando inseridas num ambiente complexo e singular que os condiciona a um funcionamento inadequado diante da lógica da acumulação lucrativa dos mercados. Silveira (2010) se posiciona sobre o assunto afirmando:

As exigências por rentabilidade e desempenho afastam, por vezes, as instituições de suas funções originais, dos objetivos que as fundaram,

seus princípios, sua natureza e perspectivas. Embora permaneçam impressos na Política da Qualidade, na Missão e na Visão das instituições hospitalares, estes termos da gestão de qualidade que indicam os fatores que devem reger os caminhos da instituição, podem se dissolver diante da lógica mercadológica (SILVEIRA, 2010, p. 127).

Vecina Neto e Malik (2007) afirmam que há esforços consideráveis na direção de implantar programas nacionais de Acreditação, mas em termos gerais, no Brasil, a cobertura ainda é baixa, o interesse é pouco difundido e com frequência busca-se mais *marketing* ou melhoria de imagem que qualidade propriamente dita.

Silveira (2010) pondera que há necessária condição de que os sujeitos envolvidos na produção de saúde possam manter uma ação subversiva diante desta realidade instituída, não no sentido destrutivo do termo, mas na direção de resistências transformadoras que, a partir deste diálogo com as práticas gestionárias, possam, em alguma medida, promover ações de desconstrução e reconstrução. A autora (2010, p. 124) orienta que “para dialogar com essa realidade, faz-se necessário compreendê-la sem, com isso, se perder a postura de reflexão crítica. O conhecimento nos possibilita ações embasadas em questionamento da realidade”.

Constata-se, portanto, que os profissionais vêm sofrendo diversas influências que contribuem para mudanças no plano profissional e pessoal, exigindo do trabalhador postura ativa e participativa que ressignifique as relações com as organizações e o modo de fazer. Essas considerações permitem refletir sobre a abrangência e a influência da gestão da qualidade nos diversos campos da sociedade, com destaque para a saúde. A ênfase na apresentação desse cenário deve-se ao fato de que

essas mudanças introduzidas, ao longo das últimas décadas, no âmbito da saúde, principalmente nas instituições hospitalares, influenciaram o exercício da psicologia hospitalar.

A GESTÃO DA QUALIDADE NA PSICOLOGIA HOSPITALAR

A construção de um sistema de saúde produtivo que contemple práticas organizacionais mais seguras e efetivas constitui-se como um desafio para diversos atores, tanto da área da administração como de outras ciências, inclusive a psicologia, seja no cenário hospitalar, ambulatorial, laboratorial e unidade básica de saúde (BONATO, 2011). Esta proposição fundamenta-se na condição atual do campo da saúde no Brasil, especificamente no âmbito hospitalar, marcado pela noção de saúde como objeto de consumo e na qualidade como garantia de sustentabilidade das instituições. Os processos de Acreditação e Certificação pelos quais passam as instituições hospitalares na atualidade exigem do psicólogo conhecimento e ações não pertinentes à sua formação acadêmica. Dessa forma, qualidade e melhoria contínua passam hoje a fazer parte de nossas rotinas diárias. (SILVEIRA, 2010).

Silveira (2010) desenvolveu um estudo sobre o campo da Psicologia Hospitalar calcada nos fundamentos de gestão. A pesquisa abrange esses questionamentos, que segundo a autora (2010, p. 25) ainda “parecem tão distantes da prática clínica, mas que têm se dirigido aos psicólogos dos hospitais que adotam sistemas de gestão da qualidade”. Assim, aponta para a realidade de que os psicólogos hospitalares também são responsáveis pela gestão do setor de Psicologia, ainda que submetidos às questões de ordem institucional, hierárquicas e afins. Para

isso, é preciso conhecer formas de aplicação desses recursos gerenciais no universo da Psicologia Hospitalar.

Enfatiza-se a gestão dos recursos do serviço de psicologia hospitalar em si, ou seja, da condição de gerenciar esta assistência, de conhecer e reconhecer os recursos, humanos ou não, que se possua para realizar a prática em si; de estabelecer os parâmetros para a organização do serviço e sistematização das rotinas assistenciais e de conhecer e dar visibilidade aos resultados alcançados (SILVEIRA, 2010).

O intuito é indicar, minimamente, as condições da estrutura necessária à realização segura, qualificada e legal do trabalho da psicologia no contexto hospitalar, não pretendendo refletir sobre referenciais teórico-clínicos e muito menos de estabelecer padrões para limitar ou engessar o trabalho. Trata-se da sistematização das atividades de assistência pela definição e controle dos processos críticos, pelo estabelecimento de padronização das rotinas realizadas de maneira integrada, protocolos de avaliação e monitoração dos resultados advindos dessas práticas gerenciadas (SILVEIRA, 2010).

Leite (2007) refere-se à dificuldade experimentada pelo profissional psicólogo em discriminar qual paciente realmente necessita de algum tipo de intervenção, uma vez que, muitas vezes, pacientes considerados mais preservados, no que se refere ao nível de resiliência e ao índice de manifestações psíquicas e comportamentais, recebem mais cuidados por parte do psicólogo hospitalar.

Trata, ainda, da necessidade de se definir os parâmetros que priorizam determinadas clínicas ou unidades hospitalares, de acordo com o número de psicólogos de um serviço como, também, o tempo exigido para determinadas atividades como o atendimento numa unidade de terapia intensiva ou de pediatria,

até mesmo na definição dessas rotinas de atuação e monitoramento dos resultados da assistência atrelados ao planejamento.

As reflexões acerca do gerenciamento da qualidade da assistência de um serviço de Psicologia Hospitalar apontam para a indefinição de aspectos regulamentares, do reconhecimento dos requisitos legais referentes ao psicólogo no âmbito hospitalar e da própria crítica à ausência de certos parâmetros neste contexto (SILVEIRA, 2010).

A autora ressaltou que o profissional psicólogo se vê, ainda, com a necessidade de responder às demandas institucionais relacionadas à gestão da qualidade e da gestão dos próprios recursos, a partir da utilização de metodologias, muitas das quais desconhecidas, que não faziam parte de qualquer formação prévia.

Conforme afirmam Coelho Filho, Montenegro e Barração (2012), o processo de certificação hospitalar exige dos psicólogos a descrição de seus processos de trabalho e a mensuração de indicadores de qualidade, tarefas bastante objetivas e que exigem habilidades não ensinadas durante a formação acadêmica, mas voltada a lidar com a subjetividade do indivíduo.

Deve-se considerar, também, a ambiguidade da categorização de estudo da psicologia dentro das ciências, tendo espaço no campo das humanas e da saúde, com componentes curriculares que direcionam a prática psicológica apenas em áreas mais específicas.

Percebe-se essa indefinição refletida na já conhecida discussão entre os campos psicologia da saúde e psicologia hospitalar, distinção realizada unicamente no cenário brasileiro. Chiatton e Sebastiani (1997) afirmam que “essa ausência clara e definida da especialidade impede um posicionamento mais preciso dos profissionais dentro do hospital” (p. 129). Os

autores afirmam que essa indefinição reflete as diversidades teóricas inerentes à própria psicologia e questões relacionadas à disputa de saber, destacando, ainda, a “ausência de limites claros na própria tarefa no hospital” (p. 129).

A partir de uma perspectiva ética, resumem os princípios fundamentais da psicologia hospitalar na tríade paciente-família-equipe, elencando-os como elementos prioritários da assistência, reconhecendo o hospital como seu campo de trabalho e tendo como principal foco o paciente com práticas permeadas pela sensibilização, humanização e compromisso com a vida (CHIATTONE; SEBASTIANI, 1997).

Silveira (2010) reforça a importância da tríade de intervenção em psicologia hospitalar, mas propõe uma revisão em sua apresentação. A autora enfatiza a complexidade do campo, conforme indicado na Figura 1, destacando os atributos que permeiam as ações (sistematização, proatividade e integração). A identificação dos três eixos de intervenção (paciente/família, Equipe e Instituição) e a Comunicação como dimensão e ferramenta de aprimoramento das relações humanas e de melhoria contínua.

Figura 1 Eixos de intervenção em Psicologia Hospitalar



Fonte: Silveira, 2010.

A proposta acima é a inclusão da instituição na tríade elementar das práticas psicológicas no âmbito hospitalar, pois apesar de não haver controvérsia quanto à importância da instituição como foco da psicologia hospitalar, esta é abordada apenas como instância na qual o psicólogo encontra-se inserido e sujeito às suas pressões, aos aspectos normativos e da cultura organizacional.

A instituição é inserida como eixo de intervenção, pois é considerada como fonte de trabalho e que precisa ser reconhecido como tal, pelo investimento de tempo e estudo dedicados, porém os esquemas didáticos que apresentam os eixos de intervenções parecem excluí-la do lugar de “cliente” do psicólogo, ou minimizar sua importância, mas é a partir deste lugar que, também, se torna objeto da atenção psicológica com a devida atenção aos limites e possibilidades.

Silveira (2010) segue afirmando que, agregar família/paciente como núcleo assistencial é fundamental, não pode ser dissociado, pois não se pode atender ao paciente sem minimamente dar suporte à família e vice-versa, mas deve ser tratado de forma diversa, do ponto de vista técnico.

Assim, paciente e família devem ser tratados como uma “unidade assistencial”, embora caracterizados como distintos objetos de atenção profissional. Ou seja, as rotinas de atendimento devem ser capazes de incluir as peculiaridades de ambos, mas, simultaneamente, garantir que cada qual seja tratado distintamente, segundo suas necessidades e demandas. (SILVEIRA, 2010, p. 58)

A partir da exposição conceitual visou contribuir para a compreensão do campo da gestão da qualidade em psicologia

hospitalar, a fim de expandir as possibilidades de investigação desse cenário, discutindo de forma acessível e, sobretudo, aplicável, alguns conceitos e ferramentas de gestão que passam a integrar o cotidiano do psicólogo hospitalar.

REFERÊNCIAS

ALVES, D. M. **Qualidade de atendimento em saúde**. Rio de Janeiro, 2008. 29 f. 30 cm. Disponível em: <http://www.essex.ensino.eb.br/doc/PDF/PCC_2008_CFO_PDF/CD32%201%BA%20Ten%20Al%20DANIELA%20MOREIRA%20ALVES.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2018.

BITTAR, O. J. N. V. **Cultura e Qualidade em hospitais**. In: QUINTO NETO, A.; BITTAR, O. J. N. V. *Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas*. Porto Alegre: Dacasa, 2004. cap 1.

BONATO, V. L. Gestão da qualidade em saúde: melhorando a assistência ao cliente. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 319-331, 2011.

CHIATTONE, H. B; SEBASTIANI, R. W. A ética em psicologia hospitalar. In: ANGERAMI-CAMON, Valdemar et al. (Org.). **A ética na saúde**. São Paulo: Pioneira, p. 113-140, 1997.

COELHO FILHO, J. F; MONTENEGRO, A.V; BARRAGÃO, S.R. M.S. Qualidade na saúde à luz da acreditação hospitalar e sua interface com a gestão de pessoas. **Psicologia.pt, O portal dos psicólogos**. São Paulo, 1-14 26.10. 2012. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0646.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2017.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **TheMilbank Quarterly**, v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005. Disponível em: <<http://www.milbank.org/quarterly/830416.donabedian.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2016.

FELDMAN, L. B; GATTO, M. A. F; CUNHA, I. C.K. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Actapaul. Enferm.**, vol. 18, n. 2, p. 213-219, 2005.

GURGEL JUNIOR, G. D; VIEIRA, M. M. F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2002, vol. 7, n. 2, p. 325-334.

INSTITUTO QUALISA DE GESTÃO. **Curso de formação de avaliadores para o Sistema Brasileiro de Acreditação – ONA**. São Paulo: IQG, 2003.

LEITE, L.G. **Protocolo de avaliação da intervenção do psicólogo hospitalar: uma contribuição para a sistematização da prática do psicólogo em ambientes médicos**. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

MARSHALL JUNIOR, Isnard et al. **Gestão da qualidade**. 9. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2008.

ROTTA, C. S. G. **A utilização de indicadores de desempenho hospitalar como instrumento gerencial**. 2004. 143 p. Tese (Doutorado em administração hospitalar) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

ROUQUAYROL, M. Z; SILVA, M. G. C. **Epidemiologia & Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. p. 736.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, v. 85. p. 65-82, 2009.

SILVEIRA, A. M. V. **Estudo do campo da psicologia hospitalar calçado nos fundamentos de gestão: estrutura, processos e resultados**. 2010. 164 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

VECINA NETO, G; MALIK, A, M. Tendências na assistência hospitalar. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2007, vol. 12, n. 4, p. 825-839.

CAPITULO 25

A SEGURANÇA DO PACIENTE NO CONTEXTO DA PEDIATRIA

Luanna Nayra Mesquita Alvarenga

Antônio Rodrigues Ferreira Júnior

INTRODUÇÃO

A cultura de segurança do paciente se evidencia como uma forma de mudança dos processos de trabalho, na qual é incentivado o aprimoramento da forma de se prestar assistência, ao adotar medidas mais seguras, melhorar os métodos de trabalho e, conseqüentemente, prevenir eventos adversos que possam vir a prejudicar a saúde do paciente (MINUZZI, 2014).

Deve ser parte da rotina de trabalho da equipe no serviço de saúde, sendo baseada em valores que contribuam para a melhor organização dos processos de trabalho como: liderança, comunicação, confiança, suporte organizacional e participação da gestão hospitalar (TOMAZONI et al., 2014).

Além da melhoria dos processos de trabalho, a segurança do paciente também é influenciada pela visão de qualidade dos serviços que os protagonistas da oferta da assistência apresentam. Os profissionais de saúde têm uma participação relevante no contexto da segurança do paciente, unindo a isso os acompanhantes e os próprios pacientes que devem estar envolvidos nesse processo de segurança.

Nessa avaliação, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente com o objetivo de desenvolver políticas públicas sobre a temática (CAPUCHO et al., 2013).

O Brasil faz parte dessa Aliança e, por isso, o Ministério da Saúde instituiu, em 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) através da Portaria GM/MS nº 529/2013 com o intuito de qualificar o cuidado em todos os serviços de saúde (BRASIL, 2013) por meio de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização, que são: 1 – Cultura na qual todos os trabalhadores são responsáveis pela segurança, tanto assistenciais como gestores, responsabilizando-se por si mesmos, pelos colegas, pacientes e familiares; 2 – Cultura que impõe a segurança mais importante que as metas financeiras e operacionais; 3 – Cultura de identificação, notificação e resolução de problemas relacionados à segurança; 4 – Cultura de aprendizado, na qual se utiliza-se da ocorrência de incidentes para preveni-los; 5 – Cultura que requer manutenção da segurança através de recursos, responsabilização e estrutura (RODRIGUES, 2016).

Abordar a cultura de segurança na pediatria se faz necessário, uma vez que esta área está propensa a erros, que podem estar relacionados à estrutura física e organizacional destas unidades, às especificidades relacionadas ao atendimento destes pacientes e à falta de incentivo de estudos relacionados a essa área (MACEDO et al., 2016).

Considerando-se que a cultura de segurança não está fortalecida nestes cenários pediátricos, verifica-se a necessidade de trabalhar as áreas que possuam potencial de se tornar força para a cultura de segurança, a fim de consolidá-las como áreas de destaque dentro da cultura de segurança das institui-

ções, contribuindo para a qualificação do trabalho desenvolvido nestas unidades (MACEDO et al., 2016).

Sanders (2014) afirma que a frequente incapacidade das crianças em questionar os cuidados que lhes são prestados é outro fator que contribui para aumentar o risco. Apesar de se preconizar o acompanhamento parental durante o internamento, de grande utilidade à promoção da saúde e bem-estar da criança e da qualidade e segurança dos cuidados prestados, os pais ou responsáveis, regularmente, não podem estar ininterruptamente a seu lado, deixando de existir uma barreira adicional que minimizaria a ocorrência de alguns erros.

Nesse contexto, pode-se avaliar o processo de segurança do paciente pediátrico intrínseco a todas as ações voltadas à melhoria desse paciente. Vislumbrando a qualidade da assistência ofertada, os processos envolvidos nesse objetivo, como gestão, organização, interação e suporte, tendem a contribuir de forma relevante, sendo também levados a uma continuidade permanente de melhoria.

METODOLOGIA

Esta revisão narrativa foi realizada com base em uma pesquisa bibliográfica, realizada em 2018, onde foram alcançados seus resultados pela busca nas bases de dados Pubmed e Lilacs, como também estudo de legislações que abordam o tema em questão.

A busca realizada na Pubmed foi feita por intermédio da plataforma Capes, utilizando os descritores “segurança do paciente” e “criança”, que também foram utilizados na base de

dados Lilacs. Foram selecionados artigos dos últimos cinco anos, de acordo com o tema desejado, sem restrição de língua de publicação.

RESULTADOS

A segurança do paciente aglomera um padrão holístico de envolvimento com cada passo a ser realizado em prol da assistência ao paciente, desde a questão estrutural, profissional, até o contato propriamente dito com o paciente.

A Política Nacional de Segurança do Paciente estabelece estratégias para promover diretrizes, no intuito de informar e engajar os profissionais em uma cultura de cuidado, para que, assim, ocorra prevenção de incidentes, promovendo um ambiente de trabalho seguro (RODRIGUES, 2016). É importante a identificação dos eventos ocorridos através dos pontos vulneráveis e frágeis que ocorrem durante os processos de trabalho, desta forma, atuando de maneira preventiva, impedindo que ocorra um agravo ao paciente (ANDOLHE, 2013).

Reis et al. (2016), abordam três categorias que envolvem a segurança do paciente, sendo elas: boas práticas e práticas seguras; responsabilidade e ética profissional; prevenção de eventos adversos. Na categoria boas práticas e práticas seguras o estudo abordou temas como prevenção de danos, responsabilidade profissional em relação à segurança do paciente, onde a equipe demonstrou uma preocupação de conforto, bem-estar e prevenção de danos ao paciente.

Responsabilidade e ética profissional é uma categoria abordada no estudo de Reis et al. (2016) que tratam da im-

portância da equipe multiprofissional, do compromisso com a segurança do paciente, da responsabilidade pelo paciente hospitalizado e da responsabilidade ética da prática profissional. Já na categoria Prevenção de eventos adversos a demonstração de preocupação dos profissionais com a prevenção de infecções e quedas no ambiente hospitalar.

As consequências oriundas da ruptura da cultura de segurança do paciente aumentam os gastos com a saúde, o tempo de internação, podem implicar em complicações e óbitos, o que ocasiona a redução da confiança do usuário no sistema de saúde, acarreta danos psicológicos e, várias vezes, encargos jurídicos (CESTARI et al., 2017).

Dados mais atuais revelam que o quantitativo de óbitos decorrentes dos eventos adversos em saúde é alarmante. Estima-se que, aproximadamente, 400 mil pacientes morrem anualmente em função dos eventos adversos evitáveis, e entre 2 e 4 milhões de eventos adversos geram graves consequências à saúde do paciente, mas não levam a óbito. Quando comparadas aos pacientes adultos, as crianças têm aumentado em três vezes a probabilidade de sofrerem danos (MACEDO et al., 2016).

Abordar a cultura de segurança em unidades pediátricas se faz necessário, uma vez que estes setores estão propensos a erros, que podem estar relacionados à estrutura física e organizacional destas unidades, às especificidades relacionadas ao atendimento destes pacientes e à falta de incentivo de estudos relacionados a essa área (MACEDO et al., 2016).

Para que a segurança do paciente aconteça de forma sólida, a cultura de segurança precisa estar estruturada nas instituições, sendo um trabalho natural. Para isso, as instituições devem estabelecer um processo de comunicação adequada, confiança de um modo geral, suporte organizacional, compro-

metimento coletivo em relação aos aspectos da segurança, liderança nos processos e uma abordagem não punitiva ao erro.

A interação da equipe multiprofissional é um elemento que converge para a segurança do paciente. O fato de o trabalho em equipe exigir uma construção coletiva de ações, as dificuldades, mesmo que presentes podem ser superadas pela troca de informações e planos terapêuticos possibilitados pela cooperação entre os membros do grupo (REIS et al., 2016).

Em relação aos serviços de saúde, a complexidade dos recursos disponíveis e a diversidade de categorias profissionais que interagem sinergicamente entre si para garantir o melhor atendimento ao paciente e a rápida recuperação dos pacientes tornam a comunicação eficaz, um componente essencial e necessário para a transparência na prestação de serviços de assistência (VALERA et al., 2017).

Os profissionais encontram dificuldades em reconhecer preocupação por parte da gestão quanto aos aspectos que envolvem a segurança do paciente e reafirmam a presença da cultura tradicional da culpa e da punição, retratando a necessidade de se modificar a cultura atual ainda presente nestas unidades (MACEDO et al., 2016).

As instituições têm uma significância importante dentro do processo de segurança do paciente, desde o clima organizacional ao suporte organizacional que envolve a estrutura física, profissional, suporte material, dentre outros. Enfim, a unidade tem influência de base no desenvolver do processo de cultura de segurança do paciente, que envolve profissional, paciente e família.

A comunicação efetiva entre os profissionais dos serviços de saúde e os serviços de saúde faz parte do Plano de Segurança do Paciente no Serviço de Saúde (PSP). A promoção da

segurança do paciente é uma preocupação mundial e supera os aspectos éticos e morais em termos de prestação de cuidados aos indivíduos. O respeito pelo paciente é um requisito para a prática da humanização nos processos de cuidado. O ato de respeitar os outros é caracterizado, especialmente, pela capacidade de ouvir, respeitar e ser atencioso com os relacionamentos (REIS et al., 2016).

A comunicação entre os membros da equipe de saúde também é de extrema importância. O paciente pediátrico apresenta uma rede complexa de demandas de cuidados, mobilizando diversos campos de atuação. Assim, o trabalho em equipe promoverá a troca de experiências e conhecimentos, facilitando a compreensão das patologias, bem como a assistência ao paciente como um todo, a fim de tornar o processo de hospitalização ou doença menos traumático, mais seguro e com qualidade, o que deve ser bastante fortalecida a comunicação para que isso ocorra (REIS et al., 2016).

As informações sobre o estado e condições do paciente são de direitos da família e necessidade da equipe. Essa comunicação pode ser esplanada de forma verbal ou escrita de acordo com as rotinas de cada instituição ou unidade. A ausência de relatos, ou mesmo inadequados ou incompletos, pode resultar, entre outros efeitos, em duplicação ou não realização de determinados procedimentos e na dificuldade ou impossibilidade de avaliação do tratamento escolhido, podendo comprometer ou reduzir os níveis de segurança do paciente e do profissional.

Nesse sentido, a prática mais adequada em relação ao registro como processo de comunicação é o dever de identificar ao final de toda a documentação feita no prontuário do paciente, com pelo menos o nome e o número de registro do profissional envolvido, já que a informação é de extrema im-

portância para a segurança do paciente, assim como para a segurança e proteção do trabalhador (VALERA et al., 2017).

Diante dessa cultura, é preconizado que os incidentes ocorridos sejam comunicados, permitindo sua análise e possibilitando que as instituições possam adotar medidas preventivas e educativas relacionadas a estes. No entanto, para que aconteça a notificação do erro é necessário que o método de punição frente ao mesmo seja modificado, pois o medo da repressão dificulta que os trabalhadores assumam tais acontecimentos (MACEDO et al., 2016).

Considerando-se que a cultura de segurança não está fortalecida nestes cenários pediátricos, verifica-se a necessidade de trabalhar as áreas que possuem potencial de se tornar de força para a cultura de segurança, a fim de consolidá-las como áreas de destaque dentro da cultura de segurança das instituições, contribuindo para a qualificação do trabalho desenvolvido nestas unidades (MACEDO et al., 2016).

Perante a escassez de estudos sobre segurança do doente pediátrico e convictas que as crianças merecem uma atenção diferenciada. Acredita-se que as crianças, pela sua especificidade, são mais vulneráveis à ocorrência de eventos adversos, comparativamente à população adulta. A grande variabilidade de idades das crianças, com inerente diferença em termos de desenvolvimento, requer uma adaptação constante dos prestadores de cuidados. Portanto, os erros e eventos adversos em pediatria diferem muito quando comparados com os adultos. Os erros graves ocorrem mais frequentemente em ambientes de cuidados críticos e os eventos adversos relacionados com medicamentos são três vezes mais frequentes nas crianças do que nos adultos (BATOCA SILVA et al., 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O reforço da atenção prestada na assistência e a ênfase nos processos realizados para a melhoria no subsídio da saúde ao paciente, são processos a serem utilizados com todos os públicos a serem atendidos. Porém, ao focar em pacientes pediátricos, a segurança em relação à saúde torna-se ainda mais relevante, tendo em vista a necessidade expressiva desse público composto de paciente com presença de sinais expressivos e acompanhantes/familiares expostos ao estresse da doença.

O público pediátrico demonstra maior fragilidade e peculiaridades dentro da assistência e necessita de um maior número de processos a serem aplicados para a segurança desse paciente durante a assistência prestada. Essa necessidade se demonstra veemente nos estudos, pois a maioria dos relatos discute as consequências dos eventos adversos ao paciente pediátrico.

A segurança do paciente, no contexto pediátrico, demonstra-se ser algo pouco estudado e avaliado, sendo imprescindível o aprofundamento nessas pesquisas. Tendo em vista o perfil do paciente, a cultura de segurança deve se adequar de forma consolidada dentro das instituições, favorecendo a melhoria da qualidade do serviço e levando ao bem-estar do profissional, do paciente e da família.

REFERÊNCIAS

ANDOLHE, R. **Segurança do paciente em unidades de terapia intensiva: estresse, coping e burnout da equipe de enfermagem e ocorrência de eventos adversos e incidentes**. 2013. 240 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

BATOCA SILVA, E. M. et al. Percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico. **Revista de Enfermagem**, v. 4, n. 9, p. 87-95, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CAPUCHO, H. C.; CASSIANI, S. H. B. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 4, p. 791-798, 2013.

CARRERAS-GONZALEZ, E.; BRIÓ-SANAGUSTIN, S. Prevention of complications in the air transport of the critically ill paediatric patient between hospitals. **An Pediatr (Barc)**, v. 81, n. 4, p. 205-211, 2014.

CESTARI et al. Aplicabilidade de inovações e tecnologias assistenciais para a segurança do paciente: revisão integrativa. **Cogitare Enferm.** v. 22, n. 3, 2017.

MACEDO T. R. et al. Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de emergências pediátricas. **Rev Esc Enferm. USP**, v. 5, n. 50, p. 757-763, 2016.

MINUZZI, A P. **Cultura de segurança do paciente: avaliação dos profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva**. 2014. 189 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

REIS et al. The importance of pediatric surgical patient safety for the nursing staff. **Cogitare Enferm.** v. 21 n. esp: 01-08, 2016.

RODRIGUES, M. C. S.; GUERREIRO, M. O. Cultura de segurança: a percepção dos profissionais de enfermagem intensivistas. **Enfermería Global**, v. 15, n. 1, p. 208-219, 2016.

SANDERS, J. Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. In: HOCKENBERRY; WILSON, D. (Orgs.). **Wong: enfermagem da criança e do adolescente**. 9. ed. Loures, PT: Lusociência, 2014. p. 1025-1060.

TOMAZONI, A. et al. Patient safety culture at neonatal intensive care units: perspectives of the nursing and medical team. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 22, n. 5, p. 755-763, 2014.

VALERA et al. Nursing records in pediatric intensive care units: a descriptive study. **Online braz j nurs.**, v. 16, n. 2, p. 152-158, 2017. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5602>>. Acesso em: 12 mar. 2018.

CAPÍTULO 26

O PAPEL DO GESTOR NA IMPLANTAÇÃO DOS FUNDAMENTOS DO LETRAMENTO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

Francisca Vilma de Oliveira

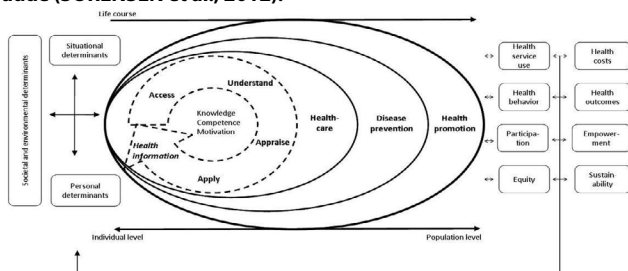
Helena Alves de Carvalho Sampaio

INTRODUÇÃO

O objetivo do presente capítulo é refletir sobre o papel do gestor na implantação dos fundamentos do letramento em saúde na atenção básica.

A literatura dispõe de várias definições para letramento em saúde. Sorensen et al. (2012), numa tentativa de conceituação de consenso, definiram 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, como também promoção da saúde, objetivando melhorar ou manter a qualidade de vida. Este conceito está representado na Figura 1.

Figura 1 - Modelo conceitual integrado de Letramento Funcional em Saúde (SORENSEN et al., 2012).



Fonte: SORENSSEN 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 dez. 2017.

A preocupação com este tema no Brasil, é recente, iniciada com estudo de Carthery-Goulart et al. (2009), que diagnosticaram o nível do letramento em saúde de 312 pacientes adultos saudáveis de diferentes idades e anos de escolaridade, atendidos pelo SUS na cidade de São Paulo, constatando que 32,4% da amostra exibiu *déficits* de alfabetização funcional/uso de conceitos numéricos na área de saúde, com desempenho inadequado ou limítrofe no instrumento de aferição utilizado, caracterizando o inadequado letramento em saúde. A partir desta data várias publicações nacionais surgiram, seja enfocando diagnóstico de letramento em saúde de outros grupos populacionais, seja incluindo avaliação de letramento em outras áreas, como nutrição e odontologia seja analisando relações do nível de letramento em saúde com desfechos de diferentes doenças e situações de saúde. Tais publicações são elencadas em revisão realizada por Pineda (2014). Mas, já há mais publicações após tal revisão, as quais podem ser consultadas nas bases de dados científicas pelos leitores interessados em conhecer a realidade brasileira frente a esta temática.

No Ceará, duas pesquisas foram desenvolvidas no Projeto de Pesquisas para o SUS - PPSUS pelo nosso grupo, envolvendo o tema do letramento em saúde, a segunda complementar à primeira. Na primeira, “Plano Alfa Nutri: 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 908 usuários do SUS, atendidos na atenção primária e terciária (SAMPAIO et al., 2012; SAMPAIO, 2014). Foram utilizados três instrumentos de aferição e a prevalência de letramento em saúde inadequado variou, dependendo do instrumento, de 46,5% a 71,8%, com maior inadequação quando o instrumento enfoca aspectos de numeramento. O numeramento é uma parte do letramento em saúde que envolve habilidades matemáticas para interpretação de dados numéricos relacionados à saúde (PASSAMAI, et al, 2011). Os autores apontaram a necessidade de uma reformulação das ações educativas desenvolvidas no SUS e, na segunda pesquisa, o “Plano Alfa-Saúde: aplicação dos pressupostos do letramento em saúde e da formação de navegadores na capacitação de equipes do SUS”, foram capacitados 290 agentes comunitários de saúde e 188 profissionais integrantes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família. A capacitação foi desenvolvida com foco no letramento em saúde, englobando o desenvolvimento de manual de capacitação (SAMPAIO et al., 2017).

As duas pesquisas citadas despertaram para a importância de envolver o gestor na implantação de ações calcadas no letramento em saúde na atenção básica. Realmente, considerando o conceito de letramento em saúde, o tempo em que o impacto negativo do inadequado letramento em saúde já vem sendo discutido fora do Brasil e as publicações nacionais que começam a demonstrar um despertar para sua importância, percebe-se que é

chegada a hora de discutir como incorporar, em termos operacionais, os fundamentos do letramento em saúde no atendimento da população. Para tanto, há que se pensar na preparação da equipe de saúde e no papel do gestor neste contexto: basta viabilizar capacitação das equipes? Com certeza tal capacitação é importante, mas fundamental é a criação de um ambiente “amigo” do letramento em saúde, ou a criação de uma organização letrada em saúde.

Inicialmente, é importante considerar que o nível de letramento em saúde atrela-se a aspectos como idade, renda, condição ocupacional, número de anos de estudo e grupo étnico, entre outros. Pessoas vulneráveis sob o ponto de vista destes aspectos são mais passíveis de terem letramento em saúde inadequado, o que acaba por atingir a grande maioria da população atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), como demonstra a caracterização já realizada deste público. Estas pessoas apresentam dificuldades na gestão de sua saúde e no entendimento das informações, com menor adesão às ações preventivas e aos regimes terapêuticos (MARTINS, 2015).

Assim, as ações educativas devem incorporar os fundamentos do letramento em saúde a fim de permitir o empoderamento do indivíduo e viabilizar que o mesmo possa ter uma tomada de decisão calcada na real interpretação das mensagens que recebeu.

Os gestores precisam analisar os serviços disponibilizados, identificar as maiores dificuldades dos usuários na compreensão do seu estado de saúde e das mensagens recebidas, conhecer os obstáculos presentes no ambiente de atendimento, motivar e envolver toda a equipe para atuar na busca de adaptar as ações aos cenários presentes (aí incluindo-se o processo de capacitação dela), envolver o público-alvo nas estratégias de ação adotadas, enfim construir uma organização letrada em saúde.

CONSTRUINDO UMA ORGANIZAÇÃO LETRADA EM SAÚDE

Existem muitos caminhos para se tornar uma organização letrada em saúde. Organizações individuais de saúde provavelmente escolherão estratégias diferentes. Cada um deve testar o quão bem suas estratégias funcionam com as populações que servem e compartilhar os resultados de seus esforços com os outros. Brach et al. (2012) elencam 10 atributos mais relevantes a serem incorporados na construção de organizações letradas em saúde, lembrando-se que de forma particularizada devem ser escolhidos quais atributos buscar primeiro e como obtê-los antes de se buscar a inclusão de outros. São eles:

1. Tem uma liderança que torna o letramento em saúde parte integrante de sua missão, estrutura e prestação de serviços.
2. Integra o letramento em saúde ao planejamento, medidas de avaliação, segurança do paciente e melhoria da qualidade.
3. Prepara a força de trabalho para ser alfabetizada em saúde e monitora o progresso.
4. Inclui populações atendidas no projeto, implementação e avaliação de informações e serviços de saúde.
5. Atende às necessidades das populações com diversas habilidades de letramento em saúde, evitando a estigmatização.
6. Utiliza estratégias de letramento em saúde nas comunicações interpessoais e confirma a compreensão em todos os pontos de contato.
7. Fornece acesso fácil a informações e serviços de saúde, bem como assistência de navegação.
8. Projeta e distribui conteúdo de mídia impressa, audiovisual e social que é fácil de entender e operacionalizar.
9. Aborda o letramento em saúde em situações de alto risco, incluindo transições de cuidados e comunicações sobre medicamentos.

10. Comunica claramente o que os serviços de saúde cobrem e o que os indivíduos terão que pagar para obter.

Uma organização letrada em saúde é descrita pelos participantes da Mesa Redonda sobre Letramento em Saúde do Institute of Medicine (IOM) em um documento de discussão sobre estes dez atributos das organizações letradas em saúde, como a mais fácil de ser usada pelas pessoas e fundamental para a prestação de cuidados centrados no paciente. Eles observam que qualquer pessoa pode experimentar baixo nível de instrução em saúde e ter dificuldade em entender e agir sobre informações de saúde quando está doente ou confrontada com um novo diagnóstico; e que a alfabetização, a linguagem e a cultura devem ser abordadas para reduzir as disparidades de saúde (ABRAMS et al., 2014). Para ser considerada uma organização letrada em saúde, a mesma deve demonstrar aptidão no cumprimento dos atributos explicitados.

Em síntese, a reflexão aqui posta busca enfatizar a necessidade da compreensão do gestor no tocante aos processos formativos e educativos dos profissionais de saúde, visando uma adequação dos processos de saúde do paciente em que é levado em consideração a compreensão e a visão por parte deles, o nível de compreensão à luz dos pressupostos do letramento em saúde, apoiando-se nestes atributos como uma ferramenta de norte para a gestão.

A observância dos atributos pelos gestores de saúde deve ser considerada como uma estratégia de ampliação dos resultados positivos na comunicação da saúde no âmbito do SUS, tornando-se uma ferramenta de empoderamento de pacientes à disposição dos gestores, que devem desencadear uma reflexão sobre a prática profissional com vistas a aprimorar o

cuidado em saúde oferecido no nível primário da atenção, visto que os grandes processos de promoção da saúde para usuários são desenvolvidos a partir de uma educação em saúde, onde há um contato direto com os pacientes neste nível de atenção.

Nos 10 atributos citados é visível a importância dada ao preparo das equipes e ao envolvimento do usuário em todas as etapas, destacando o gestor como um maestro orquestrando todo o processo.

Outro documento que também enfoca estratégias para se ter sucesso neste campo é o Plano de Ação Nacional para melhorar o letramento em saúde do U.S.Department of Health and Human Services (2010), o qual apresenta sete metas:

1. Desenvolver e disseminar informações de saúde e segurança que sejam precisas, acessíveis e acionáveis.
2. Promover mudanças no sistema de saúde que melhorem as informações de saúde, a comunicação, a tomada de decisões e o acesso aos serviços de saúde.
3. Incorporar informações e currículos científicos e de saúde precisos, baseados em padrões e adequados ao desenvolvimento no atendimento da educação infantil ao nível universitário.
4. Apoiar e ampliar os esforços locais para fornecer educação de adultos e informações de saúde cultural e linguisticamente apropriadas.
5. Criar parcerias, desenvolver orientação e mudar políticas.
6. Aumentar a pesquisa básica e o desenvolvimento, implementação e avaliação de práticas e intervenções para melhorar o letramento em saúde.
7. Aumentar a disseminação e o uso de práticas de letramento em saúde baseadas em evidências e intervenções.

Percebe-se que as ações se complementam e devem ser buscadas de forma intensiva. O primeiro passo, no âmbito do Brasil, é capacitar o gestor para lidar com este campo. Apenas a partir daí é que o mesmo poderá buscar atender aos atributos e metas.

Outro aspecto destacado nas ações citadas é a qualidade das informações oferecidas. Foge ao escopo deste capítulo um detalhamento deste tópico, mas, a título de ilustrar o tipo de mudança necessária, será aqui enfocada, a seguir, a qualidade da informação verbal, a qual está diretamente ligada ao contato profissional-usuário.

COMUNICAÇÃO VERBAL E LETRAMENTO EM SAÚDE: O *TEACH-BACK* EM QUESTÃO

Utilizar uma comunicação clara no contato verbal interpessoal é a chave para garantir aos pacientes e familiares informações compreensíveis e necessárias para o autogerenciamento da saúde. Como fazer isto?

Neste subcapítulo serão resumidas algumas orientações e considerações realizadas por Abrams et al. (2014).

Alguns procedimentos que devem ser adotados pela equipe de saúde são:

- Traduzir termos técnicos e jargões de cuidados médicos para a linguagem do dia a dia;
- Usar palavras pequenas e comuns à vida dos pacientes;
- Priorizar e limitar a quantidade de informação transmitida (focar no “precisa saber” mais do que no “é bom saber”), destacando apenas 3-5 informações por contato;
- Verificar a compreensão e aplicar a técnica do *teach-back* para avaliar compreensão;

- Suplementar o ensino com material impresso adequado, de fácil leitura.

Quando o usuário chega ao ambiente de saúde ele está em condição de vulnerabilidade, quer seja por estar doente, preocupado, distraído ou com dor. Eles podem estar sofrendo de efeitos da medicação ou falta de sono, ou, talvez, simplesmente não consiga acompanhar e lembrar as informações técnicas e os jargões comumente usados nos serviços de saúde.

Uma importante estratégia que vem ganhando espaço no campo do letramento em saúde e da educação em saúde nele apoiada é o *teach-back*.

O *teach-back* envolve pedir a um paciente (ou membro da família) que explique, com suas próprias palavras, o que entendeu da informação dada. É um procedimento simples, mas não aplicado habitualmente. O que mais se vê em atividades educativas é perguntar ao educando se ele entendeu e se tem alguma dúvida. Com o *teach-back* se diz ao usuário que queremos ter certeza de que explicamos tudo que era importante e que, por isso, gostaríamos que ele repetisse em suas próprias palavras o que entendeu da explanação dada. A cada vez que se percebe que algo não foi compreendido, se explica novamente e mais uma vez se aplica o *teach-back*, até que o paciente saia da consulta dominando o conteúdo recebido, o que propiciará seu empoderamento, com análise crítica e aplicação das orientações, de forma adaptada à sua realidade e culminando com a promoção do autocuidado.

A utilização do *teach-back* cria a oportunidade de diálogo. Eis alguns exemplos:

- “Eu quero ter certeza de que expliquei tudo claramente. Você pode, por favor, explicar de volta para mim para que eu possa ter certeza do que fiz?”

- “Conversamos muito sobre como você pode aumentar sua atividade física. Por favor, repasse sobre o que falamos. Como você vai fazer isso funcionar em casa?”
- “Você pode me dizer com suas próprias palavras quantas vezes e quando você vai usar esses inaladores? Mostre-me como você vai usá-los.”
- “Essas instruções para se preparar para o procedimento podem ser confusas. Você pode repassar o que vai fazer para se preparar para a sua cirurgia?”
- “Queremos ter certeza de que você compreende o que seu seguro irá ou não cobrir. Você pode repassar usando suas próprias palavras?”

Se após exaustivas tentativas ainda houver barreiras de compreensão, há também outras estratégias envolvidas:

- Certifique-se de que estejam usando óculos, aparelhos auditivos ou outros dispositivos auxiliares, se necessário;
- Pergunte se eles gostariam de incluir um membro da família ou amigo naquele momento;
- Peça a outra pessoa da equipe de saúde para ajudar;
- Agende outra visita ou ligue;
- Verifique se há barreiras culturais presentes.

Na comunicação verbal, além do *teach-back*, do uso de linguagem simples e da utilização de material escrito adequado como apoio, quando necessário, é importante usar um tom carinhoso, ter uma linguagem corporal confortável, manter sempre o contato visual, evitar fazer perguntas que possam ser respondidas com um simples sim ou não e documentar as ações realizadas e as percepções do paciente.

Abrams et al. (2014) ainda propõem mais uma estratégia educativa que pode ajudar o profissional de saúde a ter sucesso: o “Ask me 3 questions”: qual meu principal problema?, o que eu preciso fazer em relação a ele?, por que é importante que eu faça?

Esses aspectos operacionais da educação em saúde calçada no letramento em saúde precisam integrar processos de capacitação profissional e treinamento em serviço, com envolvimento ativo do gestor. Na publicação de Sampaio et al. (2017), onde é apresentado um manual de capacitação, já aqui comentado, é apresentada uma estratégia de círculos educativos de estudo, com envolvimento ativo dos profissionais, adaptados de Rudd et al. (2005) e Soricone et al. (2007) para a realidade brasileira. Com a experiência bem-sucedida detectada, tal manual pode ser utilizado em âmbito nacional.

Embora, como já destacado, aqui tenha sido enfocada a comunicação verbal, há diretrizes para aplicação do letramento em saúde em outras esferas, como na elaboração de materiais escritos, *websites*, filmes, aplicativos etc. Dependendo das propostas e dos objetivos de diferentes organizações, tais diretrizes devem ser buscadas e aplicadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerar o letramento em saúde como componente obrigatório do processo educativo é fundamental para o sucesso das ações de promoção de saúde e cuidado de doenças. O empoderamento do usuário conduz à racionalização de medicamentos, redução de internação e mudanças no estilo de vida.

O gestor deve ter ciência da importância de conduzir e monitorar os recursos humanos do SUS rumo à compreensão e à utilização dos conceitos e ferramentas para melhorar a competência em saúde em todo o seu território de ação, visto que, na atualidade, busca-se cada vez mais uma otimização de ações, serviços e custos para ampliar cada vez mais os resultados em saúde, aprimorando a comunicação em saúde para que seja clara e cumpra seus objetivos.

Resumindo os ensinamentos de Abrams et al. (2014), o gestor precisa ligar as iniciativas em letramento em saúde aos objetivos organizacionais, melhorando qualidade, segurança e cuidado centrado no usuário, medindo progresso e desenvolvendo estratégias executáveis para encontrar tais objetivos.

REFERÊNCIAS

ABRAMS M. A.; KURTZ-ROSSI, S.; RIFFENBURGH, A.; SAVAGE, B.A. **Building Health Literate Organizations**: A Guidebook to Achieving Organizational Change. 2014. Disponível em: <<http://www.HealthLiterateOrganization.org>>.

BRACH, Cindy et al. **Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations**. jun., 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006**. Ministério da Saúde. Brasília, 2015a.

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]. 2009, vol. 43, n. 4, p. 631-638.

DOAK C. C.; DOAK, L.G., ROOT, J. H. **Teaching patients with low literacy skills**. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1996.

ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.13, n. 5, p.754-7, set./out., 2005.

SAGAZ, R. C. **Perfil sócio econômico cultural dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), da zona rural e urbana no município de Anchieta -SC; 2015**. Orientação de outra natureza – Universidade do Oeste de Santa Catarina.

MARTINS, A. M. E. B.L.; ALMEIDA, E. R.; OLIVEIRA, R. C. N.; SANTOS, A. S. F.; COSTA, A. S.; SOUZA, G. M. et al. Alfabetização em saúde bucal: uma revisão da literatura. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.** 2015; 69(4):328-34.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. 3. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2011.

PASSAMAI, M. P. B.; SAMPAIO, H.A.C.; SABRY, M.O.D.; SÁ, M.L.B.; CABRAL, L.A. **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., Saude, Educ.** 2011.

PASSAMAI, M. P. B.; SAMPAIO, H. A. C.; LIMA, J. W. O. **Letramento funcional em saúde de adultos no contexto do Sistema Único de Saúde**. Fortaleza: EdUECE, 2013. 255 p. : il.

RUDD, R. E. et al. **Health literacy study circles**. Boston: National Center for the Study of Adult Learning and Literacy and Health and Adult Literacy and Learning Initiative, 2005.

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.

_____. **Plano alfa-saúde**: aplicação dos pressupostos do letramento em saúde e da formação de navegadores na capacitação de equipes do SUS. [Relatório Técnico Final] Fortaleza, 2014.

_____. Plano alfa-saúde: aplicação dos pressupostos do letramento em saúde e da formação de navegadores na capacitação de equipes 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. 247 p.

SORENSEN, K.; VAN DEN BROUCKE, S.; FULLAM, J.; DOYLE, G.; PELIKAN, J.; SLONSKA, Z.; BRAND, H. European CHLP. **Health literacy and public health**: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012; 12:80.

SORICONE, L.; RUDD, R.; SANTOS, M. S. et al. **Health Literacy in Adult Basic Education**: designing lessons, units, and evaluation plans for an integrated curriculum. Boston: National Center for the Study of Adult Learning and Literacy (NCSALL)/Health and Adult Literacy and Learning Initiative (HALL), 2007.

U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion (2010). **National Action Plan to Improve Health Literacy**. Washington, DC: Author.

VASCONCELOS, C. M. C. S. **Materiais educativos para prevenção e controle de doenças crônicas**: uma avaliação à luz dos pressupostos do letramento em saúde. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2015.

CAPÍTULO 27

A IMPORTÂNCIA DO FARMACÊUTICO NA SEGURANÇA DO PACIENTE: O TERCEIRO DESAFIO GLOBAL – USO SEGURO DE MEDICAMENTOS

Liana de Meneses Fiuza

Carlos Garcia Filho

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é constituída pelo conjunto de ações para evitar, prevenir e minimizar os desfechos adversos ou danos evitáveis que têm origem nos processos de cuidado à saúde (ROSA, 2014).

Conforme enfatiza a Organização Mundial da Saúde a questão da segurança do paciente afeta os países em qualquer nível de desenvolvimento, no entanto as estimativas quanto a este problema ainda são remotas, especialmente em países em desenvolvimento, onde a cada ano, provavelmente milhões de pacientes sofrem lesões incapacitantes ou morrem devido aos erros nos cuidados de saúde (WHO, 2008).

Nos países em desenvolvimento e em transição os sistemas de saúde enfrentam desafios e sérias ameaças, onde os recursos são escassos e dispõem de pouca infraestrutura. Assim, é de suma importância compreender “se”, “quanto”, “por que” e “como” os pacientes sofrem danos por meio dos sistemas de saúde para que sejam realizadas ações corretivas mais eficazes e eficientes (WILSON et al., 2012).

No Brasil, ocorreu um importante avanço quando se trata de segurança do paciente, com a publicação da Portaria Nº 529 de 1º de abril de 2013 (BRASIL, 2013). Esta Portaria considera a necessidade da elaboração de normas para regular as atividades de serviços de saúde, a magnitude dos eventos adversos no país, conforme a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) que recomenda uma maior atenção aos países com relação ao tema Segurança do Paciente, instituindo a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), cujo objetivo tem sido o apoio e a promoção de medidas voltadas à segurança do paciente, como: a elaboração de protocolos, guias e manuais de segurança do paciente, capacitação de gerentes, profissionais e equipes de saúde em segurança do paciente.

Além disso, foi instituído nessa mesma Portaria a criação do Comitê de implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CINSP), com o intuito de melhorar a segurança do cuidado em saúde através de medidas que propõem e validam protocolos, guias e manuais voltados à segurança do paciente. Fica definido no artigo 3º deste, os objetivos específicos a saber: promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente, por meio dos Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde; envolver os pacientes e familiares nesse processo; ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre o tema; e estimular a inclusão do tema no ensino técnico, graduação e pós-graduação em saúde (BRASIL, 2013a).

Em julho do mesmo ano, o Ministério da Saúde instituiu ações para a promoção da segurança do paciente e o incremento da qualidade nos serviços de saúde através da

Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36 da Anvisa (BRASIL, 2013b). Em setembro de 2013, também aprovou os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente, por meio da Portaria nº 2.095. Os referidos protocolos visam instituir ações com vistas à segurança do paciente em serviços de saúde e à melhoria da qualidade em caráter nacional (BRASIL, 2013c). Em 2004, ocorreu um marco para a segurança do paciente quando foi criada, pela OMS, a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, através da resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde. Nesse evento, foi recomendado aos países-membros, especial atenção ao tema Segurança do Paciente e, a partir daí, tem sido prioridade na agenda política dos Estados-Membros da OMS (ANVISA, 2011; BRASIL, 2013; WHO, 2013a).

A Aliança Mundial para Segurança do Paciente busca ampliar os conhecimentos e as saídas encontradas, conscientizar e conquistar o compromisso político, através do lançamento de programas e alertas sobre aspectos sistêmicos e técnicos como também por meio do lançamento de campanhas internacionais que reúnam recomendações destinadas a garantir a segurança dos pacientes ao redor do mundo (ANVISA, 2011; WHO, 2013a).

Um dos principais elementos desta Aliança, de acordo com a OMS, é o Desafio Global, lançando periodicamente um desafio inovador, ou seja, um tema com prioridades e ações necessárias para minimização de risco ou dano desnecessário ao paciente relacionadas a este tema, para ser adotado pelos países-membros da OMS (WHO, 2008).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou neste ano uma iniciativa global para reduzir em 50% os danos graves e evitáveis associados a medicamentos em todos os países nos

próximos cinco anos. A estratégia objetiva focar nas fragilidades existentes nos serviços de saúde, que facilitam os erros de medicação e os graves danos que isso pode causar. A iniciativa também estabelece diversas maneiras de melhorar a forma como os medicamentos são prescritos, distribuídos e consumidos, como também incentiva a conscientização dos pacientes sobre os riscos associados ao uso indevido de medicamentos (OMS, 2017).

O presente capítulo tem como objetivo relacionar a importância das ações do farmacêutico, através da farmácia clínica, tendo como foco de ação as fragilidades existentes nos serviços de saúde, facilitadoras de possíveis erros de medicação e os graves danos que isso pode causar.

A ALIANÇA MUNDIAL E O DESAFIO GLOBAL PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

O Programa Nacional de Segurança do Paciente foi instituído no Brasil em 2013 e junto a ele foram criados seis protocolos tidos como básicos, os quais devem ser implantados por todos os serviços de saúde do país. Dentre os protocolos, encontra-se e destaca-se a “Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos”. (PNSP, 2013)

No geral, os erros de medicação correspondem a 30% daqueles ocorridos em hospitais. No que diz respeito à atenção primária, são considerados o principal incidente que induz a eventos adversos, especialmente em crianças e idosos. Diante da magnitude dos eventos adversos relacionados a medicamentos, um protocolo voltado para a prevenção de erros de medicação relacionados à prescrição, uso e administração de medicamentos foi então publicado.

No mundo, dentre as principais causas de danos relacionados ao cuidado em saúde estão os erros de medicação e processos inseguros envolvendo o uso de medicamentos. Várias intervenções foram desenvolvidas no sentido de reduzir a ocorrência desses erros, mas para que haja a obtenção de melhores resultados é essencial que sejam articuladas ações globais entre todos os envolvidos no processo de cuidado.

Em outubro de 2004 foi lançada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente após diversos estudos terem reforçado, através dos dados, a ligação da assistência à saúde com o risco.

Os tópicos destacados nos primeiros desafios da Aliança Mundial para Segurança do Paciente abordaram os cuidados com infecção e limpeza e cuidados com práticas em cirurgia. Outros temas também são abordados para intervenção, tais como a prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica; tratamento adequado do infarto agudo do miocárdio ou insuficiência cardíaca congestiva, ou mesmo diminuição de danos por medicações de alto risco.

Anualmente, apenas nos Estados Unidos, os erros de medicação prejudicam 1,3 milhão de pessoas e causam uma morte pelo menos, todos os dias, segundo dados da OMS (2017). Nos países desenvolvidos e em desenvolvimento como o Brasil, as estatísticas são semelhantes sendo o impacto nestes praticamente o dobro. A melhoria na obtenção de dados relacionados a este tema é essencial e também será foco da iniciativa.

Segundo dados da OMS (2017), o custo associado aos erros de medicação no mundo é estimado em US\$42 bilhões por ano ou quase 1% do total das despesas de saúde globais. Sendo assim, a prevenção de erros associados ao uso de medicamentos diminui o impacto sobre os orçamentos de saúde além de salvar vidas.

Todos os países foram convocados neste desafio a priorizarem a abordagem dos seguintes alvos: medicamentos com alto risco de dano se usados indevidamente; pacientes que tomam múltiplos medicamentos para diferentes doenças e condições; e pacientes que passam por transições de cuidados, a fim de reduzir os erros de medicação e danos. As ações escolhidas têm foco em quatro áreas: pacientes e público; profissionais da saúde; medicamentos como produtos; e sistemas e práticas de medicação. (WHO, 2017)

Os erros de medicação em sua totalidade são potencialmente evitáveis. Podem ter como causa: a fadiga do profissional, a superlotação nos serviços de saúde, a falta de pessoal, a má formação e a informação errada fornecida aos pacientes, entre outras razões. A combinação destes fatores ou qualquer um deles pode afetar a prescrição, a dispensação, o consumo e o monitoramento de medicamentos, podendo resultar em danos graves, deficiência e até mesmo a morte. Erros podem ser cometidos tanto pelos profissionais de saúde quanto pelos pacientes, podendo resultar em danos graves, tais como ordenar, prescrever, dispensar, preparar, administrar ou consumir a medicação ou a dose errada no momento errado, embora todos eles sejam potencialmente evitáveis. (OMS, 2017)

Para a prevenção de erros e danos é essencial dispor de sistemas e procedimentos para garantir que o paciente certo receba a medicação certa, na dose certa, via certa e momento certo. A maneira como o cuidado é organizado e coordenado nos sistemas pode ocasionar falhas, e estas causarem danos, especialmente quando vários provedores de saúde estão ligados na linha de cuidado ao paciente. As instituições que motivam através de uma cultura rotineira a implementação de melhores práticas são as melhores, pois, evitam o sentimento de culpa quando os erros são cometidos em seu ambiente. (WHO, 2017)

Orientações sobre como evitar erros que resultem em danos graves estão entre as principais metas de divulgação entre a população, tendo também importante participação nesta campanha. O uso correto e racional será incentivado através da estimulação da participação do paciente na condução do seu tratamento. Torna-se imprescindível que a população compreenda que os medicamentos causam, por vezes, danos graves se forem administrados incorretamente, monitorados de modo insuficiente ou como resultado de um erro, acidente ou problemas de comunicação. (OMS, 2017)

Através desta iniciativa, a OMS visa promover melhorias em cada estágio do processo de uso dos medicamentos, desde a prescrição, a dispensação, a administração, até o monitoramento pós-uso. A estratégia tem também como objetivo fornecer orientação e desenvolver estratégias, planos e ferramentas para garantir que o processo de medicação tenha a segurança dos pacientes como foco principal, em todas as instituições de saúde. (ANVISA, 2011; WHO, 2017).

No que diz respeito à farmacovigilância, têm sido implantadas em diversos hospitais por todo o país medidas que reduzam os riscos através de projetos de ações multidisciplinares que tem como finalidade identificar e prevenir eventos adversos, garantindo assim a qualidade da assistência e segurança do paciente.

De acordo com a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), o erro de medicação é um evento evitável que de fato ou potencialmente pode levar ao uso inadequado de medicamento, que por sua vez poderia trazer danos ou não ao paciente.

Sendo assim, o erro pode ter relação com o profissional, o produto que está sendo utilizado, o procedimento de admi-

nistração, na falha de comunicação no decorrer da prescrição, na semelhança de rótulos e embalagens, na preparação e dispensação, na distribuição e monitoramento. Qualquer membro da equipe multiprofissional pode cometer um erro, em qualquer etapa dos processos anteriormente citados (BRASIL 2009).

Para a redução da ocorrência de erros de medicação em instituições hospitalares é necessário que se crie como estratégia uma cultura de segurança no sentido de melhorar o sistema de utilização de medicamentos que vá de encontro ao que tem sido praticado, atualmente, que é a cultura punitiva do indivíduo (ROSSO, 2009).

SEGURANÇA DO PACIENTE E A GESTÃO DE RISCOS

Há séculos são descritos e estudados em todo o mundo os danos e erros aos quais são expostos os pacientes durante o atendimento médico-hospitalar, no entanto a atenção dispensada pelos profissionais de saúde a este tema não tem sido o bastante para obtenção de resultados consideráveis. Os estudos sobre segurança do paciente são muito recentes, tanto em âmbito nacional como internacional. No cenário internacional, o tema passou a ter mais evidência após a publicação pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos (IOM), no ano de 1999, do relatório intitulado *To Err is Human: Building a Safer Health Care System*, apresentando à sociedade e à comunidade científica estudos epidemiológicos nos quais estimaram que, anualmente, entre 44.000 a 98.000 norte-americanos morriam em decorrência de erros que acontecem no sistema de saúde (KOHN, 1999).

Mediante os vários conceitos relacionados à segurança do paciente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) instituiu uma comissão composta por especialistas no intuito de se elaborar um consenso, criando uma Classificação Internacional para Segurança do Paciente (International Classification for Patient Safety - ICPS) sendo a proposta deste incrementar o conhecimento e o repasse de informações. De acordo com a ICPS, “segurança do paciente é reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde”.

Segundo a OMS (2010), a segurança do paciente é definida como a diminuição do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável. A gestão com foco na qualidade e na segurança do paciente apresenta princípios e diretrizes, tais como a geração da cultura de segurança, a execução da gestão de risco, a integração com todos os processos de cuidado e articulação com os processos organizacionais, a adoção das melhores evidências, a transparência, a inclusão, a responsabilização e a sensibilização e a capacidade de reagir a mudanças (BRASIL, 2013).

Por ser um importante recurso para a segurança do paciente, a gestão de risco é compreendida como a “aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional”, refere Brasil (2013). Sendo assim, a gerência de risco é uma estratégia eficaz capaz de diminuir o risco de dano desnecessário ao paciente e aumentar a segurança do paciente.

Compreende-se como dano o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade

ou disfunção, podendo este ser físico, social ou psicológico. O incidente é um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. Este pode se tratar de uma circunstância relatada, como também um quase erro (*near miss*), um incidente sem dano ao paciente ou, ainda, um incidente com dano ao paciente, que se trata do evento adverso (EA). A probabilidade de um incidente ocorrer é entendido ser um risco (WHO, 2009).

Denomina-se como evento adverso (EA) o aparecimento de um problema de saúde ocasionado pelo cuidado e não pela doença primária ou de base. Este pode causar uma lesão não intencional, resultando em incapacidade temporária ou permanente e/ou prolongamento do tempo de permanência ou morte como consequência do cuidado prestado. (WHO, 2009)

São eventos adversos aqueles provenientes de procedimentos cirúrgicos, uso de medicamentos, procedimentos médicos, tratamento não medicamentoso, demora ou incorreção no diagnóstico (WHO, 2010). Segundo Vincent (2009), cerca de 20% do total de casos de eventos adversos são relacionados a medicamentos, perdendo apenas para aqueles associados a procedimentos cirúrgicos.

Os eventos em uma ou mais etapa do processo de administração do medicamento (prescrição, preparação, dispensação e administração) podem ter consequências graves, podendo levar o paciente a óbito.

Existência ou falhas nos processos que garantem práticas assistenciais seguras propiciam a desconfiança e comprometimento na relação paciente e profissional de saúde; possibilidade de danos psicológicos e sociais; e redução da possibilidade de alcançar o desfecho esperado.

Todos os países do mundo foram orientados pela Organização Mundial da saúde a reforçar a atenção quanto à segurança do paciente e aos eventos adversos a medicamentos (EAM). É indispensável, portanto, o detalhamento dos dados coletados de forma sistemática, visando ao planejamento adequado através de análise minuciosa, para que medidas estratégicas no sentido de reduzir danos futuramente sejam adotadas. (SILVA et al., 2011).

Segundo BELELA et al. (2010), os erros de medicação são mais comuns que os demais que podem ocorrer durante o atendimento à saúde, sendo também a causa mais frequente de eventos adversos.

A organização dos processos de trabalho num serviço de saúde está diretamente ligada à segurança, à efetividade e à eficiência prestadas aos pacientes. Desde a admissão do paciente, passando por todas as etapas até a sua alta. Dessa forma, todos os profissionais de saúde envolvidos nesses processos devem conhecê-los, como também as fases envolvidas para evitar danos ao paciente (FRANCO et al., 2010).

A FARMÁCIA HOSPITALAR E A GESTÃO SEGURA DE ESTOQUES

A principal função da farmácia é a dispensação dos medicamentos conforme a prescrição médica, nas quantidades e especificações descritas, de forma segura e no prazo requerido, assegurando a promoção do uso seguro e correto de medicamentos e correlatos. Nas últimas duas décadas, de maneira evoluída e organizada, as farmácias hospitalares têm tido como objetivo principal contribuir para a qualidade da assistência à

saúde, tendo o medicamento como instrumento para o pleno exercício dessa função, colocando como foco de sua atenção o paciente e suas necessidades (SBRAFH, 1997). Prevenindo, assim, através de sua organização e prática segura o acontecimento de erros de dispensação.

Diversas atividades importantes na assistência hospitalar são de responsabilidade do serviço de farmácia. É um complexo e relevante processo de gestão e prestação de serviços de saúde, não apenas por representar um dos instrumentos básicos para o atendimento ao paciente, mas também pelo alto custo envolvido (PENAFORTE et al., 2007; MAGARINO, TORRES, 2011).

Desse modo, a gestão da farmácia hospitalar objetiva garantir, em todas as etapas do processo, o uso seguro e racional dos medicamentos aos pacientes dispensados. Um planejamento correto em todas as suas etapas deve ser, por isso, realizado no sentido de garantir a segurança. Este deve compreender desde o processo de escolha dos medicamentos até sua efetiva administração. (RAIMUNDO, 2014).

Deve ser feita uma programação pelo hospital para a aquisição dos medicamentos e insumos baseada em uma padronização inicial. Esta é uma etapa vital neste processo, pois objetiva racionalizar o uso de medicamentos através da aquisição somente de produtos com valor terapêutico comprovado, diminuindo o número de itens em estoque, otimizando recursos, melhorando seu controle e agilizando a dispensação, até a efetiva administração (SANTANA, 2014). Planejar e controlar a distribuição de medicamentos dentro de um hospital é uma das alternativas que podem garantir que a instituição sobreviva financeiramente (BARBOSA, 2014), além de garantir uma efetividade terapêutica.

Quanto mais eficaz for o sistema de distribuição, maior será a garantia do sucesso da terapêutica e da profilaxia implantadas no hospital. A importância do serviço de distribuição realizado pela farmácia hospitalar está na forma como é prestado, o qual necessita ser racional, eficiente, econômica, segura e deve estar de acordo com o esquema terapêutico prescrito (MATOS, 2005). Para isso, devem-se levar em consideração as características de cada hospital e os recursos disponíveis para a implantação da forma de distribuição de medicamentos mais adequada.

Os erros de distribuição, mesmo que grande parte destes não cause danos aos pacientes, conferem fragilidade no processo de trabalho e promovem, diretamente, riscos maiores de ocorrência de acidentes graves (ANACLETO, 2005). As falhas neste processo significam a quebra de um dos últimos elos na segurança do uso dos medicamentos. Esses erros podem ser classificados como: de conteúdo (medicamento errado; concentração errada; forma farmacêutica errada; dose excessiva; omissão de dose; desvio de qualidade; prescrito sem horário, quantidade, concentração ou forma farmacêutica dispensados); de rotulagem e de documentação (CAVALLINI; BISSON, 2002). A distribuição ou administração da medicação errada pode acarretar consequências indesejadas ao paciente ou, em hipótese, pode também alterar os resultados esperados na sua recuperação (PAULO, 2014).

Prevenir erros nas instituições hospitalares não tem sido uma prioridade (LEAPE et al. 1999). Apenas medidas paliativas e transitórias são tomadas quando estes acontecem. Os procedimentos adotados são revisados, o pessoal treinado em determinada atividade, mas não há a avaliação contínua da insegurança inerente ao complexo processo de utilização de

medicamentos. A falta de definições hierárquicas, práticas individualistas, indisponibilidade de informação quando necessária e medo da punição são fatores que servem de obstáculos à melhoria da segurança nos hospitais.

Nos hospitais, a utilização de medicamentos pode envolver de 20 a 30 etapas, incluindo a prescrição, a transcrição, a dispensação, a administração e o monitoramento (LEAPE et al., 2000). Pode apresentar falhas resultantes de uma combinação de múltiplas falhas, que individualmente não seriam suficientes para causar um erro, como em qualquer outro sistema complexo. As falhas latentes são dinâmicas e mudam de acordo com as situações que este sistema é submetido. As defesas do sistema visam impedir que elas, isoladamente ou as somatórias de diversas falhas, resultem em erro (COOK et al., 1998).

Segundo Pereira (2005), para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a segurança do paciente pode ser definida de diferentes formas, porém todas com um único objetivo: a prevenção e melhoria de eventos adversos ou lesões resultantes dos processos de cuidados de saúde. Esses eventos incluem “erros”, “desvios” e “acidentes”. O conceito de segurança no uso dos medicamentos não é estático, transformam-se conforme avançam as tecnologias em farmacologia, sendo também alterado, ao longo do tempo, pelos desastres, ainda frequentes, que acontecem com o uso dos fármacos (ROSA, 2013).

A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E A FARMÁCIA CLÍNICA

A Assistência Farmacêutica é definida como “grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinada a

apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade”. Envolve diversas etapas desde a seleção de medicamentos até sua utilização, interligando duas grandes áreas, porém distintas, a tecnologia de gestão e a tecnologia de uso do medicamento (GONÇALVES et al., 1996).

A farmácia clínica, caracterizada nos anos 1960 nos Estados Unidos, compreende atividades voltadas para maximizar a terapia e minimizar os riscos e os custos, promovendo o uso seguro e racional de medicamentos. O farmacêutico clínico trabalha promovendo a saúde, prevenindo e monitorando eventos adversos, intervindo e contribuindo na prescrição de medicamentos para a obtenção de resultados clínicos positivos, melhorando a qualidade de vida dos pacientes sem, contudo, perder de vista a questão econômica relacionada à terapia. Vários estudos relatam o impacto positivo da participação do farmacêutico clínico como na prescrição de antimicrobianos, em que o uso incorreto exerce papel crítico na seleção de micro-organismos resistentes e do risco de superinfecções, além dos custos envolvidos.

De acordo com o Institute of Medicine (IOM) dos Estados Unidos, cerca de 100.000 mortes ocorrem, anualmente, por erros na assistência ao paciente, sendo 7.000 relacionadas a medicamentos, representando uma estimativa de custo associado de US\$77 bilhões/ano (6). Dessa forma, a presença do farmacêutico clínico nos hospitais, trabalhando junto da equipe médica, pode representar aumento da qualidade e segurança no atendimento ao paciente e racionalização de recursos.

Para a implantação de um programa de Farmácia Clínica Hospitalar, devem ser atendidos prerrequisitos primários: apoio dos gestores, sistema de distribuição de medicamentos em Dose Unitária ou Dose Individualizada, tempo para a prática

clínica farmacêutica e inserção na equipe multiprofissional. Os prerrequisitos secundários, como um centro de informação sobre medicamentos, serviço de farmacocinética clínica são facilitadores da implementação, porém não são imprescindíveis para a prática (SMITH, 1971).

A atuação do farmacêutico junto aos pacientes e integrado a uma equipe multiprofissional é uma opção mais avançada para o pleno exercício da profissão farmacêutica e tem como objetivo aprimorar os conceitos de segurança e melhor utilização da farmacoterapia. Os resultados positivos podem ser observados na identificação e resolução de problemas relacionados à medicamentos que favorecem a prática de uma terapia medicamentosa mais segura e racional e que melhorem a qualidade de vida do paciente (STRAND et al., 1990).

O farmacêutico clínico atua diminuindo a alta incidência de erros de medicação, de reações adversas a medicamentos, interações medicamentosas e incompatibilidades e a implantação de um Serviço de Farmácia Clínica possibilita o aumento da segurança e da qualidade da atenção ao paciente, redução de custos e aumento da eficiência hospitalar (STORPITIS, 2007).

O Manual Internacional de Padrões de Acreditação Hospitalar (2003) traz o conceito de uso racional como: “o processo que compreende a prescrição apropriada, a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis, a dispensação em condições adequadas, e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado, de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade”. Aliando este conceito ao de Farmácia Clínica o farmacêutico insere-se como um dos principais profissionais envolvidos no combate ao uso irracional de medicamento. Através da realização de atividades

clínicas e da avaliação do impacto dessa atividade, atua como o último elo entre a prescrição e a administração dos medicamentos, contribuindo, significativamente, para melhoria da farmacoterapia (SBRAFH, 2009).

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Biossegurança**. Brasília (DF): ANVISA, 2009.

_____. **Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde**. Boletim Informativo, Brasília, v. 1, n.1. p. 1-12, 2011. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f72c20804863a1d88cc88d2bd5b3ccf0/BOLETIM+I.PDF?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 28 dez. 2013.

AMERICAN SOCIETY OF HEALTH SYSTEM PHARMACISTS. **ASHP Guidelines on Preventing Medication errors with Antineoplastic agents**. AM J Health Syst Pharm. 2002; 59:164-68.

ANACLETO, T. A. et al. Erros de medicação e sistemas de dispensação de medicamentos em farmácia hospitalar. **Pharmacy Clinics**, v. 60, n. 4, p. 325-332, 2005.

BARBOSA, Kátia Simone da Silva. **Gerenciamento de farmácia hospitalar**: otimização da qualidade, produtividade e recursos financeiros. Curitiba, v. 7, n. 4, jan./dez. 2015. Disponível em: <<http://www.grupouninter.com.br/revistasauade/index.php/sauadeDesenvolvimento/articlo/download/343/268>>. Acesso em: 28 fev. 2016.

BELELA, Aline Santa Cruz; PEDREIRA, Mavilde da Luz Gonçalves; PETERLINI, Maria Angélica Sorgini. **Erros de medicação em Pediatria**. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v. 64, n. 3, p. 563-569, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. **Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013**. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Diário oficial da União: Brasília, 2013c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html>. Acesso em: 20 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. ANVISA. **Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013**.

Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário oficial da União: Brasília, 2013a, p.2. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 15 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. ANVISA. **RDC no 36 de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário oficial da União: Brasília, 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em: 20 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>. Acesso em: 05 maio 2015.

CAPUCHO, Helaine Carneiro; BRANQUINHO, Susana; REIS, Lillian Vannucci dos. **Gerenciamento de risco e segurança do paciente**. São Paulo: USP, 2010.

CARDOZO, Tamires de Araujo. **Educação continuada para prevenção de erros de dispensação de medicamentos em farmácia comunitária**. 2013. 16p. Trabalho de Conclusão de curso (Especialização). Grupo Hospital Conceição, Porto Alegre, 2013.

CAVALLINI, M. E.; BISSON, M.P. **Farmácia hospitalar: um enfoque em sistemas de saúde**. Barueri: Manole, 2002.

CECILIO, L. C. O. **A micropolítica do hospital: um itinerário ético-político de intervenções e estudo**. 2007. Tese (Livre-Docência) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Resolução nº 492, de 26 de novembro de 2008**. Brasília. 5 p. 2008.

FRANCO, Juliana Nogueira; RIBEIRO, Grabriele; D'INNOCENZO, Maria; BARROS, Brícia Pompeu Amaral. **Percepção da equipe de enfermagem sobre fatores causais de erros na administração de medicamentos**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 63, n. 6, p. 937-932, 2010.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. (editors). **To err is human: building a safer health system**. Washington (DC): National Academy Press, 1999.

NEUSS, M. N.; POLOVICH, M.; MCNIFF, K.; ESPER, P.; GILMORE, T. R.; LEFEBVRE, K. B. et al. Chemotherapy Administration Safety Standards Including Standards for the Safe Administration and Management of Oral Chemotherapy. **J Oncol Pract.** 2013 mar.; 9(2 Suppl):5s-13s.

REASON, J. **Human Error** Cambridge (UK): Cambridge University Press, 1990.

SILVA, Ana Elisa Bauer de Camargo et al. Eventos Adversos a medicamentos em um hospital sentinela do Estado de Goiás, Brasil. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 2, p.1-9, 2011.

WATCHER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

WILSON, R. et al. **Patient safety in developing countries**: retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital. BMJ, v. 344, 2012. ISSN 0959-8138. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/344/bmj.e832>>. Acesso em: 12 dez. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Medication without harm**: global patient safety challenge on medication safety. Disponível em: <http://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2017/05/WHO-Brochure-GPSC_Medication-Without-Harm-1.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2013.

_____. **Conceptual framework for the international classification for patient safety**: version 1.1. Final Technical Report. Geneva: World Health Organization; jan. 2009.

_____. **World Alliance for Patient Safety Forward Programme 2008-2009**. Geneva (Swi): World Health Organization, 2010.

VINCENT C. **Segurança do paciente**: orientações para evitar eventos adversos. São Caetano do Sul (SP): Yendis, 2009.

VINCENT, C.; NEALE, G., WOLOSHYNOWYCH, M. **Adverse events in British hospitals**: preliminary retrospective record review. BMJ, v. 322, n. 7285, p. 517-519, 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC26554/>>. Acesso: em: 05 maio 2015.

POSFÁCIO

Rosendo Freitas de Amorim

A responsabilidade de traçar um Posfácio, coloca o peso de aquilatar as repercussões de uma obra. Aceitar o convite para essa árdua tarefa, pressupõe um pacto de confiança mútua. Como fiador, vislumbro a equilibrada tessitura de textos que constroem e reconstroem, de forma honesta, as dimensões fundamentais do fazer e do saber no campo da saúde.

O desafio de escrever um desfecho para uma obra de tamanha envergadura, passa pelo reconhecimento de que resultará, inexoravelmente, numa tarefa incompleta. Nesse caso, a qualidade acadêmica dos textos esculpidos, na interface da teoria e práxis, inspira nos leitores a compreensão e a consciência de que a boa ciência compromete-se com as mudanças sociais. O que está em jogo nesse balanço final conclama profissionais, estudiosos e pesquisadores a refletirem sobre suas práticas de gestão, seus processos de planejamento e avaliação em saúde.

Rosendo Freitas de Amorim

Professor Titular do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
da Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

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.

ANA BRUNA MACÊDO MATOS

Enfermeira. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

ANA CAROLINA BARJUD MARQUES MÁXIMO

Farmacêutica. 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.

ANTÔNIO RODRIGUES FERREIRA JÚNIOR

Enfermeiro, graduado na UNIFOR. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP. Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPSAC) - UECE. Docente do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

CAMILA AUGUSTA DE OLIVEIRA SÁ

Terapeuta ocupacional. 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.

CRISTIANE SALES LEITÃO

Fonoaudióloga. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

DIEGO DE OLIVEIRA PEREIRA DUARTE

Enfermeiro. Mestrando do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

DIEGO MAURÍCIO PORTELA DUTRA

Enfermeiro. Mestrando do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

FRANCISCA VILMA DE OLIVEIRA

Nutricionista. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE

GERARLENE PONTES GUIMARÃES SANTOS

Enfermeira. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

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.

rá (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. Docente do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE

ILSE MARIA TIGRE DE ARRUDA LEITÃO

Enfermeira, graduada pela Universidade Federal do Ceará-UFC. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Doutora em Saúde Coletiva, pela Universidade Estadual do Ceará - UECE em Associação Ampla: UECE-UFC-UNIFOR. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde-MEPGES, da Universidade Estadual do Ceará - UECE. Membro do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde e Enfermagem, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq e do Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Gestão, processos de trabalho e segurança em Saúde, na linha de pesquisa: Gestão do capital humano, segurança do paciente e economia da saúde, do Curso de Graduação em Enfermagem - UECE.

ISABEL REGIANE CARDOSO DO NASCIMENTO

Psicóloga. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE

IVONETE APARECIDA ALVES SAMPAIO

Enfermeira. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

IVONETE PEREIRA CAVALCANTE VIEIRA

Enfermeira. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

JANAINA MOTA DA ROCHA

Assistente Social. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - 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.

LAYZA CASTELO BRANCO MENDES

Psicóloga. Coordenadora do Curso de Graduação em Psicologia. Universidade Estadual do Ceará. Docente do Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - MEPGES/UECE.

LIANA DE MENESES FIÚZA

Farmacêutica. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

LUANA KELLY OLIVEIRA SOUZA MENDONÇA

Psicóloga. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

LUANNA NAYRA MESQUITA ALVARENGA

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.

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.

MARIA DAS DORES LIMA

Assistente Social. 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 SALETE BESSA JORGE

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Pós - Doc em Saúde Coletiva pela Unicamp. Atualmente, é professora titular da Universidade Estadual do Ceará, pesquisadora bolsista produtividade CNPq 1B. Líder do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde e Enfermagem do CNPq. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - UECE. Coordenadora do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde - MEPGES/UECE.

MARTA EMÍLIA DE OLIVEIRA NOBRE

Terapeuta ocupacional. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

MIRENA MARIA DE NORONHA VIANA

Enfermeira. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

NAARA REGIA PINHEIRO CAVALCANTE

Enfermeira. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

PABLO STEFAN PIRES DA SILVA

Farmacêutico. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

RAUL TOMÉ DE SOUSA FILHO

Enfermeiro. Mestrando do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

RAYLA MARIA PONTES GUIMARÃES COSTA

Enfermeira. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

RICARDO HÉLIO CHAVES MAIA

Médico. Mestrando do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

ROSENDO FREITAS DE AMORIM

Possui doutorado em Sociologia pela Universidade Federal do Ceará (2001), mestrado em Sociologia pela Universidade Federal do Ceará (1995). Especialista em Lógica Dialética pela Universidade Estadual do Ceará (1989). Licenciado em Filosofia e História pela Universidade Estadual do Ceará (1983). Atualmente é professor titular da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e assessor técnico da Secretaria de Educação do Estado do Ceará (SEDUC). Professor efetivo do mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e professor colaborador do Programa de Pós-Graduação (mestrado e doutorado) em Direito da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

SUZETTE DE OLIVEIRA SIQUEIRA TELLES ALVES

Psicóloga. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

TATIANA LÚCIA DA ROCHA CARVALHO

Fisioterapeuta. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

TEREZA CRISTINA MOTA DE SOUZA ALVES

Odontóloga. 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.

VALÉRIA CORRIÇA DE FREITAS DA CUNHA

Fisioterapeuta. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

