



Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

TÍTULO	PÁG.
A UTILIZAÇÃO DA METODOLOGIA ATIVA NA CONSTRUÇÃO DE UM GUIA DE VIGILÂNCIA DO ÓBITO RELACIONADO AO TRABALHO	400
RISCOS OCUPACIONAIS DE CATADORES DE MATERIAIS RECICLÁVEIS DO LIXÃO DO MUNICÍPIO DE IMPERATRIZ-MA	402
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: UMA ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES COMPULSÓRIAS NO MUNICÍPIO DE SANTARÉM REFERENTES AO PERÍODO DE 2015 A 2016.	405
PRODUÇÃO DO ALUMÍNIO NA AMAZÔNIA BRASILEIRA: IMPACTOS NO AMBIENTE E NA SAÚDE DOS TRABALHADORES.	408
(RE)EXISTÊNCIAS – MODOS DE GESTÃO E A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL – HOJE JÁ É AMANHÃ?	412
A ATENÇÃO BÁSICA NO VALE DO JEQUITINHONHA E MUCURI, MINAS GERAIS E O PROGRAMA MAIS MÉDICOS: UMA DESCRIÇÃO DE INDICADORES DE PRODUÇÃO	415
A ENFERMAGEM COMO FERRAMENTA ORGANIZACIONAL: DA CONCEPÇÃO À APLICAÇÃO DE UM INSTRUMENTO	419
A EXPERIÊNCIA DA DESCENTRALIZAÇÃO DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO NO MUNICÍPIO DE CURITIBA	422
A FRAGMENTAÇÃO NA DIMENSÃO DA LINHA DE CUIDADO	425
A FRAGMENTAÇÃO NA DIMENSÃO DA REDE ASSISTENCIAL DE SAÚDE	428
A GERÊNCIA DO CUIDADO NO ÂMBITO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: A IMPORTÂNCIA DA DOCUMENTAÇÃO DO USUÁRIO PARA A EFICIÊNCIA NA ASSISTÊNCIA	431
A GESTÃO DO CUIDADO COMPARTILHADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A CONSTRUÇÃO DE UMA LINHA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.	434
A GESTÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA - PMAQ COMO INSTRUMENTO DE ENSINO SOBRE GESTÃO DA QUALIDADE	437
A IMPLEMENTAÇÃO DA PNAPS NA APS	439
A LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO A PARTIR DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)	442



Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE COMO DIREITO DE CIDADANIA E SEUS ENTRADES PERANTE O CAPITAL	445
A REDE PARTEIRAS ENGRAVIDA A REDE CEGONHA E PEDE PASSAGEM ÀS PICS	448
A SAÚDE MAIS PERTO DAS COMUNIDADES RIBEIRINHAS: GESTÃO COMPROMETIDA COM A EFETIVAÇÃO DO SUS NO MUNICÍPIO DE TEFÉ-AMAZONAS.	451
A AÇÃO CARTOGRÁFICA-INSTITUCIONALISTA COMO TÁTICA NA GESTÃO: EXPERIÊNCIAS DE GRUPALIDADE NA SAÚDE INDÍGENA DA BAHIA	454
A BUSCA PELA EQUIDADE NA INSERÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE INDÍGENA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO ESTADO DO PARÁ	458
A VIVÊNCIA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ODONTOLOGIA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE BUCAL DO PARÁ	461
ANÁLISE DE INFORMAÇÕES E GESTÃO DE UMA ÁREA PROGRAMÁTICA, RJ, BRASIL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	464
ANÁLISE DOS CUSTOS REGIONAIS COM FISIOTERAPIA AMBULATORIAL NO SUS, BAHIA (2008-2014)	467
ANÁLISES DO NÍVEL DE SERVIÇO EM SAÚDE DE MARABÁ-PA E AS DESCONEXÕES COM A REALIDADE	471
APOIO INSTITUCIONAL NA GESTÃO FEDERAL DA ATENÇÃO BÁSICA: ESTUDO SOBRE DEMOCRATIZAÇÃO E GESTÃO PÚBLICA	475
AS ESTRATÉGIAS DE LIDERANÇA UTILIZADAS PELO ENFERMEIRO COORDENADOR FRENTE À VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO EXTREMO NORTE DO TOCANTINS	479
AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE FLUVIAL NO AMAZONAS	481
AVALIAÇÃO DA SÉRIE HISTÓRICA DE MORTALIDADE INFANTIL, PIB E ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL EM 13 ANOS.	484
ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELA POPULAÇÃO DO CAMPO: A EXPERIÊNCIA DO ASSENTAMENTO NORMANDIA	487
ACIDENTES DE TRÂNSITO E A REDE DE SAÚDE PÚBLICA EM UM MUNICÍPIO NA AMAZÔNIA PARAENSE	490



Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

ANÁLISE DE DADOS: MONITORAMENTO DA OFERTA DE TESTES RÁPIDOS PARA RASTREAR E/OU DIAGNOSTICAR HIV E SÍFILIS UM DESAFIO PARA INTEGRAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE	494
ANÁLISE DO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA NA REGIÃO DE SAÚDE DE CAUCAIA - CE	497
APOIO MATRICIAL NA SAÚDE DO TRABALHADOR NO MUNICÍPIO DE CAXIAS DO SUL	500
ATIVANDO REDES: A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E O USO DE NOVAS TECNOLOGIAS E MÍDIAS SOCIAIS NO COMBATE À TUBERCULOSE, RECIFE-PE.	501
AVALIAÇÃO DA INFRAESTRUTURA DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NO BRASIL PELO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)	504
CARACTERIZAÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL POR CAUSAS EVITÁVEIS NO MÉDIO SOLIMÕES EM 2015	507
CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL DE ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL DO NORTE DO BRASIL	510
CONDIÇÕES DE TRABALHO E O RISCO DE ADOECIMENTO NO CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO DE UM HOSPITAL GERAL PÚBLICO	513
CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO EM TRÊS MUNICÍPIOS DO INTERIOR DA BAHIA	516
COOPERAÇÃO INTERFEDERATIVA DE SANTA CATARINA: UMA POTENTE ESTRATÉGIA PARA O ENFRENTAMENTO À EPIDEMIA DE AIDS NO ESTADO	519
DIMENSIONAMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL REGIONAL DOUTOR JOFRE DE MATTOS COHEN EM PARINTINS/AM	522
DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DE ACIDENTES DE TRÂNSITO OCORRIDOS COM HOMENS NO BRASIL NO PERÍODO DE 2008 A 2011	525
DO PROJETO PILOTO PRIMEIRA INFÂNCIA RIBEIRINHA (PIR) A CONSTRUÇÃO DE UMA POLÍTICA PÚBLICA PARA A PRIMEIRA INFÂNCIA NO AMAZONAS (PIA)	527
DISTRIBUIÇÃO DA OFERTA E DA COBERTURA DE SERVIÇOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: DESIGUALDADES ENTRE AS MACRORREGIÕES DO BRASIL	530
EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: PILAR DE FORMAÇÃO NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	533



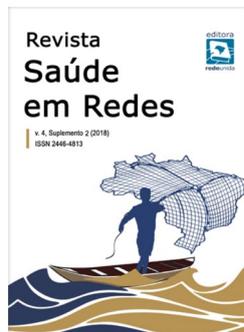
Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

EIXO 3: GESTÃO RELATO DE EXPERIÊNCIA ATUAÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA EM EVENTO DE MASSA FESTIVAL FOLCLÓRICO DE PARINTINS/AM.	536
EM QUE CONDIÇÕES TRABALHAM AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO PARÁ?	539
ENFERMAGEM NA CONSTRUÇÃO DO PLANO DE CONTINGÊNCIA E COMBATE AO Aedes Aegypti	542
ESTRESSORES OCUPACIONAIS NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO	545
ENSAIO SOBRE SAÚDE DO TRABALHADOR: PRIMEIRAS APROXIMAÇÕES SOBRE A REALIDADE DO DISTRITO DE SAÚDE SUL - SEMSA MANAUS/AM	548
ENTRE O IDEAL E O REAL NA GESTÃO DE PESSOAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ANÁLISE PELA ESCALA DA AGENCY COMMUNITY.	551
ESTRATÉGIAS PARA O FORTALECIMENTO DA LINHA DE CUIDADO DO CÂNCER DE MAMA PARA A 2ª REGIÃO DE SAÚDE DE CAUCAIA - CE	554
FATORES DETERMINANTES DO CANCELAMENTO CIRÚRGICO	557
FORMAÇÃO DE REDES E A OUVIDORIA DO SUS, RELATO DA GESTÃO ESTADUAL NO RIO GRANDE DO SUL	560
GERÊNCIA DO CUIDADO EM FAMÍLIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA	563
GESTÃO DA CENTRAL DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA DE CURITIBA-PR: DESAFIOS NA INSERÇÃO DO ENFERMEIRO PARA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA	566
GESTÃO ESTRATÉGICA COM A APLICAÇÃO DA METODOLOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO NA ENFERMARIA GINECOLÓGICA/OBSTÉTRICA DE UM HOSPITAL PÚBLICO EM BELÉM-PA	569
GESTÃO PARTICIPATIVA NO SUS FRENTE AO PROJETO DE GOVERNO MUNICIPAL: EXPERIÊNCIAS ACADÊMICAS DO PET SAÚDE/GRADUASUS	572
GERENCIAMENTO DO PROGRAMA DE IMUNIZAÇÃO NOS TERRITÓRIOS INDÍGENAS DA BAHIA	575
GESTÃO DO CUIDADO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: ENTRE PROTOCOLOS E DILEMAS DA AVALIAÇÃO DE RISCO E PRODUÇÃO DE SAÚDES	578



Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E DE ENFERMAGEM: CONTEXTUALIZANDO PROBLEMAS GERENCIAIS EM UM CENTRO ESCOLA DE BELÉM DO PARÁ	581
GESTÃO E GERENCIAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E DE ENFERMAGEM: VIVÊNCIA DE ACADÊMICOS EM UM HOSPITAL DE ENSINO	584
GRUPOS DE TABAGISMO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA EXPERIÊNCIA EXITOSA E DESAFIANTE EM FORTALEZA-CE.	587
IDENTIFICAÇÃO DE TEORIAS DA ADMINISTRAÇÃO NA DINÂMICA ORGANIZACIONAL E NO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM	580
IMPLANTAÇÃO DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR EM PACIENTES HIPERTENSOS NO MUNICÍPIO DE PARINTINS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	593
IMPLANTAÇÃO DE UM SISTEMA DE INFORMAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO DE PESSOAS EM UMA UNIDADE HEMOTERAPICA	596
IMPLANTAÇÃO DE UM SISTEMA DE INFORMAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO DE PESSOAS EM UMA UNIDADE HEMOTERÁPICA	599
IMPLEMENTAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE DIVULGAÇÃO DO APLICATIVO HEMOTO MOBILE PARA CAPTAÇÃO E FIDELIZAÇÃO DE DOADORES DE SANGUE	600



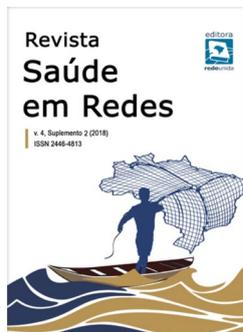
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

A UTILIZAÇÃO DA METODOLOGIA ATIVA NA CONSTRUÇÃO DE UM GUIA DE VIGILÂNCIA DO ÓBITO RELACIONADO AO TRABALHO

Cátia Andrade Silva de Andrade, Iracema Viterbo Silva, Ana Carina Dunham Monteiro, Kamile Miranda Lacerda Serravalle

O presente estudo trata-se de um relato de experiência, que objetiva demonstrar e analisar a utilização das metodologias ativas na construção de um guia de vigilância do óbito, por causas externas, potencialmente relacionadas ao trabalho. A relevância deste estudo fica evidente, na medida em que se observa na prática de saúde, a necessidade de se planejar e construir produtos oriundos de conhecimentos coletivos que, indubitavelmente, favoreçam a participação de todos os envolvidos, como protagonistas e responsáveis pela criação de estratégias/instrumentos que serão utilizados para intervenção em sua própria realidade laboral. Nesse contexto salienta-se que, especificamente, no que tange a vigilância dos óbitos relacionados ao trabalho, as metodologias ativas configuraram-se como excelentes ferramentas, tendo em vista que muitos dos profissionais envolvidos já possuíam suas próprias estratégias de intervenção, contudo sem um consenso que estruturasse as estratégias de forma a torná-las coerentes e eficazes no alcance do desfecho: óbito decorrente de acidente de trabalho típico ou de percurso. A opção na utilização dessas metodologias como base de fundamentação e orientação para construção do guia de vigilância, ocorreu lastreada no entendimento de que a metodologia ativa possibilita uma maior interação entre os participantes, bem como permite a participação coletiva de todos os envolvidos, de modo que todos possam contribuir na medida de suas potencialidades/habilidades e de forma equânime, com a formação do produto objetivado. Nesse sentido, faz-se precípuo esclarecer a compreensão que o grupo de trabalho (GT) possui a cerca da metodologia ativa, entendida como uma concepção educacional que reposiciona os envolvidos como agentes responsáveis pela condução do próprio processo de construção dos saberes. Constata-se, que a mesma é amplamente utilizada em processos educacionais e de trabalho, porque permite a participação, o exercício da autonomia, e o estímulo à crítica e à reflexão. Destaca-se, que existem inúmeras vantagens na utilização dessas metodologias, que se estendem além dos ambientes educacionais alcançando os espaços de trabalho, elas são centradas no estímulo a colaboração e a parceria, no respeito às opiniões diversas, no exercício ao alcance do consenso, no fomento a construção de soluções em equipe, na legitimação do produto da construção coletiva como objeto de pertença, que será mais facilmente incorporado ao ambiente de trabalho para o qual foi pensado como nova tecnologia. Para elaboração do guia,



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

foram seguidas as etapas: formação de um grupo de estudo composto por profissionais de saúde da área de saúde do trabalhador; planejamento estratégico situacional; construção do guia; construção do instrumento de investigação; e validação do guia e do instrumento. As metodologias ativas utilizadas para construção do guia foram: dinâmica para identificação de problemas; dinâmica para priorização de problemas (árvore de problemas); montagem de matriz decisórias (problema, valor, interesse, magnitude, vulnerabilidade e atribuição de nota de 0-10); matriz de mapeamento de atores sociais (ator social, valor e interesse); dinâmica para a construção da árvore explicativa (problema, causas, descritores, nós críticos e conseqüências); dinâmica para a construção das intervenções (plano de ações simplificado: local do problema, problema, nó crítico, resultado esperado, ações e atividades, responsáveis, parceiros/eventuais opositores, indicadores estatísticos/qualitativos para avaliação, recursos necessários e prazos); dinâmica para a construção de viabilidade para o plano de ação (ações conflitivas do plano, recursos necessários, recursos que temos e não temos, viabilidade, e estratégia para aumentar a viabilidade); dinâmica para a gestão do plano (ação em ordem de precedência, situação, resultados, dificuldades, e novas ações e/ou ajustes); construção da planilha orçamentária (ações, data inicial, data final, despesas de custeio, despesas de investimento e custo total). Após a construção do guia e do instrumento para investigação do óbito relacionado ao trabalho, criou-se novo GT com a integração de profissionais de saúde da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador do Estado da Bahia (RENAST/BA), para revisar e ajustar o produto para validação. Em seguida, ocorreu a validação em oficinas baseadas em exposição dialogada, estudos de caso, e casos de óbitos para investigação prévia, com a participação de técnicos de saúde dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e técnicos de saúde da vigilância em saúde do Estado da Bahia. Concluiu-se, ao final de todo o processo de planejamento e construção do guia e do instrumento de investigação, que o uso das metodologias ativas possibilitou a identificação dos problemas, a problematização das situações com carência de intervenção e a produção coletiva e legitimada de documentos que serão utilizados pelos próprios atores sociais envolvidos, por fim, possibilitou a transformação dos conteúdos e do próprio processo de conhecimento no sentido da construção do saber significativo.

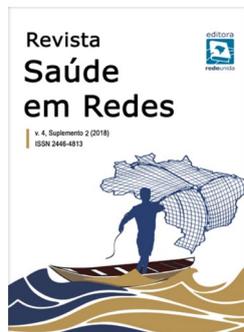
Palavras-chave: metodologias ativas; vigilância do óbito; saúde do trabalhador



RISCOS OCUPACIONAIS DE CATADORES DE MATERIAIS RECICLÁVEIS DO LIXÃO DO MUNICÍPIO DE IMPERATRIZ-MA

Aline Santana Figueiredo, Leticia Bezerra Brito, Paula dos Santos Brito, Rocilda Castro Pinho, Francisco Eduardo Ramos da Silva, Wherveson de Araujo Ramos

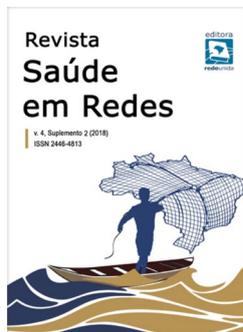
Introdução: A industrialização traz consigo benefícios e malefícios aos municípios, ofertando melhorias na qualidade de vida da população. Por outro lado, o resultado deste processo é a geração, consumo e produção desenfreada de resíduos sólidos urbanos (RSU) em especial o tecnológico que é constituído por substâncias poluidoras do solo, água e ar que podem afetar as pessoas. Entende-se por lixo ou resíduos sólidos materiais de origem urbana, industrial e serviço de saúde e rural, caracterizado por decomposição lenta e alta resistência, tais como: plásticos, borrachas, vidros e outros materiais, que se reutilizadas podem gerar economia de recursos e lucratividade pelos subprodutos que podem gerar. O Brasil produz cerca de 79,9 milhões de toneladas de lixo anualmente, desse total 43,7% são depositados a céu aberto. A prática da disposição final inadequada dos RSU ainda ocorre em todas as regiões e estados brasileiros e 3.326 municípios ainda fazem uso desses locais impróprios. Para essa mazela social surgiu a Lei 12.305/2010 que estabelece a Política Nacional de Resíduos Sólidos que visa a gestão e gerenciamento de resíduos, enfatizando a sustentabilidade econômica e ambiental. O aumento da produção de resíduos sólidos, e a destinação final do lixo passaram a exigir mais tratamento e meios adequados para a sua eliminação, na busca de solução foram geradas estratégias, incluindo criação de aterros, usinas de incineração e compostagem, depósitos de lixo urbano ou lixões, acompanhada ou não da coleta seletiva do lixo. Neste contexto, surge à figura dos Catadores de Materiais Recicláveis (CMRs), que constituem a base da cadeia produtiva da indústria de reciclagem, captando e separando o lixo que é reciclável. Atualmente, consideram-se catador a pessoa física de baixa renda que se dedica às atividades de coleta, triagem, processamento, transformação e comercialização de materiais reutilizáveis e recicláveis. Os catadores de materiais recicláveis possuem atualmente uma política pública que regulamenta o seu processo de trabalho, tornando-os agentes ambientais, uma vez que, diminuem os resíduos sólidos e seus impactos nas cidades brasileiras. No entanto, apesar da profissão ter sido regulamentada no país em 2002 e seja reconhecida pela Classificação Brasileira de Ocupação no Censo (CBO nº 5.192-05), ainda é realizada sem registro oficial, impossibilitando o acesso dos profissionais a direitos trabalhistas. A coleta seletiva é essencial para o desenvolvimento sustentável do Brasil, haja vista que esse processo reduz a



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

quantidade de resíduos sólidos para os aterros sanitários e lixões. No processo de recolhimento do lixo urbano, temos em destaque as pessoas que sobrevivem do trabalho de “catar” materiais recicláveis, às vezes filiado a cooperativas ou até mesmo fazendo isso por conta própria. As condições de trabalhos a que os CMRs estão submetidos, a situação de informalidade torna-se ainda mais preocupante, isso porque a atividade ocasiona riscos à saúde do catador que é desprovido de qualquer seguridade social no caso de acidentes ou doenças laborais. OBJETIVO: Diante do exposto o presente estudo tem por objetivo, analisar os riscos ocupacionais à saúde dos CMRs do lixão no Município de Imperatriz-MA por meio de um relato de experiência vivenciados por discentes do curso de enfermagem do referido município. MÉTODO: Trata-se de um estudo descritivo, transversal na forma de relato de experiência, realizado por discentes do curso de enfermagem de uma universidade privada do Município de Imperatriz-MA, visando analisar quais os riscos ocupacionais durante o processo de trabalho dos CMRs. O encontro foi dividido em dois momentos: no primeiro momento realizou-se a observação e descrição do local e do processo de trabalho dos CMRs e no segundo momento foi realizada uma roda de conversa com alguns dos trabalhadores, no intuito de identificar a percepção frente aos riscos ocupacionais. No dia 30 de outubro de 2017 às 14 horas foi realizada a visita técnica, no lixão municipal de Imperatriz, localizado a 15km do centro do referido município, na Rodovia Padre Josino, mais conhecida como “estrada do arroz”. Para coleta de informações, foi utilizado um roteiro de observação direta contendo duas etapas, na primeira foram analisados os seguintes aspectos: descrição do ambiente, número de pessoas que circulavam, descrição da atividade, utilização de equipamentos de proteção individual (EPI) pelos trabalhadores, riscos encontrados no ambiente de trabalho, perfil dos trabalhadores e o acontecimento que chamou atenção e a reação do observador. Na segunda etapa, verificou-se: riscos ambientais, físicos, químicos, psicossociais, mecânicos e percepção do trabalhador frente ao processo de trabalho. DESCRIÇÃO DO RELATO: A partir da observação direta e entrevista realizada com os investigados, percebe-se a realidade de catadores de materiais recicláveis, avaliando os riscos que estes profissionais estão expostos. Quanto ao perfil socioeconômico dos trabalhadores, percebeu a prevalência de homens com idade entre 23 e 60 anos e de baixa escolaridade. Sobre o local do estudo, nota-se que há precariedade e mistura de todos os resíduos sólidos. Os riscos evidenciados no local estão ligados primordialmente à perfurocortantes, contaminantes químicos e biológicos, além de animais transmissores de doenças. Outro aspecto observado foi à moradia dos trabalhadores, onde grande parte dos entrevistados relataram morar no lixão, em casebres construídos pelos próprios catadores. Além disso, quando questionados sobre a alimentação, os investigados afirmaram ingerir alimentos que

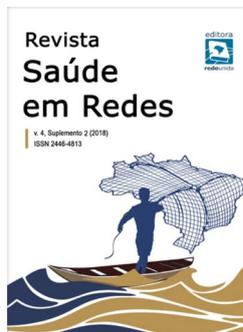


Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

são selecionados após avaliação visual. Quanto aos equipamentos de proteção individual (EPIs), observou-se que os trabalhadores não utilizam estes materiais, e quando utilizam, são os encontrados em meio aos resíduos, tais como: botas, luvas e lanternas fabricadas manualmente para trabalhar durante a noite. Nesse âmbito, nota-se que as principais patologias que os CMRs podem desenvolver são: intoxicação alimentar, patologia respiratória, dermatológica e musculoesquelética. Estudos evidenciam que estes riscos expõem à intoxicação por inalação e por contato, alguns relataram dores de cabeça, náusea, irritabilidade. Os resultados obtidos mostraram o excesso de horas de trabalho destes trabalhadores. Além disso, os catadores estão expostos aos riscos decorrentes da exposição ao frio à noite e o calor excessivo durante o dia. Outro fator preocupante é o perigo a que esses trabalhadores estão sujeitos, devido a não utilização dos EPIs. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A partir dos resultados obtidos, percebe-se que o perfil dos trabalhadores encontrados são do sexo masculino e de baixa escolaridade. Sobre a moradia e hábitos de vida evidenciou-se que os indivíduos constroem sua própria moradia no lixão, além disso, ingerem alimentos encontrados em meios aos resíduos. Quanto ao processo de trabalho, os catadores se organizam entre si realizando a coleta em todos os turnos.

Palavras-chave: Catadores de Materiais Recicláveis; Autocuidado; Atividades Laborais.



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

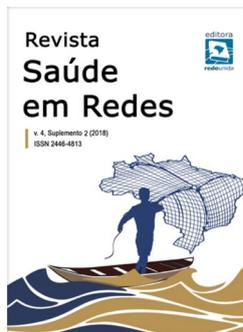
Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: UMA ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES COMPULSÓRIAS NO MUNICÍPIO DE SANTARÉM REFERENTES AO PERÍODO DE 2015 A 2016.

Juliana Reis Pereira, Gabrielle da Silva Franco, Marina Gregória Leal Pereira, Francileno Sousa Rêgo

Apresentação: A violência doméstica é considerada um problema de saúde pública por causa da sua extrema abrangência, predominância na cultura do país e da sociedade, além dos prejuízos aos indivíduos afetados. Em sua definição, ela envolve todos os participantes do ambiente familiar, sendo que estes podem ou não ter elo parental. Ao longo do tempo, diversos grupos de pessoas têm sido vítimas dos mais variados tipos de violência doméstica, estes vão muito além do que apenas a agressão física, envolvem também a violência emocional, social, moral, sexual, financeira, entre outros. Vale a pena ressaltar que a violência doméstica está inserida em um cenário de hierarquia de poder, tanto de gêneros quanto de gerações. Fato esse que ocasiona desequilíbrio físico e emocional não só para o indivíduo, mas também para o coletivo, incidindo na qualidade de vida e cultura da população. Como problema comum a todos tipos de violência, tem-se a ausência de denúncia por parte das vítimas e muitas vezes problemas de subnotificações por parte das autoridades responsáveis. A notificação dos casos de violência doméstica serão de extrema importância como meio de visibilidade, permitindo a estimativa epidemiológica do problema e elaboração de sugestões, bem como intervenções com políticas voltadas para prevenção e proteção das vítimas. É evidente que o setor de saúde não pode apropriar-se exclusivamente da responsabilidade pelo enfrentamento desses casos de violência, porém é fundamental que haja seu envolvimento institucional. Torna-se necessário, assim, o aprimoramento de profissionais da saúde para que sejam capazes de identificar o contexto de cada vítima para a adoção de estratégias com objetivo de combater essa realidade. Em virtude dessa problemática, esse trabalho tem por objetivo identificar o perfil sociodemográfico das vítimas de violência doméstica no município de Santarém no período de 2015 a 2016. Esse estudo vem não só mostrar dados sobre uma pesquisa de cunho importante no município de Santarém-PA no período de 2015 a 2016, mas também abordar a discussão sobre a violência que mais acomete mulheres, crianças, adolescentes e idosos.

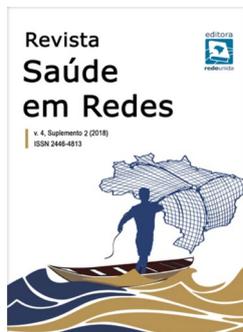
Desenvolvimento: Trata-se de um estudo de caráter documental, retrospectivo e transversal de cunho quantitativo, baseado nas notificações compulsórias contidas no banco de dados do Sistema de Investigação de Agravos de Notificação (SINAN), obtidas na Divisão de Vigilância em Saúde no município de Santarém-PA no período de 2015 a 2016, através da autorização prévia fornecida pela Secretaria Municipal de



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Saúde do município de Santarém. O estudo segue a resolução nº 466/2012 que segue por critérios a autonomia, a não maleficência, a justiça e a equidade e visa assegurar os direitos e deveres dos participantes da pesquisa. Para responder ao objetivo traçado, todos os dados foram analisados de forma descritiva com a apresentação das frequências absoluta e relativa das variáveis coletadas. Os dados obtidos foram tabulados por meio da utilização do software Excel 2016 e organizados em tabelas para a melhor visualização e compreensão dos mesmos. Resultados e/ou impactos: observou-se que no período de 2015 a 2016 foram notificados 1175 casos de violência doméstica, destacando-se a prevalência da violência contra vítimas do sexo feminino. Essas vítimas perfizeram um total de 89,11% (1047 casos) do total de agressões referentes aos dois anos, enquanto que vítimas do sexo masculino foram 10,89% (128 casos), essa questão pode ser encarada como reflexo do patriarcalismo que sempre tratou as mulheres sob o estigma de vulnerabilidade e dependência tanto econômica. Uma das maiores dificuldades é se romper o ciclo da rotinidade da violência, seja por dependência dessa mulher ao agressor ou por medo de uma possível vingança. Observou-se ainda que a maioria desses casos de violência doméstica estavam concentrados na zona urbana com 84,68% (995 casos), enquanto que os casos na zona rural totalizaram 15,32% (180 casos), o que demonstra que apesar de a zona que teoricamente possui maior informação e onde há um maior incentivo à denúncia, ainda é protagonista dos maiores índices e que essas ações não estão sendo tão eficazes. Quanto à idade das vítimas, demonstrou-se que elas estão inseridas em um intervalo de 20-39 anos, com um total de 42,38% (498 casos), seguidos do intervalo entre 10-19 anos com 36,09% (424 casos). Não se pode deixar de notar também os índices de violência contra a criança e o adolescente que no ano de 2015 somaram 136 casos e no ano de 2016, apesar do decréscimo, ainda se obtiveram casos elevados com um total de 110 notificações. No que concerne à prática de agressão voltada ao idoso, o estudo demonstrou que houveram 1,8% (17 casos) de notificações em 2015 e em 2016 apresentou-se um total de 1,72% (4 casos). Quanto ao tipo de violência, encontrou-se que ela é em sua maioria do tipo Psicomoral com 53,41% das notificações, seguida pela violência física com 33,93% das notificações, um aspecto que não deve ser negligenciado é o fato de que normalmente um tipo de violência vem também associado a outros, pode-se ter registros de agressão física, mas que foram precedidos e acompanhados por violência Psicomoral ou ainda casos de violência Psicomoral e posterior violência sexual. Quanto ao meio de agressão mais utilizado, encontrou-se que a ameaça prevaleceu com 56,76% (667 casos), seguida pela força corporal com 32,25% (379 casos). Por fim, quando se tratou do grau de parentesco do agressor, observou-se que ele é em sua maioria muito próximo à vítima, prevalecendo o próprio cônjuge com



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

26,89% (316 casos), seguidos do ex cônjuge com 20,68% (243 casos). Considerações finais: Através dos dados obtidos com essa pesquisa foi possível ratificar a violência doméstica como uma questão de saúde pública que necessita ser constantemente abordada e que precisa de políticas eficazes para mitigar esse problema do cotidiano. Os resultados apresentados também ressaltam a constante necessidade da continuidade do processo de notificação, sendo que o mesmo é fundamental para subsidiar ações públicas e traçar o perfil da violência e assim promover o enfrentamento e a possível superação dessa questão. O trabalho multidisciplinar e intersetorial entre diversos órgãos, tanto na área da saúde quanto na área legislativa, visando a prevenção e a promoção da saúde dessas vítimas é uma ação primordial para fortalecer as redes de apoio para o fim da violência. Os benefícios esperados tanto para a comunidade acadêmica como para a comunidade em geral é que esse estudo auxilie na formação de conhecimento acerca da violência doméstica e suas manifestações na comunidade, bem como fomentar posteriores estudos voltados para essa temática.

Palavras-chave

Violência Doméstica; Saúde Pública; Notificação;



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

PRODUÇÃO DO ALUMÍNIO NA AMAZÔNIA BRASILEIRA: IMPACTOS NO AMBIENTE E NA SAÚDE DOS TRABALHADORES.

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira, Laura soares martins Nogueira, Elizabeth Moreira dos Santos, vania barroso carneiro

Introdução: A cadeia produtiva do alumínio primário no estado do Pará- Amazônia brasileira abrange três estágios: inicialmente o minério de bauxita é extraído em diversos municípios do estado, depois refinado em óxido de alumínio (alumina) e, finalmente, é fundido em lingotes de alumínio, essas duas etapas da empresa metalúrgica é realizada principalmente no município de Barcarena (PA).

O Projeto Brasil Sustentável e Democrático/FASE (2004), avaliou os riscos de degradação ambiental no processo de transformação da bauxita em alumínio, possibilitando verificar: a degradação do solo pela extração da bauxita a céu aberto; a geração de toneladas de resíduos na extração; a produção de lama vermelha resultante da produção da alumina, contendo óxidos de ferro, titânio e silicatos de sódio e alumínio, potencialmente contaminantes de lençóis freáticos; a emissão de particulados e gases das plantas de refino, além da emissão de particulados de fluoretos, fluoretos gasosos e gases CO² e SO², resultantes da combustão de coque e piche.

As indústrias de alumínio alegam ser dotadas de sistemas de controle com eficiência de 99% da retenção do material particulado. Entretanto, essa eficiência pontual não se reproduz quando se fala de emissões secundárias. Faz parte da tecnologia de controle da indústria do alumínio utilizar a própria alumina como fluido de adsorção para recuperação dos gases de fluoreto, pequenos vazamentos dessa fração de material particulado inalável (alumina), adsorvida com gases tóxicos (fluoreto e compostos orgânicos), representam um efeito aditivo na ação tóxica, representando grande ameaça ao meio ambiente e à saúde do trabalhador (SANTOS, 2009).

As populações tradicionais com o tempo passaram a sentir o impacto dos grandes projetos. Pode-se destacar, por exemplo, a destruição da cobertura vegetal da área dos Parakanã (grupo indígena do Tocantins) e alteração do ecossistema, com a inundação do lago resultante da Usina Hidrelétrica de Tucuruí (fornecedora de energia elétrica para a produção do alumínio primário). Houve também desapropriação de famílias da região, em função da área alagada, com mudança das relações de trabalho, terceirização do setor, novos modelos de gestão da produção e da segurança e saúde ocupacional também se fizeram sentir. Saliente-se que tal cenário não é exclusivo de uma empresa específica, mas de outras empresas da



cadeia do alumínio, que interferiram inclusive nas notificações de irregularidades relacionadas à saúde do trabalhador aos órgãos competentes, como afirma Nogueira (2011).

Metodologia: Trata-se de avaliação qualitativa em que foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas com trabalhadores e trabalhadores, familiares, representantes de organizações sindicais e gestores da empresa, com objetivo de discutir a organização do trabalho e saúde dos trabalhadores, em uma empresa de Alumínio na Amazônia Brasileira, sendo posteriormente organizadas em núcleos de sentido e eixos temáticos. **Discussão e Resultados:** Os trabalhadores relataram que ao longo do tempo a redução no número de trabalhadores diretos gerou intensificação do trabalho, assim como, a cobrança por metas de produção originaram maior pressão exercida pelos gestores. Aspecto que atinge não só o modo como se faz a gestão da produção, mas como esta se relaciona a gestão da segurança e saúde dos trabalhadores.

Percebe-se a partir da fala dos empregados, uma discrepância entre o discurso sobre valorização da segurança apregoada pela empresa e a sua concretização no trabalho real. Muitas das vezes, as recomendações e normas de segurança são postas de lado pelos trabalhadores com a anuência velada de gestores, para atender a demanda por produção. Assim, a possibilidade de adoecimento ocasionada pelos riscos físicos, químicos e ergonômicos presentes no processo produtivo do alumínio, a organização do trabalho nessas empresas é fator potencialmente adoecedor.

Estudos realizados por Gomes (2002) e Nogueira (2011) em empresa de produção de alumínio no norte do Brasil, indicam que o calor é uma das principais queixas dos trabalhadores. Outros estudos buscam estabelecer a relação entre concentrações elevadas de alumínio no organismo e patologias como Alzheimer (Del Rio, 2004), sintomas de intoxicação por alumínio assemelham-se aos sintomas do Alzheimer, deste modo, destacam-se as alterações gastrointestinais, nervosismo extremo, dores de cabeça, anemia, alterações das funções hepáticas e renais, alterações de fala, déficits de memória, entre outros.

De acordo com Castro (2009), no âmbito do sistema músculo-esquelético, há associação entre a desmineralização óssea e a exposição ao alumínio; quanto ao sistema cardio-vascular, pode haver hipertrofia e arritmias cardíacas; além de colestases e degeneração de células hepáticas e alterações no sistema endócrino.

Subjetivamente, o adoecimento aparece para o trabalhador como tragédia, pois interrompe a trajetória da vida profissional e pessoal. De acordo com Nogueira (2011), para além do sofrimento gerado pelo próprio estigma do adoecimento, o sofrimento resulta de uma relação com a organização do trabalho adoecedora, posto que o adoecer é a dimensão do reconhecimento da empresa pela dedicação e engajamento



do trabalhador que está em jogo, colocando em xeque o ser trabalhador, aquele que pelo trabalho dedicou-se e sonhou com uma vida melhor.

Por fim, a mais recente mudança no governo brasileiro marcada pela chegada de Temer à Presidência da República em 2016, revela o Estado brasileiro mais afinado aos interesses do capital transnacional e as reivindicações da elite nacional. Como consequência já se observa retrocessos no âmbito do trabalho e da questão ambiental com a Reforma Trabalhista (Lei nº13.467 de 13 de julho de 2017) e a proposta de alteração da legislação ambiental já aprovada pela Câmara de Deputados.

A Reforma Trabalhista anuncia um agravamento do processo de precarização do trabalho no Brasil com possíveis impactos no âmbito da segurança e saúde dos trabalhadores.

Considerações Finais: O cenário atual aponta para um aumento da exploração do trabalho no Brasil, que trará diversas consequências, com agravamento do quadro, já precário, da segurança e saúde dos trabalhadores, que mesmo os jovens Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PLANSAT) e Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) não conseguiram mitigar. Da mesma forma, a precarização das relações de trabalho tornarão os trabalhadores mais vulneráveis à aceitação dos riscos presentes no processo produtivo das empresas, pelo medo de perder o trabalho. Tal contexto traz aos trabalhadores, sindicalistas e operadores da política de segurança e saúde do trabalhador o enorme desafio de encontrar estratégias de enfrentamento em um cenário tão adverso. Fato semelhante a ser enfrentado por todos aqueles que lutam por um meio ambiente saudável.

Referências Bibliográficas

DEL RÍO, H.E.S. El alumínio: su relación com la enfermedad de Alzheimer.2004.[Guadalajara]. Disponível em: <http://hector.solorzano.com.mx/articulos/ aluminio.html>. Acesso em: 5 ago. 2006.

FASE. Como o Brasil Exporta Natureza – Os impactos dos produtos eletrointensivos. Projeto Brasil Sustentável e Democrático / FASE (Federação de Órgãos para Assistência Social e Educacional). Rio de Janeiro, 2004.

GOMES, V. L.B. Novas estratégias empresariais e repercussões nas condições de trabalho: reflexões sobre o caso Albras. In: COUTO, R. C.; CASTRO, E. R.; MARIN, R. A. (Orgs.). Saúde, trabalho e meio ambiente: políticas públicas na Amazônia. Belém: NAEA, 2002. p. 260-289.



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

NOGUEIRA, Laura S.M. O Sofrimento Negado: Trabalho, Saúde/Doença, Prazer e Sofrimento dos Trabalhadores do Alumínio do Pará – Brasil. Tese de Doutorado. Programa de Pós Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido do Núcleo de Altos Estudos Amazônicos da Universidade Federal do Pará (PDTU/NAEA/UFPa). 2011.

SANTOS, Elio L. Cadeia Produtiva do Alumínio: Processo Industrial e Fontes de Poluição. In: ALMEIDA, Rogério. Alumínio na Amazônia: saúde do trabalhador, meio ambiente e movimento social. São Luís: Fórum Carajás, 2009.

Palavras-chave: Saúde e Trabalho; Acidentes de Trabalho; Produção de Alumínio na Amazônia Brasileira



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

(RE)EXISTÊNCIAS – MODOS DE GESTÃO E A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL – HOJE JÁ É AMANHÃ?

Mírian Ribeiro Conceição, Patricia Carvalho Silva, Patricia Carvalho Silva, Patricia Carvalho Silva

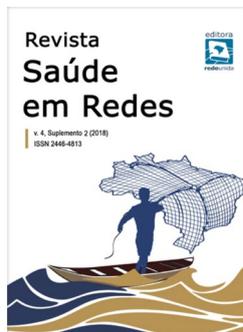
A Reforma Psiquiátrica no Brasil constitui-se na efervescência de discussões políticas quanto aos direitos dos cidadãos, uma conjuntura reconhecida como ‘transição democrática’, que só foi possível com o enfraquecimento do autoritarismo e seu poder soberano. Advinda de um contexto de intercâmbio, com discussões como as produzidas na Itália por Basaglia, tem em sua cerne a garantia dos direitos e modelo de cuidado em que o protagonismo dos usuários era centralidade das ações.¹

Pari passu, o movimento de Reforma Sanitária acontece em levante de movimentos sociais, de trabalhadores, de estudantes, docentes, entre outros, que iniciam debates sobre acesso à saúde e a defesa dos direitos coletivos.¹ Neste processo, após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) as diferentes experiências ocorreram durante toda a década de 90, enfrentou diversos desafios na tentativa de produção de uma mudança de paradigma. Como resultado tem-se as discussões sobre a produção de um cuidado humanizado em temática da XI Conferência de Saúde, em 2002 - “Acesso, qualidade e humanização da atenção à saúde com controle social”. Desta discussão coletiva várias iniciativas foram implementadas dentre elas, em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) apresenta como foro das principais discussões as práticas de gestão e de atenção na intenção de melhora da qualificação da saúde.²

Em proposição de processos de criação em dimensões ética, estética e política, ou seja, ética ao que se refere a mudança de atitudes, de todos os envolvidos seja quais forem as esferas de competência, estética por se tratar do processo de produção/criação da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política, porque diz respeito à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS.³

Dentre suas diretrizes a PNH apresenta a cogestão como método de trabalho de modo a operar coletivo e cogestivo de produção de saúde e de implicação dos sujeitos envolvidos. Como garantia da democracia da gestão em saúde os processos cogestionários apresentam-se como um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, sendo, portanto, uma diretriz ética e política.⁴

Como localização destas diferentes formas de operar, temos dispositivos importantes de organização da Cogestão, nos quais apostam em espaços que na ordem subjetiva devem confrontar as relações de poder existentes nos encontros produzidas no



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

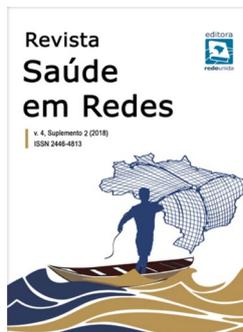
cotidiano do trabalho. Neste aspecto, segundo Foucault (1997), há um falso entendimento de poder como um lugar instituído, sendo as relações de poder nesta lógica pertencente ao tolhimento da tomada de decisão, ou manipular as massas. No entendimento real do poder, as relações dar-se-iam pela troca do exercício de liberdade.⁵ Aqui se encontra um importante ponto da Cogestão, pois as tomadas de decisão são importantes na responsabilização de trabalhadores, gestores e usuários. Portanto, o que se deveria exercer enquanto gestão compartilhada é o exercício da liberdade para a construção coletiva do SUS de qualidade. É neste contexto é que o presente relato de experiência se insere.

Em intenso cenário de retrocesso quanto às condições de direito e o acesso à saúde, bem como a produção do cuidado em liberdade, o lugar da gestão, ao que tange a modos de operar em cogestão tem em sua dimensão ética-estética-política movimento de resistência e reiterar a defesa da vida. Criar (re)existências de trabalhadores, usuários e gestores foi centralidade do trabalho desenvolvido durante um ano e meio na gestão do qual estávamos inseridas - enquanto Gestora local de um CAPS Adulto III e na Coordenação da Linha de Cuidado em Saúde Mental na cidade de São Paulo, ambos sobre o gerenciamento de uma mesma Organização de Social de Saúde (OSS).

Resistência vem do latim *resistentia*, de *resistere*, “ficar firme, aguentar”, formado por *RE-*, “para trás, contra”, mais *sistere*, “ficar firme, manter a posição”.⁶ Deste modo, manter-se em posição firme de defesa da vida e na produção de cuidado em liberdade requer a criação de um corpo coerente e coeso em que a práxis possa exprimir os valores e ações necessárias à estes e que perpassem os diferentes âmbitos a qual se implica. Neste sentido, a construção de modos de cogestão que fosse transversal tanto na gestão dos serviços quanto na coordenação da linha de saúde mental criou terreno para esta experiência.

A constituição de espaços em que os coletivos pudessem exercer sua liberdade, que não partissem de uma lógica taylorista no qual o primado do produtivismo fosse ponto primordial do processo, tanto ao que tange os contratos de gestão, como na lógica gerencial impregnada nos gestores e trabalhadores, sendo, portanto necessário romper com este ideário vertical de construção do processo de trabalho.

Deste modo, diferentes dispositivos foram utilizados como estratégias de cogestão - reunião de equipe, assembleias, educação permanente, colegiados de gestão nos serviços, colegiado de gestão entre gerentes de serviço, apoio institucional, coordenação e administração direta, entre outros. Nos valem do conceito de Deleuze, que nos apresenta a multiplicidade de um dispositivo, em que um mesmo plano opera linhas - visibilidade, enunciação, forças e subjetivação - permitindo



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

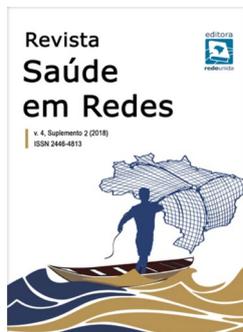
assim, aos coletivos tornar visível e dizível as diferentes relações de força presentes no campo e só a partir disto poder criar linhas de fugas como construção de novos modos de atuação.⁷

A cerne do movimento de resistência deste processo encontrava como objeto principal de implicação a atividade clínica, ou seja, a produção de cuidado em saúde mental. Para tal, a gestão da clínica como práxis cotidiana requeria não apenas uma capacidade individual e coletiva de apropriação de um saber tecnicista, mas principalmente a construção do comum e das produções subjetivas de cada ator deste espaço micropolítico.⁸

O resistir/(re)existir desta experiência possui dois pontos: inverter a lógica produtivista, e assim construir espaços de significação do cuidado para que estes pudessem ser efetivos espaços de construção coparticipativa e romper com a lógica de que cuidar não é tratar, cuidar é caminhar junto, construir possibilidades de ampliação da vida, bem como fazer gestão não é gerenciar, mas sim gestar juntos espaços de construção de um processo de trabalho que todos caibam. Tais práticas de gestão, tentaram alcançar de modo conjunto, o que Foucault (1997) fala de uma visão particular de liberdade como a capacidade de ser algo diferente do que você é, de transformar quem você é, de recriar a si de uma forma contínua. Ou seja, construir espaços que a clínica era posta em constante discussão e o desmantelamento desta por lógicas que vêm cada vez mais implicadas com os mecanismos do capital (produção, "cura", números, controle da conduta), e assim a construção de espaços de resistência, de práticas de liberdade.

A defender a vida e reconhecer um outro singular, e com ele produzir sentidos de vida é o que, no âmbito da micropolítica, tem maior potência de resistir, e, enquanto ao modo como nos sentimos diante retrocesso compartilhamos a mesma estética de Miguilim, personagem de Campo Geral de Guimarães Rosa: ... "Ao vago, dava a mesma idéia de uma vez, em que, muito pequeno, tinha dormido de dia, fora de seu costume – e quando acordou, sentiu o existir do mundo em hora estranha, e perguntou assustado: – 'Uai, Mãe, hoje já é amanhã?!' ”.

Palavras-chave: Gestão em Saúde, Saúde Mental, Reforma Sanitária



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

A ATENÇÃO BÁSICA NO VALE DO JEQUITINHONHA E MUCURI, MINAS GERAIS E O PROGRAMA MAIS MÉDICOS: UMA DESCRIÇÃO DE INDICADORES DE PRODUÇÃO

Liliany Mara Silva Carvalho, Aline Xavier Avelar

Introdução: Dentre os efeitos das iniquidades em saúde encontram-se as disparidades na força de trabalho em Atenção Primária à Saúde (GIOVANELLA et al., 2015). A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 50% da população mundial vivem em áreas rurais remotas, sendo servidas por menos de 25% da força de trabalho médico (ARAÚJO; MAEDA, 2013). A disponibilidade de profissionais de saúde é diversa entre os países, com profundas desigualdades na oferta e distribuição no interior de cada país com grandes lacunas nas zonas remotas e desfavorecidas (GIOVANELLA et al., 2015). Dessa forma, um dos principais desafios para a prestação e organização de atenção primária à saúde é a disponibilidade de profissionais, sobretudo médicos (GIOVANELLA et al., 2015) e para enfrentar a insuficiente oferta de médicos principalmente na Atenção Primária à Saúde, alguns países, como o Brasil, mantêm cooperação com Cuba.

O Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS) possibilitou um importante aumento do acesso aos cuidados de saúde para a população brasileira, no entanto, pessoas vivendo em comunidades remotas e vulneráveis ainda enfrentam sérias dificuldades de acesso a serviços de saúde resolutivos. A falta de médicos sempre foi um importante agravante deste problema, neste contexto, a Frente Nacional dos Prefeitos realizada em janeiro de 2013, durante o Encontro Nacional de Prefeitos iniciou a campanha “Cadê o médico?” demonstrando a gravidade do problema para os municípios brasileiros (OLIVEIRA et al., 2015).

Situado geograficamente no Nordeste de Minas Gerais, o Vale do Jequitinhonha ocupa 14,5% da área do Estado, totalizando aproximadamente 85.000 km² de extensão territorial (NASCIMENTO, 2009). É considerado como uma região prioritária para o MS por apresentar municípios com IDH Baixo e Muito Baixo, ou seja, está entre as quatro regiões mais vulneráveis do país, que são: Semiárido, Vale do Jequitinhonha e Mucuri, Vale do Ribeira e municípios do interior da região Norte (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Objetivo: Comparar a produtividade dos médicos brasileiros e cooperados (cubanos) que exercem suas atividades na Região de Saúde Ampliada Jequitinhonha.

Metodologia: Trata-se de um estudo de corte descritivo que utilizou dados secundários de uso do SUS registrados no Sistema de Informação de Saúde para Atenção Básica (SISAB), através da base do SUS eletrônico (E-SUS) disponibilizados



pelo Departamento da Atenção Básica do MS, durante o período de junho a agosto de 2017.

A área de abrangência desta pesquisa compreendeu a Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha (RASJ), composta pelas regiões de saúde de Diamantina (quinze municípios), região de saúde tripolar Minas Novas/Turmalina/Capelinha (oito municípios) e região de saúde Araçuaí (seis municípios) (MINAS GERAIS, 2010).

Como critérios de inclusão e exclusão, foram contemplados neste estudo somente municípios que possuíam médicos cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), incluídos em Equipe de Saúde da Família (ESF), sendo eles:

Para cada município selecionado utilizou-se apenas dados de duas ESF (uma com a presença de médico cooperado e outra com presença de médico brasileiro), independente do número de equipes no município, de forma a propiciar a comparação dos dados entre as equipes selecionadas.

Neste estudo foram avaliadas sete atividades realizadas pelas ESF, disponibilizadas pelo SISAB, escolhidas por terem informações expressivas durante o período avaliado, sendo elas: Nº total de atendimentos individuais, Nº de consultas de cuidado continuado, Nº de consultas agendadas, Nº de atendimentos pré-natal, Nº de atendimentos hipertensos, Nº de atendimentos diabéticos, Nº de visitas domiciliares e Nº de atividades coletivas (reuniões, grupos, etc).

Discussão: Os achados do estudo evidenciam que os médicos brasileiros apresentaram uma menor produtividade em relação a todas as atividades avaliadas, quando comparados aos médicos cooperados. Segundo Portaria do MS (BRASIL, 2002), que trata dos parâmetros da cobertura assistencial, é estimado que o médico produza atendimentos médicos mensais esperados igual a 360 consultas. Nos achados do presente estudo, a mediana para o atendimento individual do médico cooperado foi de 310 consultas/mês, correspondendo a 86,11% de atendimentos quando comparado a preconização do MS, enquanto que o médico brasileiro alcançou apenas 229 consultas/mês, resultando em 63,6%. O quantitativo médio do total de atendimentos individuais parece indicar um desempenho moderado da produção ambulatorial do profissional da ESF, sendo que o médico cooperado apresenta atendimento mais próximo ao preconizado. Em estudo realizado por Lima et al. (2017) foi encontrado a mediana de 285 consultas/mês no Brasil em 2014, correspondendo a aproximadamente 80% da realização de consultas básicas esperadas.

No presente estudo evidenciou-se que os indicadores que tratam de visitas domiciliares e ações coletivas também demonstraram um maior percentual do atendimento de médicos cooperados em relação a médicos brasileiros. Estes



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

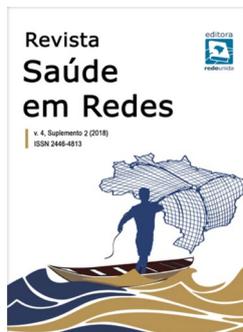
achados corroboram com estudo realizado pela Rede de Observatório do Programa Mais Médicos (ROPMM, 2015), composta por pesquisadores de instituições de ensino e pesquisa de todas as regiões do país no formato de estudos multicêntricos integrados.

No que tange ao indicador relacionado a consultas de cuidados continuados encontrou-se que o médico cooperado também sobressaiu ao médico brasileiro. Neste sentido, pesquisa realizada por Pereira e Pacheco (2017) revelou que de acordo com alguns profissionais, antes do PMM, um dos principais desafios enfrentados era a continuidade da atenção dos usuários, sobretudo de pacientes com doenças crônicas. Na fala de profissionais e usuários, este problema foi reduzido com a atuação dos médicos do PMM, tanto pela atuação mais presente na UBS, quanto pelo maior estabelecimento de vínculo com os usuários do SUS.

Em relação aos indicadores de atendimento de hipertensos e diabéticos foi encontrado também maior número de atendimentos realizados por médicos cooperados. ROPMM (2015) em seu primeiro relatório destacou a estabilização de consultas programadas no Brasil a grupos específicos, possibilitando, com isto uma expressiva diminuição da oscilação do número de consultas mensais para usuários com diabetes e hipertensão, indicando maior programação por parte das equipes e melhora da adesão dos usuários às ações ofertadas.

O principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal (BRASIL, 2006) tendo ainda o intuito de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2002), sendo estes indicadores relevantes para refletir a saúde de um determinado país. Assim como ocorreu na análise dos demais indicadores, para a atenção pré-natal foram encontrados resultados mais satisfatórios de atividades do médico cooperado. Estudo de Guimarães e colaboradores, 2017, evidenciou que os atendimentos realizados pelos profissionais do PMM cooperados alicerçam-se nos princípios do SUS, em que o acolhimento e o vínculo são priorizados e a escuta qualificada representa um diferencial na interação profissional usuária.

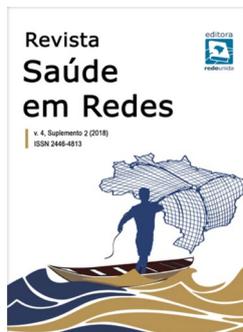
Considerações finais: O presente estudo concluiu que o Programa Mais Médicos (PMM) contribuiu para o aumento da produção médica da Atenção Básica no Vale do Jequitinhonha, nos três meses do ano de 2017, mensurados pelo número total de: atendimentos individuais, consultas de cuidado continuado, consultas agendadas, atendimentos de pré-natal, atendimentos de hipertensos e diabéticos, visitas domiciliares e atividades coletivas, consideradas imprescindíveis para a resolutividade e a integralidade do cuidado em saúde.



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Palavras-chave: Programa Mais Médicos; Indicadores de Saúde; Vale do Jequitinhonha e Mucuri



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

A ENFERMAGEM COMO FERRAMENTA ORGANIZACIONAL: DA CONCEPÇÃO À APLICAÇÃO DE UM INSTRUMENTO

Bruna Damasceno Marques, Evandro Cesar Natividade de Sousa, Jessica Fernanda Galdino Oliveira, Julliana Santos Albuquerque Ribeiro, Karina Barros Lopes, Victor Assis Pereira da Paixão, Maria Clara Costa Figueiredo

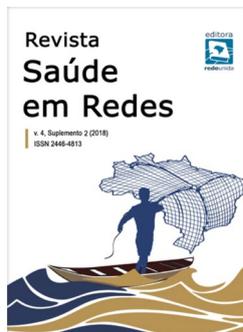
Apresentação: Trata-se de um relato de experiência, a fim de descrever a vivência dos acadêmicos de Enfermagem da Universidade Federal do Pará em construir um instrumento capaz de realizar um diagnóstico situacional do modelo assistencial vigente em Estratégias Saúde da Família (ESF), e relatar a aplicação da ferramenta em uma Unidade Saúde da Família (USF). O instrumento possibilita analisar de que forma orientam-se suas ações, promovendo a valorização de uma assistência humanizada e integral, possibilitando a autonomia do profissional na assistência em saúde e do usuário no seu autocuidado. Modelos Assistenciais podem ser descritos como a forma que se organizam e se desenvolvem os serviços de saúde de uma sociedade, padronizando o atendimento e a assistência ao usuário. O trabalho em saúde é produto de um processo influenciado por culturas, crenças e atores, diante disso, os profissionais são influenciados por esse processo e ao mesmo tempo o constroem. Todos os atores devem participar dessa construção, pois quando essa, resume-se a trabalhadores da saúde ou uma especialidade em particular, o trabalho acaba tornando-se uma obrigação e os demais envolvidos passam a reproduzi-lo, através de ações mecanizadas. Com intuito de continuar a implementar mudanças no modelo assistencial no Brasil, foi desenvolvida a políticas públicas que procuram aproximar trabalhadores, usuários e gestores para a construção e organização do SUS, e isso já vem sendo posto em prática por meio de programas como a Estratégia Saúde da Família. Apesar do desenvolvimento de políticas e programas que tenham em vista desconstruir o modelo assistencial biomédico hegemônico, para predominância de um modelo baseado na humanização, que reconheça os usuários enquanto ser biopsicossocial e esteja aberto a participação social, ainda hoje encontram-se resistências a esse processo. Frente a essa resistência, deve-se desenvolver atividades junto a esses profissionais para direcioná-los a prática de um novo modelo assistencial, prestando um atendimento integral e humanizado para população. **Desenvolvimento do trabalho:** Os instrumentos foram divididos em 5 eixos: o primeiro eixo é sobre Acolhimento e se caracteriza pela escuta qualificada e a formação de vínculo entre usuário e equipe. O segundo eixo é a Organização do trabalho acerca das atribuições gerais e específicas de cada profissão em relação à USF. A Educação em saúde é o terceiro eixo, que diz respeito à realização de práticas



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

educativas na atenção primária em saúde, e a percepção do profissional quanto a isso. O quarto eixo é a Ambiência, que condiz com o espaço físico e relações interpessoais e a influência desses determinantes no desempenho das atividades. A Gestão interna é o quinto eixo, e traça perguntas em relação à admissão do profissional e a interação da equipe. Posteriormente, realizamos uma visita técnica a USF, localizada na região metropolitana de Belém, pelo turno da tarde para testar os instrumentos, entrevistando os profissionais enfermeiro e agente comunitário de saúde (ACS), com o objetivo de avaliar, corrigir e alterar essas ferramentas através da compreensão e comentários dos entrevistados, a fim de melhorar a operacionalização do questionário. Resultados e/ou impactos: O emprego do referido instrumento, que teve como finalidade a comprovação de sua fácil aplicabilidade, acessibilidade da linguagem, pontualidade dos questionamentos assim como a observação da necessidade de adequação ou acréscimo de questionamentos que surgissem durante a entrevista, e a percepção do trabalhador quanto à importância da ferramenta. Através de sua execução, obtivemos resultados positivos por parte dos profissionais entrevistados, que em momento algum demonstraram dificuldade de compreensão ou quaisquer outros problemas durante a entrevista, demonstrando receptividade. Além dos fatores citados acima, a aplicação do instrumento permitiu identificar objeções encontradas pela equipe multiprofissional no exercício de suas atividades, tais como: carência de discussão e avaliação dos serviços assistenciais prestados, influenciando diretamente na continuidade da assistência. Além disso, todos os profissionais demonstraram insatisfação no que diz respeito à realização de atividades de educação em saúde, sendo estas inexistentes até então. Outro aspecto presente na fala da maioria dos profissionais foi a preocupação com a eficácia do cuidado prestado que pode ser prejudicada pela ausência de planejamento das atividades em conjunto. Ainda como uma insatisfação dos profissionais, o grupo aplicador identificou a preocupação dos profissionais a respeito do exercício de suas competências devido ao treinamento inadequado que receberam-se segundo eles, demonstrando muitas vezes inaptidão em suas atividades. Uma fala que predominou no discurso de todos os profissionais foi a escassez de materiais de uso ambulatorial, EPI's (Equipamentos de Proteção Individual), carência de serviços de telefonia e rede de internet para uso dos sistemas de informação do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, o modelo assistencial torna-se incapaz de gerar resultados satisfatórios, sendo influenciado negativamente pelos seguintes elementos: treinamento ineficaz para apreensão de competências e habilidades, comunicação ineficiente entre a equipe multiprofissional e precariedade de recursos materiais e ausência de educação em saúde. Entretanto, de forma positiva os seguintes elementos foram encontrados: comprometimento dos profissionais com o serviço e com os utentes, vínculo

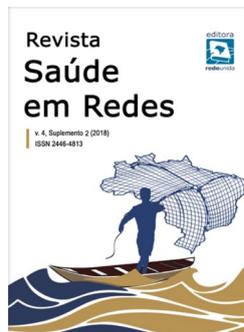


Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

altamente satisfatório entre os sujeitos da assistência (usuário e profissional), ambiência adequada, cordialidade, concordância e flexibilidade entre a equipe e competências exercidas conforme lhes é recomendado. Percebeu-se que os entrevistados demonstraram interesse na possível futura aplicação do instrumento na unidade, cujo objetivo seria o diagnóstico situacional da organização do modelo assistencial de uma USF, através da visão não somente desses profissionais, mas, de todos que compõem a USF, a fim de corrigir possíveis não conformidades promover a qualidade da assistência prestada. Considerações finais: Antes de se conhecer a Gestão e Organização no serviço de enfermagem propriamente ditas, muitas vezes são usadas ferramentas, conceitos e abordagens destas aéreas de forma empírica, porém quando se conhece a base científica e os fundamentos, inicia-se outro olhar, que outrora era inexistente, começa-se o empoderamento da visão gerencial, muda-se a percepção, associando a técnica da assistência para obter um resultado de excelência. Conclui-se que os instrumentos de coleta construídos, não só refletem o objetivo deste trabalho, que seria o levantamento da situação da ESF, para uma posterior proposta de intervenção, como promovem subsídios para pontuar os pontos fracos e fortes, o que está sendo feito, de que maneira, por quem e onde, a fim de conhecer a realidade da Unidade, que pode ser facilmente usado em outros níveis da atenção, como também proporciona grande reflexão sobre competências, deveres e direitos dos profissionais de saúde e futuros profissionais. Ressalta-se que embora a mudança de modelo assistencial pareça distante, cada vez que um enfermeiro de conscientiza da necessidade de um olhar integral e se permite outras possibilidades dentro do serviço, ganha-se uma batalha contra o sucateamento da saúde, a imperícia, imprudência e negligência no atendimento. Quando entende-se que precisamos de profissionais treinados, comprometidos, motivados e reconhecidos, compreende-se que há ferramentas para isso.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária em Saúde; Modelo assistencial.



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

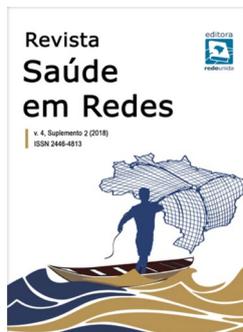
Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

A EXPERIÊNCIA DA DESCENTRALIZAÇÃO DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO NO MUNICÍPIO DE CURITIBA

Giovana Fratin, Aida Maris Peres

APRESENTAÇÃO: Desde sua criação em 2007, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) estavam subordinadas ao Departamento de Urgência e Emergência (DUE) do Município de Curitiba-PR. Antes deste ano, já existiam os Centros Municipais de Urgência Médica (CMUM), estrategicamente localizados no município e atendiam à população 24 horas por dia, por sua vez em substituição às Unidades de Saúde 24 horas, que funcionavam como um posto de saúde voltado a necessidades urgentes. O primeiro CMUM foi inaugurado no final dos anos 1990, eles eram vinculados na estrutura organizacional da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Curitiba ao Sistema de Urgência e Emergência (SUEC) e não se subordinavam aos Distritos Sanitários, apesar de estarem localizados nos territórios de abrangência destes. Em curto espaço de tempo, algumas das antigas Unidades de Saúde 24 Horas foram ampliadas e transformadas em UPAs. Outras UPAs foram construídas, sendo que em 2011 o Município já contava com oito UPAs na sua Rede de Urgência e Emergência (RUE). Estes equipamentos foram criados para ampliar a capacidade de atendimento da rede própria e, sobretudo para suprir a demanda reprimida de situações de urgência e emergência que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) não conseguiam atender devido ao aumento populacional. No início de 2013 foi inaugurada mais uma UPA no município, desta vez na região central e dentro de um hospital público de ensino, totalizando nove equipamentos. Todavia, o que se observou em uma análise da RUE em 2013, é que houve uma demanda muito superior ao que se esperava, uma vez que houve uma migração maciça de busca por consultas de usuários da rede da Atenção Básica (AB), de tal forma que aproximadamente 80% dos atendimentos realizados nas UPAs, segundo a análise poderiam ser realizados nas UBS. Isto fez com que o sistema da RUE municipal entrasse em colapso, inclusive comprometendo a priorização do atendimento clínico nos casos de urgência. A rede de AB da SMS Curitiba realiza em média, aproximadamente 2.000.000 (dois milhões) de consultas por ano. Apesar de ser composta por 110 UBS, suas nove UPAs realizaram no mesmo período, em torno de 1.000.000 de consultas, ou seja, aproximadamente um terço da demanda por consultas da cidade. Este trabalho tem o objetivo de relatar a experiência da descentralização da gestão das Unidades de Pronto Atendimento ocorrida no município de Curitiba, entre os anos de 2014 a 2016.

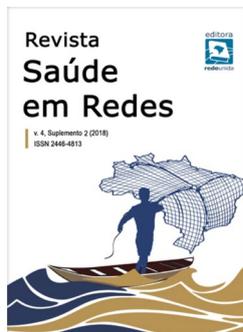
DESENVOLVIMENTO: Em uma pesquisa prévia desenvolvida por uma universidade pública no ano de 2014, com 349 usuários da UPA com maior número de



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

atendimentos de Curitiba, 284 deles (81,4%) optaram por ir direto à UPA porque consideravam que o acesso físico era mais fácil, assim como as consultas eram garantidas, a resolutividade era maior e, alguns inclusive afirmaram que já tinham vínculo com a UPA. Após o diagnóstico inicial, o objetivo do projeto de intervenção no DUE era descentralizar a gestão das UPAs, de tal forma que se resgatasse o seu papel institucional, integrando-as à estrutura dos Distritos Sanitários (DS) que contavam com UBS, CAPS, entre outros componentes. Tinha-se como expectativa que a demanda por consultas retornasse para a rede da AB e o tempo resposta na RUE fosse otimizado nos serviços das UPAs. A proposta consistia em fortalecer a atenção primária, migrando os pacientes que procuravam a UPA para finalidades de atendimento básico, como acompanhamento de hipertensão arterial e diabetes. Este movimento foi realizado em toda cidade, iniciando pela descentralização da administração das UPAs, que ficava no DUE para uma gestão que considerasse as nove realidades distritais distintas. Assim as UPAs foram aproximadas de seus territórios, integrando a chefia da UPA com as chefias das UBS, e dos outros equipamentos do território, facilitando o entendimento sobre a sua realidade e demanda. As crianças com menos de dois anos, ao serem consultadas na UPA, já eram sinalizadas no sistema e-Saúde e era realizada a busca ativa das mães para que fossem até as UBS. A mudança foi divulgada nas câmaras técnicas, conselho municipal de saúde, equipes de saúde, fazendo com que a informação se multiplicasse e chegasse à população. A cada consulta na UPA, o paciente era lembrado durante a classificação de risco pela enfermeira e na consulta médica, para que no próximo evento procurasse sua unidade de saúde de referência. Junto com este movimento, as chefias das UBS vivenciaram momentos dentro da sala de classificação de risco das UPAs, conversando com os usuários e orientando sobre possíveis consultas que se perdiam nas UBS e que na UPA, o paciente ficaria aguardando mais tempo. Neste movimento, as enfermeiras da atenção básica foram aproximadas da realidade da UPA e as enfermeiras das UPAs levadas para as UBS, como uma troca de papéis. Em cada distrito, uma vez por semana durante 4 horas as enfermeiras das unidades básicas faziam plantão nas UPAs, vivenciando a realidade de ter um paciente sendo reanimado ao lado de um bebê de poucos dias de vida que precisa de acompanhamento da atenção primária, e por outro lado as enfermeiras dos equipamentos de urgência quando de suas idas as UBS, sentiram a dificuldade de ter que resolver várias demandas do dia a dia sem a equipe multidisciplinar, por exemplo: quando o médico falta e o pré agendamento do dia tem que ser atendido de alguma forma. Acredita-se que este movimento foi uma das mais valiosas estratégias desenvolvidas nesta proposta.



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

RESULTADO OU IMPACTO: Certamente que distorções do sistema de saúde, consolidadas ao longo de 10 anos com frases de reforço do tipo "não tem consulta na UBS, pode ir para a UPA", sem verificar a necessidade, tão pouco a urgência da demanda, não se revertem de uma hora para outra. Mas os resultados conseguidos nos primeiros anos, de 2014 a 2016, foram impactantes. Com este movimento foi atingida a meta de diminuição das demandas nas UPAs e o aumento das consultas na UBS. Em torno de 200.000 consultas por ano retornaram para a AB, algo perto de 20% do que era atendido nas UPAs, além do trabalho de acolhimento realizado pelas profissionais enfermeiras que implementaram a sistematização de enfermagem nas UBS, focada na criação de vínculo do usuário com sua UBS. Este demonstrativo era reforçado durante a prestação de contas na câmara municipal de vereadores, quando tomou vulto e transformou-se na linguagem do município. Podia-se ouvir nas ruas e até no supermercado, um usuário orientando o outro, "não procure a UPA se não é emergência, procure a tua unidade", dando até o nome de referência das enfermeiras das UBS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Uma rede municipal de saúde grande e complexa como a de Curitiba absorveu as mudanças com as estratégias utilizadas. A Sistematização da Assistência de Enfermagem tem sido utilizada como ferramenta que organiza o trabalho de enfermagem em nas portas de entrada para o atendimento aos usuários do SUS, fortalecendo o sistema de saúde e aumentando a segurança do paciente. Mas desafios ainda são visíveis, como sua implantação nas UPAs do município para além do uso de protocolos de priorização de atendimento para fortalecer o atendimento nas UPAs descentralizadas, assim como na utilização de instrumentos gerenciais para monitoramento, avaliação e para mostrar as evidências da efetividade da SAE em situações eletivas ou urgentes.

Palavras-chave: Gestão em saúde, Gerenciamento da prática profissional, Descentralização



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

A FRAGMENTAÇÃO NA DIMENSÃO DA LINHA DE CUIDADO

Wirley Quaresma da Cunha, Ingrid Fabiane Santos da Silva

Apresentação: A linha de cuidado é tida como a trajetória ou itinerário terapêutico que o usuário deve percorrer no sistema de saúde e, também como uma estratégia para reorganizar a atenção, já que esse fluxo do usuário deve ser orientado a fim de que ele consiga obter os cuidados adequados às suas necessidades. Isto porque as unidades isoladamente apresentam limitações, sejam elas técnicas, de recursos e de pessoal, para resolverem completamente todas as demandas que surgirem, alguns casos extrapolam os seus alcances e, para suprir esta necessidade existe a linha de cuidado e a possibilidade do compartilhamento do cuidado com outros dispositivos do sistema. A linha de cuidado faz parte da mudança da lógica assistencial que considera que a atenção à saúde não se limita aos serviços clínicos. Como prova disto enfatiza-se a incorporação de diversas instituições e setores que não estão diretamente relacionados à assistência na saúde nesta gama de serviços partícipes da produção do cuidado. Dessa forma, os serviços atuam em um mesmo sentido e de forma complementar, ademais nesta rede de cuidados nenhum dos componentes é tido como substituível, ou seja, em hipótese alguma a responsabilidade pelo usuário deve ser repassada. No entanto, em revisão bibliográfica realizada durante pesquisa de dissertação de mestrado, na qual buscou-se conhecer como a literatura acadêmica da Saúde Coletiva aborda o tema da fragmentação na saúde no âmbito assistencial, percebemos que alguns autores analisados apontam elementos problemáticos no que diz respeito ao trabalho compartilhando na rede, os quais nos detivemos neste trabalho. **Desenvolvimento:** Trata-se de uma revisão bibliográfica do tipo narrativa. O levantamento foi realizado em setembro de 2016 nas bases de dados MEDLINE, LILACS e SciELO, utilizando as palavras-chave “fragmentação” e “saúde”. Adotamos como critério de seleção: texto integral estar disponível online, ser escrito em língua portuguesa e ter como eixo temático o sistema de saúde brasileiro. Não delimitamos um período específico para as publicações pois buscamos abarcar amplamente as publicações sobre a temática. Ao todo, foram recuperados 249 artigos, sem excluir aqueles comuns a mais de uma base. Depois de realizada a leitura dos títulos e resumos de todos os textos foram excluídos os trabalhos que versavam sobre os serviços de saúde privados, a formação dos profissionais de saúde, a educação em saúde, políticas ou programas oficiais e sistemas de saúde estrangeiros, ficamos assim com uma amostra final de 56 trabalhos. **Resultados:** Percebemos nesta revisão que a fragmentação na dimensão da linha de cuidado ocorre, sobretudo, pela dificuldade de se estabelecer integração e cooperação entre os cuidados prestados



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

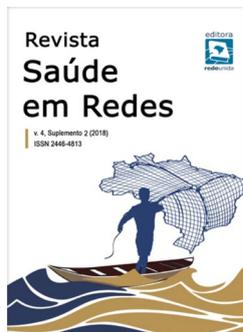
Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

pelos pontos da atenção. Na maioria dos casos relatados a responsabilidade pelo usuário é repassada para outras unidades quando a porta de entrada (serviço pelo qual o indivíduo adentrou no sistema) não consegue dar respostas suficientes, não havendo conseqüentemente o compartilhamento de responsabilidades pelo usuário. Vale destacar que o cuidado compartilhado na rede não se detém às ações curativas, mesmo assim percebe-se que a doença ainda é central na organização dos processos de trabalho, com fluxos pré-determinados e orientados para serviços e procedimentos (consultas, exames e internação) envolvendo principalmente as instituições de saúde. O indivíduo nessa situação é reconhecido por sua doença e não como sujeito singular, a linha de cuidado enquanto ferramenta de mudança da lógica assistencial deve ter como eixo as necessidades de saúde dos usuários, por isso deve unificar ações preventivas, terapêuticas e de reabilitação. As dificuldades para a efetivação do fluxo de cuidado adequado seriam resultantes principalmente da comunicação deficiente entre os serviços, seja pela ausência de tempo durante expediente para a realização de encontros e reunião para planejamento de ações conjuntas, como pela barreira geográfica que inviabiliza um canal de comunicação permanente. Além disto, os trabalhadores afirmam que outro elemento é a necessidade de superação do paradigma biomédico no âmbito assistencial, já que a linha de cuidado não se coaduna com esta lógica. Observou-se também que a preocupação maior em profissionais de saúde que compõem equipes multiprofissionais é a de garantir um fluxograma de serviços clínicos, porém, a linha de cuidado não deve se restringir a protocolos e fluxos pré-estabelecidos, ela difere dos mecanismos de referência e contrarreferência, apesar de incluí-las, exatamente por permitir a flexibilização na pactuação de fluxo entre os diferentes serviços, reorganizando os processos de trabalho. A extrema burocratização no cuidado na rede pôde ser sentida no controle do fluxo de usuários a partir de centrais de marcação de consulta, as quais seguem regras administrativas e não permitem a possibilidade de alteração pelos serviços. Em alguns casos, as centrais mediam a relação entre equipes de saúde da família e os serviços de outros níveis de complexidade, relação esta que se resume a preenchimento de impressos. Considerações: Constatou-se a necessidade de haver uma maior sincronia entre os serviços para a efetividade da atenção ofertada, implica dizer que deve haver um direcionamento comum, como o próprio termo “linha” parece indicar. A palavra não nos remete neste caso a algo que obedeça a uma lógica retilínea, mas que haja continuidade e confluência dos trabalhos prestados, isto se traduz naquilo que vem sendo chamado de projeto terapêutico comum. A fragmentação na linha de cuidado traz implicações diretas na qualidade da assistência e, conseqüentemente no atingimento do cuidado integral. Além disso, percebemos um enorme descompasso



entre o que fora preconizado no contexto da Reforma Sanitária e o que se visualiza no chamado SUS real, evidenciando que os esforços feitos no sentido da reestruturação no âmbito assistencial e da superação do modelo de atenção fragmentado de viés biomédico ainda não foram suficientes.

Palavras-chave: Fragmentação; Linha de Cuidado; Assistência à saúde.



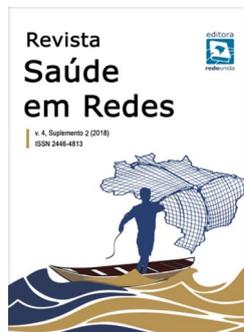
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

A FRAGMENTAÇÃO NA DIMENSÃO DA REDE ASSISTENCIAL DE SAÚDE

Wirley Quaresma da Cunha, Ingrid Fabiane Santos da Silva

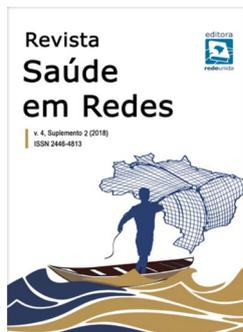
Apresentação: O modelo assistencial foi concebido para constituir-se na forma de sistema ou rede de serviços, visando a garantia do acesso e a resolubilidade das demandas em saúde. Deste modo, de acordo com os princípios do SUS, as ações e serviços de saúde devem ser organizados de forma hierárquica e regionalizada. Efetivamente, significa dizer que a atenção deve se estruturar em níveis de complexidade tecnológica crescentes (atenção básica, média e alta complexidade), com serviços dispostos em uma área geográfica delimitada e, possuindo uma população a ser atendida definida. No entanto, em revisão bibliográfica realizada durante pesquisa de dissertação de mestrado, na qual buscou-se conhecer como a literatura acadêmica da Saúde Coletiva aborda o tema da fragmentação na saúde, percebemos que vários dos autores analisados apontam elementos problemáticos no que diz respeito à rede assistencial de saúde. Nosso intento neste foi reunir os principais aspectos apontados pelos autores quando se referem à fragmentação no contexto da rede assistencial, a fim de auxiliar na melhor compreensão deste problema frequentemente mencionado na literatura. **Desenvolvimento:** Trata-se de uma revisão bibliográfica do tipo narrativa. O levantamento foi realizado em setembro de 2016 nas bases de dados MEDLINE, LILACS e SciELO, utilizando as palavras-chave “fragmentação” e “saúde”. Adotamos como critério de seleção: texto integral estar disponível online, ser escrito em língua portuguesa e ter como eixo temático o sistema de saúde brasileiro. Não delimitamos um período específico para as publicações, pois buscamos abarcar amplamente as publicações sobre a temática. Ao todo, foram recuperados 249 artigos, sem excluir aqueles comuns a mais de uma base. Depois de realizada a leitura dos títulos e resumos de todos os textos foram excluídos os trabalhos que versavam sobre os serviços de saúde privados, a formação dos profissionais de saúde, a educação em saúde, políticas ou programas oficiais e sistemas de saúde estrangeiros, ficamos assim com uma amostra final de 56 trabalhos. **Resultados:** A ideia de um sistema de saúde pressupõe uma boa articulação entre os seus componentes e os diferentes níveis de atenção, justamente pela interdependência e interrelação existente entre os seus dispositivos. No entanto, a partir da interpretação dos resultados obtidos foi possível perceber que a integração da rede assistencial não vem se concretizando, o que coloca em questão a característica organizativa essencial do SUS. A falta de articulação entre os serviços de saúde sem dúvida é um dos principais aspectos presentes nos estudos analisados ao se referirem à fragmentação na rede assistencial. Os autores afirmam que os



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

pontos de atenção à saúde estão dispostos de forma isolada e, as ações e serviços são desenvolvidos de forma desarticulada. Tais apontamentos evidenciam fragilidades da assistência que afetam sobremaneira a eficácia nas respostas às necessidades atuais, em que se destacam as condições crônicas. Uma das razões para a dificuldade de integrar os serviços e ações justifica-se, segundo alguns autores, pela lógica hierárquica que orienta a organização do sistema. Verifica-se que no atual modelo assistencial se destaca uma estruturação piramidal, com graus de importância variados, que aumentam proporcionalmente à complexidade tecnológica quanto mais se aproxima do topo. Assim, em virtude da valorização social dos serviços hospitalares e especializados, os serviços de menor densidade tecnológica – como os da Atenção Básica – são tidos como “mais simples”, o que prejudica o reconhecimento da necessidade de complementariedade na rede assistencial. Nesse sentido, cada nível hierárquico desempenha uma função específica, sendo atribuída única e exclusivamente à Atenção Básica a responsabilização pelo “coletivo”, enquanto os demais níveis cuidam da cura e da reabilitação. Em vista disto, a estratificação dos serviços de saúde é comparada à organização de um modelo de produção de cunho taylorista/fordista, no qual a racionalização dos processos produtivos é determinante para a eficácia e maximização da performance. De fato, há um desalinhamento claro entre os objetivos do sistema de saúde e o modo como a rede assistencial vem se delineando, isto pode se justificar pelo fato de a concepção biomédica estar ainda enraizada nos profissionais de saúde assim como na população, que reclama por serviços clínicos. Por outro lado, existe também um sistema de pagamento por procedimentos que corrobora uma atenção à saúde em que é incentivada a quantidade de intervenções ao invés da qualidade do cuidado. Nesta lógica assistencial, os pontos de atenção atuam separadamente e a comunicação entre eles se mostra deficitária. A desarticulação comunicacional e o fluxo de informações incipiente na rede assistencial são aspectos observados em várias pesquisas e, considerados obstáculos à continuidade da atenção. Em alguns casos, o compartilhamento de informações clínicas se restringia a guias de encaminhamento, laudos de exames ou então, o próprio usuário era a fonte de informação, situação que pode levar a erros, procedimentos desnecessários e reduzir a eficiência da atenção. Desta forma, o cuidado na rede assistencial não vem ocorrendo de forma compartilhada, ao contrário disto, impera a prática do encaminhamento, na medida em que a responsabilidade pelo usuário é repassada quando o serviço acessado não possui os recursos técnicos necessários para lhe atender. O usuário se vê em condição semelhante à de um consumidor ao ingressar em um estabelecimento que não oferece o produto ou serviço de que necessita, tendo de ir a outros lugares até encontrar o que deseja. Assim, não se constrói vínculo e o



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

usuário muitas vezes fica perdido no sistema. Como forma de garantir a longitudinalidade do cuidado é atribuída à Atenção Básica a responsabilidade pela coordenação do cuidado na rede de atenção. A AB seria a responsável por ordenar a atenção, estabelecer vínculo com o usuário e acompanhá-lo durante seu percurso no sistema de saúde. Segundo o relato dos autores estudados, isto não vem ocorrendo, a coordenação se resume muitas vezes à função burocrática dos encaminhamentos, repassando a responsabilidade pelo usuário e impossibilitando a continuidade e a longitudinalidade do cuidado. Considerações: Notadamente há uma lacuna entre o modelo de saúde projetado no contexto da Reforma Sanitária e a forma como ele se concretiza – o chamado SUS real –, isto se deve a uma gama complexa de fatores que foge ao propósito deste trabalho. As dificuldades concernentes à integração na rede assistencial têm consequências diretas na qualidade da atenção ofertada aos usuários. Os sistemas de saúde devem se organizar em consonância com as necessidades de saúde de uma população, o SUS surge exatamente em decorrência das reivindicações da sociedade brasileira por um modelo assistencial capaz de dar respostas adequadas às demandas de saúde. Todavia, as condições de saúde no Brasil vêm se modificando e, este modelo vem se mostrando incapaz de reagir satisfatoriamente a este novo quadro.

Palavras-chave: Fragmentação; Rede assistencial; Assistência à saúde.



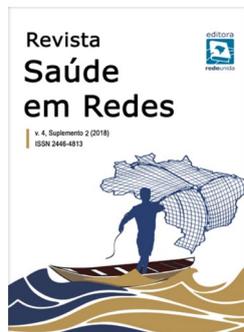
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

A GERÊNCIA DO CUIDADO NO ÂMBITO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: A IMPORTÂNCIA DA DOCUMENTAÇÃO DO USUÁRIO PARA A EFICIÊNCIA NA ASSISTÊNCIA

Risângela Patrícia de Freitas Pantoja, Cristiane Barbosa da Cruz, Joyce Gama Souza, Bárbara Paiva Lopes, Maria Clara Costa Figueiredo

Introdução: A gerência do cuidado de enfermagem compreende a articulação entre as esferas gerencial e assistencial que compõem o trabalho do enfermeiro nos mais diversos cenários de atuação. Ele visa realizar melhores práticas de cuidado nos serviços de saúde e enfermagem por meio do planejamento das ações de cuidado, da previsão e provisão de recursos necessários para a assistência e da potencialização das interações entre os profissionais da equipe de saúde visando uma atuação mais articulada. O cuidado indireto, apesar de ser uma ação voltada à organização e implementação do cuidado direto, ainda é pouco compreendido entre os enfermeiros como uma dimensão complementar do processo de cuidar. Com base nesse contexto, é preciso repensar o papel do gerente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), a fim de instrumentalizá-lo para as mudanças que são necessárias à implementação do modelo de atenção à saúde proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS). De modo a contribuir com a gerência do cuidado no contexto da UBS, realizou-se este estudo visando destacar a importância da documentação completa e legível dos usuários para a prestação de uma assistência eficaz nos serviços de saúde, bem como: I. Identificar os principais problemas relacionados à falta de documentos e carimbos das unidades de atenção básica. II. Identificar as implicações na prestação de uma assistência adequada aos usuários decorrente da falta de documentos. III. Informar aos usuários quanto à prestação de serviços mediante a documentação completa e correta. IV. Prevenir eventuais problemas relacionados à legibilidade e a falta de documentos. V. Planejar e confeccionar uma tecnologia educativa do tipo banner com informações pertinentes aos documentos necessários para o atendimento na unidade. **Desenvolvimento:** Durante as práticas acadêmicas foram identificadas algumas dificuldades constantes e rotineiras dos usuários da unidade que muitas vezes perdem procedimentos e atendimentos em decorrência da falta de informação. Foi realizada uma análise específica sobre a realidade da Unidade Básica de Saúde do Guamá, na qual foi diagnosticado um déficit acerca de informações importantes sobre os documentos necessários para a realização de procedimentos ofertados pela unidade, assim como de encaminhamento dos usuários para os serviços de saúde de média e alta complexidade, quando necessário. O problema foi identificado durante as práticas acadêmicas da atividade curricular de Gestão nos



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

serviços de saúde ocorrido na unidade, observou-se que muitos usuários deixavam de ser atendidos por não apresentar os documentos básicos para o atendimento no SUS, tais como: RG, CPF, Cartão SUS e comprovante de residência, e ainda, as cópias desses documentos anexadas à guia de encaminhamento, quando há a necessidade de ser referenciados a outros níveis de atenção, para consultas ou exames especializados. Além disso, outros problemas identificados no caso de pacientes referenciados para a UBS foram: a falta do carimbo da unidade nas guias de encaminhamento, provenientes de algumas Estratégias de Saúde da Família (ESF) e a ilegibilidade das cópias dos documentos apresentadas à unidade. A coleta de dados foi realizada no período de maio a agosto de 2017 na UBS do Guamá, inicialmente através de observações ativas e posteriormente por meio da aplicação de questionários direcionados aos usuários da unidade, possibilitando a construção de uma análise através de estudos teóricos, correlacionando-os com a realidade encontrada. Realizou-se uma visita técnica à unidade para a aplicação dos questionários pelo turno da manhã na área de espera da UBS onde, 40 pessoas responderam às perguntas referentes aos procedimentos da unidade que envolve a documentação e a orientação que deve ser prestada pelos profissionais que atuam na unidade. Diante do que foi supracitado uma das soluções proposta pelos acadêmicos para minimizar o problema foi a confecção de um instrumento, levando em consideração a linguagem verbal e não verbal com o objetivo de promover a equidade, visto que, existem usuários de baixa escolaridade matriculados na unidade. Diante disso, implementou-se, por meio de uma tecnologia de educação que permite a interação entre profissionais e usuários através da prestação de informações objetivando conscientizar os indivíduos a uma vida saudável. O banner foi planejado e desenvolvido visando destacar as informações consideradas mais importantes e necessárias relacionadas à documentação no atendimento e para a eficiência do mesmo. Foram destacados os documentos indispensáveis à qualquer atendimento na unidade e para matrícula, sendo eles: documento com foto; CPF; Cartão SUS; e comprovante de residência. Antes de realizar a matrícula, algumas especialidades têm suas especificidades, como: Programa saúde do idoso primeiro passar com assistente social para uma avaliação socioeconômica para identificar eventuais riscos. Atendimento por demanda espontânea. Programa de hipertensão e diabetes primeiro passar com a enfermeira para confirmar o diagnóstico. Planejamento familiar primeiro passar com a enfermeira para avaliação. Assistência de pré-natal exame de confirmação de gravidez. Programa de tuberculose e hanseníase primeiro passar com enfermeiro na sala de DT para confirmação do diagnóstico. Saúde da criança carteira de vacinação. Saúde mental primeiro passar com assistente social para avaliação. E, no caso dos encaminhamentos, deverão ser apresentados originais e cópias dos



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

mesmos documentos exigidos na matrícula juntamente com a guia de referência devidamente carimbada. Antes da implementação do banner e realização da ação educativa houve uma reunião com o gerente para esclarecer a importância daquele momento na execução do trabalho proposto. Sendo que o mesmo acompanhou o grupo na escolha do local onde o banner ficaria exposto. Resultados: Através dos dados coletado houve um posicionamento referente a situação evidenciando a necessidade de uma intervenção focada nos usuários onde através de ação educativa ofertada por acadêmicos de enfermagem com o auxílio do Banner as dúvidas acerca da documentação puderam ser sanada aos presentes na UBS, observou-se bastante curiosidade dos usuários em relação ao conteúdo do material exposto. Após a exposição do banner na recepção da unidade de saúde ocorreu significativa redução no índice de usuários cujos quais em decorrência da ausência de documentação completa e legível perdiam consultas e procedimentos ofertados pela unidade de saúde. Considerações finais: A falta de informação gera transtornos aos usuários que acabam perdendo seus procedimentos agendados, que são remarcados, provocando assim o enfrentamento de filas e constrangimentos que poderiam ser evitados. Diante desse cenário é necessário e de responsabilidade dos funcionários que trabalham na unidade orientar de forma adequada os usuários, esclarecendo suas dúvidas de acordo com as necessidades. Além disso, percebeu-se a importância do papel da gerência do cuidado no âmbito da atenção básica, porta de entrada ao Sistema Único de Saúde, uma vez que o cuidado não envolve apenas a assistência ao usuário, mas também tudo relacionado ao mesmo inclusive os instrumentos a serem disponibilizados para bem atendê-lo, havendo a necessidade de ofertar a informação adequada no momento propício.

Palavras-chave: Gerencia do cuidado; Gestão; Enfermagem



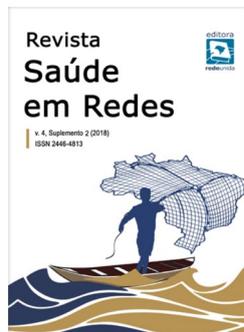
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

A GESTÃO DO CUIDADO COMPARTILHADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A CONSTRUÇÃO DE UMA LINHA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Dassayeve Távora Lima, Bianca Waylla Ribeiro Dionísio, Klivia Sibebe Távora Lima, Paulo César de Moura Luz

RESUMO: APRESENTAÇÃO: Este trabalho objetiva relatar a experiência de implantação de uma linha de cuidado em saúde mental por residentes em saúde da família, atuantes no Centro de Saúde da Família (CSF) Novo Recanto, em Sobral/CE, no período de março à outubro de 2017. A experiência em questão diz da construção da atenção compartilhada em saúde mental, através da pactuação de um itinerário assistencial que contemple a atuação multiprofissional na organização dos processos de trabalho da unidade de saúde. Sabe-se que a Atenção Primária à Saúde (APS) é o nível de atenção responsável pelo cuidado sanitário de um determinado território, devendo se orientar pelas necessidades de saúde de sua população adscrita. Na realidade brasileira do SUS, a APS ocupa um papel estratégico na organização das redes assistenciais à saúde, buscando atuar em consonância com os princípios da integralidade, resolutividade, longitudinalidade, e ainda, atuar enquanto porta de entrada e coordenadora do cuidado dos usuários na rede. Significa dizer que a APS é a base do cuidado em saúde, buscando contemplar as diretrizes da clínica ampliada e concebendo o usuário como sujeito biopsicossocial, inserido numa teia de relações existentes no território onde habita. No que diz respeito às demandas psicossociais, ressalta-se que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de um terço das demandas que chegam à APS apresentam componentes relacionados a questões de sofrimento psíquico, e enfatiza que a mesma seja a base dos cuidados comunitários em saúde mental. Ainda que a literatura reconheça a importância fundamental da integração da APS na atenção psicossocial, ainda é comum a concepção de que este seja um campo complexo demais para os cuidados primários, delegando-os aos serviços especializados e superlotando-os, muitas vezes, com demandas que poderiam ser manejadas de forma resolutiva pela atuação multiprofissional na APS, principalmente as que atuam sob o modelo da estratégia saúde da família (ESF), desde que exista um alinhamento entre as ações da equipe, e uma organização dos processos de trabalho dentro do serviço. Desse modo, por mais consensual que seja a importância do cuidado em saúde mental nos níveis primários da atenção, construí-lo na prática ainda configura-se como um desafio. Nesse sentido, este trabalho objetiva compartilhar a experiência de implantação e



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

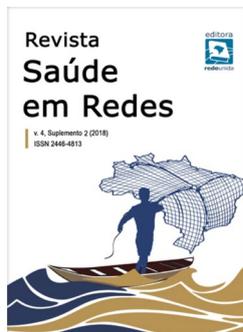
Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

organização do itinerário assistencial em saúde mental, em um CSF no município de Sobral/CE, bem como ações que tencionam realizar um alinhamento teórico-prático acerca do papel estratégico da APS na efetivação do cuidado comunitário em saúde mental. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Apesar da importância do cuidado em saúde mental na APS, principalmente no que diz respeito ao olhar da clínica ampliada, a assistência à pessoas em sofrimento psíquico neste nível de atenção ainda é incipiente. É comum encontrar equipes que se sentem inseguras ao lidar com essas demandas, e resumem o cuidado a prescrições medicamentosas e encaminhamentos a serviços especializados. No CSF Novo Recanto, a realidade não destoava com a da maior parte da APS no Brasil. O cuidado compartilhado era deficitário, pois sempre que surgia alguma demanda que se aproximasse da saúde mental, o caso era prontamente encaminhado para o psicólogo residente, desresponsabilizando o restante da equipe da gestão do cuidado deste usuário. Além dos encaminhamentos excessivos, e por vezes, desnecessários, havia grande dificuldade em compartilhar o cuidado com o restante da equipe, pois a organização dos processos de trabalho impediam momentos de atuação conjunta, seja para discussão de casos, interconsultas ou formulação de projetos terapêuticos singulares. Após um ano de atuação no serviço, compreendendo que aquele modelo de atenção em saúde mental instituído até então era precário, pouco resolutivo e fragmentado, a equipe de residentes levou a proposta de atenção compartilhada em saúde mental, propondo um novo itinerário assistencial. A proposta objetivou envolver os profissionais da equipe e trabalhar de forma multiprofissional, proporcionando a reorganização do trabalho, bem como promover os diversos olhares de núcleos distintos no sentido de ofertar um cuidado integral aos usuários. No primeiro momento, discutiu-se no formato de educação permanente em saúde, o papel da ESF no cuidado em saúde mental, bem como o seu caráter estratégico na efetivação da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Foram levantadas questões sobre as demandas mais frequentes e de que forma a ESF pode ser resolutiva na condução desses casos dentro do próprio território. Desse modo, foram estabelecidas linhas de cuidado e fluxogramas específicos no cuidado em saúde mental, atentando-se à classificações de vulnerabilidade dos casos e quais as intervenções que poderiam ser realizadas em cada um deles, e ainda, pactuou-se uma agenda mensal de atenção compartilhada em saúde mental. O fluxo seguiria então da seguinte forma: a demanda é identificada pelo agente comunitário de saúde, enfermeiro e/ou médico. Identificada a demanda, o caso seria agendado para o momento de acolhimento em saúde mental, que acontece duas vezes no mês (1º e 3º terça-feira do mês, no turno da tarde). Esses turnos são dedicados exclusivamente para demandas relacionadas à saúde mental, ou seja, ainda que não exista nenhum agendamento para atendimento



conjunto da equipe, o turno pode servir para discussão de casos e formulação de planos de cuidado para estes usuários. Este momento seria estratégico para a organização do cuidado em saúde mental na unidade, pois ele tem um caráter resolutivo, pedagógico, bem como atua no sentido de formulação de planos terapêuticos e orientador das demais estratégias de cuidado que o usuário demande. **RESULTADOS:** Após a implantação da linha de cuidado na unidade, desde março de 2017, a equipe relata ter mais unidade nas ações, e mais facilidade para a gestão dos casos. Houve ainda uma potencialização no cuidado longitudinal, tendo em vista que a discussão sistemática dos casos possibilita um olhar mais próximo da equipe. Importante ressaltar que depois da implantação das tecnologias de cuidado multiprofissional, as demandas compartilhadas com serviços de atenção secundária diminuíram consideravelmente, bem como encaminhamentos para atendimentos individuais para os profissionais de referência em saúde mental da unidade, permitindo uma melhor administração da agenda e possibilitando a realização de atividades mais diversas. A equipe também relata sentir-se mais confiante ao discutir e manejar os casos, mostrando a potência do apoio matricial e da atuação multiprofissional, que por si só se configuram como estratégias de educação permanente em saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A experiência aqui relatada tem se mostrado eficiente na resolução das demandas que têm surgido no território, e a sua socialização pretende oferecer recursos teóricos e práticos para a criação de novos modelos de cuidado que melhor se adequem a cada realidade de atuação. Em linhas gerais, esta experiência busca enfatizar a importância dos cuidados em saúde mental na APS, por meio da efetivação e instrumentalização de conceitos basilares da atenção psicossocial no contexto da ESF, tais como a integralidade, multiprofissionalidade, gestão do cuidado, longitudinalidade, resolutividade, acessibilidade, entre outros. Nesse sentido, mais importante que replicar esta experiência nos mais diversos contextos e locais de atuação, é priorizar arranjos assistenciais que possibilitem a efetivação destas diretrizes na organização dos processos de trabalho, compreendendo que existem caminhos diversos para a concretização destes princípios no cotidiano dos serviços.

Palavras-chave: Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde; Assistência Integral à Saúde.



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

A GESTÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA - PMAQ COMO INSTRUMENTO DE ENSINO SOBRE GESTÃO DA QUALIDADE

Fabiola Lima Goncalves

A Atenção Primária à Saúde - APS, é o centro da atenção à saúde dentro de uma rede, sendo responsável por até 80% da resolução dos problemas de saúde da comunidade. Assim, Este serviço precisa estar bem estruturado, para tanto o Ministério da Saúde implementou as ações da APS com uma avaliação de acesso, de qualidade, estrutura, processo de trabalho, neste sentido, uma atividade do módulo de gestão de serviços de saúde, do curso de enfermagem aplicou o instrumento de avaliação externa como forma de perceber a qualidade da estrutura da unidade de saúde de estágio. O objetivo era perceber que para que o serviço funcione é necessário muita articulação da gestão.

O PMAQ está organizado em três fases (Adesão e Contratualização, Certificação e Recontratualização) e um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento que compõem um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica que compõem um ciclo.

A avaliação externa é o momento no qual será realizado um conjunto de ações para averiguar as condições de acesso e de qualidade dos municípios e das equipes de atenção básica participantes do PMAQ. Busca reconhecer e valorizar os esforços e resultados das equipes e dos gestores municipais de saúde na qualificação da Atenção Básica.

O instrumento de avaliação externa para as equipes de atenção básica e saúde bucal está organizado em seis módulos, conforme o método de coleta das informações no Módulo I é feita a observação na Unidade de Saúde, para avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos.

Portanto, vamos exercitar essa etapa de avaliação a partir do instrumento disponível contemplando toda a estrutura necessária para um serviço de qualidade.

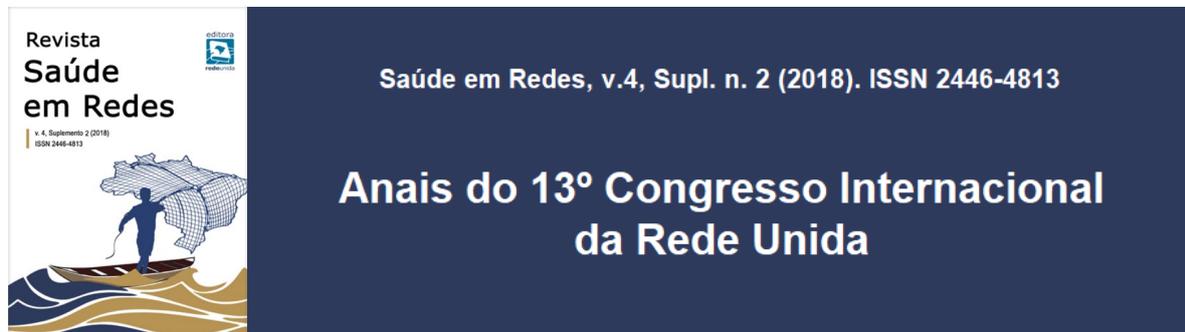
Passo 1: Discutir com os alunos sobre o Programa de Melhoria do acesso e da qualidade

Passo 2: Fazer a leitura e apresentação do instrumento

Passo 3: Divisão dos alunos em duplas para observação da estrutura da unidade

Passo 4: Após o tempo de 40 minutos as duplas retornam para a discussão da atividade

Passo 5: Fechamento da atividade pelo professor sobre a importância do reconhecimento da estrutura da unidade de saúde para a gestão de serviços.



O desenvolvimento da atividade foi demorado, visto que os estudantes, às vezes, tem dificuldade com iniciativa, ele foi aplicado a 8 turmas de 6 alunos, alguns também tiveram dificuldades sobre a nomenclatura de equipamentos e insumos, sendo então uma ótima oportunidade de conhecer todo o material e equipamento necessário para o funcionamento de uma unidade de saúde.

Os alunos relataram ao final no momento das discussões que não imaginavam que era tão alto o nível de exigência do PMAQ, que esse programa era muito importante, pois estimulava a gestão a seguir um padrão de qualidade, servindo para todo país. Assim, para que a Atenção Primária represente um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, que engloba a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação, constituindo a coordenação do cuidado do Sistema Único de Saúde a qualidade deve fazer parte do serviço.

A coordenação dos cuidados pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações relacionados à atenção em saúde de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum. Portanto, foi percebido que na Rede de serviços a Atenção Primária tem um papel chave na integralidade do cuidado articulada com a gestão, para tanto foi percebido que as unidades visitadas precisa de foco em algumas areas, para a melhorias, como a esterilização, sala de vacinas, acesso a informação aos usuários, entre outros.

Palavras-chave: gestão em saúde; atenção primária à saúde; PMAQ



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

A IMPLEMENTAÇÃO DA PNAPS NA APS

Kelly Lene Lopes Calderaro Euclides, Janie Maria Araujo Gonçalves Almeida, Fabricio Moraes Pereira, Andréa Cristina Marassi Lucas, Liliane Silva do Nascimento

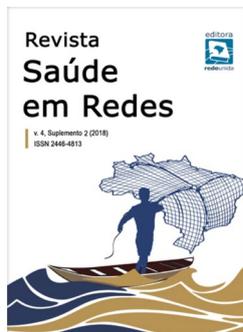
Apresentação: A Atenção Primária em Saúde (APS) se desenvolve no processo de gestão participativo, com atividades democráticas, trabalho em equipe, ativo em suas comunidades, assumindo a responsabilidade sanitária, em um processo dinâmico dentro das populações em que atuam. A APS caracteriza-se como forma de organização dos serviços de saúde que responde a um modelo assistencial com valores, princípios, e elementos próprios, buscando integrar todos os aspectos desses serviços, com perspectiva às necessidades de saúde da população. Em sua forma mais desenvolvida, a atenção primária é o primeiro contato com o sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde da população que a cerca. A APS busca equilíbrio entre as duas metas do sistema nacional de saúde: melhorar à saúde da população e proporcionar equidade na distribuição de recursos. Valoriza o que as pessoas consideram formas desejáveis de viver e o que esperam das suas sociedades, isto é, aquilo que às pessoas valorizam, constituem parâmetros importantes para o processo de gestão no setor da saúde. Vemos que sua base está na Política Nacional de Promoção em Saúde (PNaPs), que traz a sua renovação, para ir além dos objetivos da cura e prevenção. A APS visa buscar a promoção da saúde, sem esperar que a doença ou males acometam os indivíduos, almejando alcançar seu objetivo, que é estabelecer estratégias que promovam o bem estar individual e da população que cerca a unidade de saúde. Assim, a avaliação de quanto a PNaPs é conhecida por profissionais de unidades de saúde, que atuam na atenção primária, é fundamental em seu processo de execução, visto que este deve ocorrer de maneira difusa e descentralizada, com envolvimento da equipe, multiprofissionalismo, e sobretudo, protagonismo de todos os envolvidos no processo. Neste contexto, este estudo tem como objetivos avaliar se a PNaPs realmente está sendo implementada; se esta traz participação social, empoderamento, autonomia de todos os atores envolvidos no processo, iniciando sua apropriação pelos funcionários das unidades de saúde. **Desenvolvimento:** A pesquisa foi realizada na cidade de Benevides – PA/Brasil, região metropolitana de Belém, capital do estado do Pará. Benevides conta com aproximadamente 58.000 habitantes. Possui 15 unidades básicas de saúde, 01 unidade de urgência e emergência, 01 academia de saúde. A coleta de dados foi consolidada através de entrevistas à profissionais da unidade de saúde Santos Dumont, no bairro Santos Dumont, em dezembro de 2016. Esta unidade conta com duas Estratégias Saúde da Família (ESF) e os serviços preconizados pelo Ministério



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

da Saúde. Os critérios de inclusão para participação na pesquisa foram: profissionais que atuavam na unidade a mais de um ano, que estivessem na assistência direta a população e que aceitaram participar da pesquisa, com assinatura de TCLE. A pesquisa foi realizada de acordo com Resolução CNS 466/12 com parecer 2.283.867 do CEP. Resultados: O conhecimento da PNaPs, por gestores e funcionários das unidades, é fundamental para que a implementação desta política aconteça, visto que o processo de gestão está diretamente ligado ao gerenciamento dos serviços de saúde, e por consequência à implementação desta política. É vital na APS que a PNaPs seja vista, por seus profissionais, como um compromisso com seus usuários, visto que promover à saúde é a base de uma APS eficaz, que está comprometida com sua comunidade. Trata-se do primeiro acolhimento aos usuários de uma APS, pois esta é a porta de entrada dos mesmos. A PNaPs propõe a participação e protagonismo de todos os envolvidos no processo, sendo este um dos princípios da referida política. As particularidades da promoção em saúde devem estar claras aos funcionários da unidade, não podendo ser confundida com prevenção ou assistencialismo, como foi relatado por uma funcionária da unidade ao responder a pergunta se ela conhecia a PNaPs. A mesma respondeu que a promoção significa melhoria na qualidade de vida da população atendida na unidade. Vê-se que a apropriação da política não é clara e/ou não se tem. Contudo quando foi perguntado qual a aplicabilidade da política na rotina da unidade a funcionária relatou que funciona como uma proposta de reorganização dos serviços de saúde - que é pertinente - e completou que é uma necessidade de melhoria da qualidade de vida da população. A funcionária vê a política de promoção de saúde como uma proposta em reduzir a vulnerabilidade e riscos da população, e aumento de resolutividade ainda na primeira instância do serviço. Outro questionamento a ser considerado é que a aplicabilidade da PNaPs, pode ser interpretada de outras maneiras, fugindo à sua essência. É o que foi visto na resposta do gestor, quando submetido ao questionário. Ele se refere a PNaPs como uma política de desenvolvimento, e que a unidade sobrevive da política. Aqui se vê, por parte do gestor, um grande desconhecimento do conteúdo da política, demonstrando um olhar administrativo na gestão da unidade, fugindo ao que se propõe o setor saúde em sua essência. Este fato fica bem evidente quando associa a aplicação da PNaPs com a “satisfação do cliente”. Diante deste cenário, fica evidente que conhecer a PNaPs deve estar intrínseco à realidade da equipe da unidade, para que a eficaz e eficiente implementação de sua política na APS conduza à mudanças de conduta no tratamento dos pacientes, com ações que vão além da cura de doenças, mas que tendem a alcançar à saúde completa do indivíduo, considerando os determinantes de saúde que compõe este universo. Considerações finais: Destacamos que a promoção da saúde deve ser retomada no



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

SUS como estratégia de mudança de modelo de atenção. É imprescindível o conhecimento dos conceitos e objetivos da PNaPs. Os seus objetivos e diretrizes devem ser construídos observando o setor saúde como um todo. Às suas potencialidades devem ser conhecidas e aplicadas para que sua efetivação seja concreta, realizando de forma plena o escopo para qual foi criada. Para que isto aconteça à equipe da APS deve, primeiramente, ter conhecimento da existência da política; seu conteúdo deve ser absorvido pelos funcionários da unidade para que ocorra real compreensão. Vale ressaltar que a política de promoção da saúde deve contemplar como contexto a determinação exercida por vários elementos e estruturas, entre eles os políticos, os sociais, os econômicos, os culturais, os subjetivos e os objetivos na produção social da saúde. A real implementação da PNaPs concretiza o seu principal objetivo que é uma nova concepção, um novo modelo de atenção à saúde. Uma estratégia de produzir saúde, com ações que venham alcançar o tão esperado conceito ampliado de saúde. Seu objetivo é buscar estratégias para a execução de políticas públicas, o que traz a melhoria nas condições de saúde e conseqüentemente, melhoria de vida da população. E a APS é a principal executora deste processo em sua comunidade.

Palavras-chave: Promoção em Saúde; Atenção Primária; Saúde Pública



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

A LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO A PARTIR DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)

Juliana Gagno Lima, Ligia Giovanella, Márcia Cristina Rodrigues Fausto

Apresentação: A qualidade da Atenção Básica (AB) pode ser avaliada por meio do exame da efetivação dos atributos de uma Atenção Primária à Saúde (APS) robusta, conforme definição de Starfield: primeiro contato, longitudinalidade, abrangência/integralidade, coordenação, orientação para a comunidade, centralidade na família e competência cultural. O recorte deste trabalho foi o atributo da “longitudinalidade”, que se refere à responsabilidade da equipe pelo usuário ao longo da vida, através da qual a APS cumpre sua função de fonte regular de cuidados por meio da organização do serviço e do fortalecimento da relação entre profissional e paciente (Starfield, 2002; Macincko et al., 2003). Tal atributo se relaciona diretamente com o vínculo, elemento fundamental para a garantia do cuidado contínuo e integral. Para analisar o atributo longitudinalidade utilizou-se dos dados secundários do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), ciclo 1, realizado em 2012. Para tal, considerou-se os seguintes componentes: “continuidade da relação profissional-paciente” (oferta de cuidado nos diferentes ciclos de vida e organização do serviço que permita acompanhamento ao longo do tempo) e “qualidade da relação profissional-paciente (vínculo estabelecido na relação entre profissional-paciente)”. O estudo teve por objetivo principal analisar a efetivação do atributo da APS “longitudinalidade” na prática das equipes de Atenção Básica segundo Tipos de Regiões de Saúde.

Desenvolvimento do trabalho: O PMAQ-AB foi estruturado para induzir a qualidade da AB, conforme as diretrizes propostas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Portanto, constitui-se em importante fonte de pesquisa em avaliação (Pinto, Sousa, & Ferla, 2014), cujos dados são utilizados neste estudo, com o objetivo de avaliar a longitudinalidade. O estudo consistiu em um estudo descritivo transversal baseado em dados secundários de acesso público do ciclo 1 (2012) do PMAQ-AB, considerando-se um total de 13.749 Unidades Básicas de Saúde, 16.541 Equipes de Atenção Básica e 65.391 usuários. Tal análise foi desenvolvida em dissertação de mestrado em saúde pública da ENSP/FIOCRUZ, defendida no ano de 2016. Foram selecionadas variáveis, a partir da revisão de literatura e do exame dos instrumentos do PMAQ-AB: observação na UBS (modulo I), coordenador da equipe (módulo II) e usuários (módulo III), com auxílio da equipe de pesquisadores Regiões e Redes – Dimensão APS. Ainda que a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS) seja



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

de jurisdição municipal, para que se constitua na base de uma rede de atenção orientada pela APS, não pode estar isolada da perspectiva regional com suas heterogeneidades. Logo, a efetivação dos atributos foi analisada segundo grupos de regiões de saúde, de acordo com Tipologia previamente desenvolvida pela pesquisa Regiões e Redes: Região tipo 1 – baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços; Região tipo 2 – médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços; Região tipo 3 – médio desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços; Região tipo 4 – alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços; e Região tipo 5 – alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços.

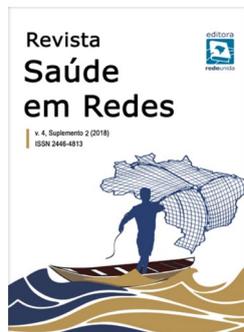
Resultados e/ou impactos: Qualificar a organização da assistência na AB por meio do atributo longitudinalidade significa desenvolver ações como: manter os registros atualizados e completos, identificar e priorizar os casos mais graves e grupos de risco, planejar condutas diferenciadas no caso de intercorrências, realizar acompanhamento de todo o conjunto de ciclos de vida, além de utilizar instrumentos com foco na comunicação e participação do usuário. De acordo com os resultados do estudo, pode-se observar que os indicadores da continuidade relação profissional-paciente revelaram dificuldades na organização do serviço como rotatividade de profissionais (somente 43,4% dos profissionais atuam 3 anos ou mais na equipe) e baixo resgate do histórico de atendimento ou busca ativa dos usuários (48,1% dos profissionais lembram-se do que aconteceu nas últimas consultas; e 42,9% dos profissionais afirmam que quando os usuários interrompem o tratamento por algum motivo ou não comparecem à consulta na UBS, os profissionais os procuram para saber o que aconteceu e retomar o atendimento). Resultados mais satisfatórios foram observados nos marcadores de hipertensão e puericultura (87,8% dos profissionais afirmam que nas visitas domiciliares, os ACS realizam a busca ativa de hipertensos faltosos; e 64,2% relatam que a equipe fez uma visita à criança com até sete dias de vida). Os resultados sobre qualidade da relação profissional-paciente (vínculo) mostraram que usuários não podem escolher sua equipe de atendimento (somente 24,1% dos usuários respondeu positivamente à possibilidade de escolha). Eles se mostraram satisfeitos quanto ao tempo para falar sobre suas preocupações. Porém, quando perguntados sobre acesso o profissional após a consulta e sobre sentir-se a vontade para falar sobre suas questões, os percentuais são menores (62,6% dos usuários sempre têm facilidade de tirar dúvidas). Melhorias de comunicação durante a consulta favoreceriam a qualidade da relação profissional-paciente. Apesar das limitações encontradas em todos os grupos de saúde, os melhores resultados foram observados nas equipes Região 1, um comportamento incomum em relação aos



demais atributos. Isso nos sugere que vínculo e continuidade do cuidado estariam sendo mais bem trabalhados nas regiões menos desenvolvidas.

Considerações finais: Os resultados da continuidade da relação profissional-paciente e qualidade da relação profissional-paciente foram inadequados. Em geral, os resultados foram satisfatórios apenas quanto ao tempo das consultas (médico e enfermeiro) para o usuário falar sobre suas preocupações e quanto à busca ativa dos usuários com hipertensão. Melhorias são necessárias para a efetivação da longitudinalidade, que variam desde fatores da organização do serviço (como qualidade dos registros e visita de puericultura); outros dependem de questões mais abrangentes e muitas vezes, tripartite, como a fixação de profissionais e melhores condições de trabalho; e outros são influenciados pela construção da relação profissional-paciente, como acessibilidade ao profissional após a consulta. Em resumo, os indicadores com padrão bom concentraram-se no tempo suficiente da consulta e busca ativa de hipertensos faltosos pelos ACS e dentre os piores indicadores destacaram-se as questões de escolha da equipe e de continuidade do cuidado (alta rotatividade dos profissionais, profissionais não lembram o que aconteceu em consultas anteriores e escassa busca ativa). No âmbito da relação profissional-usuário, percebeu-se resultados por vezes mais positivos nas regiões menos desenvolvidas, e no que depende de ações mais sistêmicas e estruturais os resultados foram superiores nas regiões mais desenvolvidas.

Palavras-chave: atenção básica; avaliação em saúde; continuidade da assistência ao paciente



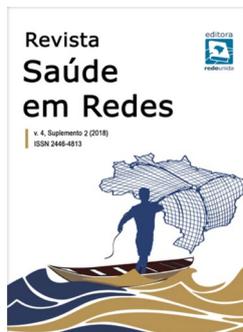
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE COMO DIREITO DE CIDADANIA E SEUS ENTRAVES PERANTE O CAPITAL

Rosângela de Fátima Ribeiro Costa

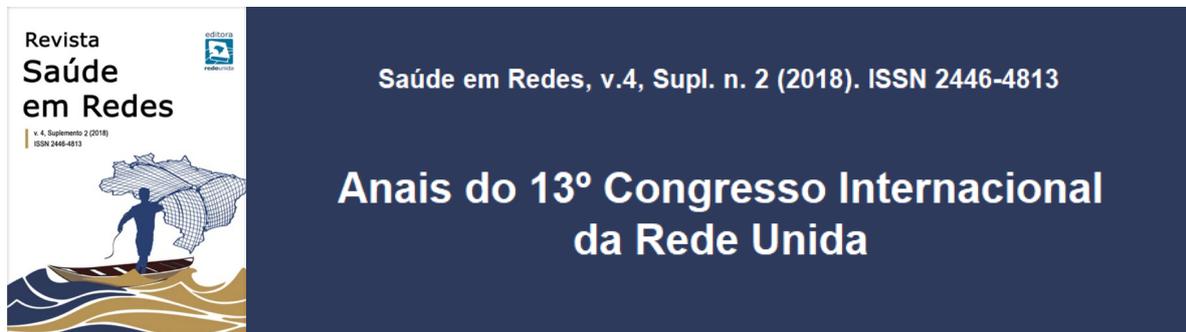
O presente trabalho apresenta uma síntese da política pública de saúde no Brasil a partir da Constituição Federal de 1988 que traz a saúde como um direito de todos e dever do Estado, sendo está garantida por meio de políticas sociais e econômicas que buscam contribuir para redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. O objetivo central é apresentar a saúde como direito de cidadania e quanto o Estado Brasileiro minimiza esse direito em uma estratégia política permanente de desmonte da saúde pública com a transferência de recursos estatais para o setor privado e, conseqüentemente, a sociedade vivencia uma “desproteção” com um Sistema Único de Saúde (SUS) fragilizado, precarizado, terceirizado e com um sub financiamento de suas ações. O trabalho é fruto de uma pesquisa bibliográfica com textos e leis correlatos para oferecer uma sustentação teórica de como a saúde brasileira caminha para um processo de desmonte, com o setor privado se contrapondo as lutas sociais por direitos de cidadania. A luta por direito a saúde no Brasil ganha impulso com o movimento de Reforma Sanitária nos anos 70 que defendia uma saúde pública, e se fortalece com as conferências nacionais de saúde, em especial a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 que desempenha um papel fundamental para se avançar com propostas de uma saúde pública para todos. Suas diretrizes ganham espaço na formação da Constituição Federal em 1988 com propostas de descentralização das ações, atendimento integral e participação social como direito de cidadania e posteriormente com a Lei 8.080/90 com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS. A proposta inicial era de um sistema único universal de saúde de alta qualidade, estatal e de direito público, com objetivo de oferecer promoção em saúde e prevenção das doenças com as ações sendo oferecidas de forma descentralizada com uma política democrática e com a participação da sociedade. Após 29 anos da Constituição Federal a saúde pública ainda apresenta sérias dificuldades para sua efetivação. Não se pode esquecer que a CF/88 foi aprovada em um contexto de transição democrática apresentando ainda um caráter conservador, deixando claro em seu Art. 199 a assistência à saúde como livre a iniciativa privada e foi mantida na Lei 8080/90 em seu Art. 4 § 2º que a participação da iniciativa privada poderá acontecer em caráter complementar. Desta forma, a assistência à saúde fica livre ao capital estrangeiro como moeda de rentabilidade abrindo portas para os planos de saúde e hospitais particulares tão em voga no



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

período atual incentivando a maioria da população a possuir um plano privado de saúde, passando a desistir de um direito constitucional garantido a todos. Vale lembrar, que o incentivo a privatização começou nos anos 90 em um contexto de política neoliberal com o então presidente Fernando Collor de Melo. O neoliberalismo defende a redução das ações do Estado, minimizando os direitos sociais e incentivando a privatização como base para o desenvolvimento. Os governos posteriores, seguiram o mesmo ritmo com as contrarreformas do Estado e a criação das Organizações Sociais (OS) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP). Tal modelo de privatização e filantropia que foi disseminado, representou redução nas ações do SUS, resultando gradativamente na diminuição da obrigatoriedade do Estado em garantir os direitos sociais conquistados e o total enfraquecimento do Estado em relação ao gerenciamento da saúde pública. Assim sendo, a política neoliberal ganha força e avança para redução dos serviços públicos que são dever do Estado para com a sociedade. Não sendo diferente com a gestão da saúde pública, que nas últimas décadas tem passado por sérios prejuízos, passando do setor público para o privado de forma discreta com propostas de inovação com as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, as Organizações Sociais e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH que estão vinculadas aos hospitais das Universidades Federais. Desta forma, a gestão da saúde pública passa a atender grupos privilegiados do capital alcançando ainda a classe trabalhadora da saúde com a precarização e a não garantia de estabilidade trabalhista com a aprovação do projeto de lei 4330/2004 que ficou paralisado no Congresso Nacional por 10 anos sendo aprovado em 2015 e que permitiu que todas as atividades das empresas públicas possam ser terceirizadas. O que garante a contratação de serviços privados pelos gestores municipais como forma de garantir os direitos sociais, justificando uma redução de custos que não chega a ser percebida nos serviços terceirizados oferecidos a população. Não se pode negar que a o espaço político atual caminha cada vez mais em passos largos para um Estado mínimo de direitos, continuando e ampliando a forma do neoliberalismo que nasceu no Brasil nas décadas passadas. Enfrentar os problemas do SUS hoje, exige uma política seria com responsabilidade e compromisso por parte do Estado e da sociedade civil que deve entender o SUS como direito conquistado de cidadania a todo e qualquer cidadão. Para tanto, a participação social deve ser garantida e efetivada como espaços de luta para sobrevivência do SUS como política social para todos e não como política para pobre, que mantém privilégios para grupos políticos que articulam estratégias para burla a constituição em troca de favores políticos. A gestão do SUS deve ser respeitada como preconiza a Lei 8080/90 com a descentralização de suas ações e a participação da sociedade de forma efetiva com



a universalização, e a integralidade de suas ações tendo a iniciativa privada de forma complementar, jamais como responsável direto pelas ações do Estado. Para tanto, a gestão pública que se apresenta nos dias atuais mostra-se inoperante, ineficiente, descomprometida com as demandas do SUS delegando ao setor privado seu gerenciamento que apresenta uma gestão centralizadora e com um caráter de exclusão de serviços, tentando levar para a sociedade a responsabilidade do Estado. Deve-se pensar que essa nova forma de gestão está de acordo com as contra reformas do Estado que insiste em passar a falta de recurso público como entrave para efetivação do SUS precarizando a saúde pública e provocando um desmonte constante em troca de favores ao capital privado minimizando a saúde como política pública conquistada.

Palavras-chave: Saúde; Gestão; Política Pública.



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

A REDE PARTEIRAS ENGRAVIDA A REDE CEGONHA E PEDE PASSAGEM ÀS PICS

José Guilherme Wady Santos, Suelen Trindade Corrêa, Ricardo Luiz Narciso Moebus

Temos como ponto de partida uma pesquisa nacional (Rede de Avaliação compartilhada: Avalia quem pede, quem faz e quem usa - RAC – 2013/2016) que avaliou os processos de produção do cuidado nas “Redes Temáticas do SUS”. Na cidade de Bujarú (PA) – um dos campos na Região Norte -, nos voltamos para a “Rede Cegonha” (RC) e, mais precisamente, para o que chamamos de “Rede Parteiras” (RP). A RP é uma rede de cuidado tecida por parteiras tradicionais, protagonistas do agir cotidiano naquele campo, e que se incorporou ao processo avaliativo desenvolvido pela pesquisa e, conosco, produziu um mundo para além do instituído na RC. A despeito das “Redes Temáticas”, da RC e tantas outras estratégias governamentais implantadas até então, as parteiras tradicionais seguem realizando seu trabalho cuidadoso, cotidiano, solidário e incalculável. Não medem esforços na defesa da vida de qualquer um, com baixo ou nenhum reconhecimento oficial, governamental, quando não desqualificadas ou até perseguidas pelos discursos e práticas profissionais “oficiais”. A arte de partejar ainda é desconhecida e mal compreendida por gestores e profissionais de saúde, sendo, portanto, muitas vezes diminuída ou até ignorada. Elas, “mães de umbigo”, “pegadoras de menino”, não só produzem cuidado, mas ao fazerem carregam um conjunto de conhecimentos sobre a saúde da mulher e o corpo gravídico que passa pelo movimento político de reconhecimento e valorização do que é ser parteira tradicional e como isso vai se construindo e desconstruindo. São esses cuidados, que também incluem toda comunidade ao seu entorno, que envolvem uma série de práticas fundadas em um conhecimento adquirido por meio de gerações, experiências seculares e até milenares, que abarcam rezas e mezinhas, cantigas e rodas, cultivo de plantas e ervas medicinais extraídas da floresta, e que são manipuladas como em um laboratório farmacológico, servindo como insumos na preparação de diversas substâncias naturais, administradas para toda ordem de problemas de saúde. Desse modo, temos o objetivo de, a partir do que foi produzido na RAC e, agora, por meio do Observatório do parto criado a partir dessa experiência, pautar a arte de partejar como uma Prática Integrativa e Complementar no SUS (PICS). As parteiras tradicionais se colocam como “guias” a nos conduzir por sua “caixa-corpo”, produtora de sabedoria, muito mais do que uma caixa de ferramenta conceitual, pois são saberes insurgentes que vazam qualquer prescrição racional, regulamentada, padronizada e normatizada. São saberes, por assim dizer, desobedientes àqueles



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

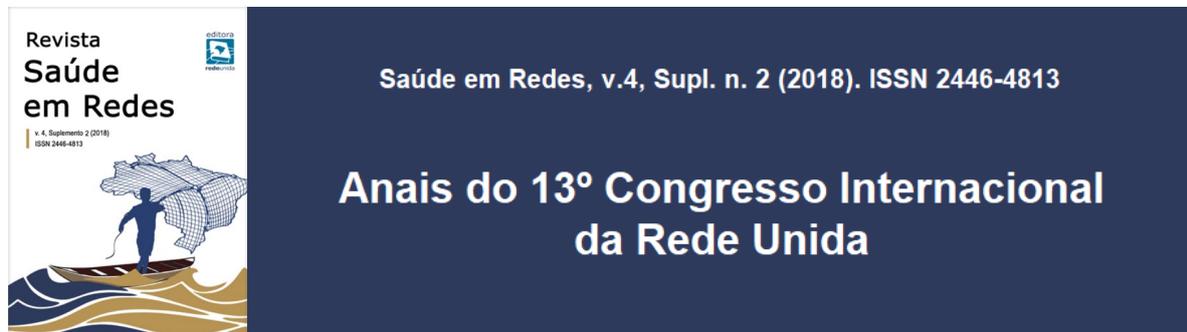
Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

que pautam na ordem do dia o saber técnico científico como único saber válido e absoluto na produção do cuidado-vida. Durante nossa experiência, temos buscado formas que nos permitem olhar a arte de partejar pensando um método coerente com essa prática, construída na absoluta aceitação do outro como interlocutor válido e protagonista, no acolhimento, na relação de confiança mútua e na solidariedade. Assim, a produção se configura como uma aposta coerente e desafiadora, a partir do encontro como método e da perspectiva do pesquisador “in-mundo”. Em nossas andarilhagens e conversações, temos vivenciado as conexões com as redes vivas presentes nos territórios existenciais tecidos pela RP e feito o constante exercício de perceber os sinais que vêm desses territórios, os sinais das matas, dos ramais, dos quintais e dos igarapés. Considerando a arte de partejar e todo o conhecimento nela envolvido, bem como o seu intercruzamento com as políticas oficiais de saúde da mulher, produzida pela RP no território da pesquisa, ainda é notória a ausência de uma abordagem que desloque o olhar marcadamente biomedicalizante e tecnicista para uma produção do cuidado que se faça a partir de uma abordagem perspectivista (abole qualquer pretensão de verdade absoluta), antropofágica (cuidado que dedica, interessa e transmuta-se pela alteridade no outro) e simétrica (reconhecimento de todos os modos de produzir vida e saúde, com intercambialidade entre os que desse processo fazem parte). Os profissionais do campo da saúde, ao se envolverem com a RP, não têm considerado a possibilidade de vivenciarem uma produção de cuidado que coloque em jogo a etnomedicina e a biomedicina, um encontro no qual outros saberes e racionalidades, que não os científicos, operam com grande potência a produção de vida, com sentido, autonomia, saúde e cuidado. Como podemos pensar a partir da condução de um parto por uma das parteiras-guia de nosso campo que, desde o pré-natal, trabalho de parto e pós-parto, lança mão de uma série de saberes (manipulação de ervas, raízes, cantos e ritos) na produção do cuidado à mulher e ao bebê. Quando nos referirmos ao sistema, temos que a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) produziu algumas invisibilidades, pois na discussão e institucionalização das práticas “complementares” em saúde, deixou de considerar a perspectiva da saúde simétrica, que tenciona, inclusive, a dicotomia “principal-complementar” presente em seu bojo. A partir disso, cabe-nos perguntar qual prática de saúde é complementar nesse caso? Qual é a principal? Nesse caso, a biomedicina não estaria como uma prática complementar e a medicina tradicional como prática principal? Trata-se de uma “intermedialidade”, a exemplo da zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde, em seus encontros relacionados à saúde, doença e morte. A arte de partejar e todos os conhecimentos envolvidos na prática desenvolvida por parteiras tradicionais seguem produzindo o cuidado em uma dimensão horizontalizada e transversal, contaminando



os saberes assépticos e desafiando qualquer tipo de verdade que se pretenda absoluta. Constroem sua autonomia e afirmam seu protagonismo de diversas formas, desde o cuidado “marginal” às mulheres, crianças e comunidade em geral, que vão cada vez mais se transfigurando e se incorporando em seus modos de existência, muito embora ainda careçam de reconhecimento da validade e eficiência de seus saberes. A PNPIC precisa rediscutir o que considera saberes válidos e trazer à luz uma série de saberes como o das parteiras tradicionais, que têm sido vistos a partir de uma perspectiva assimétrica. Defendemos, portanto, a perspectiva do cuidado simétrico, como o reconhecimento de todos como produtores de cuidado, que também têm suas próprias formulações de modos de vida e saúde. A RP traz um campo de intervenção dispersa e simétrica que tangencia a RC e, por conseguinte pede passagem para às PICS.

Palavras-chave: Rede Cegonha; PICS; Parteiras Tradicionais; Rede Parteiras



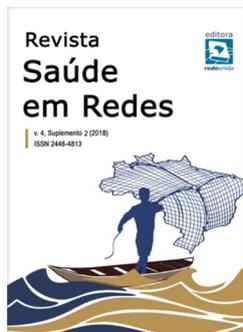
A SAÚDE MAIS PERTO DAS COMUNIDADES RIBEIRINHAS: GESTÃO COMPROMETIDA COM A EFETIVAÇÃO DO SUS NO MUNICÍPIO DE TEFÉ-AMAZONAS.

Elizete Souza de Azevedo, Maria Adriana Moreira

Introdução: O presente trabalho trata-se do rearranjo organizacional da gestão como uma alternativa para melhor descentralizar os serviços de saúde, garantindo o atendimento às populações menos favorecidas, além de permitir a reintegração social de pessoas preteridas pelo isolamento geográfico. O objetivo da gestão foi redefinir o arranjo organizacional da Equipe Saúde da Família Ribeirinha-ESFR do município, visando ampliar e qualificar o acesso das populações ribeirinhas, dispersas e distante da sede. A cidade de Tefé é um município do interior do Estado do Amazonas, banhada pelo Rio Solimões, pertence à Mesorregião do Centro Amazonense e Microrregião do Triângulo.

Desenvolvimento: Primeiramente foi realizado quatro (4) projetos de adequação da Equipe Ampliada de Saúde da Família Ribeirinha com o objetivo de implementar as ações da Atenção Básica em sua integralidade como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde-SUS. Foram selecionados as quatro (4) equipes Estratégias Saúde da Família-ESF que atuam diretamente nas comunidades ribeirinhas, sendo que uma (1) era equipe Estratégia Saúde da Família com Saúde Bucal, duas (2) eram equipes Estratégia Saúde da Família-ESF e uma (1) era equipe Estratégia Saúde da Família Ribeirinha-ESFR tradicional. Com a adesão ao programa mais médico a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) de Tefé conseguiu disponibilizar de profissionais médicos atuando junto às comunidades ribeirinhas bem como os demais profissionais que compõem a equipe. Os projetos para adequação das equipes possibilitou redesenhar o território, ampliar o número de comunidade, profissionais de nível fundamental (ACS), nível técnico (técnico de enfermagem) e nível superior de cada equipe, visando fortalecer a difusão de informação, proporcionar encontro com os moradores e futuros cidadãos que faz uso do sistema, promover a prevenção em saúde e desenvolver a responsabilidade da população para uma melhora da qualidade de vida das comunidades ribeirinhas de Tefé e áreas limítrofes.

Considerando as características geográficas de território (vasta rede hidrográfica e grande extensão territorial) assim como, a dispersão da população em localidades de difícil acesso, o município de Tefé no afã de atender aos princípios da universalidade e da equidade no acesso ao Sistema Único de Saúde – SUS buscou-se a adequação do serviço através do arranjo organizacional para operacionalizar as equipes



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

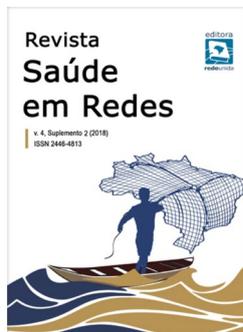
Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

ribeirinhas para a efetiva realização de ações regulares da Atenção Básica de maneira integral às populações. Para a realização de tais atendimentos, fez-se necessário um arranjo organizacional logístico complexo, incluindo a previsão dos custos para a disponibilização das unidades de apoio e as embarcações para o transporte dos profissionais e a permanência dos profissionais no local, assim como instalações para realizar os atendimentos.

Com a nova territorialização as equipes foram definidas com o número de unidade de apoio e embarcações diferentes. A ESFRSB área 10 corresponde ao baixo rio Solimões, lago do Jutica e lago do Catuá - fora mapeada com quatro (4) Unidade de Apoio, sendo uma (1) na Comunidade Bela Conquista, uma (1) na comunidade Porto Nazaré, uma (1) na comunidade do Jutica e uma (1) na comunidade Nova Sião e, quatro (4) pequenas embarcações, a ESFRSB área 11 corresponde ao baixo rio Solimões, lago do Caiambé e rio Caiambé - fora mapeada com três (3) Unidade de Apoio, sendo uma (1) na comunidade Severino, uma (1) na comunidade Cairara e uma (1) na comunidade São José do Igarapé Açú e, quatro (4) pequenas embarcações, a ESFRSB área 14 corresponde ao Lago de Tefé, Paranã de Tefé e Costa de Tefé - fora mapeada com quatro (4) Unidade de Apoio, sendo uma (1) na comunidade Missão, uma (1) na comunidade São Luiz do Macarí, uma (1) na comunidade Santa cruz e uma (1) na comunidade Nossa Senhora do Perpetuo Socorro e, quatro (4) pequenas embarcações e a ESFRSB área 19 corresponde ao rio Solimões - fora mapeada com duas (2) Unidade de Apoio, sendo uma (1) na comunidade Santo Isidoro e uma (1) na comunidade São Benedito e, duas (2) pequenas embarcações. Cada unidade de apoio tem um território de abrangência delimitado pela gestão com o apoio de alguns cidadãos das comunidades ribeirinhas, controle social da SEMSA que conhecia o território, trabalhadores da vigilância em saúde – endemias que atua diretamente nas comunidades ribeirinhas, um arranjo organizacional construído pelo quadrilátero.

O projeto de adequação da Equipe Ampliada de Saúde da Família Ribeirinha – ESFR foi apreciado pela comissão de Assistência do Conselho Municipal de Saúde-CMS de Tefé e em seguida encaminhado como pauta da reunião ordinária do CMS para ser votado/aprovado pelos CMS e encaminhado para Comissão Intergestores Bipartite – CIB, aprovado e encaminhado ao Ministério da Saúde.

Resultados: O projeto de adequação da Equipe Ampliada de Saúde da Família Ribeirinha – ESFR foi aprovado, publicado a portaria em setembro apenas de uma ESFRSB e em outubro publicado a outra portaria com as demais ESFR, assegurando o arranjo organizacional da gestão em qualificar e aprimorar as equipes bem como as ações de saúde a população ribeirinha.



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Valorizou o cidadão da comunidade que tem curso técnico em enfermagem para atuar junto a equipes na unidade de apoio.

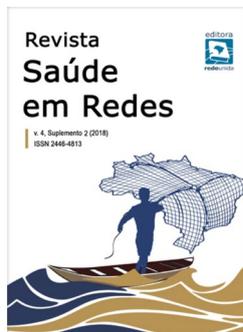
Possibilitou uma equipe multidisciplinar no território ribeirinho, ampliando as ações de saúde e o desenvolvimento de educação permanente como estratégia de transformações no território vivo, visando a qualidade de vida desta população.

Garantiu descentralizar o serviço de saúde a população ribeirinha, tornando possível acontecer em tempo oportuno nas comunidades.

Considerações Finais: A gestão pela sensibilidade em compreender que a dinâmica para implementar as ações de saúde nas comunidades ribeirinhas deve, antes de tudo, transcorrer por um diálogo com as mais diversas realidades de atendimento para efetivação integral da assistência à saúde.

Acredita-se que a equipe multidisciplinar possibilitará a ampliação das ações e ainda assim, promoverá a inclusão participativa dos cidadãos junto a programação das atividades enriquecendo as fortalezas e atenuando as fraquezas, levando em consideração as estratégias oriundas dos atores da comunidade e dos profissionais de saúde, visando fortalecer e assegurar a continuidade das transformações geradas pelo quadrilátero construído ao longo das ações.

Palavras-chave: Gestão, Saúde, Ribeirinha



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

A AÇÃO CARTOGRÁFICA-INSTITUCIONALISTA COMO TÁTICA NA GESTÃO: EXPERIÊNCIAS DE GRUPALIDADE NA SAÚDE INDÍGENA DA BAHIA

LEONARDO MENDES, LARISSA SILVA

Este trabalho trata de processo micropolíticos experimentados no contexto da saúde indígena no Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia, acentuados a partir das mudanças governamentais no âmbito federal nos últimos anos. Serão analisados alguns impactos e movimentações nas dinâmicas organizacionais no domínio local, lançando maior atenção nos processos de grupalidades a nível setorial e distrital.

Lançamos mão do que aqui chamamos de ação cartográfica-institucionalista, por aliar o método da cartografia com a perspectiva na análise institucional, como tática para análise e intervenção no cotidiano de trabalho na gestão. Também se inscreve enquanto dispositivo de produção de escrita e conhecimento a partir das experimentações vividas e em andamento. Seu exercício cartográfico, a atenção à espreita tem potencializado compreender alguns funcionamentos grupais e organizacionais, assim como encontrar as pistas para ação. Experimentações estas que também abrem frestas para compreensão de componentes dos processos de subjetivação na contemporaneidade.

O Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia é uma unidade descentralizada da Secretaria Especial de Saúde Indígena, responsável pela execução da política de saúde indígena a nível central, tendo em vista constar enquanto dever da União assumir a gestão da política pública correspondente. A Divisão de Atenção à Saúde Indígena é, a nível distrital, o setor que trata diretamente da gestão dos processos de atenção à saúde dos povos indígenas da Bahia, com a missão de ofertar a atenção básica às populações aldeadas. Nela situa-se uma equipe multiprofissional que atua nos processos de gestão e na responsabilidade técnica das ações programáticas, sendo institucionalmente nomeados Responsáveis Técnicos.

Diante do cenário apresentado, tem-se vivenciado a nível local, os feitos e efeitos da macro e micropolíticas no âmbito distrital e governamental. Dentre estes, os fenômenos de grupalidade da equipe de trabalho tem passado por diversas situações e configurações de trabalho, das mudanças de gestão às suas distintas atuações nos últimos tempos. Dentre a lista de ocorridos, destacamos e analisamos alguns aspectos do que entendemos como componentes dos processos de mudança de gestão e de seus funcionamentos. A mudança abrupta da gestão distrital e demais cargos decorrentes e instauração da instabilidade nos processos de trabalho na organização; a realização de demissões em série, junto à proliferação de ruídos comunicacionais e de improbidades administrativas contribuindo na instalação



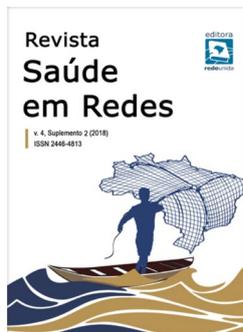
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

gradual de regimes de signos paranoicos e amedrontadores; acrescentam-se as tentativas de descaracterização injuriosa das gestões anteriores; a manipulação do controle social por meio da produção discursiva desprovida de evidências e fatos comprobatórios; os investimentos em aniquilação da oposição interna; a consequente diminuição da força de trabalho. Tudo isso teve como efeito primeiro uma paralisia organizacional, sintoma institucional percebido em setores diversos, mostrando as concomitâncias com macro processos governamentais. Do âmbito setorial ao distrital, ainda se presencia, em mais de um ano de gestão, os processos de dominação, resignação, rejeições e fracassos, contrapostos aos de resistência, resiliência, conquistas parciais, invenções e re-existências.

Constata-se também a previsibilidade e reprodução das práticas gerenciais voltadas à publicidade/marketing, às vaidades e aos delírios do poder, contrárias ao diálogo e às construções coletivas, produzindo influências diretas na grupalidades. Quanto à proposição de projetos para a política pública em questão, percebe-se, desde os documentos aos modos de condução, a indefinição, inadequação e outrora até a inviabilidade de efetivação dentro da organização, em especial pelo desfavorecimento do clima organizacional. Este se caracterizaria principalmente pelo mal-estar institucional decorrente, cujo aumento da incidência de adoecimentos, das seriais remoções feitas por servidores (a pedidos dos mesmos ou imposta), de licenças, atestados médicos e solicitações de remoção por relatório médico. Todavia, a grupalidade setorial produzida nos anos anteriores e no decurso tratado, alicerçada na coletivização dos processos de trabalho e na atuação dialógica e de cuidado, inclusive com o controle social, tem mostrado suas potências ao apresentar os resultados positivos, contrastando com os fracassos gerenciais das posturas hierarquizadas, que mais criam resistências do que adesões aos seus projetos. Muitas vezes, tem sido necessária a ancoragem em processos instituídos, o planejamento, por exemplo, para negociação com a gestão, o que tem permitido efetuar cortes em determinados processos disparados pela gestão, juntamente com os ganhos secundários de reposicionamento grupal nos jogos de poder da organização. A previsibilidade da gestão também tem se mostrado uma chave para manutenção de projetos e planejamentos, assim como para aceitação de proposições novas.

Tem se percebido que a resistência, entendida a nível consciente como negação à obediência, e a nível inconsciente na paralisia inicial dos corpos diante dos impactos das decisões institucionais, do nível local ao federal, pôde-se transformar, principalmente com os processos de grupalidade, em vias de re-existência. Assim, associações transitórias e/ou permanentes continuam se reconfigurando e se tecendo. Desde entre colegas de trabalho do setor em mesmo nível hierárquico a



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

níveis distintos de hierarquia (com as chamadas chefias imediatas). Alianças estas que permitem criar frestas de espaço-tempo para análises coletivas dos processos organizacionais e elaboração de estratégias de enfrentamento e de resiliência. Outrora, para cuidar dos sofrimentos institucionais vividos ou até para buscar articulações com entidades externas, inclusive indígenas, de modo a buscar meios para conter as práticas gerenciais. Ao mesmo tempo, a experiência da grupalidade e os resultados obtidos, tem mostrado a possibilidade da proposição e sustentação de projetos vinculados à política de saúde indígena, considerando as inconsistências técnicas ou a ausência de projetos afins com a política pública. Mesmo assim, não há como esquecer a realidade da sobreimplicação e do mal estar institucional enquanto atravessador constante frente ao desafio de convívio com as adversidades dos tempos institucionais, cujos silenciamentos e adoecimentos concomitantes se apresentam como sintoma-analisador das violências institucionais. Todavia, tem-se experimentado cotidianamente a produção de aprendizados incontestáveis. Dentre eles, a constatação empírica da eficácia dos dispositivos analisadores construídos na ordem da micropolítica e das tecnologias leves entre os trabalhadores no espaço de gestão, gerando acontecimentos menores, intervenções sutis nos funcionamentos grupais e institucionais.

Considera-se o quanto as tramas institucionais dificultam as comprovações de certas hipóteses e análises, outrora confirmadas ou refeitas a partir dos acontecimentos. Diante das tormentas e conquistas de tais experiências, de durações desconhecidas, constata-se que elas não se desvinculam dos desafios cotidianos da vida, inscrevendo-se no processo de re-existência para além das instituições. O manejo das paixões e dos afetos encravados em todos os encontros grupais e entre profissionais, juntamente com o polimento da atenção para percepção das minúcias dos sinais, são elementos chave para a ação micropolítica no âmbito do trabalho na gestão. Saberes que são da ordem da invenção, da re-conexão com o real e dos processos de subjetivação singulares.

A ação cartográfica-institucionalista como tática ativista na gestão da saúde indígena tem favorecido processos de re-existência, da sustentabilidade das lutas pela democratização institucional e pela política de saúde indígena. Analisar as micro dinâmicas organizacionais, compreendendo-as enquanto elementos constituintes do cotidiano do trabalho na gestão, aliada ao posicionamento ético, político e estético, amplia e potencializa ação ativista no âmbito institucional. Sua urgência se deve especialmente frente aos impactos governamentais nas políticas públicas, cujos processos de precarização põem em risco os direitos à saúde dos povos indígenas, tal como a dignidade cidadã dos trabalhadores da saúde. Palavras-chave: Gestão na saúde indígena; cartografia; análise institucional

Revista
**Saúde
em Redes**

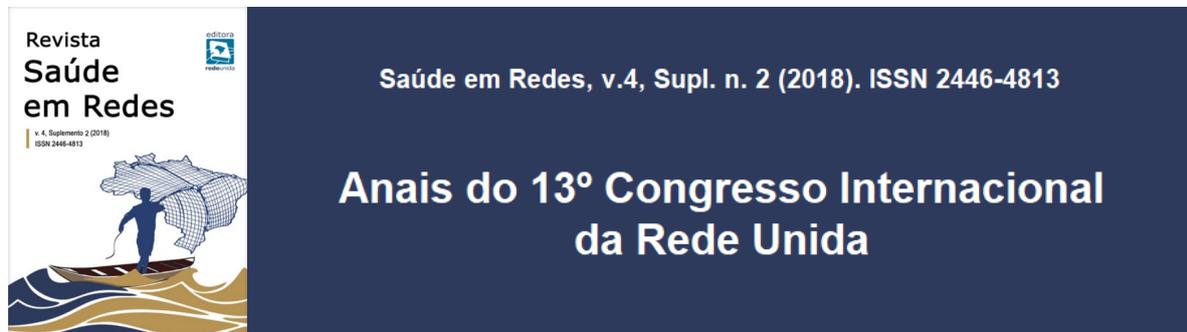


v. 4, Suplemento 2 (2018)
ISSN 2446-4813



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

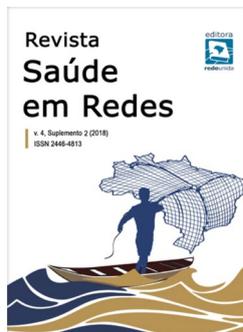
Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida



A BUSCA PELA EQUIDADE NA INSERÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE INDÍGENA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO ESTADO DO PARÁ

Rosiane Pinheiro Rodrigues, José Guilherme Wady Santos, Regina Fátima Feio Barroso, Laura Maria Vidal Nogueira, Danielle Tupinambá Emmi

A Saúde Indígena, no Brasil, tem um histórico de conquistas a partir das Conferências de Saúde de 1986 e da Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, as quais influenciaram significativamente a Constituição de 1988, com as garantias legais aos povos indígenas e na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) que, por sua vez, traria pressuposto para a criação do Sub-sistema de saúde indígena, a partir da Lei de Sérgio Arouca, de 1999. Vale ressaltar que um novo paradigma estabelecido atualmente, e que foi objeto deste estudo, trata da implantação e implementação de ações e serviços voltados à saúde indígena nos planos das Redes de Atenção à Saúde (RAS) do Pará. O objetivo desse estudo foi identificar em quais RAS, a população indígena é contemplada em suas especificidades étnico-culturais, avaliando a percepção dos gestores da Secretaria Estadual de Saúde Pública do Pará (SESPA) e do Distrito Sanitário Especial Indígena acerca da implementação das RAS, voltadas à saúde indígena. O estudo constituiu-se de uma pesquisa de natureza qualitativa e descritiva, realizada a partir de entrevistas com os atores envolvidos na implantação e implementação dos Planos das RAS, que englobaram oito regiões de saúde, componentes do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Guamá - Tocantins (GUATOC) do Estado do Pará. Os participantes do estudo foram dois técnicos vinculados aos DSEI e cinco vinculados à SESPA. Para preservar o sigilo dos entrevistados, os mesmos foram identificados pelos nomes de 7 (sete) etnias pertencentes ao DSEI GUATOC (Tembé, WaiWai, Xikrin, Assuriní, Zoé, Suruí e Gavião). Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo de Bardin, e os temas foram categorizados em quatro grandes eixos: o estado da arte dos planos das RAS; o conhecimento antropológico; implantação e implementação das RAS e integração e gestão. Os aspectos éticos foram observados de acordo com a resolução nº 466/2012, com parecer do CEP de nº 1.906.305. Quanto ao primeiro eixo, temos que a participação dos coordenadores estaduais das redes de atenção à saúde e do próprio DSEI é um grande desafio na construção de ações voltadas para saúde indígena. Pode-se considerar ainda que apesar de três informantes afirmarem que suas equipes participaram de alguns planos não houve a escuta real das especificidades. É importante ressaltar que os informantes, em sua maioria, afirmaram que não foram planejadas ações voltadas para saúde indígena nas próprias diretrizes do Ministério da Saúde (MS). Esses relatos refletem bem a



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

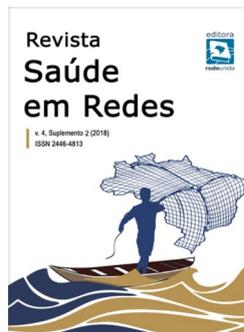
Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

ausência da atenção ao indígena, nos planos e fora deles, quando o informante traz questões básicas como falta de treinamento e articulação do DSEI, com políticas essenciais como urgência e emergência e pessoas com deficiência. Com relação ao segundo eixo, vimos que a contradição entre práticas médicas e as crenças tradicionais de cura são paradigmas que também precisam ser mais bem trabalhados e inseridos na formação dos profissionais de saúde, para que antropologicamente saibam até onde pode-se e deve-se ir a partir do conhecimento da cultura desses povos. Diante do exposto, é preciso rever conceitos e legislações que amparam a inserção de ações de acordo com a especificidade étnica-cultural dos indígenas, onde os coordenadores das RAS revejam o que está previsto na constituição e demais políticas indígenas de promoção da equidade e de fato reconheçam as necessidades diferentes das diversas etnias. É preciso, também, considerar como estão sendo elaboradas nacionalmente as políticas públicas, pois os estados apresentam grande diversidade e, para um estado continental como o Pará, que possui 13 regiões de saúde com realidades diversas, isso não será diferente para a população indígena do DSEI GUATOC. Já o terceiro eixo (Integração e gestão), foi possível reconhecer que existe ausência de integração entre as coordenações das RAS do estado e o DSEI. Vale ressaltar que são falas que representam pouca cooperação entre estado e DSEI, no que diz respeito ao acesso do indígena. O estado afirmando que nesse processo da Atenção Integral às Doenças Prevalente da Infância (AIDIPI) indígena, a SESPA não entra e também, que a atenção básica é do DSEI. As necessidades precisam ser consideradas, pois quando se trata de comunidades indígenas, o sistema de saúde se depara com a dimensão intercultural, o que remete diretamente à discussão sobre a adequação ética e cultural das práticas sanitárias ocidentais e sua relação com os sistemas indígenas de saúde. É nítida a ausência do acesso ao SAMU nas aldeias, onde a rede de urgência e emergência não alcança e nem compreende a necessidade de construir estratégias para essa atenção em comunidades de difícil acesso, ficando o DSEI (que oferta atenção básica) responsável pela retirada desse indígena até a Casa de Saúde do Índio (CASAI) mais próxima e, assim, contatar com a rede para a assistência. Mas, se for considerar o que estabelece o decreto 7.508/2011, como se dará o acesso resolutivo e em tempo oportuno previsto nessa legislação? Logo, é possível considerar que a não integração entre as esferas do governo acerca do planejamento e implementação das políticas voltadas aos indígenas é histórico. Todavia, a Constituição de 88, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Política Nacional dos Povos Indígenas, a Lei Sérgio Arouca, entre outras legislações vem pautando a necessidade da integralidade, da equidade e a universalidade, que precisam caminhar através dos pontos de atenção, previstos na própria portaria das redes de atenção à saúde 4.279/2010. Ressalto que a SESAI também, precisa junto



às demais secretarias do MS transversalizar a saúde indígena em todas as políticas, pois existe indígena em todos os ciclos de vida e logo precisarão ser atendidos, considerando todos esses aspectos. **CONCLUSÃO:** É necessário sensibilizar os gestores quanto à urgência na qualificação dos profissionais da média e alta complexidade e o desejo dos indígenas serem atendidos por profissionais de saúde com formação diferenciada, articulando os saberes científicos e populares no desenvolvimento de propostas e ações de saúde, sem desrespeitar seus princípios culturais e crenças. Está claro para a maioria das coordenações estaduais da RAS que nos planos regionais não ocorre a implementação das redes de forma equânime. Fica evidente o desenvolvimento de algumas ações pontuais nos planos das RAS, mas sem uma implementação efetiva voltada para o que está proposto na política nacional de saúde indígena. As necessidades reais do indígena não são contempladas e a atenção prestada é insuficiente para a garantia do acesso desse indígena. É perceptível a real necessidade de integração entre os gestores estaduais e os gestores do DSEI, quando ambos afirmam que os papéis de cada esfera colidem onde inicia o papel do outro e vice-versa. Não basta o indígena estar inserido apenas transversalmente nas políticas, mas é preciso garantir de fato a equidade dessa atenção. É preciso considerar as realidades culturais. Os papéis entre estado e o DSEI podem ocorrer através do diálogo via coordenação estadual da saúde indígena, que poderá mobilizar as discussões a partir das necessidades desses povos. É necessário, portanto, estabelecer a conexão entre os pontos de atenção, ofertados na atenção básica pelo DSEI com os pontos de atenção da média e alta complexidade, de responsabilidade dos municípios e do estado, através da regulação e fluxos construídos, que considerem as distâncias e diversidades das aldeias, bem como a qualificação desse profissional para assisti-lo em suas especificidades.

Palavras-chave: Políticas Públicas de Saúde; Saúde de Populações Indígenas; Redes de Atenção à Saúde



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

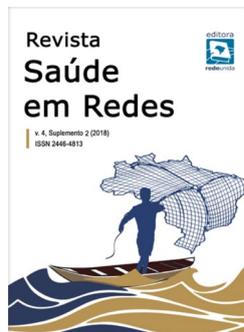
Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

A VIVÊNCIA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ODONTOLOGIA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE BUCAL DO PARÁ

Amanda Menezes Medeiros, Andréa Cristina Marassi Lucas, Dimitra Castelo Branco, Pettra Blanco Lira Matos, Alessandra dos Santos Tavares Vieira, Isabella Oliveira dos Santos, Kelly Lene Lopes Calderaro Euclides, Liliane Silva do Nascimento

Apresentação: As residências multiprofissionais em saúde são norteadas pelas diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e utilizam estratégias de educação permanente a partir da integração ensino-serviço nos cenários da prática da gestão e da assistência. Neste contexto, a Residência representa um novo modelo de formação em saúde no Brasil, onde os discentes vivenciam na prática, as disciplinas cursadas e têm a oportunidade de participar ativamente das atividades realizadas nos diversos cenários. No campo de aprendizagem da Saúde Coletiva, principalmente na Estratégia de Saúde da Família, as residências têm um papel propulsor na qualificação de profissionais de saúde para o trabalho no sentido de estimular a reorientação do planejamento, organização e processo de trabalho das equipes de saúde dos serviços públicos de saúde. Neste processo formador é de suma importância a inserção das práticas de gestão para o conhecimento no que tange à formulação e implementação de políticas de saúde e ações voltadas para a promoção de saúde e prevenção de agravos no âmbito da assistência, bem como, à coordenação do processo de trabalho das equipes e monitoramento de indicadores e resultados apresentados pelas unidades de saúde. Com relação ao exposto, o presente trabalho almeja relatar experiência vivida pelas 7 cirurgiãs-dentistas, residentes em Estratégia saúde da família pelo período de 3 meses junto à Coordenação de Saúde Bucal na Secretaria de Saúde do Estado do Pará (SESPA).

Desenvolvimento: Com o passar dos anos, a SESPA foi readequando suas práticas e preceitos, conforme as Políticas de Saúde vigentes no Brasil, até tornar-se gestora do Sistema Único de Saúde (SUS), no Estado, na década de 90, com a missão de assegurar à população Políticas Públicas de Saúde, contemplando os princípios e diretrizes do SUS, com a gestão participativa e o controle social, visando a melhoria da qualidade de vida dos usuários no Estado do Pará. A SESPA é um importante cenário de prática selecionado para os residentes de Odontologia do Programa multiprofissional em Estratégia Saúde da família, onde os mesmos podem aprender mais sobre a gestão de saúde e participar das atividades realizadas na secretaria de saúde. Durante os 3 meses de vivência, as residentes tiveram a oportunidade de acompanhar, em nível estadual, o processo de planejamento e monitoramento das



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

ações de saúde das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e Equipe de Saúde Bucal (ESB) realizados pela equipe técnica da Coordenação estadual de Saúde Bucal junto às Secretarias Municipais de Saúde dos 144 municípios de abrangência do Pará, visando a qualidade no acompanhamento das ações de saúde o estado do Pará organiza-se em 13 Centros Regionais de Saúde (CRS), que são espaços geográficos contínuos, com municípios limítrofes e semelhanças em relação aos aspectos culturais, econômicos, sociais, de comunicação e transportes, que otimizam o monitoramento das unidades de saúde do estado de acordo com suas características e localização no território. Logo, as atividades desenvolvidas pela Coordenação Estadual de Saúde bucal em integração com as residentes foram: A participação em reuniões com coordenadores de saúde bucal e/ou atenção básica dos municípios do estado onde foi dada orientação e apoio na elaboração de projetos para implantação ou expansão de ESB, de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Unidade Móvel Odontológica (UOM); o esclarecimento do mecanismo de funcionamento e financiamento dos programas de saúde; a realização de diagnóstico situacional dos serviços, levando em consideração não só o Pará como um todo, mas também segregando-o em determinado município ou CRS; a realização de visitas técnicas para avaliação da situação organizacional e operacional da saúde bucal e orientação dos coordenadores dos municípios de todo o estado; o desenvolvimento de material didático e de apoio à educação continuada em saúde; a aprendizagem sobre o uso dos sistemas de informação em saúde, como encontrar e interpretar os dados oferecidos a partir dos sistemas; a participação nas ações vinculadas ao Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que consistiram em colaborar na preparação dos municípios para otimizar seu rendimento no programa, principalmente na fase da avaliação externa; o monitoramento de indicadores referentes a saúde bucal, por exemplo, índices de exodontias (extrações dentárias), média de cobertura da saúde bucal na Atenção Básica e média de escovação dental supervisionada; a participação em reuniões da Comissão Intergestores Bipartide (CIB), fórum de negociação entre o Estado e os Municípios na implantação e operacionalização do SUS; na Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço do Pará (CIES – Pará), instância intersetorial e interinstitucional permanente que participa da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde, auxiliando a compreensão da dinâmica dos papéis do município e estado. Resultados: Houve uma relevante troca de saberes e aprendizados nesta rica experiência entre equipe de gestão da SESPA e residentes e, por consequência, um crescimento profissional muito significativo com relação ao conhecimento da rede de atenção à saúde, das práticas e dos serviços. Os profissionais da Coordenação Estadual de Saúde Bucal



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

experimentaram maior compreensão sobre a importância da integração ensino-serviço proporcionada pela presença da residência nos serviços de gestão em saúde. Dessa forma, conclui-se que os objetivos propostos para essa vivência foram alcançados. A preceptoria dedicada e comprometida foi fundamental para o melhor aproveitamento das residentes nesta experiência, aliando conhecimento teórico na prática da rotina de trabalho e, ao mesmo tempo, o olhar inovador das residentes pôde proporcionar melhorias no processo de trabalho da gestão no âmbito estadual. Considerações finais: O apoio da gestão estadual de saúde aos coordenadores municipais é de suma importância na garantia de maior resolutividade e acessibilidade dos serviços de saúde e, conseqüentemente, na melhoria da qualidade dos serviços ofertados para a população. Deste modo, garantir profissionais cada vez mais qualificados para superar os desafios que tangem a gestão em saúde, investindo na sua formação, por intermédio dos Programas de Residência Multiprofissionais em Estratégia Saúde da Família, é essencial para o sucesso da integração ensino-serviço-saúde, no âmbito da gestão e da assistência, no que se refere aos serviços de saúde ofertados pela rede do SUS.

Palavras-chave: gestão; saúde bucal; residencia



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

ANÁLISE DE INFORMAÇÕES E GESTÃO DE UMA ÁREA PROGRAMÁTICA, RJ, BRASIL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Lucas Gonçalves, Mary Ann Freire, Regina Agonigi

Apresentação: O uso da tecnologia está inserido em muitos campos da sociedade, alterando relações pessoais e profissionais. No âmbito da saúde, as barreiras fazem com que a implementação ocorra de forma lenta e gradual, ainda sendo um setor em que a tecnologia tende avançar cada vez mais nas diversas complexidades da assistência.

O setor saúde vive uma crise na forma de se produzir saúde, induzindo ainda o modelo produtor de procedimentos, ou modelo médico hegemônico. Para se repensar novas modelagens assistenciais, assentadas em diretrizes como a integralidade do cuidado, há que se aprofundar o debate sob novos fundamentos teóricos, particularmente sobre a natureza do processo de trabalho, sua micropolítica e importância na compreensão da organização da assistência à saúde. As lógicas que se observam na construção dos sistemas de informações (SIS's) são as mesmas reproduzidas na maioria dos serviços de saúde, como também na formalidade das redes de atenção.

Este estudo teve como objetivo compreender a lógica existente na produção, fluxo e análise dos dados que alimentam os SIS's de uma Coordenação de Área do município do RJ.

Desenvolvimento: Configurado como um relato de Experiência, através do desenvolvimento de um estudo descritivo, de abordagem crítico-reflexivo, a partir da proposta de imersão no campo da Gestão em Saúde, como possibilidade de ampliar as experiências acadêmicas e de aprofundar os conhecimentos no campo da pesquisa.

O local da experiência foi a Divisão de Informações, Controle e Avaliação (DICA), da Área Programática (AP) 2.1, do município do Rio de Janeiro. A divisão fica localizada na Coordenação de Área Programática (CAP) 2.1, situada no bairro de Botafogo.

A vivência teve início em maio de 2017, com duração de quatro meses, não se restringindo apenas à divisão, e sim, a experiência viva do acompanhamento da captação e análise de informações, além de reuniões locais com gestores de unidades.

Resultados: A experiência evidenciou certo afastamento entre nível da gestão e os profissionais das unidades de Atenção Primária à Saúde. A DICA possui uma agenda para reuniões com os gestores e profissionais das unidades, além de encontros extraordinários a partir de demandas sinalizadas. Para pré-determinar tais encontros,



há uma grande dificuldade em conciliar as agendas de todos os profissionais envolvidos, pelo número limitado de profissionais na gestão e por afetar a rotina das unidades com uma reunião geral.

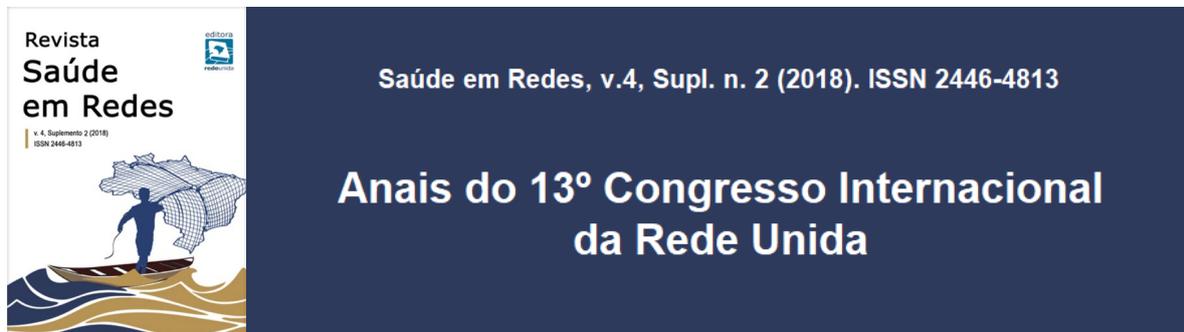
Os encontros são limitados e não possuem uma ação resolutiva total, ficando claro pela recorrência de erros mesmo após a tentativa de agregar normas e da renovação de algumas estratégias. O encontro é fundamental para analisar a realidade local da unidade, as características dos profissionais e a realidade da população da área em que a unidade é responsável. As variáveis frias e objetivas ocultam os contrastes entre regiões de uma mesma AP e, por isso, o papel participativo da gestão deve ser priorizado.

Um encontro da divisão com um Centro Municipal de Saúde (CMS) mostrou como a estratégia do encontro é valorizada pelos profissionais das equipes. Com uma simples palestra sobre produção e algumas soluções para problemas da rotina da unidade, os profissionais se mostraram empolgados para aderir novas práticas de registro e tornar os indicadores mais condizentes com o esforço diário de uma microrregião marcada por grandes vulnerabilidades. Além disso, os profissionais ainda ficaram surpresos com a demonstração dos dados referentes a produtividade das equipes, não condizentes com a prestação de serviços. A troca de experiências e saberes entre profissionais de diversas formações tornou o ambiente mais múltiplo e dinâmico, pilar da Atenção Básica.

O preenchimento do prontuário eletrônico pelos profissionais é alvo de muitas críticas pelo nível central de gestão. Há perdas expressivas relativas a dados e produção porque as informações não são compatíveis com o esperado. Uma das estratégias adotadas para melhorar registro profissional e mitigar a carência de conhecimentos específicos é a confecção de instrutivos para todos os profissionais de saúde das unidades. Os instrutivos são didáticos e demonstram o passo a passo de como realizar o registro a partir das situações da rotina dos sujeitos da unidade.

A DICA tem papel importante em reuniões com a empresa responsável pelo prontuário eletrônico implementado nas unidades de saúde e possui papel essencial na cadeia de informações geradas. Afinal, a produção dos profissionais, em sua grande maioria, é convertida automaticamente das ações registradas no sistema, gerando consolidados que servem de base para análise de diversos setores da SMS (a análise é feita nas Coordenações das Áreas Programáticas e no nível Central).

As mudanças no prontuário eletrônico ocorrem em prol de uma melhora na rotina da atuação dos profissionais, sendo requisitadas por sugestões encaminhadas para a gestão. Além disso, alterações são realizadas para a otimização da análise dos dados gerados. Isso só se consolida quando os sistemas do prontuário eletrônico são



capazes de associar a funcionalidade desejada com a operacionalização do próprio sistema.

Os SIS's funcionam ainda como ferramentas que contribuem para a "justificativa" do repasse de verbas do setor público para as Organizações Sociais de Saúde que prestam serviços para a Rede de atenção em saúde (RAS), funcionando, assim, como potenciais avaliadores do investimento. Os dados extraídos em consolidados pelo prontuário eletrônico são apenas um dos exemplos que podemos citar. A real importância do preenchimento das informações possui caráter subentendido para boa parte dos profissionais e, talvez por isso, a cobrança da gestão não seja incorporada com potência de transformação na reestruturação dos processos de trabalho na prática profissional diária.

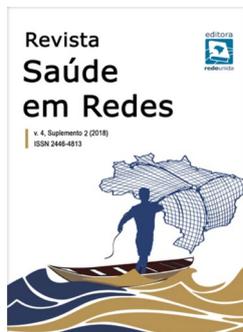
Ficou claro como os indicadores de saúde são as bases de relação entre a OS, gestão da secretaria de saúde e profissionais nas unidades. As variáveis são um dos pilares do atual contrato de gestão municipal e são separadas para contemplar a OSS, unidade de saúde e equipes de saúde. Tais contratos apontam uma prévia do alcance das produtividades estabelecidas como metas a serem batidas, sendo acompanhadas continuamente pela CAP.

O não alcance das metas gera uma atenção especial dos gestores e uma busca dos aspectos que foram determinantes para a queda de produção assistencial e dos resultados evidenciados. As metas não contemplam todos os aspectos objetivos e subjetivos da produção de cuidado por parte das equipes de saúde, logo, a avaliação se torna limitada e insuficiente

Considerações finais: A experiência evidenciou o afastamento da divisão e suas limitações expressas nas ações majoritariamente administrativas. A valorização da estratégia de educação permanente é um fator importante para as desejadas mudanças no processo de trabalho, no fazer e no saber.

Por fim, as informações, carregadas de objetividade, não contemplam a totalidade da produção de cuidado, seus aspectos subjetivos e a inserção no território, afetando o planejamento da assistência à saúde. As práticas de gestão se tornam limitadas e não contemplam o planejamento ideal para uma melhor prática de prevenção, promoção e recuperação da saúde.

Palavras-chave: Gestão em Saúde; Sistemas de Informação em Saúde; Vigilância em Saúde Pública



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

ANÁLISE DOS CUSTOS REGIONAIS COM FISIOTERAPIA AMBULATORIAL NO SUS, BAHIA (2008-2014)

Ítalo Ricardo Santos Aleluia, Fabiane Costa Santos, Patrícia Almeida

INTRODUÇÃO: Com as Doenças Crônicas Não Transmissíveis, as causas externas de morbimortalidade e as incapacidades funcionais oriundas das doenças emergentes, o crescimento da demanda e custos com serviços da atenção especializada no Brasil é uma realidade desafiadora para as gestões estaduais e municipais de saúde.

O padrão de crescimento na procura por serviços de Fisioterapia do SUS, revelam estreita relação com esse perfil epidemiológico de tendência nacional e internacional, que encontram nos contextos regionais, sérios problemas de desigualdades na distribuição, na oferta e no acesso aos serviços, com baixa capacidade estatal regulatória, seja pela grande extensão territorial da Bahia, seja pela incipiência na implantação dos componentes subnacionais de auditoria do SUS.

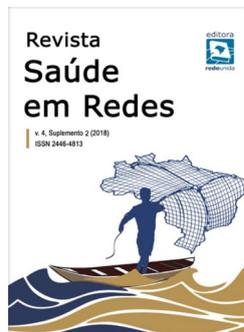
Os serviços de fisioterapia ambulatorial do SUS se constituem como pontos de atenção cada dia mais numerosos e estudos apontam crescimento expressivo da produção de atendimentos no país, com consumo de recursos públicos em volumes significativos, sobretudo na assistência ambulatorial. Esse crescimento tem sido protagonizado principalmente pela iniciativa privada, mediante convênios e contratos, o que exige certa atenção no que tange ao processo de gestão desses serviços, uma vez que evidências apontam mecanismos frágeis de auditorias, com possível falta de controle dos procedimentos realizados, custos atrelados e qualidade da atenção prestada, em todo território estadual.

Dada escassez de estudos envolvendo análise de custos regionais com serviços públicos de fisioterapia, sobretudo na Bahia, ainda é obscuro como esses custos têm evoluído no espaço temporal, nas macrorregiões de saúde, considerando a tipologia dos prestadores. Pesquisas com esse recorte investigativo poderão apoiar a implementação de sistemas de controle e auditoria mais estruturados e atuantes, afim de garantir qualidade à assistência prestada para usuários do SUS.

Esse estudo analisou os custos regionais com fisioterapia ambulatorial no SUS do Estado da Bahia, entre 2008 a 2014.

MÉTODO: Trata-se de um estudo ecológico de série temporal com dados secundários brutos, do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS.

Os dados foram extraídos entre 2008 a 2014, dada última atualização do sistema em 2008 e a indisponibilidade de dados completos para o ano de 2015, considerando o



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

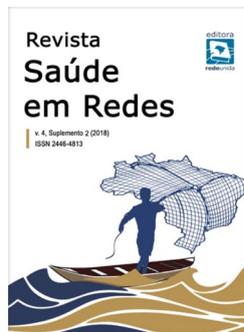
Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

período de produção dos dados. Tabulou-se a frequência absoluta dos custos com por local de atendimento e considerou-se como estratos de comparação o Estado, as macrorregiões de saúde, os anos da série temporal e tipologia do prestador (público e privado). Organizou-se os valores apresentados e aprovados para pagamento pelo SUS, segundo os estratos supracitados e calculou-se a diferença de valor bruto (em reais) e percentual, considerando o início e o final do período analisado. Calculou-se o coeficiente de custos, a partir da divisão do total dos valores aprovados para o sistema, por mil habitantes, em cada região de saúde, organizados em um intervalo de três anos na série temporal pesquisada e também foi realizado um ranqueamento percentual, a partir do cálculo de variação relativa da diferença dos custos regionais. Realizou-se análise descritiva simples e comparativa, considerando variações anuais e os estratos anteriormente citados. Os resultados foram sistematizados em tabelas e gráficos.

RESULTADOS: Quando analisados os gastos totais com procedimentos de fisioterapia no SUS, constatou-se que esses serviços são responsáveis por consumir significativo volume de recursos em todas as regiões analisadas. Os gastos alcançaram a ordem de R\$ 152.608.467,01 de reais. Chama a atenção, a importante diferença de valor entre os custos apresentados e os efetivamente aprovados para pagamento pelo SUS, correspondente a quase 10% do total de gastos do período (R\$ 15.950.345,08). Essa diferença revela valores consideráveis dos procedimentos glosados para financiamento, em quase todas as regiões entre 2008 a 2014. Curiosamente, destaca-se a região Centro-Norte, que apesar de registrar um dos menores gastos no período analisado, apresentou o maior percentual (33%) dos seus procedimentos glosados para custeio pelo SUS.

As despesas do SUS com procedimentos ambulatoriais de fisioterapia por 1.000 habitantes revelaram variação negativa de 11% para todo o Estado. Quando se analisa esses gastos por macrorregiões, observa-se que há uma importante heterogeneidade no comportamento dessa variação, sendo a região Norte, aquela com percentual de crescimento mais significativo (182,9%), seguida da Oeste (57,2%), Extremo Sul (38,9%) e Sudoeste (38%), respectivamente. Houveram variações negativas para as despesas do SUS nas regiões Leste (-32,8%), Sul (-6,5%) e Centro-Leste (-1,95%).

Ao se comparar valores reais por 1000 habitantes, as regiões Leste (R\$ 2.505,03) e Sul (R\$ 2.018,47) foram aquelas que mais consumiram recursos do SUS com procedimentos de fisioterapia ambulatorial no período estudado. Ao contrário das regiões Centro-Norte (R\$ 593,34) e Nordeste (R\$ 712,44) que foram as que menos gastaram.



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

O comportamento dos custos aqui evidenciados apontam para uma possível relação os custos e a cobertura total de serviços de fisioterapia que ofertam atendimento público nas regiões de saúde, seu contingente e perfil epidemiológico populacional e número de usuários cobertos por planos de saúde, sendo esse último quesito, fortemente dependente do perfil econômico regional.

Observou-se ainda, que a iniciativa privada é responsável por significativa parcela dos recursos pagos pelo SUS para os serviços ambulatoriais de fisioterapia em todo Estado, cujos gastos alcançaram maior pico entre os anos de 2009 a 2012, aproximadamente R\$ 20.000.000,00 de reais, em contraste com os serviços públicos que não ultrapassaram R\$ 4.000.000,00 de reais.

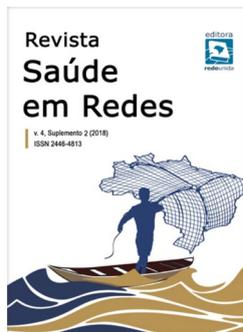
O valor destinado ao serviço privado em volume muito superior ao setor público pode ser explicado pelo maior número de estabelecimentos (consultórios, clínicas e hospitais) privados que prestam atendimento ambulatorial, já que existe menor burocracia para implantação desses estabelecimentos pelo setor privado, em contraste ao setor público, que é limitado por leis orçamentárias e que criam certos entraves para construção, manutenção e contratação de profissionais, gerando baixa cobertura pública.

Os anos de 2013 e 2014 apresentaram os menores valores apresentados tanto por parte do setor público quanto do setor privado. Os serviços privados somaram valores inferiores a R\$15.000.000,00 aprovados e o setor público teve o valor inferior a 5.000.000,00 aprovados.

Por outro lado, a diferença entre valor aprovado e apresentado é maior nos serviços públicos e teve crescimento significativo entre 2012 e 2014, enquanto nos serviços privados essa diferença teve importante redução, a partir de 2010, e voltou a crescer em menor proporção desde 2012.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Os dados do presente estudo revelaram um expressivo consumo de recursos públicos do SUS, com serviços ambulatoriais de fisioterapia no Estado da Bahia. Os custos tiveram variações heterogêneas entre as macrorregiões de saúde analisadas, que possivelmente refletem condições oferta e acesso aos serviços, características econômicas regionais e perfil epidemiológico da população. A predominância de recursos destinados ao financiamento de serviços privados remonta para uma conjuntura forte penetração dos interesses mercadológicos, que atrelado à insuficiência de expansão dos serviços públicos, descortina uma importante contradição político-administrativa, uma vez que se sobrepõe uma lógica de oferta e demanda de serviços de fisioterapia, orientada por um viés de mercado, em detrimento do direito à saúde.

A evidências aqui delineadas apontam para emergência de ações regulatórias mais contundentes sobre os contratos e convênios celebrados com o SUS e para



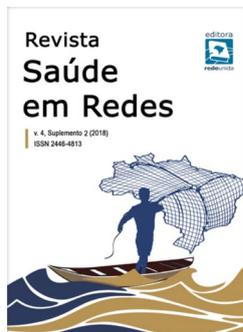
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

necessidade de ampliação de serviços públicos de fisioterapia, que possam assumir o protagonismo da cobertura assistencial nas regiões, atualmente dominada pela iniciativa privada.

Faz-se necessário novos estudos que elucidem as características do alto índice de gastos evidente na pesquisa, bem como as explicações para as diferenças desses índices entre prestadores públicos e privados.

Palavras-chave: Sistema único de Saúde; Administração de Serviços de Saúde; Fisioterapia; Custos de cuidados de saúde



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

ANÁLISES DO NÍVEL DE SERVIÇO EM SAÚDE DE MARABÁ-PA E AS DESCONEXÕES COM A REALIDADE

Jordanio Silva Santos, Andréa Hentz Andréa Hentz de Mello, Erika Vivianne Nascimento Araújo

APRESENTAÇÃO: O presente trabalho se justifica pela necessidade de se investigar os efeitos da redução ou ampliação dos níveis de serviços em saúde na cidade de Marabá-PA e as desconexões com as dinâmicas sociais que moldam a realidade do município. Frente aos aspectos históricos de ocupação da Amazônia Legal, Marabá assumiu uma posição de centralidade regional e atração populacional influenciado diretamente pelo Estado que a tornou reconhecida com o município de colonização oficial.

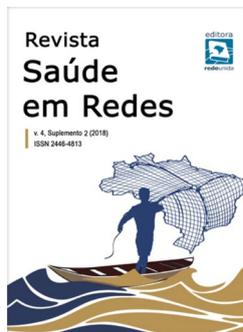
A condição assumida por Marabá diante da dinâmica de ocupação da fronteira do sudeste do Pará impactou fortemente a região em diversos aspectos. O espaço da cidade de Marabá sofreu um intenso processo de estruturação produtiva, decorrente do estabelecimento de novas verticalidades advindas da implantação de grandes projetos econômicos na região, que implicou em profundas alterações nas dinâmicas sociais locais gerando assim, a necessidade de novos arranjos institucionais na gestão da estrutura de fornecimento dos serviços de saúde da cidade.

Frente aos aspectos sociais analisados, as externalidades históricas geradas no processo de ocupação de Marabá contribuíram para o surgimento de gargalos na prestação dos serviços de saúde realizado por instituições públicas e privadas. Muito embora a força dos determinantes sociais, a adoção medidas estratégicas por meio de políticas públicas integradas é defendida neste estudo.

O trabalho tem o objetivo de analisar o ambiente social, econômico e ambiental de Marabá-PA pautado nos aspectos históricos e atuais que impactam nos níveis de serviços em saúde e promover o combate às desigualdades no atendimento das demandas da população por meio de análises dos determinantes sociais que moldam a realidade do município e região, com forte intervenção sobre a demanda por serviços em saúde.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Esta pesquisa inicia com um prévio levantamento de textos sobre o tema em bases de artigos como Scielo e em análises de dados sociais extraídos de portais públicos, em especial, nos dados de estatísticas municipais de Marabá publicados pela Fundação Amazônia de Amparo a Estudos e Pesquisas (FAPESPA, 2016).

A sistematização das informações contempla a relação do Nível de Serviço disponibilizado aos usuários dos serviços públicos de saúde frente às dinâmicas



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

socioespaciais que impactam na demanda por serviços de saúde, ofertados por instituições que compõe a infraestrutura de serviços de saúde pública da cidade de Marabá-PA.

RESULTADOS E/OU IMPACTOS: Em meio às grandes transformações que impactaram num forte crescimento populacional durante o processo de reestruturação do território, a população marabaense continua crescendo nos dias atuais. No ano de referência de 2007, a população marabaense foi estimada em 196.468 habitantes. Em 2010 esse número atingiu 233.669 pessoas. No ano de 2016 chegou a 266.932 habitantes, o que representa um crescimento de 14,23% em relação a 2010 e de 35,86% se comparado a 2007.

A dinâmica do crescimento populacional é relevante para implementação de políticas públicas com vistas ao atendimento das demandas por serviços em saúde. Entretanto, em 2010, Marabá possuía 04 hospitais públicos (das três esferas) e dois privados. Neles, eram disponibilizados 260 leitos pela esfera pública e 90 pela iniciativa privada. Em 2014, a estrutura hospitalar continua a mesma, porém o número de leitos públicos reduziu para 211 unidades, uma queda de 18,84% nas disponibilidades de leitos. O setor privado também reduziu o nível de serviços ao oferecer apenas 62 leitos em 2014, uma queda de 31,11%.

A percepção quanto à redução do Nível de Serviço em Saúde com base nos indicadores de disponibilidades de leitos em Marabá é reforçada pelos dados de crescimento populacional do Município, que em termos gerais contribuem para ampliação da demanda destes serviços. A análise do Nível de Serviço ganha relevância quando os usuários têm a percepção de que estejam com suas demandas plenamente atendidas. Quando isso acontece, é sinal de que esteja havendo um esforço público e/ou privado na oferta dos serviços.

Em outras frentes de análise, os indicadores de Marabá-PA reforçam a discrepância entre a oferta de serviços e a demanda real. De 2010 a 2015, a população cresceu 12,16%, o número de médicos caiu 18,13% e como reflexo da redução do número de leitos entre 2010 e 2014 (-13,99%), as internações caíram 8,09% no mesmo período e voltou a crescer no ano de 2015 quando houve ampliação no número de leitos.

Diante do exposto, percebe-se que havia uma demanda real pelo serviço de internação, reprimida pela política de prestação de serviços das instituições hospitalares. Essa medida poderia ser justificada, caso o município tivesse investido fortemente na atenção básica à saúde. Entretanto, no período de 2010 a 2015, houve ampliação de apenas 8,67% do número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e ainda assim, o quantitativo é insuficiente para a demanda do município.

As mesmas análises realizadas no município de Parauapebas-PA, com características similares à Marabá-PA, de 2010 a 2015 a população cresceu 23,39%,



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

o número de médicos cresceu 11,14%, o número de ACS cresceu 44,44%, o número de leitos ampliou 18,23% e as internações cresceram 21,31%. Diferentemente de Marabá, o município conta com apenas 01 hospital público e 06 privados. No entanto, frente aos indicadores, percebe-se que o ambiente de prestação de serviços de saúde de Parauapebas está mais alinhado aos processos sociais que impactam na demanda, reflexo do esforço público pelo esforço na atenção básica e do privado, pela estrutura disponibilizada.

Os processos sociais, econômicos e ambientais observados em Marabá-PA são fatores determinantes na ampliação da demanda por serviços de saúde e contribuem para ampliar as desigualdades nos fornecimentos dos serviços. Em 2010, 52,57% da população utilizava água de poços artesianos para consumo. Como grande parte da cidade é desprovida de rede esgotos, amplia a chance de contaminação do lençol freático que possui relação direta com a ampliação de doenças por meio da água.

Mesmo com os diversos movimentos em defesa da floresta viva e do meio ambiente social sustentável, persiste na cidade de Marabá-PA forte atuação em atividades geradores de externalidades negativas ao meio ambiente com implicações na saúde da população como a extração de madeira e a criação de gado.

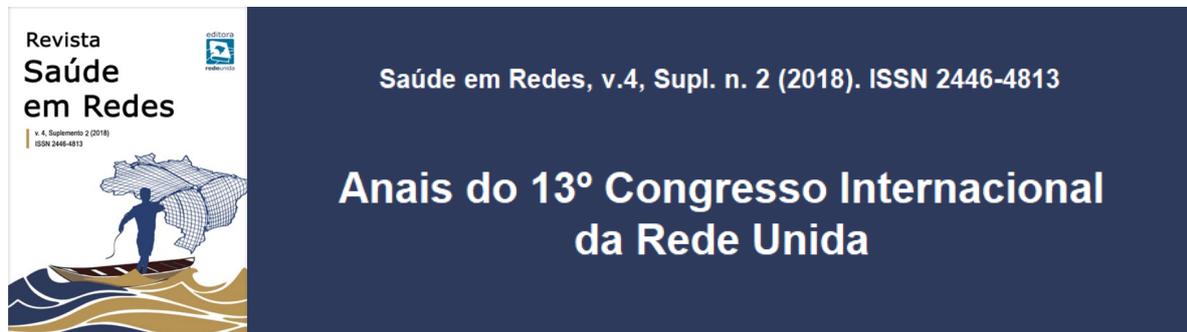
Atualmente, diversas especialidades médicas relevantes para a qualidade de vida das pessoas deixam de ser oferecidas pelas instituições públicas e privadas. Isso evidencia que o sistema opera com fragilidades e desconectado da real demanda da população e seus aspectos influenciadores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: A prestação de serviços de saúde por instituições públicas e privadas de Marabá opera sem uso o de técnicas de mapeamento e análises dos determinantes sociais tem influência na prestação e nível de satisfação dos serviços em saúde.

Diante de análises do ambiente de prestação de serviços públicos em saúde cresce a relevância das análises dos processos sociais, econômicos e ambientais que caracterizam o município de Marabá-PA.

O dinamismo das relações socioespaciais é fator marcante para a construção da realidade da cidade de Marabá. Enquanto cidade de fronteira conviveu ao longo do tempo com discursos e ações governamentais fragmentadas frente à ação dos movimentos sociais com vistas à busca de soluções e atendimento das demandas sociais da população de Marabá e toda a região do sudeste paraense, tendo a causa da saúde com um dos destaques.

Palavras-chave: Gestão, Nível de Serviço, Saúde



APOIO INSTITUCIONAL NA GESTÃO FEDERAL DA ATENÇÃO BÁSICA: ESTUDO SOBRE DEMOCRATIZAÇÃO E GESTÃO PÚBLICA

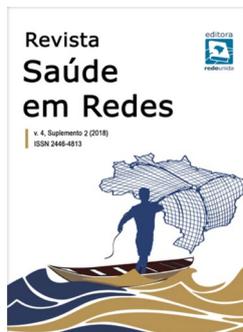
Francini Lube Guizardi, Leonardo Passeri de Souza, Ana Silvia Pavani Lemos, Felipe Rangel de Souza Machado

A partir do ano de 2011 a função apoio institucional foi incorporada de modo amplo como uma estratégia relevante para implementação de políticas de saúde prioritárias, direcionadas à qualificação de redes de atenção à saúde no SUS (QualiSUS- rede). Essa inserção tem como contexto político-institucional o enfrentamento de alguns problemas históricos deste sistema, em particular sua elevada fragmentação e os problemas de comunicação e ação coordenada entre entes federativos. O recurso à função apoio institucional é desta forma justificado como uma alternativa aos modos hegemônicos de gestão em saúde, que se revelaram ineficientes na resolução de um conjunto de questões centrais à consolidação do SUS.

Esta inserção do apoio institucional na qualificação de redes de atenção apresentou características diferentes do movimento inicial em torno à metodologia, na medida em que os apoiadores passaram a ser diretamente contratados pelo poder executivo federal, exercendo o mandato de articulação e suporte aos demais entes federados, em relação a um determinado conjunto de objetivos específicos da política de saúde. Com isto houve ampliação em âmbito nacional do recurso ao apoio institucional como uma função específica de gestão.

Tendo em vista estes fatores, a pesquisa em tela teve como objetivo produzir dados qualitativos a fim acompanhar e problematizar o processo político de inserção do apoio institucional na atenção básica em saúde (AB). Tal delimitação do objeto de pesquisa se justificou pela relevância e capilaridade dessa política, responsável pela principal porta de entrada do SUS, pela maior oferta de serviços e, formalmente, pela função ordenadora do sistema. Desta forma, a pesquisa buscou identificar potencialidades e limites da função apoio institucional como estratégia para democratizar a gestão de políticas de saúde, a partir do campo de ação da Política de Atenção Básica em Saúde, conduzida pelo Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde (DAB/MS). Buscou-se, especificamente, analisar os principais efeitos que a função apoio institucional produziu no contexto da atenção básica, no período 2011-2015, em relação aos problemas históricos de fragmentação institucional e concentração normativa da política de saúde.

O desenho do estudo inscreve-se no campo da epistemologia qualitativa. Os dados foram produzidos entre outubro de 2015 e julho de 2017, por meio de três grupos focais, 23 entrevistas semi estruturadas, realizadas com dirigentes do DAB/MS (2),



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

técnicos da Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica (17) e Apoiadores descentralizados (4). Realizamos também observação participante do VI e VII Fóruns Nacionais de Gestão da Atenção Básica. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em junho de 2014, aprovado e registrado sob o CAAE: 34349314.4.0000.5650.

O material produzido no trabalho de campo foi integralmente transcrito e codificado com a utilização do software Atlas.ti. Recorremos a quatro categorias operacionais prévias (perfil dos apoiadores; trajetória profissional; formação/qualificação profissional; experiência do apoio institucional na CGGAB; apoio integrado do MS), que se desdobraram em outras 29 subcategorias. A análise baseou-se nos referenciais teóricos da Ergologia, particularmente a obra de Yves Schwartz e Louis Durrive.

Os resultados indicam que o apoio institucional foi adotado como ferramenta de gestão: um recurso/estratégia adicional, que embora incidisse nas práticas e relações federativas da gestão praticada pelo departamento, com a perspectiva de apoiar os estados e municípios a partir de uma relação de cooperação e não de supervisão, não alcançou a condição de modelo de gestão. Este dado é expresso na dupla função dos trabalhadores da CGGAB, que tanto atuavam como apoiadores institucionais centralizados, como também desempenham a atribuição de ser referência técnica de uma ou mais frentes de ação programática do departamento.

Encontramos três diferentes arranjos organizativos do apoio institucional da CGGAB no período em análise. O primeiro se caracterizava por duplas e trios de apoiadores responsáveis por um determinado conjunto de estados (em torno de 2 a 4). Na segunda configuração cada apoiador centralizado passou a apoiar individualmente um estado, ou quando necessário, mais de um. Neste contexto houve a implementação do apoio descentralizado, como parte do movimento mais geral de estruturação do Apoio Integrado, articulado pelo projeto qualiSUS redes. Com isso, o apoio centralizado (AC) atuava conjuntamente com o apoio descentralizado (AD) naqueles estados em que a estratégia estava implantada. E, por fim, uma terceira composição, resultante do entendimento de que não haveria necessidade de duas referências de apoio para um mesmo estado.

Identificamos que tanto o AC quanto o AD tinham caráter generalista, ou seja, o apoio ofertado aos estados e municípios era relacionado às principais frentes da Política de Atenção Básica, mas também às políticas transversais do SUS. O apoio integrado foi avaliado como uma estratégia pouco efetiva, cuja implementação/operacionalização não avançou, apesar de o DAB/MS ter participado de alguns movimentos institucionais nos territórios e na gestão interna da proposta. De modo geral o apoio



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

institucional conformado pelo DAB/MS desenvolveu-se paralelamente a estes movimentos.

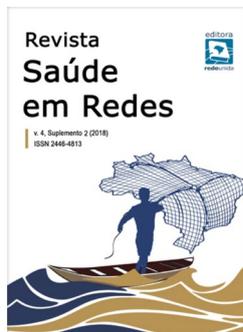
Mapeamos os seguintes atores como interlocutores das relações de apoio construídas: Secretarias estaduais e municipais de saúde, principalmente departamentos/ coordenações estaduais e municipais de atenção básica; Técnicos de outras coordenações do DAB e de outros setores do MS; Apoiadores institucionais vinculados à estratégia do apoio integrado nos territórios; Conselhos de secretários de saúde, principalmente o COSEMS; Comissões intergestores (tripartite, bipartite e regional); Conselhos de saúde (estaduais, municipais e locais); e Universidades e instituições de pesquisa.

As atividades realizadas incluíam suporte/contato remoto (via e-mail, telefone, mensagem de texto e videoconferência); compartilhamento de materiais e informações técnico-operacionais; realização e participação de reuniões; realização de oficinas, capacitações e encontros de alinhamento; participação em grupos de trabalho e câmaras técnicas; visitas técnicas e participação em eventos institucionais e acadêmicos.

Concluimos que o acesso e uso de informações estratégicas da gestão pública federal revelou-se um componente nuclear do apoio institucional realizado, que intervém em sua legitimação, sendo muitas vezes manejado como um recurso de construção do vínculo. Os resultados indicam que o apoio institucional ampliou o acesso de seus interlocutores às informações técnicas da política de Atenção Básica, mas incidiu apenas indiretamente na construção de maior transparência destas informações, na medida em que qualificou a construção de instrumentos normativos e outras ações institucionais.

Nesse sentido, a estratégia engendrou e fortaleceu redes sócio técnicas, articuladas em função da PNAB, como dispositivo de mobilização e ação no Estado. Importante observar que este efeito revela-se condicionado à constituição de relações pessoais, limitadamente transferíveis. Tal aspecto não consiste numa especificidade do apoio, porém, como a efetividade da estratégia depende da qualidade deste vínculo, inferimos que seu manejo tenha sido qualificado e institucionalizado pelo apoio como recurso de gestão. Quanto a isto, o apoio institucional demonstra operar com mais eficácia em instituições historicamente arraigadas no Estado Brasileiro sem, contudo, necessariamente incidir em sua transformação.

O apoio institucional na gestão federal, como modo de ação política por dentro da malha do Estado, implica uma ética de solidariedade no acesso a recursos e compartilhamento do processo decisório da política pública, logo, de sua democratização. Contudo, a necessidade de implementação do “cardápio” que constitui a prioridade política da gestão demonstrou resultar em um tensionamento

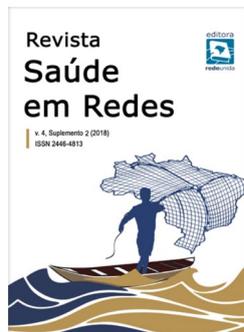


Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

entre esta ética e as finalidades esperadas do apoio, em alguma medida mutuamente limitante.

Palavras-chave: Atenção Básica; Democracia; Políticas de Saúde; Gestão em Saúde



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

AS ESTRATÉGIAS DE LIDERANÇA UTILIZADAS PELO ENFERMEIRO COORDENADOR FRENTE À VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO EXTREMO NORTE DO TOCANTINS

Martin Dharlle Oliveira Santana, Victor Fernando Matos de Almeida, Lilian Natália Ferreira de Lima, Hanari Santos de Almeida Tavares, Jennyfer Soares de Sá, Thiago Ferreira Araújo, Tarcila Cristina Cunha Cavalcante

Todo líder deve instruir, treinar e preparar sua equipe, para que todos tenham uma boa produtividade, preparando todos para um melhor desenvolvimento de suas obrigações, obtendo bons resultados na execução dos seus deveres em conjunto a um ritmo calmo e equilibrado de trabalho. É necessário que haja um profissional de enfermagem que tenha o perfil de um líder, e que possua amplo conhecimento administrativo e de gestão em saúde, possuindo competências como planejar e executar objetivos específicos naquela comunidade que abrange o posto de saúde, além de alcançar as metas que lhes são propostas, sabendo assim, influenciar sua equipe de modo que todos trabalhem em conjunto e propriamente atendendo todas as necessidades cabíveis que lhe é repassado. O presente estudo teve como objetivo principal o de investigar a atuação do Enfermeiro Coordenador da Unidade Básica de Saúde, avaliando o processo de liderança desenvolvido no seu âmbito de trabalho. Trata-se de um estudo de natureza exploratória com abordagem qualitativa, identificando as competências essenciais requeridas pelo enfermeiro líder para coordenar. O estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde de um município localizado no extremo Norte Tocantinense. A população do estudo foi os profissionais que fazem parte da equipe de saúde dessa Unidade Básica de Saúde, composta por uma Técnica de Enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde. Foi utilizado como instrumento de pesquisa um questionário semiestruturado com perguntas abertas e fechadas proporcionando ao informante a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. Os dados foram tabulados no Microsoft Office Excel, e analisados através de tabelas e gráficos, mostrando percentuais de que 71% dos entrevistados convivem com o coordenador do local por 05 anos em média, na qual 57% afirmam sempre estar motivado para execução dos seus objetivos, o mesmo percentual de 57% informam que participam das tomadas de decisões e em torno de 71% dos participantes da pesquisa afirmam que o enfermeiro coordenador é democrático. A liderança é um fator importante no trabalho dos coordenadores, pois ela acaba se tornando essencial para eficácia das atividades diárias na unidade básica de saúde, a liderança é usada como uma ferramenta para conseguir influenciar os profissionais



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

de uma equipe, em que todos possam atingir com efetividade o seus objetivos e obrigações.

Palavras-chave: Enfermagem. Gestão. Liderança.



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE FLUVIAL NO AMAZONAS

Eidie do Vale Souza, Amélia Nunes Sicsù, Maria Luiza Garnelo Pereira

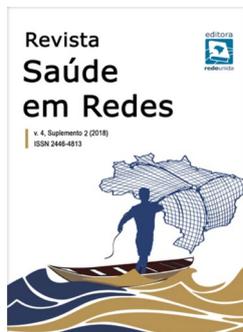
Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, cujo objetivo é avaliar a atenção ao pré-natal na unidade escolhida, de acordo com as características organizacionais. O estudo foi realizado na Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) que atende vinte e cinco assentamentos rurais que ficam ao longo da calha do Rio Negro. Contudo, atracam em somente onze sendo elas: Apuaú, Santa Izabel, Nova Canaã Rio Aruaú, Nova Jerusalém Mipindiaú, Lindo Amanhecer, Monte Sinal Igarapé-Açú, São Sebastião de Cuieiras, Santa Maria, Bela Vista do Jaraqui, Costa do Arara e Tupé. Os usuários que moram no entorno precisam se deslocar até o local onde o barco atracam. O atendimento é realizado uma vez ao mês e a permanência em cada comunidade é de aproximadamente seis horas. A avaliação da organização do atendimento ao pré-natal considerou aspectos relacionados ao fluxo de atendimento e os serviços ofertados pela unidade, bem como as principais ações desenvolvidas pela equipe multiprofissional. Para descrever o fluxo de atendimento, os serviços ofertados pela unidade e descrever as principais ações desenvolvidas pela equipe utilizou-se a técnica de observação não participante, com o auxílio de um instrumento tipo check list o qual elencava os principais aspectos do atendimento pré-natal em consonância com as normas ministeriais. Após a coleta, os dados foram separados por eixos e analisados a partir das normas ministeriais. O estudo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado, n. CAAE: 1.742.086/2016, atendendo as normas referentes às recomendações éticas e legais contidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Em princípio, as formas de captação da mulher com suspeita de gravidez são através da demanda espontânea, do encaminhamento pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) e do controle do programa de planejamento familiar (PLAFAM). A triagem, que consiste na aferição da pressão arterial, peso e altura, é realizada previamente, seguindo o roteiro de consultas do pré-natal. Contudo, em algumas comunidades, tal ação é realizada até três dias antes da consulta, devido à insuficiência de recursos humanos para atender a demanda e também para agilizar o atendimento no período estimado para cada localidade. O acolhimento e a escuta qualificada é realizado(a) pelo enfermeiro (a) da estratégia da saúde da família. Após, a mulher é encaminhada para a coleta imediata do teste rápido de gravidez e a coleta dos exames preconizados para o pré-natal. Os testes rápidos e os exames básicos são entregues uma hora após a coleta, o que permite iniciar o pré-natal com uma



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

avaliação clínica mais completa e estabelecer intervenções quando necessário. Além disso, as sorologias que foram coletadas são entregues na próxima consulta. Diferente do preconizado pelas normas ministeriais, as consultas médicas e de enfermagem são realizadas no mesmo dia. Tal ação constitui-se em um diferencial, pois permite que haja complementariedade das ações realizadas e reforço das informações prestadas. Concernentes à consulta odontologia, não há necessidade de agendamento prévio para a primeira consulta, o que facilita a captação precoce da gestante e fidelização do acompanhamento da saúde bucal durante todo o ciclo gravídico-puerperal. Outra diferença marcante, é que se durante a avaliação médica houver a detecção de agravos à saúde, que não estão dentro das ações clínicas da atenção básica, encaminha-se a gestante para a sala de procedimentos para serem administrados os medicamentos prescritos ou realização de curativos, pelo (a) técnico (a) de enfermagem até estabilização do quadro. Essas ações estão atreladas à assistência secundária, por isso se torna uma especificidade da unidade ao ofertá-las, por causa das dificuldades de acesso aos serviços de saúde e barreiras geográficas na região. Se porventura a situação não for controlada e necessitar de assistência de média ou alta complexidade, é acionado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU- ambulância), que pode ser feito tanto pelo ACS, diretor da UBS ou profissional de saúde da unidade, conforme está estabelecido nas normas ministeriais. Essa ação pode ser executada, independente de ser ter a UBSF na localidade. No que diz respeito às consultas de segunda vez e/ou subsequentes, segue o mesmo fluxo, respeitando as especificidades para cada período gestacional. Outra particularidade do atendimento na unidade refere-se ao sistema de agendamento de consultas e exames. Como a unidade fluvial não possui suporte tecnológico adequado para tal ação, os encaminhamentos são levados até o Distrito de Saúde Rural (DISAR) em Manaus para serem cadastrados no Sistema Nacional de Regulação (SISREG). Sendo assim, quando houver o agendamento, o(a) enfermeiro(a) ou diretor da unidade móvel leva o documento na próxima viagem e entrega à gestante. A responsabilidade da ida até o local agendado é da gestante. Contudo, durante a pesquisa de campo, observaram-se algumas dificuldades quanto agendamento de exames e consultas especializadas. Quando se agenda os exames, o sistema não leva em consideração o ônus, o tempo e a distância de deslocamento que essa gestante precisa percorrer até a instituição. Outra dificuldade está relacionada à brevidade das datas agendadas, que impedem que a gestante se organize para ir à unidade referenciada, devido a condições financeiras ou dias de saída do barco de recreio. Portanto, seria necessário um agente mediador que pudesse operacionalizar o sistema de maneira a oferecer à gestante um acesso adequado, tempestivo e contínuo a outros níveis de assistência a saúde. Quanto às



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

ações desenvolvidas pela equipe observa-se que há uma aproximação dos parâmetros estabelecidos para o pré-natal de baixo risco na atenção básica com o que é executado pelos profissionais da UBSF. Entre as ações que não estão preconizadas, mas são desenvolvidas pela equipe se destaca a consulta odontológica puerperal, na qual o recém-nascido (RN) é inserido no programa Dente de Kurumi, o qual foi criado e gerido pela equipe odontológica da unidade fluvial. Esse programa oferece acompanhamento desde os primeiros dias de vida do RN até completar três anos de idade. Durante a consulta, o cirurgião dentista avalia a cavidade oral do RN, explica a importância da higiene oral e demonstra como fazê-la. É solicitado que a mãe amamente para se demonstrar a importância do aleitamento no desenvolvimento maxilar, que auxiliará posteriormente na alimentação. Pactuam-se também as datas de retorno para o acompanhamento da saúde bucal do mesmo. Outra peculiaridade na unidade é presença do farmacêutico, o qual se torna importante na dispensação dos medicamentos. O mesmo avalia a prescrição, entrega o medicamento certificando-se da segurança da gestante, orienta sobre as dosagens, a possibilidade de reações adversas e a melhor forma de utilização. Além disso, auxilia no controle do Programa de planejamento familiar (PLAFAM). Quanto às consultas médicas, observou-se a não realização dos exames das mamas, ginecológico e obstétrico por este profissional. Tal fato justifica-se por não se possuir consultório na unidade ou sala reservada para esse fim, o que impede de manter a privacidade da gestante. Dentre as ações não realizadas destaca-se a não vinculação à maternidade. Durante as consultas, orienta-se a gestante no momento do parto a procurar a maternidade mais próxima de onde ficará hospedada. Por fim, a organização da atenção pré-natal na unidade escolhida, apesar das especificidades, tende a seguir os parâmetros ministeriais, mas orientada por uma dinâmica de trabalho própria para atender as necessidades e especificidades das gestantes moradoras de área rural.

Palavras-chave: Cuidado pré-natal, Atenção Primária à Saúde, Avaliação dos serviços de saúde.



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

VALIAÇÃO DA SÉRIE HISTÓRICA DE MORTALIDADE INFANTIL, PIB E ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL EM 13 ANOS.

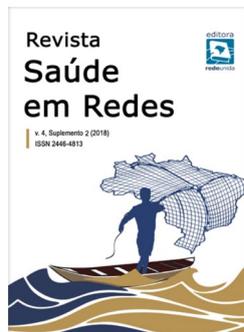
Vania Barroso Carneiro, Eric Campos Alvarenga, Ana Cleide Guedes Moreira, Maria Lucia Chaves Lima, Leandro Passarinho Reis Jr, Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira

INTRODUÇÃO: A taxa de mortalidade infantil (TMI) é o mais tradicional dos indicadores de saúde, expressa a combinação de fatores contextuais, hereditários e relacionados à atenção prestada à saúde da criança, reflete a situação de saúde e desenvolvimento socioeconômico, além da eficácia das políticas públicas na área da saúde, distribuição de renda, entre outros. Crianças menores de um ano estão entre as mais vulneráveis à determinantes sociais de saúde, especialmente por limitações ao acesso à serviços primários, sendo potencialmente sensíveis à melhorias na sua condição de saúde, a partir de investimentos neste nível de atenção, com redução das internações hospitalares e mortalidade¹.

OBJETIVO: Demonstrar a evolução da taxa de mortalidade infantil -TMI (2000 a 2013), a razão entre horas semanais de médicos na atenção primária e população residente (2008 a 2014) e a evolução do produto interno bruto- PIB per capita (2000 a 2012), no Brasil, nos períodos supracitados.

MÉTODO: Trata-se de pesquisa avaliativa, de série temporal, em que os municípios foram agrupados nas cinco macrorregionais nacionais brasileiras: Norte, Sul, Sudeste, Nordeste e Centro-Oeste, utilizando-se o banco de dados do SIM, IBGE, IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo) e SCNES/MS. As análises consideraram nível de significância $p < 0,05$ e foram realizadas pelos softwares SPSS 22.0 e Excel 2013.

RESULTADOS: A mortalidade de crianças menores de um ano no Brasil, passou de 26,1 óbitos/ mil nascidos vivos (NV) em 2000 para 14,4/ mil nascidos vivos em 2013. Neste período todos os estados da federação tiveram suas TMI reduzidas. A meta dos Objetivos do Milênio - ODM era reduzir esse número para 17,9 óbitos por mil nascidos vivos até 2015². A região Sul apresentou a menor TMI, com 10,9/ mil nascidos vivos em 2013, seguida pelo Sudeste (12,5/1.000NV), Centro-Oeste (15,5/1.000NV), Nordeste (16,6/1.000NV) e Norte (18,2/1.000NV). As maiores TMI foram encontradas nos estados do Amapá (21,8/1.000NV) e Roraima (19,5/1.000NV). Todas as regiões apresentam tendência de queda, as regiões Nordeste e Norte mostram médias superiores às do Brasil. A Região Nordeste apresentou tendência de queda para quase todos os estados, superiores à média do Brasil. Apenas o Ceará, a partir de 2011, apresentou resultado inferior à média nacional. De taxas entre 35 a



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

40 óbitos/mil nascidos vivos, todos os estados reduziram de forma significativa para a faixa entre 15 e 20/ mil nascidos vivos, no período analisado.

O PIB per capita indica o nível de produção econômica em um território, de acordo com seu contingente populacional. Valores muito baixos costumam sugerir baixo desenvolvimento econômico, tendo reflexos diretos na oferta de bens e serviços para a população e, de forma mais acentuada, para as parcelas de mais baixa renda.

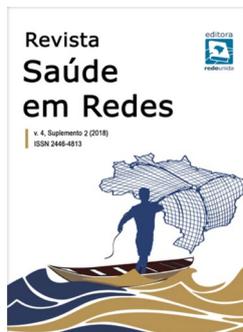
Entre 2000 e 2012, o PIB per capita aumentou em todas as unidades da Federação, elevando a média nacional de R\$ 18.100 para R\$ 31.800, com crescimento de cerca de 175% em valores reais, destacaram-se as regiões Nordeste (194%), Norte (191%) e Centro-Oeste (179%), seguidas do Sul (176%) e Sudeste (170%). Contudo, apesar de o indicador apontar para um cenário de crescimento, o país ainda enfrenta uma série de desafios relativos às diferenças regionais de padrões de desenvolvimento.

De acordo com o IBGE (2012), os estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Paraná, Santa Catarina, Distrito Federal e Bahia, representavam 79,1% no PIB brasileiro, concentrando quase 80% do PIB. Esse dado sugere que o país continua sendo um dos mais desiguais do mundo, tanto em termos sociais como regionais.

As dez menores participações somavam 5,4% do PIB nacional: Rio Grande do Norte e Paraíba tiveram 0,9% cada; Alagoas e Rondônia, 0,7%; Sergipe e Piauí, 0,6%; Tocantins, 0,4%; e Amapá, Acre e Roraima, 0,2% cada. Segundo o Ipea, a região Nordeste concentrava 28% da população brasileira, mas respondia por apenas 13,6% do PIB per capita, equivalente a menos da metade da média nacional e três vezes menor que o de São Paulo, em 2012.

O PIB per capita é indicador econômico importante no âmbito das explicações das determinações sociais da saúde, o crescimento econômico de um país e sua melhor distribuição de renda é capaz de atenuar problemas de ordem social e impactos no campo da saúde da população, incluindo a mortalidade infantil. Há evidências de que a riqueza produzida pelo Brasil no período estudado foi melhor distribuída, haja vista os índices de PIB per capita nas regiões Norte e Nordeste, sugerindo que houve, concomitantemente, um aumento da produção e melhor distribuição de riqueza em todas as regiões brasileiras, o que certamente influenciou a queda da TMI no período avaliado.

Em relação aos investimentos na atenção primária, a razão entre horas semanais de médicos na atenção primária e população residente permitiu avaliar a disponibilidade de médicos vinculados ao SUS que realizaram ações e serviços neste nível de atenção. Entre 2008 e 2014, houve aumento da carga horária semanal de médicos por habitantes em todas as regiões, a média nacional passou de 97 para 131,3



Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

horas/10 mil habitantes, correspondendo a 35% de aumento. Destacou-se a região Norte, com aumento de 40,3%.

O modelo de atenção baseado na saúde da família privilegia as atividades de planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais, com priorização do acesso universal, escuta qualificada e encaminhamento para a resolução das demandas necessárias, responsabilização e vínculo entre os profissionais de saúde e usuários, impulsionando as ações de saúde voltadas à criança principalmente em regiões carentes no território nacional. Isso tudo certamente impacta tanto na ampliação do acesso, quanto na adesão ao tratamento, consequentemente qualifica o serviço e aumenta resolutividade das ações voltadas para a saúde da criança. Em 2013, o governo federal lançou o Programa Mais Médicos – PMM, aumentando o quantitativo de equipes de Saúde da Família, principalmente nas regiões carentes de oferta de assistência médica no país³.

CONCLUSÃO: Este estudo buscou demonstrar a importância que a melhor distribuição de renda e investimentos na atenção primária em saúde podem ter na garantia do direito à saúde da criança, tendo influência inegável na redução da mortalidade infantil. Embora outros fatores sejam primordiais no estudo da mortalidade infantil, como fatores sociais e os relacionados à condição materna, que poderão ser analisados no futuro, buscou-se ressaltar a relevância de se impulsionar a atenção primária, como uma proposta de mudança do modelo assistencial, reorientando a rede de atenção primária e articulando ações de educação sanitária, vigilância epidemiológica e sanitária, com foco na assistência à grupos populacionais prioritários, como os menores de 1 ano.

REFERÊNCIAS

1. Macinko J, Almeida C. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Organização Pan-Americana da Saúde; 2006.
 2. Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento. 2014. 208 p. p. 262.
 3. Brasil. Lei no 12.871 de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da Un
- Palavras-chave: mortalidade infantil; atenção primária; PIB



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELA POPULAÇÃO DO CAMPO: A EXPERIÊNCIA DO ASSENTAMENTO NORMANDIA

Francilene Menezes dos Santos

Este trabalho tem como foco analisar as barreiras de acesso à saúde dos (as) trabalhadores (as) do Assentamento Normandia no município de Caruaru/Pernambuco, foram caracterizadas as condições gerais do assentamento e as ações de saúde desenvolvidas pelo município para atender aos trabalhadores rurais. Os resultados mostram que apesar da rede de serviços, o sistema de saúde do município apresenta dificuldades no desenvolvimento de ações preventivas, de promoção e assistência.

As barreiras organizacionais foram as mais evidenciadas nos discursos, com destaque para a estrutura física e funcionamento da (USF).

As principais barreiras geográficas foram: atravessar a BR 104, a inexistência de passarelas ou viadutos que facilitem a travessia desta BR, a ausência de transporte público e a distância do trajeto até a USF.

A dificuldade de comunicação e diálogo com os assentados foi a principal barreira de comunicação identificada.

Configuram as barreiras financeiras os gastos com o transporte para deslocamento até os serviços de saúde.

Muitas são as barreiras de acesso a saúde para a população do campo e assentada da reforma agrária, iniciar pela barreira geográfica uma vez que os territórios são localizados em lugar de difícil acesso, e a unidade de saúde da família fica numa distancia de 5km, sendo que fica contra o fluxos e tendo que atravessar um BR duplicada de alto fluxos nos dois sentidos muitas vezes tornam inacessíveis os cuidados de saúde para os Assentados, a falta de uma passarela ou faixa de pedestre com semáforo tem causado grandes transtornos e uma sensação constante de insegurança.

Outro fator que impossibilita o acesso aos serviços de saúde é a barreira financeira onde o custo de deslocamento sai caro, o transporte alternativo em horários não regulares e com horário até as 18h00min. Quem não tem recurso não acessa os serviços de saúde, assim o sistema acaba os excluindo.

As barreiras organizacionais são consideradas grandes entraves a começar pela estrutura de funcionamento dos serviços de saúde, a USF de referência do Assentamento segue o formato das unidades urbanas, mesmo sendo uma unidade escola, ela ainda tem uma estrutura frágil pequena não comporta os usuários, cronograma de atividade e os horários de funcionamento não flexível, a forma de



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

organização dos processos de trabalho, a formação dos profissionais é desvinculada da realidade das condições de vida e saúde da população, são despreparada as equipes para lidar com as especificidades da população do campo

As barreiras de informações um problema muito grande justamente por ter falhas, os assentados não ficam sabendo das atividades desenvolvidas na unidade e nos demais serviços de saúde. Essa falta de diálogo não colabora para que o bom entendimento flua regularmente entre unidade e usuários, porque não existe nenhuma metodologia tipo: boletim, programa em rádio, TV, redes sociais, que promova esse vínculo entre usuário e os serviços de saúde para além do agente comunitário de saúde como ele não vai com frequência no território as informações chegam atrasadas, só no acolhimento não dá pra sanar o problema.

Os resultados deste estudo comprovaram que a principal barreira de acesso aos serviços de saúde enfrentados pelos trabalhadores Assentados é geográfica. Foi apontada a dificuldade de locomoção, quando os mesmos buscam a assistência à saúde, uma vez que a unidade de saúde de referência se encontra numa distância aproximadamente 5 km, localizada no contra fluxo dos veículos que circulam pela BR 104, que, por sua vez é mais um agravante no percurso até a USF Rafael, por ser uma estrada duplicada e não possui nenhum dispositivo de redução de velocidade ou passarela, lombada que proteja os moradores no momento de fazerem a travessia para o outro lado, onde pegam o transporte para chegarem a USF do Rafael.

Se tratando da dificuldade de se deslocar do Assentamento até USF do Rafael, é notável a escassez de transporte público que faça esse trajeto, já que o fluxo maior é contrário ao sentido da unidade, uma vez que o maior movimento é sentido cidade e não para o campo.

É válido ressaltar que um dos aspectos negativos de consenso citado pelos entrevistados na barreira de comunicação é a própria falta de diálogo entre os assentados e a USF do Rafael, os mesmos não têm acesso às informações dos serviços de saúde, e principalmente das atividades desenvolvidas na unidade. Isso faz com que os usuários se distanciam da unidade que deveria ter esse elo, ser referência das famílias a porta dos mesmos na entrada da atenção básica.

Tem que se criar mecanismo que oferte aos trabalhadores rurais o acesso às informações mesmo em território que não tem cobertura de sinal de telefonia, que ultrapasse o momento em que os mesmos se encontrem na unidade na ocasião do acolhimento, porque nem em todas as áreas são cobertas por ACS, como ocorre em algumas que se diz ter cobertura, mas o Agente Comunitário de Saúde não dá conta de cobrir tantas famílias.

O que mais chamou atenção nos relatos da Barreira Financeira nas entrevistas foi o aspecto dos gastos com deslocamento até a unidade de saúde da Família do Rafael



como também em outros serviços de saúde. Os Assentados arcam com quatro reais para chegar à USF, os que não têm como arcar com esses valores faz o percurso de 3 km a pé, onde algumas vezes se arrisca pegando um atalho para se chegar até a unidade. Quando se trata de outros serviços os gastos são ainda maiores para os usuários, uma vez que não existe nenhuma política de financiamento para transportar os usuários até os serviços.

Entre os aspectos que configuram a barreira organizacional evidenciada nos discursos dos sujeitos, a estrutura física da USF é pequena para a quantidade de usuários, com sugestão de desmembrar a unidade para que consiga de fato cobrir todos os usuários, uma vez que USF tem mais de 6.000 famílias e a cada dia se expande mais.

No que se refere à ausência de participação dos usuários na organização dos serviços de saúde da USF, nota-se que boa parte dos usuários não tem conhecimento de quanto é importante sua participação na organização da unidade, isso se dá pelo simples fato de que os mesmos não se sentem parte da unidade, eles são tão distanciados que desconhece que deve sim opinar na condução do planejamento e organização da USF.

Assim, pretende-se com a pesquisa auxiliar os gestores municipais e estaduais no aprimoramento das condições de saúde dessa população, levando em consideração o modo de viver e produzir saúde no campo na perspectiva dos/as camponeses/as. De modo geral as políticas de saúde são voltadas para os problemas dos grandes centros urbanos, esquecendo as peculiaridades das populações do campo, não levam em conta a organização da comunidade a cultura, seus hábitos, suas práticas de vivência e convivência, e as condições socioeconômicas, sendo, portanto insuficiente para resolver as complexidades dos problemas existentes. Um projeto de saúde humanizado fundamentado no conceito ampliado de saúde, tendo como eixo norteador uma saúde preventiva, com profissionais formados a partir de uma educação popular, que os Agentes Comunitários de Saúdes reconheçam seu papel como educador popular da saúde.

Palavras-chave: Saúde da população rural. Políticas públicas. Acesso aos Serviços de Saúde.



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

ACIDENTES DE TRÂNSITO E A REDE DE SAÚDE PÚBLICA EM UM MUNICÍPIO NA AMAZÔNIA PARAENSE

Norberto Ferreira Rocha, Marcilene Feitosa Araujo, Rita de Cassia Costa Terra, Fabricia Rodrigues Silva, Delles Silva Oliveira

1 APRESENTAÇÃO

Neste estudo buscou-se identificar as principais causas de acidentes envolvendo motocicletas no trânsito e analisar como o município tem absorvido a demanda por atendimento no hospital público municipal. Para tanto buscou-se responder a seguinte questão de pesquisa: Quais fatores estão associados à ocorrência de acidentes com motocicletas e como a saúde pública municipal tem absorvido a demanda por atendimento?

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Trânsito e Saúde Pública

Segundo dados do Boletim Epidemiológico da Previdência Social (2016) é possível visualizar esse quantitativo por categoria de veículos, assim, o boletim evidencia que os acidentes envolvendo motocicletas aparecem em primeiro lugar, com 6,6% do total de 23,4 % das mortes em acidentes de trânsito no país.

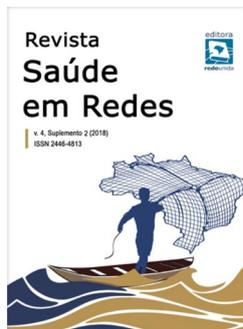
Outro dado importante vem de uma pesquisa realizada nos Estados Unidos da América do Norte. A pesquisa mostra que a probabilidade de uma pessoa morrer dirigindo uma motocicleta é 20 vezes maior que ao volante de um carro, sem capacete, a probabilidade aumenta para 60 vezes (ALVES JÚNIOR, 2011).

O desrespeito à legislação de trânsito, especialmente, o abuso de velocidade e o consumo de bebidas alcoólicas previamente à direção, associados em geral a uma inadequada educação e fiscalização do trânsito constituem fatores de aumento do número de acidentes envolvendo essa modalidade de veículos em diversos municípios.

3 METODOLOGIA

Para alcançar esse objetivo realizou-se uma pesquisa exploratória de caráter misto (quanti/quali). Para a coleta dos dados, utilizou-se uma survey. O instrumento foi composto por 20 questões. A população da pesquisa foi de 8.614 e a amostra de 368 condutores de motos e motonetas. Os dados coletados foram analisados por meio de um software estatístico (SPSS 19.0) e tratados de forma quantitativa, utilizando-se a análise fatorial.

A etapa qualitativa foi composta por análise de documentos e observação in loco. Analisaram-se documentos fornecidos pela secretaria de saúde referente aos números de acidentes com morte entre os anos de 2016 e 2017 por categoria. No



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

departamento de trânsito, buscou-se saber a população de motocicletas registradas no município.

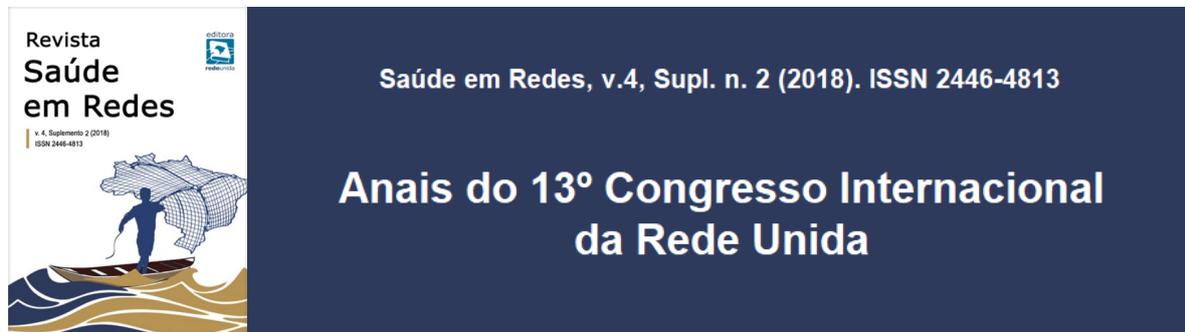
4. RESULTADOS E/OU IMPACTOS

Segundo dados da Secretaria municipal de Saúde do município estudado, somente no ano de 2016 se registraram 523 acidentes envolvendo motos e motonetas. Já os acidentes envolvendo carros foram seis (6), sendo que do total (529), houve onze (11) mortes, sendo oito (8) decorrentes de acidentes envolvendo essa categoria de veículos no município. Ainda em 2016, segundo os dados fornecidos pela secretaria, 256 vítimas foram transferidas para hospitais com atendimento de alta complexidade localizados em Marabá e Paragominas. Nota-se que quase a metade das vítimas de acidentes com motos e motonetas são direcionadas para outros municípios, isso devida a gravidade dos acidentes. A secretaria não possui dados referentes aos pacientes transferidos.

Ainda segundo dados da secretaria, de primeiro de janeiro a quatro de julho de 2017, 359 acidentes envolvendo motocicletas foram registrados e 9 envolvendo carros. Desse total (359), 20 mortes foram registadas. Comparado os dados da secretaria com o instrumento aplicados junto as motociclistas, nota-se que, o modelo de pesquisa proposto foi bem representado, pois revelou os fatores como: “Atitude do Condutor” (12,19%), “Causas dos Acidentes” (11,58%) e “Ações Educativas” (10,34%) que responderam conjuntamente por 34,11% do modelo fatorial. O valor restante refere-se a outras variáveis que não foram objeto de análise deste estudo.

A Atitude do Condutor, foi responsável por 12,19% da explicação do modelo e foi composto pelas variáveis: Negligencia humana, consumo de bebida alcoólica e condução de motocicletas por menores de idades. Conforme observação in loco notou-se que é comum a condução deste tipo de veiculo por menores, inclusive com consentimento dos pais que deixam seus filhos (menores de 6 anos) conduzirem o veiculo (motocicleta) enquanto vão de carona com eles. Outro fato é a condução por vias proibidas (contramão), estacionamento e locais inadequados (calçadas) e a condução em uma única roda, aliado ao consumo de bebidas alcoólicas.

As Causas dos Acidentes, foi responsável por 11,58% da explicação do modelo. Esse fator foi formado por quatro variáveis que se resumem na falta de sinalização no trânsito, falta de fiscalização, falta de punição para os infratores e uso de veículo por pessoas não habilitadas (CNH). Vale salientar que durante a realização da coleta de dados (mês de abril e junho), o município não possuía nenhuma sinalização no trânsito (placas, faixas, etc), no entanto, no período do envio deste material para o referido evento, a gestão pública municipal iniciou uma ação de implantação de sinalização em todas as ruas e avenidas do município (dezembro). Quanto a



fiscalização e punição, nota-se que começa a ocorrer, mas ainda de forma tímida (observação in loco).

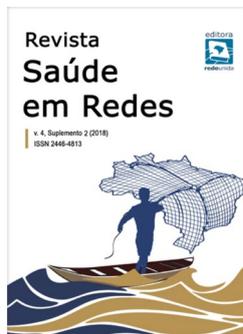
Os dados revelam a necessidade da conscientização do motorista quanto sua responsabilidade no trânsito (conduta). Ainda segundo os dados, as causas dos altos índices acidentes podem estar associadas à falta de sinalização, falta de fiscalização, falta de cumprimento da lei quanto ao uso da CNH e falta de punições mais efetivas. Acredita-se que com a sinalização em parte da cidade (realidade atual), esse índice pode diminuir, mas é preciso que os demais fatores mencionados sejam considerados para uma redução significativa no próximo ano (2018).

A Ação Educativa foi responsável por 10,34% da explicação do modelo e foi formada por duas variáveis, sendo elas: falta de conhecimento das normas de trânsitos e falta de ações educativas. O Código de Trânsito Brasileiro no artigo 24 e inciso dão obrigações aos municípios para que façam cumprir as normas no âmbito de sua circunscrição. Considerando o que diz a teoria, não foram observadas ações voltadas para educação no trânsito durante todo o processo de coleta de dados no município. Os acidentes de trânsito impactam diretamente a sociedade, isso porque vão além das perdas econômicas. A esse respeito, observação revelou um dado assustador, uma quantidade significativa de pessoas sem membros do corpo como braços e pernas, decorrentes de acidentes envolvendo motocicletas, evidenciando sérios impactos sociais. Diante da realidade, observa-se que prevenir por meio de ações educativas e punitivas, pode ser a alternativa mais viável, considerando que a realidade apresentada impacta diretamente no sistema público de saúde, pois atinge a economia do município por meio principalmente dos custos com atendimento dos acidentes, custos com internações, indenizações e perda de capacidade laboral dos envolvidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os fatores atitude do condutor, causas dos acidentes e ações educativas, propostas no modelo de análise fatorial são válidos e podem ser testados por uma técnica de análise confirmatória. A etapa qualitativa revelou dados assustadores, como por exemplo, o alto índice de acidentes ou ainda que quase a metade dos acidentados são direcionados para hospitais de alta complexidade por falta de estrutura e da gravidade dos ferimentos.

De modo geral, o trabalho desenvolvido apresentou limitações relativas, principalmente, a resistência dos condutores de motocicletas em responderem a pesquisa, isso porque, na maioria das abordagens percebeu-se que o condutor não usava equipamento de segurança (capacete), fato este que inibia o mesmo a participar da pesquisa.

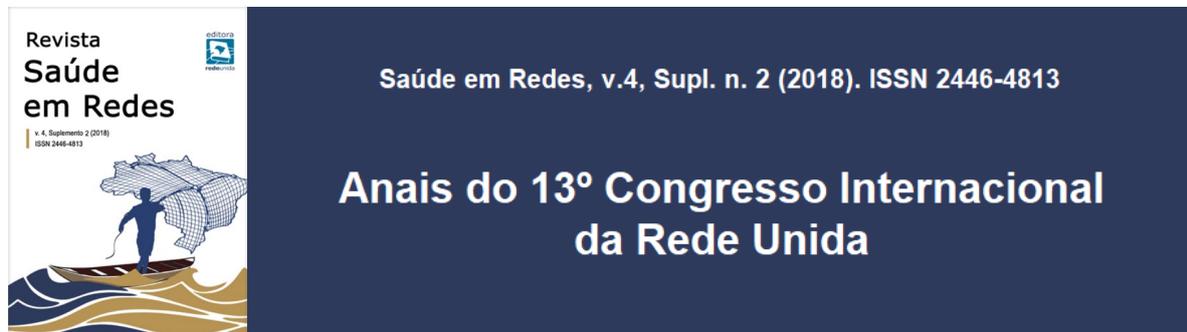


Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Com o intuito de tratar as limitações do estudo e ampliar seu escopo, sugere-se como futuras linhas de pesquisas a aplicação da análise fatorial confirmatório no intuito de se confirmar as hipóteses sugeridas.

Palavras-chave: Transito, Saúde Pública, Acidentes.



ANÁLISE DE DADOS: MONITORAMENTO DA OFERTA DE TESTES RÁPIDOS PARA RASTREAR E/OU DIAGNOSTICAR HIV E SÍFILIS UM DESAFIO PARA INTEGRAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Eliane Nogueira Campos

Os Testes Rápidos para diagnóstico da infecção do HIV e triagem de sífilis, compõem um conjunto de estratégias do Ministério da Saúde visando a qualificação e a ampliação do acesso da população ao diagnóstico do HIV e detecção da sífilis, podendo ser ofertado na rede de atenção básica, o que antes era feito só em ambiente de laboratório. Os Testes Rápidos também podem ser encontrados além das unidades básicas de saúde tradicionais e Estratégia Saúde da Família, em maternidades, Centros de Testagem Anônima (CTA) Serviço de Assistência Especializado (SAE), policlínicas e hospitais os profissionais são de saúde pela equipe da Secretaria de Saúde. Os Testes Rápidos são disponibilizados pelo programa de IST/AIDS da Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde para todo país e executado pela assistência à saúde. Os dados de produção de serviço envolvendo a execução dos Testes Rápidos são captados pelas equipes de atenção básica através do Sistema de Informação da Atenção Básica no SUS (SIASUS). O HIV e a sífilis (em gestante, adquirida e congênita) são de notificação compulsória e monitorados pela Vigilância em Saúde, mais especificamente no componente epidemiológico através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A implantação do Teste Rápido para diagnóstico de HIV e triagem de sífilis na atenção básica tem como objetivo a ampliação do acesso da população ao diagnóstico do HIV e da sífilis o mais cedo possível, tendo em vista o início precoce de tratamento e a quebra da barreira de transmissão. Manaus a partir do ano de 2009 passou a ter a responsabilidade de Vigilância em Saúde de seu território e desde então vem empreendendo várias estratégias para efetivar a integração das ações da atenção básica e vigilância em saúde, sendo uma das ações a implantação do Teste Rápido nas unidades de saúde. Em 2015 foi instituído na Secretaria Municipal de Saúde o monitoramento de 23 indicadores básicos como prioridade, entre eles a oferta de testes de HIV (testes rápidos e sorológico), exames para identificar sífilis em gestante (teste rápido e sorológico), nesses três últimos anos podemos observar maior oferta pela atenção básica. Apesar do monitoramento da Secretaria Municipal de Saúde ficar mais intenso e envolver a própria equipe de atenção básica a partir de 2015 analisamos dados desde 2013 e observamos os seguintes números: em 2013 a atenção básica realizou 58 testes rápido em apenas 3 unidades de saúde sendo uma delas a Unidade de Saúde Fluvial Semsá IV. Em



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

2014 há registro no SIASUS de 1.154 teste realizados passando para 26 unidades oferecendo o serviço. 2015 foram feitos 6.627 testes em 44 unidades de saúde. 2016 13.192 testes em 83 unidades e em 2017 (até 31 de agosto) já foram realizados 12.545 em 112 unidades de saúde, totalizando 33.576 testes rápidos realizados pela atenção básica. Apesar do aumento significativo ainda não conseguimos ofertar 2 testes para detecção de sífilis (teste rápido ou sorológico) por gestante, o protocolo do pré-natal preconiza ofertar um exame no primeiro e outro no terceiro trimestre de gravidez. O parâmetro de exames a ser realizado no ano corrente é estabelecido pelo número de nascidos vivos do ano anterior que é definido pelo Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), a média de nascimento por ano é de 40.000 nascidos vivos. Quando avaliamos o total de exames realizados para diagnóstico de sífilis em gestante (TR mais VDRL) o número sobe para 37.444, e outros exames para detecção de sífilis na população geral (TPHA, VDRL, FTABS-IGG, FTABS-IGM e TR) realizados em Manaus somam um total de 1.397.105 no período de 2013 a agosto de 2017. Uma outra informação importante é as notificações de sífilis em gestante que no período de 2013 a agosto de 2017 foi de 4.058 registros no SINAN. Uma das grandes dificuldades na análise de testagem seja teste rápido ou sorológico é que o SIASUS não nos indica se o exame realizado é do primeiro trimestre ou terceiro ou ainda se é de acompanhamento de tratamento, é possível que o número de gestantes testadas seja ainda menor. Quanto ao Teste Rápido para HIV foram realizados 211.227 testes rápidos no período de 2013 a agosto de 2017, sendo: 2013 houveram 308 registros em 9 unidades de saúde. Em 2014 foram 5.217 testes realizados em 36 unidades de saúde. 2015 14.490 testes registrados no SIASUS em 82 unidades de saúde. 2016 encontramos 24.622 registros de teste rápido em 102 unidades de saúde. Desse volume de teste rápido realizado pela atenção básica 33.573 foram realizados em grávidas, não sendo possível identificar por esse sistema de informação a positividade de exames. Não é possível identificar testes realizados especificamente em pacientes de tuberculose. Quando somamos todos os tipos de exames realizados em Manaus no período estudado (WESTERN BLOT, ELISA, IMUNOFLUORESCÊNCIA, TR GESTANTE, TR GERAL) contamos 660.418 exames realizados. A oferta de exames para diagnóstico de HIV é um indicador monitorado em todo Brasil e calculado a partir do incremento de 15% dos exames realizados no ano anterior (somando testes rápidos e sorológico), deve ser oferecido para toda população, porém as grávidas e pacientes que iniciarem o tratamento para tuberculose devem ser testados 100% das grávidas e dos casos novos de tuberculose a partir da detecção. No SINAN encontramos 8.457 registros de HIV/AIDS. Encontramos grandes dificuldades para essa simples análise, entre essas dificuldades está o registro inadequado da produção de dados dos profissionais da

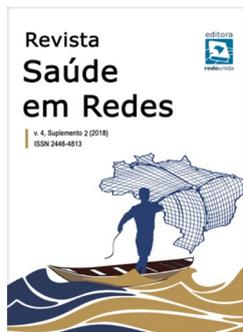


Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

atenção básica, o sistema de informação utilizado pela atenção básica SIASUS tem duas entradas, a primeira utilizada pelas unidades de saúde tradicional é o Gerenciamento de Informação Local (GIL) que ainda tem duas formas de transmissão para o agregador (SIASUS) Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C) e Boletim de Produção Ambulatorial Individual (BPA-I), e a Estratégia Saúde da Família utiliza o e-SUS que estando em fase de implantação a partir de 2014 somente em 2016 começou a captar os dados de produção de serviço de testes rápidos realizados na unidade de saúde, isso nós uma dado diferente do que a coordenação de IST/AIDS informa de que há implantação de serviço em 100% das unidades e o que encontramos de registro no SIASUS. Quando avaliamos e comparamos BPA-C e BPA-I temos uma perda de registro de mais de 70% o que impacta sensivelmente de forma negativa o indicador tendo em vista que a produção de dados das unidades hospitalares não são computados no BPA-I. Outra grande dificuldade encontrada a falta de comunicação dos sistemas de informação que captam a produção de serviço da vigilância em saúde e da atenção básica de saúde, os sistemas de informação mais usados pelo serviço de saúde não são online o que para o SINAN é um dificultador, pois são 48 agravos de notificação compulsória e cada uma tem uma ficha específica. Uma outra dificuldade é a inabilidade ou sensibilidade dos profissionais em análise de dados. A análise de dados e a produção da informação tem um papel importante na gestão dos serviços de saúde para apoiar a tomada de decisão, os modos de produção da informação e de sua análise no cotidiano do serviço e é fundamental para chamar atenção dos atores nela envolvidos permitindo a reflexão sobre o seu cotidiano dando-lhe um norte para pensar sua prática e os resultados do seu trabalho.

Palavras-chave: HIV, sífilis, gestante, atenção básica, vigilância, sistema de informação



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

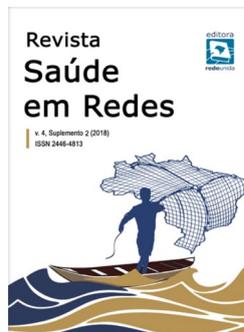
Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

ANÁLISE DO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA NA REGIÃO DE SAÚDE DE CAUCAIA - CE

Juliana Benício Muniz, Izaildo Tavares Luna, Kedimam Celis Barros Bastos, Patrícia Neyva da Costa Pinheiro, André Schimidt da Silva

Apresentação: No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda a realização de mamografia em mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos, com periodicidade bianual. O rastreamento é realizado de forma oportunística, ou seja, a solicitação do exame depende da procura espontânea pelo serviço de saúde, ao passo que em países desenvolvidos, há recrutamento ativo da população-alvo. O rastreamento oportunístico, além de ser menos efetivo no impacto sobre a mortalidade atribuída à condição rastreada, é mais oneroso para o sistema de saúde. O rastreamento por intermédio de mamografias é o principal meio de detecção precoce para diagnóstico de neoplasias malignas da mama, uma das principais causas de óbitos no país, representando 2,6% dos óbitos femininos. Na Região de Saúde de Caucaia várias estratégias são utilizadas para o controle do câncer de mama, entre elas o rastreamento através de mamografia e exame clínico em mulheres com idade entre 50 e 69 anos. A região apresenta elevada incidência do câncer de mama. Em 2016, dos 34 casos de óbitos por câncer de mama, oito (23,5%) óbitos estão na faixa etária abaixo de 50 anos; 16 óbitos (47,1%) na faixa etária entre 50 e 69 anos; e 10 óbitos (29,4%) com idade acima de 70 anos. O estudo teve como objetivos: analisar o rastreamento do Câncer de Mama na Região de Saúde de Caucaia; evidenciar os indicadores de desempenho do mamógrafo da Policlínica Regional de Caucaia/CE; e o levantamento do absenteísmo do serviço.

Desenvolvimento do trabalho: Quanto à natureza, esse estudo constitui-se numa pesquisa quantitativa por apresentar informações precisas e interpretáveis. Quanto aos fins, trata-se de pesquisa descritiva, pois teve a finalidade de observar, analisar, classificar e interpretar os fatos ou fenômenos variáveis, sem que o pesquisador interfira neles ou os manipule. Quanto aos meios, classifica-se como levantamento documental pela busca de informações em material que ainda não recebeu tratamento analítico. O universo da pesquisa foi composto pela produção de mamografias de rastreamento registradas no Sistema Integrado de Gestão em Saúde SIGES da Policlínica Regional de Caucaia, realizada nos meses de janeiro a outubro de 2017. O estudo não envolveu a participação direta de seres humanos, sendo por isso dispensável a apresentação da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, conforme Resolução 466/12.



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Resultados: A capacidade de produção do mamógrafo da Policlínica Regional de Caucaia fazendo referência aos parâmetros segundo Portaria GM/MS nº 1.631, de 1º de outubro de 2015 é de 6.758 mamografias/ano (50% com indicação para rastreamento e 8,9% de 50 a 69 anos para diagnóstico; 20% com outras indicações para diagnóstico em mulheres de 40 a 49 anos; e 21% para necessidades de diagnóstico nas demais faixas etárias). Segundo a direção da referida instituição, a capacidade instalada em 2016 foi de 4.800 mamografias/ano (400 mamografias/mês). No ano de 2016 foi registrado o quantitativo de 4.168 mamografias, correspondendo a 86,83% da proposta pactuada pela unidade, e 61,67% pela portaria acima citada. A pactuação deste ano foi abaixo da estimativa devido problemas operacionais. Pode-se ressaltar que a quantidade de mamógrafos da região, seria suficiente para rastrear toda a população alvo, mas de acordo com a produção e resultado acima, o desempenho dos equipamentos está abaixo do esperado. Após discussão em CIR e na Assembléia de prefeitos no Consórcio CISVALE, a capacidade instalada atual (2017) aumentou (100%) para 9.600 mamografias/ano (800 mamografias mês) na tentativa de se alcançar meta pactuada. No primeiro semestre de 2017 foram registradas 2.146 mamografias, e a capacidade instalada (segundo pactuação) era de 9.600 mamografias/ano, correspondendo a 22,35% da sua capacidade instalada proposta pela direção administrativa do Consórcio, e a 31,75% do parâmetro segundo a Portaria GM/MS nº 1.631. O cálculo do número necessário de mamógrafos para rastreamento/ano na Região de Saúde de Caucaia é de três mamógrafos. A região de Caucaia possui quatro mamógrafos, capazes de rastrear 100% da população alvo. A Razão de exames de mamografias de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária no ano de 2016 na Região de Saúde de Caucaia foi de 14,10% (3.025/21.447) do estimado. Calcula-se utilizando como denominador metade (1/2) da população da faixa etária, na medida em que a periodicidade, de acordo com as normas, deve ser bienal. O quantitativo absoluto de mamografias para rastreamento realizadas no ano de 2016 foi de 3.025, correspondendo a 31,51% do total da estimativa. A meta da razão de mamografias para rastreamento estabelecido para o Brasil em 2010 foi de 0,24, e a alcançada no país foi de 0,12. Em 2011, a meta estabelecida em 0,32, e alcançada de 0,16. Em 2012, o valor estabelecido foi de 0,35. A taxa de absenteísmo dos exames de mamografias realizados na Policlínica Regional de Caucaia no ano de 2017 (janeiro a outubro) foi de 22,66% (1440) do total de 5.151 mamografias. O município de Caucaia responsável por 62,22% do absenteísmo de mamografias da referida instituição. Os municípios com menores percentuais de absenteísmo agendaram uma quantidade reduzida de exames. Com exceção de Caucaia, os demais municípios dependem do transporte sanitário para transportar os agendamentos para a



policlínica. Percebe-se esse fato quando todas as mulheres agendadas para o mesmo dia, do mesmo município de residência, faltam. Embora os municípios tenham recebido do Consórcio CISVALE, no segundo semestre de 2016 do tipo VAN, com capacidade para 15 pacientes.

Considerações finais: O desempenho do mamógrafo da Policlínica Regional de Caucaia está abaixo do esperado. As metas pactuadas para os indicadores não foram atingidas, e a taxa de absenteísmo para as mamografias de rastreamento é alta (22,66%). O principal serviço de rastreamento mamográfico da região verifica que o absenteísmo provoca redução de um número significativo de exames e com isso retarda a detecção precoce da lesão. A taxa de absenteísmo para as mamografias de rastreamento é alta na Policlínica Regional (22,66%), esse fato está vinculado aos problemas com transporte sanitário, e a articulação entre as equipes da atenção básica e regulação municipal. Com essa pesquisa, espera-se contribuir para a melhoria do serviço em prol da detecção precoce do câncer de mama das mulheres da Região de Saúde de Caucaia.

Palavras-chave: Câncer de mama; Rastreamento; Controle.

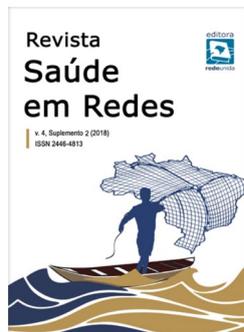


APOIO MATRICIAL NA SAÚDE DO TRABALHADOR NO MUNICÍPIO DE CAXIAS DO SUL

Danusa Santos Brandão, Nicieli Granella de Oliveira Sguissardi, Ida Marisa Strauss Dri, Rejane Fátima Rech, Ben Hur Monson Chamorra, Cristóvão Luiz Gardelin, Glediston Jesus Dotto Perottoni, Soeli Dea de Fátima Serafim de Matos

Apesar de acidentes e doenças relacionados ao trabalho serem agravos de notificação compulsória, tanto nos sistemas de informação federal como estadual, percebe-se que existe uma subnotificação por parte dos serviços de saúde. A atividade de matriciamento consiste na realização de três encontros in loco, durante as reuniões de equipe, onde se discute questões pertinentes a saúde do trabalhador e um retorno após 6 meses para avaliação e discussão dos casos trabalhados. Até o momento os encontros foram realizados em apenas uma UBS. Durante a atividade, no entanto, percebeu-se uma grande necessidade da equipe em discutir seus próprios acidentes e doenças relacionados ao trabalho. O fato de a equipe refletir sobre sua saúde como classe trabalhadora foi um ponto inesperado, mas muito positivo, pois tensiona a mesma a questionar, refletir e propor mudanças em seu próprio processo de trabalho e dá um olhar mais empático ao usuário que chega à UBS em situações semelhantes e sujeitos aos agravos relacionados ao trabalho.

Palavras-chave: saúde do trabalhador; matriciamento; vigilância em saúde



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

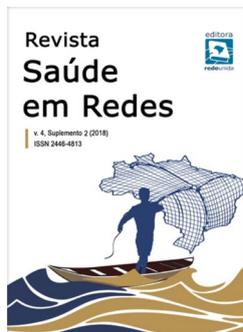
ATIVANDO REDES: A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E O USO DE NOVAS TECNOLOGIAS E MÍDIAS SOCIAIS NO COMBATE À TUBERCULOSE, RECIFE-PE.

Francisco Jaime Rodrigues de Lima Filho, Leila Karina de Novaes Pires Ribeiro, Marina Diniz Militão de Albuquerque, Sâmmea Grangeiro Batista, Maria Eduarda Morais Lins, Cícero Mairton Cardoso Junior, Maria Isabelle Barbosa da Silva Brito, Alessandra de Lima Araújo

Apresentação: A tuberculose continua sendo um dos principais problemas de Saúde Pública do Brasil e do Mundo. Dados divulgados pelo Ministério da Saúde colocam o Recife como a capital do Brasil com o maior coeficiente de mortalidade. Apesar de ser uma das doenças mais antigas de que se tem conhecimento no mundo, mesmo com diagnóstico e tratamento garantidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a tuberculose continua sendo uma doença endêmica em nossa região. Muitas são as causas apontadas para justificar a situação. O objetivo deste relato é descrever o processo de trabalho da Vigilância Epidemiológica do Distrito Sanitário I da Secretaria de Saúde do Recife desde a construção de material educativo ao uso de novas tecnologias para articulação de equipamentos sociais e ativação de redes no controle da Tuberculose.

Desenvolvimento: A experiência aconteceu no território do Distrito Sanitário I, que faz parte da Secretaria de Saúde municipal e abrange os bairros do centro do Recife e pode ser dividida em três etapas. A primeira de produção e análise dos dados epidemiológicos. A segunda de criação de instrumento de intervenção. A terceira de aplicação e distribuição da estratégia escolhida. O tempo de duração ao qual se refere esse relato é de janeiro de 2016 a agosto de 2017.

Primeira etapa: construção e análise dos dados epidemiológicos. Mensalmente, como rotina de trabalho, aconteceu uma reunião coordenada pela assessora do SANAR Recife (Programa estadual e municipal de enfrentamento às doenças negligenciadas) onde participaram representantes da Vigilância Epidemiológica, Gerência de Território, Coordenação de Tuberculose, residentes de Saúde Coletiva, Gerência Distrital. Durante esta reunião, discute-se caso a caso a coorte de pacientes diagnosticados com a doença nos últimos seis meses, além de discutir indicadores e estratégias de intervenção. Os indicadores utilizados são aqueles preconizados pelo Ministério da Saúde para análise da tuberculose. A reunião é considerada o ápice de um processo de busca de informação e limpeza do banco de dados. Além dos instrumentos tradicionais, como o uso do boletim de acompanhamento que são enviados mensalmente para as unidades, impressos em papel e telefone, começou-se a usar o aplicativo de whatsapp para corrigir, buscar informação, marcar as



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

reuniões e organizar intervenções no território. Para isso foi construído um grupo do “SANAR” com os participantes do grupo de trabalho. Durante a análise e discussão dos indicadores em fevereiro de 2016, observou-se uma área crítica no território de Distrito Sanitário I com peculiaridades locais. Alguns bairros do DSI não possuem cobertura da Estratégia Saúde da Família. Os pacientes dessa área tem como referência a Policlínica Gouveia de Barros. Entretanto, analisando os indicadores da unidade, observou-se que esta possuía o menor percentual de contatos examinados. Somando-se a isto, a distribuição dos óbitos por tuberculose por bairro do DS mostraram uma concentração nos Bairros da Boa Vista e São José. A discussão minuciosa dos casos e a investigação pela Vigilância Epidemiológica evidenciou uma realidade distinta dos outros bairros vizinhos. Muitos dos óbitos nesta localidade, nesse período de análise, ocorreu em pessoas de classe média que viviam nos prédios e que morreram com o agravo sem nunca terem sido identificados ou fazerem tratamento para a doença. Este foi o cenário encontrado.

Segunda etapa: criação de um instrumento de intervenção. Diante das características dos óbitos, da necessidade de identificar novos casos e analisar contatos, decidiu-se priorizar essa área para estratégia de Educação em Saúde. Para isso, optou-se em construir um cartaz com dados da realidade local e informações sobre unidades de referência para tratamento. O cartaz foi uma produção coletiva, com construção do conteúdo liderada pela Vigilância Epidemiológica e depois foi aprovado no GT SANAR. Mais uma vez, ressaltamos o uso do aplicativo WhatsApp para mobilização do grupo de trabalho e resolução da atividade. Como informações relevantes, foram escolhidos os óbitos sem diagnóstico anterior da doença, o fato de que todo contato de alguém que tem ou teve a doença precisa de tratamento, o telefone da Vigilância Epidemiológica se disponibilizando para esclarecimentos e palestras, e o nome, endereços e telefones das unidades do DSI. Além disso, foram utilizados as # (hashtag) divulgadas pelo Ministério da Saúde nas mídias sociais: #TBtemCura, #FimdaTB, #TestarTratarVencer. O material construído precisou passar pelo setor de Departamento de Comunicação Social, Criação – Publicidade e Propaganda da Prefeitura do Recife para ajustes e liberação de uso. Esse processo durou cerca de 7 meses.

Terceira etapa: divulgação das informações. O cartaz aprovado pelo departamento de Comunicação Social foi disponibilizado via e-mail em PDF. Nesse formato, ele pôde ser facilmente distribuídos em grupos de WhatsApp e utilizados nas mídias sociais. Com esse material servindo como instrumento de informação, procurou-se alguns dos equipamentos sociais da região. No contato, além de falar da problemática na área, pediu-se endereço de e-mail e número de WhatsApp para repassar o



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

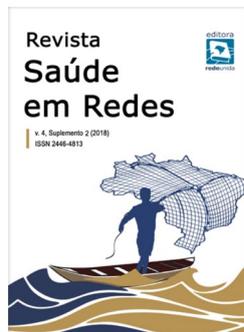
Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

material. Dentre estes equipamentos, foram contactados: ONG Gestos, Centro de Referência Municipal GLBT, Cristolândia, Secretaria da Fazenda de Pernambuco, Lar Sacerdotal do Recife, além dos prédios da Boa Vista e São José onde ocorreram os óbitos. O Centro de Saúde LGBT publicou em sua página do Facebook e relatou divulgação nos diversos grupos sociais que participa. Para finalizar, é importante ressaltar que essas intervenções da Vigilância Epidemiológica ocorrem em paralelo as Ações de Saúde planejadas e coordenadas pela Atenção à Saúde e Coordenação de Tuberculose distrital no território. Em tais ações acontecem exames de baciloscopia para busca de casos novos.

Resultados: A construção do cartaz pela Vigilância Epidemiológica local e a distribuição do mesmo por WhatsApp são os principais elementos de inovação desta experiência. Levando em consideração o Sistema de Saúde, quanto mais próximo do território são realizadas as análises e elaborados os processos de intervenção, mais fácil construir algo que se adeque a realidade local e específica. O cartaz em formato eletrônico e o uso de mídias sociais facilitam a rapidez da distribuição da informação e o alcance do maior público possível. Para garantir que a informação chegue no público desejado, não basta somente as redes sociais, por isso a parceria com as instituições escolhidas estrategicamente no território, como o Centro de Referência LGBT, visto a correlação tuberculose/AIDS e a Cristolândia, que trabalha com pessoas em situação de rua.

Considerações finais: A experiência descrita aponta que o uso de novas tecnologias e as mídias sociais, principalmente voltadas para as especificidades do território, podem ser facilitadores no processo de construção e potencialização de diversos tipos de redes de cuidado, tanto intra como intersetoriais. Por um lado, facilitando o processo de comunicação em equipe e tomada de decisões e por outro, como ferramenta para articulação dos diversos equipamentos sociais.

Palavras-chave: Tuberculose; Tecnologia; Epidemiologia



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

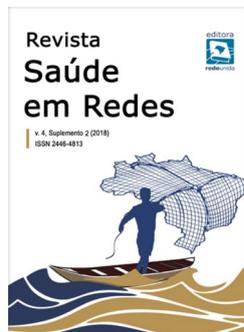
Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

AVALIAÇÃO DA INFRAESTRUTURA DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NO BRASIL PELO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)

Oracio Carvalho Ribeiro Júnior, Rosana Cristina Pereira Parente, Ana Cyra dos Santos Lucas, Roseani Pereira Parente, Bárbara Misslane da Cruz Castro

Introdução: Nos últimos anos, a AF passou por um processo de intensas modificações do ponto de vista conceitual e organizacional. Essas modificações, frutos da criação da Política Nacional de Medicamentos (PNM) e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), promoveram descentralização das responsabilidades a respeito da AF para união, estado e municípios, sendo estes últimos os principais responsáveis pela operacionalização da AF na ABS, exigindo destes conhecimento, organização e gestão. Apesar dos esforços para a qualificação da AF na ABS, observa-se que estes têm se dado com forte predominância para a aquisição de medicamentos, marginalizando os aspectos relacionados à infraestrutura das farmácias básicas. A respeito das farmácias na ABS, o Ministério da Saúde (MS) tem promovido normatização onde o mesmo orienta que estas devem dispor de infraestrutura física, recursos humanos e logística adequados, de modo a permitir a integração dos serviços e a execução plena da assistência farmacêutica, garantindo assim, a estabilidade dos medicamentos, o atendimento resolutivo, fortalecendo as ações de saúde no âmbito da ABS. Com a criação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) em 2011, que objetiva aprimorar a AB por meio de ciclos contínuos de avaliação, surge uma singular oportunidade de traçar um panorama global sobre importantes aspectos da infraestrutura da AF na ABS que são contemplados no escopo de indicadores avaliativos do referido programa. Assim, este estudo tem por objetivo avaliar a adequação da infraestrutura da assistência farmacêutica no Brasil pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), e analisar essa adequação segundo características relacionadas ao sistema de saúde e demográficas dos municípios

Métodos: Trata-se de um estudo transversal, avaliativo, com abordagem quantitativa, do tipo normativo, a partir do banco de dados de base nacional da etapa de avaliação externa do segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Os dados foram coletados durante o segundo semestre de 2014 e o trabalho de campo envolveu cerca de mil entrevistadores e supervisores em todas as Unidades da Federação (UF). As unidades básicas de saúde (UBS) que fizeram parte do universo desta pesquisa



Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

foram aquelas que aderiram ao PMAQ e que responderam ao questionário do Módulo I referente às características estruturais e ambiência da unidade de saúde/ sobre o ambiente dos serviços de farmácia. Para responder aos objetivos da pesquisa, fez-se recorte no banco de dados do Módulo I, para as UBS que afirmaram ter dispensação de medicamentos descentralizada. Dessa forma, a amostra final deste estudo foi constituída de 17.902 UBS. Um total de seis desfechos foram selecionados e analisados: existência de farmacêutico, área de dispensação de medicamentos, área de fracionamento de medicamentos, área de estocagem, armazenamento de medicamentos de forma correta e existência de computador na farmácia. Em relação aos critérios de adequabilidade, no conjunto, considerou-se adequada a UBS que possuísse concomitantemente todos os itens avaliados. De forma individual, a presença de cada desfecho avaliado foi considerada como adequação para aquele indicador, tudo de acordo com as diretrizes técnicas da AF na ABS. Como variáveis de independentes, utilizou-se as regiões geopolíticas (Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sudeste e Sul); porte populacional do município ao qual a UBS era pertencente (≤ 19.403 ; $19.404-97.330$; ≥ 97.331); Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) classificado em tercis ($0,00-0,599$; $0,600-0,699$; $0,700-1$); e cobertura populacional da Estratégia da Saúde da Família (ESF) em cada município ($\leq 56,93\%$; $56,94\%-99,99\%$; 100%). Os dados foram processados no programa Microsoft Office Excel e exportados para análise no Software SPSS, versão 22.0. Foram feitas as distribuições das UBS segundo a adequação dos desfechos, utilizando-se a estatística descritiva, para expressar os resultados. Para a verificação da associação entre os desfechos avaliados e as variáveis independentes, foi feita análise bivariada através do teste qui-quadrado, ou qui-quadrado da máxima verossimilhança, quando a pressuposição do teste não era atendida, no nível de 5% de significância.

Resultados: No que diz respeito a presença do farmacêutico na UBS, nota-se que apenas 44,6% das unidades avaliadas no Brasil dispunham deste profissional, sendo que ao nível das regiões expressam-se resultados semelhantes ao nacional, em que somente na região centro-oeste o percentual de UBS que dispõem deste profissional foi de 55,6%, apesar de muito aquém do padrão esperado, evidenciando baixo percentual de unidades adequadas. Quando se avaliou a presença de área de dispensação de medicamentos percebe-se que 83,5% das UBS brasileiras possuem este elemento fundamental e essencial para o pleno desenvolvimento da AF na AB. Ao observar-se o comportamento desta mesma variável nas regiões do Brasil, percebe-se que o maior percentual de adequação encontra-se no sul onde 91,8% das UBS atendem ao quesito avaliado, em contrapartida com a região nordeste, onde apenas 79,7% atendem. Sobre a variável área de fracionamento de medicamentos, chama atenção a baixa proporção de unidades adequadas tanto no Brasil, como em



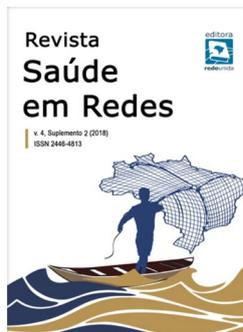
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

todas as regiões, com valores abaixo dos 25% em possuir esse componente. Entre as regiões não houve diferenças quanto aos percentuais de adequabilidade. Quanto ao item sala de estocagem de medicamentos, tornam-se importantes os resultados negativos, em que somente 19,3% de todas as UBS avaliadas disseram possuir, evidenciando baixo percentual de adequação neste item. Na distribuição por regiões, nota-se as regiões norte e nordeste com os menores percentuais de adequação em relação às outras regiões do país, com presença dessa infraestrutura em 14,3% das UBS nas respectivas regiões. Em relação à variável medicamentos armazenados e acondicionados de forma correta, percebe-se que foi onde as unidades avaliadas obtiveram o segundo melhor desempenho dentre os componentes da infraestrutura. No Brasil, 75,4% das UBS relataram cumprir o que se pede neste item. Em que pese as diferenças regionais, o norte figurou com a menor proporção de atendimento ao item avaliado (70,9%) em contrapartida com sul que teve o melhor desempenho (81,1%). Quando se avaliou a presença de computador na farmácia, revela-se um perfil de baixa adequabilidade tanto nacional quanto nas regiões geográficas. No Brasil apenas 27,5% das UBS relataram possuir computador na farmácia. Na distribuição regional somente as regiões sul e sudeste apresentaram proporções elevadas de adequação (58,3% e 42,9% respectivamente), a despeito do nordeste com baixíssimo percentual de unidades adequadas (9,6%). Em relação às associações entre desfechos e variáveis explicativas, em grande parte dos itens da infraestrutura, é possível perceber que os maiores percentuais de adequação estão presentes em UBS situadas em municípios de alto porte populacional, e municípios de alto IDHM, em contraponto com este mesmo desfecho em unidades situadas em municípios com cobertura de ESF baixa.

Considerações Finais: os resultados deste estudo mostram um perfil de infraestrutura da AF na ABS do Brasil com características bastante insatisfatórias, fato que compromete o acesso da população ao medicamento com qualidade, além do uso racional deste, colocando em xeque os objetivos principais da AF na ABS. Foram evidenciadas ainda importantes disparidades entre as regiões geopolíticas quanto à disponibilidade da infraestrutura na ABS, mostrando iniquidades quanto à distribuição das ações e serviços relacionados a AF, com penalização das regiões mais pobres do país, contrariando o princípio da equidade estabelecido na lei orgânica da saúde, sendo necessário repensar a gestão da AF, de forma que a regulamentação sobre a infraestrutura e ambiência dos serviços de farmácia possam atender às demandas das UBS brasileiras.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica; Infraestrutura; Avaliação em Saúde.



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

CARACTERIZAÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL POR CAUSAS EVITÁVEIS NO MÉDIO SOLIMÕES EM 2015

Maria Clara Paulino Campos, Larissa Pessoa de Oliveira, Raphaelly Venzel, Rodrigo Vásquez Dan Lins, Sabrina Macely Souza dos Santos, Cléber Araújo Gomes, Daiane Nascimento de Castro

Apresentação: Dentre os indicadores de mortalidade, a taxa de mortalidade infantil é uma das referências para se conhecer o estado de saúde de uma população, já que esta se refere às mortes precoces e, na maioria das vezes, evitáveis. As condições de moradia, renda econômica, nível de esclarecimento, além do acesso ao saneamento básico e aos serviços de saúde influenciam diretamente no número de óbitos infantis. E, mais alarmante, as mortes por causas evitáveis indicam as potenciais deficiências na gestão dos serviços à saúde que deveriam ser acessíveis e efetivos. Dessa forma, este trabalho tem como objetivo caracterizar a mortalidade infantil por causas evitáveis nos municípios que compreendem o Médio Solimões no estado do Amazonas no ano de 2015.

Desenvolvimento: Foi realizado um estudo do tipo ecológico através SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade) disponível no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Na consulta da plataforma foram levantadas informações referentes aos óbitos por ocorrência por causas evitáveis em menores de 1 ano no período de 2015 nos dez municípios que compreendem o Médio Solimões: Alvarães, Carauari, Coari, Fonte Boa, Japurá, Juruá, Jutaiá, Maraã, Tefé e Uarini. Além disso, de acordo com cada causa evitável, foi pesquisado qual categoria do CID-10 era responsável pela maioria dos óbitos contabilizados.

Resultados: Foi evidenciado no presente estudo 92 óbitos na faixa etária inferior a um ano nos municípios do Médio Solimões no ano de 2015, dos quais 70 (76%) por causas evitáveis. Destas mortes por causas evitáveis, vinte e uma (22,8%) seriam reduzíveis pela adequada atenção à mulher na gestação, sendo esse mesmo percentual atribuído a mortalidade infantil pela ausência da atenção apropriada durante o parto. Já nas ocorrências reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido foram notificados catorze casos (15,2%); quatro óbitos (4,3%) foram por ações inadequadas de diagnóstico e tratamento e dez óbitos (10,8%) por ações inadequadas de promoção à saúde e atenção em saúde. Além disso, houve oito mortes por causas não definidas e catorze por demais causas (não claramente evitáveis).

No que se refere aos 21 casos reduzíveis pela adequada atenção à mulher na gestação, nove, aproximadamente 43%, foram ocasionados por desconforto



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

respiratório do recém-nascido, também chamada de Síndrome do Desconforto Respiratório. Interessante ressaltar que essa condição está bastante relacionada com a prematuridade do desenvolvimento da criança e com mães diabéticas. Dessa forma, a partir do acompanhamento pré-natal seria possível identificar uma gravidez de alto risco e preparar tanto a equipe de saúde quanto a gestante para situações adversas. Além disso, há métodos que podem avaliar a maturidade pulmonar fetal nas gestações de alto risco, entretanto para sua realização são necessários materiais viáveis e profissionais qualificados, tal condição é bastante precária nos municípios do interior do Estado do Amazonas.

Nos óbitos infantis que poderiam ser diminuídos por adequada atenção à mulher durante o parto, a síndrome da aspiração neonatal ou meconial foi o motivo de mais da metade das mortes nessa categoria, cerca de 66,6%. A presença de mecônio no útero é relacionada com sofrimento fetal, como o causado por estresse devido à falta de oxigênio, e fatores maternos como hipertensão arterial e doenças cardiovasculares ou pulmonares crônicas podem ter grande influência na eliminação do mecônio durante o parto. Sendo de suma importância, portanto, a presença de profissionais para observação de sinais e sintomas no recém-nascido, pele cianótica e taquipneia, por exemplo, e capazes de realizar intervenções de imediato caso sejam necessárias. Assim como de equipamentos qualificados para o diagnóstico e monitoramento da criança nesses episódios.

A septicemia bacteriana do recém-nascido foi responsável por quatro das catorze mortes reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido. Assim como nos casos acima, é fundamental que o profissional de saúde esteja capacitado e atento aos sinais e sintomas do bebê, principalmente os prematuros, aliado a métodos complementares que favoreçam o diagnóstico de forma a evitar futuras complicações. Na septicemia bacteriana do recém-nascido, por exemplo, a criança apresenta letargia, não se alimenta adequadamente e pode apresentar temperatura corpórea diminuída, sendo o diagnóstico concluído após o hemograma completo.

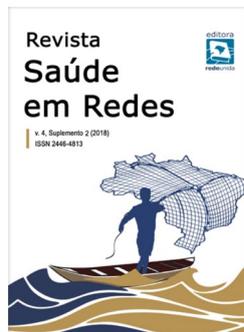
Metade dos óbitos reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento foram relacionados com pneumonia por microrganismo não especificado. O diagnóstico é basicamente clínico, pela identificação de sinais como febre alta, tosse e dispneia. Também podem ser realizadas radiografias de tórax e exames de sangue. Uma vez identificada, o tratamento varia de acordo com a etiologia (bacteriana, viral ou até mesmo fúngica). Vale ressaltar que, apesar de prevenível, a pneumonia é a patologia que mais mata crianças menores de cinco anos segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). E, segundo dados divulgados pela Organização em 2012, quase 100% desses óbitos são registrados em países em desenvolvimento, como o Brasil.



E, por fim, também ocorreram óbitos que seriam reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde vinculadas a ações adequadas de atenção em saúde. Nessa categoria existiram quatro óbitos ocasionados, por exemplo, à diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível e dois devido à desnutrição proteico-calórica grave não especificada. Estas, por sua vez, são muito comuns em localidades menos desenvolvidas, sem acesso ao saneamento básico e à educação em saúde e com condições financeiras precárias, como é o caso dos municípios do Médio Solimões.

Considerações finais: Os resultados apontam que aproximadamente $\frac{3}{4}$ das mortes infantis no ano de 2015 no Médio Solimões foram por causas evitáveis. Sendo essas causas reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação; reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto; reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido; reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento e reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção em saúde. A diminuição desses valores depende de alterações estruturais ligadas às condições de vida da população, mas também da atuação direta e efetiva da gestão de saúde pública tanto dos municípios quanto do Estado do Amazonas. É imprescindível a presença de profissionais de saúde qualificados nesses locais e de um ambiente de trabalho equipado com os aparelhos essenciais para alguma intervenção. Somado a isso, sugere-se fortalecimento da gestão e da educação em saúde, além de maiores investigações sobre as condições de saúde infantil no Médio Solimões e no Amazonas.

Palavras-chave: Mortalidade infantil; Causas evitáveis; Sistema de Informação.



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL DE ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL DO NORTE DO BRASIL

Dhiuly Anne Fernandes da Silva Pontes, Joughanna do Carmo Menegaz, Anderson Junior dos Santos Aragão, Victoria Malcher Silva, Nathalia Karen Araújo Martins, Maria Clara Costa Figueiredo, Luciana Cristina Paiva Leal, Thais de Fátima Aleixo Correa

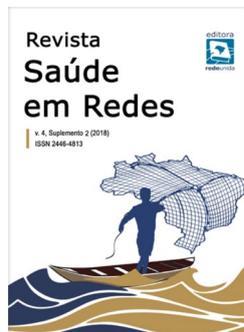
Apresentação: A era da globalização exige cada vez mais das organizações, agilidade e otimização dos seus recursos. Para tanto é necessário que haja modernização na dinâmica de trabalho. Deste modo, o cenário atual requer modelos de gestão com mais ênfase nas pessoas, pois organizações são constituídas por grupos de pessoas que se unem em prol de atingir determinados objetivos comuns, ou seja, as pessoas são as principais responsáveis pelos resultados organizacionais. Pensando nas pessoas, mas desta vez não nas que estão dentro da organização, mas as a quem a organização atende, ressalta-se a pertinência de modelos de gestão que também estejam em consonância com as necessidades dos usuários dos serviços públicos, que buscam cada vez mais, qualidade, eficiência e transparência nas ações da Administração Pública. Na perspectiva de oferecer qualidade ao usuário através de um modelo de gestão que enfatiza as pessoas como o principal capital transformador, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), criada em 2011 pelo governo federal, vem modernizando a administração dos hospitais universitários federais, proporcionando ao gestor ferramentas que permitem conhecer o perfil dos servidores, e mediante isso criar estratégias para conduzi-los ao alcance dos objetivos e metas organizacionais. Tais estratégias dialogarão com a introdução da gestão por competências e da educação permanente em saúde. Nesse contexto, caracterizar a formação e o trabalho dos profissionais é de extrema relevância para o serviço, como um primeiro passo deste processo, pois permite reconhecer elementos do estado atual capaz de orientar a criação de estratégias que visem a construção do comportamento profissional ideal desejado pela a organização é necessário para a execução das funções dos trabalhadores. Neste trabalho apresenta-se a caracterização profissional de enfermeiros, categoria profissional de maciça presença, que atua direta e indiretamente na promoção e recuperação à saúde dos pacientes que necessitam de atendimento nas diversas especialidades oferecidas por um hospital universitário de grande porte. Neste sentido, este trabalho objetiva caracterizar enfermeiros quanto ao tempo de experiência profissional em um hospital universitário federal do norte do Brasil. Desenvolvimento do trabalho: Trata-se de recorte de estudo exploratório com abordagem quantitativa que compõe o



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

macroprojeto intitulado “Gerenciamento em enfermagem: novas abordagens de formação e trabalho em universidade pública e hospitais de ensino”. Dentre os objetivos do projeto destaca-se: caracterizar a formação e trabalho dos enfermeiros e mapear as competências necessárias ao enfermeiro que atua no hospital universitário. A amostra que forneceu dados para a construção deste resumo foi de conveniência, pois o levantamento dos dados aqui apresentados ocorreu durante a construção de um rol de competências. Quarenta enfermeiros responderam questionário com questões abertas e fechadas no mês de maio de 2017. Foram variáveis de interesse: o tempo de formado e o tempo de atuação como enfermeiro no hospital universitário. Vale ressaltar que no presente estudo utilizou-se a amostra por conveniência, técnica que consiste em selecionar uma amostra do público-alvo da pesquisa que seja acessível, selecionados em decorrência de sua disponibilidade, interesse e aceitabilidade em colaborar com o trabalho científico proposto. A análise dos dados empregada foi a estatística descritiva, com cálculos de frequência absoluta e relativa. Resultados: Antes da descrição das variáveis, serão apresentados alguns dados gerais da amostra constituída por 40 enfermeiros, com idade que variou entre 25 a 62 anos. No que concerne ao gênero, 87,5% (35/40) pertenciam ao feminino enquanto que apenas 12,5% (05/40) era masculino. Separando-se a amostra por cargo de atuação no hospital, obteve-se dados referente a enfermeiros assistenciais que representam 75% (30/40) da amostra absoluta, e dados referente à enfermeiros que assumem cargo de gerencias, o equivalente à 25% (10/40) do total absoluto. Referente aos enfermeiros assistenciais, o tempo de formação destes profissionais varia em quatro intervalos: 0-10 anos, 11-20 anos, 21-30 anos e 31- 40 anos, sendo que a proporção de profissionais que se inseriram em cada intervalo foram: 13,33% (4/30); 56,66% (17/30); 13,33% (4/30); e 16,66% (5/30), respectivamente. Destes, 43,33% (13/30) possuíam entre 11-20 anos de experiência profissional na instituição pesquisada, sendo que os demais 56,66% (17/30) possuíam tempo de experiência profissional entre os intervalos 0-10 anos, 21-30 anos e 31-40 anos, distribuídos em termos quantitativos em 33,33% (10/30), 16,66% (05/30) e 6,66% (02/30), nessa ordem. Para análise dos enfermeiros gerentes seguiu-se a mesma distribuição de intervalos de tempo anterior: 0-10 anos, 11-20 anos, 21-30 anos e 31- 40 anos, sendo o quantitativo proporcional inserido em cada intervalo equivalente a: 10% (1/10), 40% (4/10), 40% (4/10) e 10% (1/10), nesta ordem. Em termos de experiência profissional na instituição, 50% (5/10), 40% (4/10) e 10% (1/10) referiram possuir entre: 11-20 anos, 21-30 anos e 0-10 anos de experiência, respectivamente. Considerações Finais: Os dados relativos à caracterização profissional dos enfermeiros de um hospital universitário federal revelam população heterogênea em relação a idade, com predominância de profissionais do gênero feminino. Ao analisarmos o tempo de

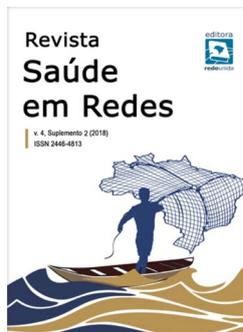


Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

formação profissional observamos que o de enfermeiros gerenciais estão formados a mais tempo quando comparados aos enfermeiros assistenciais, visto que apenas 29,99% (9/30) dos enfermeiros assistenciais possuem mais de 20 anos desde sua última formação, valor numérico que se eleva para 50% (5/10) quando referente aos enfermeiros gerenciais. Quando comparamos o tempo de experiência profissional na instituição nota-se que 66,66% (30/30) dos enfermeiros assistenciais possuíam mais de 10 anos de experiência, valor quantitativo ainda menor quando confrontado com o obtido dos enfermeiros gerenciais, nos quais apenas 90% (09/10) possuem mais de 10 anos de serviços prestados na área de atuação no hospital em questão. Nesse âmbito, vale ressaltar que é através da formação acadêmica e profissional somada à experiência profissional na instituição que o indivíduo como pessoa e profissional irá desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para se prestar assistência de qualidade aos usuários e/ou criar um ambiente propício para o exercício da enfermagem. Desse modo, no âmbito das competências exercidas pelos enfermeiros, a pesquisa em questão possui grande relevância no que tange ao gerenciamento do capital humano, ao pensar nas pessoas, tanto interna da organização, como as que a organização atende, visto que proporciona um norte que irá subsidiar o aprimoramento da gestão de qualidade por meio de estratégias que perpassaram pela introdução e aplicação da gestão por competências e da educação permanente em saúde.

Palavras-chave: Caracterização; Gestão por Competência; Pessoas; Enfermagem



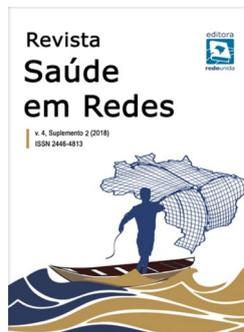
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

CONDIÇÕES DE TRABALHO E O RISCO DE ADOECIMENTO NO CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO DE UM HOSPITAL GERAL PÚBLICO

VALÉRIA MOREIRA, JANNE CAVALCANTE MONTEIRO

Este trabalho é fruto de pesquisa de uma dissertação de mestrado em andamento e aborda sobre Saúde do Trabalhador no Centro de Material e Esterilização (CME) de um hospital geral público, em Porto Velho–RO. Objetiva analisar as condições de trabalho que podem influenciar no adoecimento dos trabalhadores, o processo de trabalho no CME, identificando-se os riscos ergonômicos, psicossociais a que estão expostos os trabalhadores e a correlação desses riscos e comportamentos de agravos à saúde. Este estudo descritivo, do tipo transversal e abordagem quantitativa, utilizou a metodologia Análise Ergonômica do Trabalho (AET), a qual parte-se da decomposição da situação de trabalho, com estudo minucioso das interfaces que compõem o trabalho para assim, compreender esta situação através da recomposição da mesma. Como método de estudo, a AET compreende não somente as dimensões do ambiente de trabalho, mas também considera os aspectos do agir do trabalhador que impactam nos resultados da produção e está dividida em três fases a, saber: Análise da Demanda, Análise da Tarefa e Análise da Atividade. O trabalho está fundamentado nos preceitos éticos da Resolução 466, de 12/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que trata das Diretrizes e Normas de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, e foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Rondônia, aprovado pelo parecer nº 1.849.750. Para coleta de dados utilizou-se parte da versão média portuguesa do instrumento Copenhagem Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) validado por Kristensen e Borg com a colaboração do Danish National Institute for Occupational Health in Copenhagen, ou seja, um conjunto de 26 itens que permitiu a identificação de fatores psicossociais que foram agrupados em quatro dimensões: Exigências Físicas e Psicológicas: apresentou alto risco psicossocial para as exigências quantitativas e ritmo de trabalho e médio risco psicossocial para exigências emocionais e cognitivas; Apoio Social: comunidade social no trabalho, identificado alto risco psicossocial e médio risco para suporte dos colegas e superiores; Satisfação no trabalho: significado do trabalho e insegurança laboral, com médio risco psicossocial e quanto a variável Saúde Física Geral, 35,9%, consideraram a saúde boa, 30,7% razoável, 23%, muito boa, 7,69% excelente e 2,56%, deficiente. Foi utilizado também o Diagrama de Corlett e Manenica, que possibilitou avaliar o desconforto/dor musculoesquelético por meio de mapa dos segmentos corporais. Dos 39 trabalhadores participantes, 69% relataram queixas álgicas nos ombros, 66%



Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

coluna cervical, 64% nos pés, 61% respectivamente nas regiões da coluna superior, braços e pernas, 56% coluna média, 54% pescoço, punhos/mãos, coxas e joelhos, 51,2% tornozelos, 49% coluna inferior e 38% quadril. Foi utilizada a técnica de observação sistemática das atividades de trabalho, por meio de máquina fotográfica digital. Foram registradas as posturas assumidas pelos trabalhadores (após assinatura do termo de autorização de uso de imagem) a fim de mostrar as exigências físicas e os constrangimentos posturais que as atividades impunham sobre os trabalhadores. As manobras realizadas, exploração visual, manuseio de equipamentos, comunicação, pausas efetuadas e deslocamentos foram registrados no diário de campo objetivando fundamentar à análise da atividade. A aferição dos riscos físico-ambientais (ruídos, iluminação, temperatura) dos postos de trabalho do CME foi medida pelos equipamentos: termômetro de globo, luxímetro e decibelímetro, durante visita técnica realizada em parceria com o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) do hospital. As principais fontes de ruídos encontrados no estudo, foram as autoclaves (79,2 dB), exaustores na sala de esterilização química (84 dB), gás medicinal ar comprimido na sala de limpeza e secagem dos artigos odonto-médico-hospitalares (87 dB); no que tange aos valores de temperatura ambiental, constatou-se valores que estavam acima dos limites aceitáveis conforme preconizado pela NR 17. A sala de atividades administrativas apresentou temperatura de 28°C; sala de esterilização química, 29°C; sala de distribuição de materiais esterilizados/recebimento de roupas da lavanderia para preparo e esterilização, 27°C; sala de armazenamento dos artigos odonto-médico-hospitalares, 27°C e sala de recepção e conferência dos artigos do Centro Cirúrgico, 28°C e referente à iluminância, o estudo mostrou respectivamente na sala de preparo dos artigos odonto-médico-hospitalares (27,2 lux), sala administrativa (18,9 lux), sala de armazenamento (21 lux), sala de esterilização química (59,8 lux) e sala de recepção (49 lux), demonstrando inadequação no ambiente de trabalho, conforme a ABNT NBR ISO/CIE 8995/2013. Quanto ao perfil sociodemográfico e ocupacional, a idade média dos trabalhadores que trabalhavam no CME foi de 47,3 anos ($dp=\pm 9,68$; IC [7,91;12,48]), sendo o mínimo de 28 anos e máximo de 65 anos. Em relação ao Índice de Massa Corporal (IMC), a média foi de 27,9 kg/m² ($dp=\pm 5,51$; IC [4,50;7,10]), sendo o mínimo de 18,7 kg/m² e máximo de 46,3 kg/m². Além disso, a maioria era do sexo feminino (79,5%), (74,4%) auxiliar/técnico de enfermagem, de 5 a 9 anos no serviço (35,9%), com tempo médio na função de 17 anos ($dp=\pm 11,11$; IC [9,08;14,32]), sendo o mínimo de 6 meses e máximo de 38 anos. Na variável não desempenhou outra função neste serviço, apresentou (84,6%), no que concerne à jornada de trabalho, (82,1%) são plantonista, com carga horária ≤ 40 horas (94,9%), (64,1%) não possuía mais de um vínculo empregatício, (43,6%) com período de

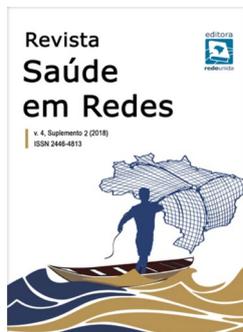


Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

pausa a noite, com duração ≤ 30 minutos (66,7%), (56,4%) não praticavam exercícios físicos, (74,4%) nunca fumaram e (64,1%) possuíam renda familiar de 0 a 4 salários mínimos. Em respeito à percepção dos trabalhadores quanto aos riscos ergonômicos no ambiente de trabalho, o físico foi de 69,2%, que correspondem aos relatos de queimaduras nos membros superiores durante o manuseio das autoclaves, ruídos oriundos das autoclaves, uso dos exaustores e do gás medicinal ar comprimido, esforço físico durante o manuseio de caixas cirúrgicas; riscos organizacionais (28,2%), que incluem tarefas manuais e repetitivas, cumprimento simultâneo de várias tarefas, iluminação deficiente de alguns postos de trabalho; e riscos cognitivos (2,6%), referente à complexidade dos processos de esterilização e necessidade de treinamento em serviço. Diante do exposto, serão propostas recomendações de melhoria em conjunto com o Núcleo de Educação Permanente (NEP), SESMT e Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), pois ações interinstitucionais asseguram a continuidade do cuidado ao trabalhador, contribuindo dessa forma para minimizar situações de risco de adoecimento, acidentes de trabalho e doenças ocupacionais.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador; Análise Ergonômica do Trabalho; Centro de Material e Esterilização



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO EM TRÊS MUNICÍPIOS DO INTERIOR DA BAHIA

João Antônio Brito Porto, Noêmia Fernanda Santos Fernandes, Jamille Amorim Carvalho, Adriano Maia dos Santos

Apresentação: As inúmeras disparidades brasileiras impõem desafios à superação das iniquidades e dificuldades de acesso aos serviços de saúde, revelando a complexidade no alcance de três princípios basilares do SUS: universalidade, integralidade e equidade. No intuito de garantir a integralidade de ações e serviços de saúde e ampliar o acesso às populações de territórios rurais ou de municípios distantes dos centros com maior oferta de serviços assistenciais, inúmeras pesquisas evidenciam a importância de sistemas regionalizados e integrados em rede. O câncer de colo do útero (CCU), por exemplo, está relacionado às iniquidades sociais, sendo incidente entre mulheres com maior dificuldade de acesso à exames da Atenção Primária à Saúde (APS) e/ou que não conseguem acompanhamento longitudinal em tempo oportuno, quando uma lesão precursora é detectada. Nesta perspectiva, em 2011, o Ministério da Saúde propõe o Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis e elege a Linha de Cuidado como uma das estratégias de controle ao CCU, por conta das inúmeras mortes evitáveis ocasionadas pela desassistência. O Instituto Nacional de Câncer (INCA) orienta um fluxo de referência e contrarreferência para controle do CCU: Programa Nacional de Qualidade de Citologia e de Qualificação de Ginecologistas; consulta com generalista para rastreamento (25 a 64 anos) e detecção precoce; consulta com especialista para investigação; exames para diagnóstico e tratamento em tempo oportuno e; cuidados paliativos. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi discutir o fluxo assistencial da Linha de Cuidado envolvendo o Controle de CCU em três municípios do interior da Bahia. **Desenvolvimento do trabalho:** Trata-se de um estudo qualitativo, realizado na região de Saúde de Vitória da Conquista, Bahia. Foram selecionados três municípios, atendendo aos seguintes critérios: 1) menor município da região de saúde com, aproximadamente, 5.000 habitantes (município A); 2) município em gestão estadual dos serviços com, aproximadamente, 49.000 habitantes (município B); 3) município em “comando único”/ gestão municipal dos serviços com, aproximadamente, 35.000 habitantes (município C); 4) 100% de cobertura da ESF. Realizaram-se grupos focais, em cada município, totalizando três grupos com Agentes Comunitários de Saúde – ACS (23) e três grupos com enfermeiros das Equipes de Saúde da Família (20), da zona urbana e rural. **Resultados:** Entre os três municípios estudados houve aproximações com o fluxo



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

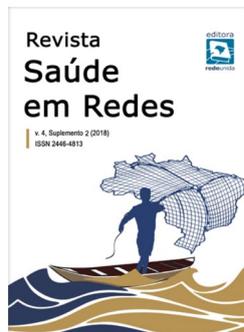
Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

assistencial proposto pelo INCA para Linha de Cuidado ao Controle do CCU e, alguns entraves, especialmente relacionados aos serviços de média densidade tecnológica. A consulta com médico generalista é ofertada regularmente pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), mas o preventivo é realizado essencialmente pelos enfermeiros das equipes. Neste sentido, a liminar que tentou barrar a prática clínica do enfermeiro ocasionou interrupção da coleta de preventivos na maioria das equipes dos três municípios, apontando a vulnerabilidade das mulheres, principalmente as mais carentes, em contradição ao princípio da equidade. Nesses municípios, o ACS era um importante elo comunidade/equipe, para divulgação de informações quanto ao agendamento do exame preventivo na Unidade de Saúde da Família (USF), busca ativa das mulheres resistentes e faltosas às consultas e, aviso da marcação de consultas/exames para especialidades, além de entrega dos resultados às usuárias. Houve similaridade no acesso ao preventivo nos três municípios, mas a partir das consultas especializadas (média ou alta densidade), os cenários diferenciam-se. Enquanto que no município A, verificou-se um grande vazio assistencial de consulta com ginecologista, os municípios B e C oferecem o serviço de ginecologia em seus centros ambulatoriais. A diferença entre os dois municípios (B e C) ocorria na regulação, pois a marcação das consultas no município B era feita na própria USF, garantindo uma fila de espera entre 20 a 30 dias, enquanto que no município C era feita na central de marcação, cujo tempo de espera chegava a dois meses. Quanto aos exames de diagnóstico, a colposcopia não era oferecida no município A, em C era realizada no próprio município (uma ginecologista para consulta e exames) e em B, era feito na cidade-sede da região de saúde. Quanto à biópsia, apenas o município B tinha pactuação e esta era com o Hospital da Mulher (HM), em Salvador, ou seja, fora da região de saúde. Todos os profissionais relataram que uma vez diagnosticado o CCU, o acesso ao tratamento era resolutivo e, sem qualquer barreira organizacional. Nos municípios A e C, a referência era a Unidade de Assistência de Alta Complexidade (UNACON), na cidade-sede da região de saúde e, município B, o encaminhamento era para o HM. Ressaltam-se algumas situações-chave: todas as equipes seguiam a semana típica, sendo que em algumas a coleta de preventivo era mensal e em outras, quinzenal; nas unidades de saúde, com médico ginecologista, os profissionais relataram maior resolubilidade dentro da APS e, conseqüentemente, menos encaminhamentos para rede especializada; no município B, havia demora na devolutiva do resultado do preventivo (pactuação com laboratório em Salvador – dois a quatro meses); e no município A existia um ginecologista que atendia como generalista em uma unidade de saúde e, como plantonista, no Centro de Saúde, favorecendo o encaminhamento de mulheres do serviço especializado à APS; inexistência de contrarreferência da rede especializada (exceção do HM) e não



participação da APS nos critérios utilizados pelas centrais de marcação/regulação. Considerações finais: Constatou-se ausência de monitoramento pelos programas de “Qualidade Citopatológica” e de “Qualificação dos Ginecologistas”, demonstrando ineficiência dos entes federal e estadual no apoio aos municípios no controle do CCU. Havia também fragilidade na definição do percurso assistencial e incertezas quanto ao tempo de resposta oportuna para acompanhamento de alteração em diagnóstico de lesão precursora, além da dificuldade de acesso a exames complementares. Apesar do presente estudo demonstrar que a dificuldade de acesso aos serviços especializados para controle do CCU ainda é uma realidade na região de saúde, a existência de marcação para as especialidades na própria unidade de saúde e a oferta de serviços especializados no mesmo município parecem ser uma alternativa às iniquidades de acesso. Por fim, o vazio assistencial acaba por incentivar o pagamento por desembolso direto, corroborando aumento da iniquidade social, ou uso de meios clientelistas para acesso a um direito fundamental, perpetuando a realidade assistencialista dos serviços públicos e negação de direitos sociais.

Palavras-chave: Acesso; Fluxo; Regionalização;



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

COOPERAÇÃO INTERFEDERATIVA DE SANTA CATARINA: UMA POTENTE ESTRATÉGIA PARA O ENFRENTAMENTO À EPIDEMIA DE AIDS NO ESTADO

Ana Talita Nienov, Dulce M^Aria Brandão de Castro Quevedo, Edi Sperandio

Apresentação: De acordo com o último boletim epidemiológico do Ministério da Saúde, Santa Catarina apresenta a segunda maior taxa de detecção de HIV/Aids no país, com 31,9 casos para cada 100 mil habitantes, sendo que a nacional é de 19,1 casos por 100 mil habitantes. A taxa de mortalidade também é elevada. Mesmo mantendo sua taxa em 2015, o estado tem índice maior que a taxa nacional (7,6/100.000 hab contra 5,6/100.000 hab). Uma terceira característica da epidemia no estado é a elevada taxa de detecção de HIV em gestantes, o dobro da nacional. A partir da análise epidemiológica dos municípios do estado, verificou-se que 12 municípios juntos (Balneário Camboriú, Blumenau, Brusque, Chapecó, Criciúma, Florianópolis, Itajaí, Jaraguá do Sul, Joinville, Lages, Palhoça, São José) representavam aproximadamente 75% da epidemia de Aids em Santa Catarina. Hoje, as cidades encontram-se na vanguarda da resposta à AIDS. Elas estão agora em posição privilegiada de liderar ações para acelerar a resposta ao HIV e atingir as metas 90-90-90 da UNAIDS, até 2020: 90% das pessoas que vivem com HIV sabendo que tem o vírus, 90% das pessoas diagnosticadas com HIV recebendo tratamento e 90% das pessoas em tratamento antirretroviral com carga viral indetectável.

Desenvolvimento do trabalho: A fim de criar uma estratégia acelerada para o enfrentamento da epidemia no estado, surge o acordo de Cooperação Interfederativa, desenvolvida para o enfrentamento do HIV/Aids, constituindo-se como um novo dispositivo técnico, político e organizacional de gestão colegiada para o processo de articulação de respostas à epidemia e com potencial de produzir mudanças nas práticas e modificar a ação nos serviços de saúde, além de focar o conhecimento prático em ações educativas, favorecendo a reflexão compartilhada, sistemática e a crítica reflexiva. Essa Cooperação tem como objetivo uma agenda interfederativa acordada entre as três esferas governamentais com vistas a responder a situação epidemiológica das DST/Aids e hepatites virais no Estado de Santa Catarina, no que se refere a mortalidade por Aids, co-infecção TB e hepatites virais, focalização nas ações de prevenção para populações vulneráveis, aumento da capacidade e eficiência dos serviços de saúde, expansão da oportunidade de acesso ao diagnóstico rápido e aprimoramento da gestão. Para tanto, foi assinado em 30/09/2015 o Termo de Cooperação 03/2015 entre o Ministério da Saúde e o estado de Santa Catarina. A partir dessas assinaturas e por meio da deliberação da Comissão Intergestora Bipartite (CIB), o estado repassou recurso financeiro aos 12 municípios prioritários,

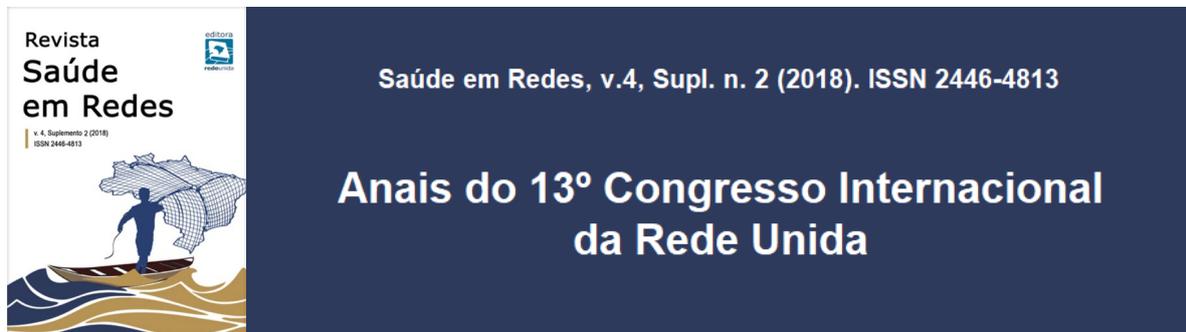


Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

que atuam como agentes protagonistas do processo, subsidiados pelo grupo de trabalho da Cooperação Interfederativa, vinculado à Gerência de IST/AIDS/HV da Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina.

Resultados e/ou Impactos: Muitas ações foram desenvolvidas e/ou aceleradas desde o início da Cooperação Interfederativa de Santa Catarina. Destacam-se as ações articuladas com as equipes de Vigilância Epidemiológica dos 12 municípios prioritários do estado, Serviços Especializados e Atenção Básica, tendo como fio condutor o compartilhamento do cuidado, sedimentada pela construção da Linha de Cuidado para Pessoas Vivendo com HIV/Aids, com percurso ideal do usuário na rede. A linha de cuidado é uma ferramenta de organização da rede, já que propõe identificar os múltiplos percursos possíveis do cuidado, que devem ser organizados de forma a priorizar as sequências mais racionais e efetivas, aproximando a gestão e o cuidado; a implantação e ampliação da testagem rápida, especialmente na rede básica de saúde, ofertando acesso oportuno ao usuário, preferencialmente sob livre demanda; a análise do Sistema de Monitoramento Clínico, que nos permite visualizar o gap de tratamento e especialmente resgatar indivíduos em abandono de tratamento, implicando na correta administração da terapia antirretroviral (TARV) e consequentemente na detecção da carga viral; a consolidação da profilaxia pós exposição - PEP com implantação do fluxo de atendimento em unidades de atendimento 24h e/ou unidades de referência regionalizadas nos 12 municípios prioritários; a implantação dos Comitês de Transmissão Vertical como estratégia para o desenvolvimento de políticas de saúde para a redução da transmissão vertical nos municípios, bem como a definição da rede prioritária para a implantação dos protocolos de assistência pré-natal; a implantação dos Comitês de Mortalidade por Aids como estratégia para a diminuição da mortalidade nos municípios prioritários, ampliação das Unidades Dispensadoras de Medicamentos, objetivando a descentralização da TARV; fomento à implantação do processo de Educação Permanente como uma estratégia que privilegia o espaço de trabalho como de aprendizagem e especialmente relacionado à implantação do processo de matriciamento entre atenção básica e serviço especializado. Todas essas, e outras, estratégias foram alicerçadas por meio de plano de trabalho construído pelo estado e municípios, sendo os mesmos monitorados quadrimestralmente pela equipe estadual da Cooperação Interfederativa, tanto à distância quanto com visitas in loco. A partir desse trabalho em conjunto, os municípios puderam adotar ações locais que aceleraram a resposta à Aids o que também permite encorajar a criação de novos programas capazes de abrir caminho para que as cidades busquem outros desafios na saúde pública, como as questões referentes à tuberculose, saúde sexual, saúde



materna e da criança, violência de gênero, entre outras. Além disso, a aproximação entre gestão estadual e municipal tem sido apontada pelos municípios como um grande ganho desse processo.

Considerações Finais: Os desafios são ambiciosos no enfrentamento da epidemia de Aids. A Cooperação Interfederativa procura contribuir para a elaboração de diferentes respostas para a epidemia de Santa Catarina, a qual se dará através de esforços coordenados em diferentes áreas do conhecimento, seja nas ciências da saúde ou sociais. As redes de atenção são os pilares constituintes para a integralidade do cuidado e ampliação da cobertura, mas exige medições que visam responder especificidades relacionadas às necessidades de saúde de subgrupos que se encontram mais vulneráveis. De um lado o movimento em direção ao acesso universal e do outro o movimento rumo à equidade. É essa equação que a Cooperação Interfederativa precisa ajustar no território de modo a alcançar a melhor assistência e prevenção possível, integral e de qualidade como elemento central de uma gestão compartilhada do desenvolvimento local, olhando para o setor saúde como um dos pilares do desenvolvimento econômico sustentável, revertendo os indicadores negativos de saúde na população e especialmente focado na qualidade do atendimento às PVHA.

Palavras-chave: Aids; gestão; enfrentamento da epidemia



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

DIMENSIONAMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL REGIONAL DOUTOR JOFRE DE MATTOS COHEN EM PARINTINS/AM

Glauber Farias da Silva Junior, Evelin Gonçalves de Vasconcelos, Flávia Maia Trindade, Ghedria Loyanna Martins Batista, Solane Pinto de Souza, Jean Reis de Almeida

A função gerencial do enfermeiro nos dias atuais é indispensável, pois é ele o profissional com maior abrangência de atribuições e conhecimentos acerca de associações de ideais e das necessidades de planejar ações do quadro funcional de enfermagem, vinculando a busca pela excelência da assistência. Esta pesquisa teve como objetivo aplicar o dimensionamento do quadro de Enfermagem, do Hospital Regional Dr. Jofre de Mattos Cohen, com base na Resolução do COFEN 543/2017 e fazer um comparativo entre a realidade encontrada e o preconizado pela legislação vigente. Trata-se de uma pesquisa documental, exploratória e descritiva, de caráter quantitativo. Os dados obtidos nessa pesquisa foram adquiridos diretamente com a direção hospitalar, juntamente com a gerência de enfermagem, sendo estes o quadro total atual de enfermeiros em exercício da função, incluindo os funcionários que estão em folha mas, no momento da pesquisa estavam de férias ou ausente da instituição. A análise apresentar-se-á em três tópicos. Primeiramente são exibidos o conjunto dos setores estudados. Em segundo tópico são representados os setores de internações estudados, com seus respectivos resultados de acordo com legislação e seu quadro real. Por último é apresentada a análise dos tópicos a qual contempla a conjuntura do que foi encontrado na instituição hospitalar em termos do dimensionamento de pessoal de enfermagem. Na unidade hospitalar, 71,42% dos setores apresentaram classificação de paciente com necessidade de Cuidados Intermediários (PCI), 57,14% presença de pacientes com a necessidade de Cuidados Semi-intensivos (PCSI), 42,85% dos setores apresentaram pacientes de Cuidados de Alta-dependência (PCAD), e 28,57% dos setores apresentaram pacientes com necessidades de cuidados mínimos. O estudo apresentou um déficit com variáveis de 50% a 88,88% nos setores pesquisados, evidenciando a importância da implantação do Sistema de Classificação de Pacientes – SCP e dimensionamento de pessoal de enfermagem. Ficou ainda evidenciada a necessidade da implantação do Sistema de Classificação de Pacientes SCP, utilizando um instrumento adaptado conforme as necessidades e a realidade da instituição, permitindo ao enfermeiro o conhecimento sobre os pacientes atendidos em sua unidade facilitando a gestão e promovendo um serviço de qualidade ao público usuário. Palavras-chave: Dimensionamento; Equipe de Enfermagem

Revista
**Saúde
em Redes**



v. 4, Suplemento 2 (2018)
ISSN 2446-4813



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DE ACIDENTES DE TRÂNSITO OCORRIDOS COM HOMENS NO BRASIL NO PERÍODO DE 2008 A 2011

Aline Medeiros, Michele Ludmila Dantas de Sá, Valéria Lidyanne Silva Gomes

APRESENTAÇÃO: Todo ano, mais de um milhão de pessoas perdem suas vidas e muitas outras sofrem lesões não fatais, resultantes da violência. De forma geral, no mundo todo, a violência está entre as principais causas de morte ¹.

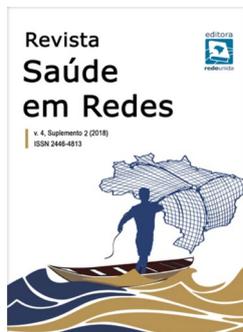
Dessa maneira, o caso da violência é exemplar para se entender a transição que junta questões sociais e problemas de saúde, pois a violência não é um problema médico típico, é fundamentalmente, um problema social que acompanha toda a história e as transformações da humanidade ².

Uma vez que a temática da violência é um assunto do cotidiano das pessoas, assim o presente estudo se restringiu aos acidentes de trânsito com homens no território brasileiro. Devido a ações de cuidado continuado requerem altos recursos e as consequências para as vítimas e o mercado de trabalho seria as incapacidades oriundas da violência no trânsito.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Trata-se de um estudo ecológico de correlação, cuja unidade de análise foi a população masculina brasileira vítima de acidentes de trânsito. A coleta de dados foi realizada por meio das bases de dados públicos (Sistema de Informações sobre Mortalidade, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) no censo dos anos de 2008 a 2011, com a população média do ano de 2010, sendo inclusos no estudo, pessoas de ambos os sexos, na faixa etária entre 15 a 59 anos de idade. Por fim, foram selecionados os indicadores sobre Acidentes de trânsito (V01-X59).

Vale salientar ainda que a taxa de violência pode apresentar grande oscilação em pequenas populações. Neste caso, uma variação no número de vítimas (óbitos) podem provocar grandes alterações na taxa de mortalidade quando explícitas nos mapas.

Enquanto que para a produção dos mapas, foram utilizados os softwares: TerraView 4.2.2 e Geoda, em que foi realizado o recorte espacial das áreas e a análise exploratória para visualizar a distribuição espacial. Os mapas apresentarão as Regiões Brasileiras com as distribuições das respectivas taxas. As cores hiperpigmentadas demonstradas nos mapas são as correspondentes as taxas de índices mais elevados por região. Para o entendimento dos mapas aqui apresentados, devemos entender a frase de Waldo Tobler “todas as coisas são parecidas, mas coisas mais próximas se parecem mais que coisas distantes”. Esse conceito se assemelha aos conglomerados ou clusters nos mapas.



Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Ao mesmo tempo em que a dependência espacial é uma característica inerente à representação de dados através de subdivisões territoriais. Assemelha-se mais ao valor de suas amostras vizinhas e retrata padrões espaciais de lugares e valores. Utilizou-se neste estudo o índice mais difundido indicador global de autocorrelação espacial, o Índice de Moran. As presenças de valores discrepantes, nos gráficos, mostram que a diferença entre os valores é grande, ou seja, não-estacionariedade de segunda ordem. Enquanto as tendências, nos gráficos, ao longo de uma direção representam que os valores variam suavemente, portanto são não-estacionariedade de primeira ordem ³.

RESULTADOS E/OU IMPACTOS: As distribuições espaciais foram representadas por três mapas, o primeiro da Figura 1 é uma análise exploratória, em seguida o MoranBox e o MoraMap, para a verificação de formação de clusters. Para a análise realizada, o Índice de Moran foi de 0,44, o que significa que há um padrão espacial moderado, com p-valor de 0,01. Vale ressaltar que as análises bivariadas deram valores para Moran não significativos.

De acordo com as distribuições espaciais realizadas na presente pesquisa, na Figura 1, as taxas mais elevadas em preto ficaram espaçadas pelo mapa. A região Centro-Oeste apresenta as maiores taxas de óbitos por acidentes de trânsito com homens em relação às demais regiões, aparentemente, de acordo com o mapa.

Enquanto isso, na Figura 2, na região norte, há predominância do BAIXOBAIXO, enquanto na região central existem os clusters do AUTOAUTO. Nas regiões sudeste e sul são BAIXOBAIXO.

Na Figura 3, a região norte é dividida em BAIXOBAIXO e Não significativa. Enquanto Centro-Oeste se confirma com formação de clusters AUTOAUTO.

Os números por acidentes de trânsito são elevados principalmente na região central país, de acordo com Brasil 2015, as maiores taxas de mortalidade de motociclistas foram encontradas nas regiões Centro-Oeste (8,5 óbitos por 100 mil habitantes), Nordeste (8,4 óbitos por 100 mil habitantes), Norte (7,2 óbitos por 100 mil habitantes) e Sul (5,8 óbitos por 100 mil habitantes).

Além disso, algumas punições que pesem no bolso é uma maneira educativa de corrigir esse desrespeito, no Japão, temos um exemplo disso, as multas são tão altas que a população se educou para respeitar as leis. Sabemos também que acidentes de trânsito é um grande aliado da incapacidade dos trabalhadores, portanto gera um grande prejuízo para a economia 4.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: A cronicidade do estado de saúde das vítimas requerem cuidados de longo prazo o que também afeta o orçamento. Por fim, a saúde pública tem a necessidade de um crescimento de articulação contínua com diversos segmentos para prevenir óbitos por acidentes de trânsito. Eliminá-la é difícil, mas



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

deve haver medidas para atenuá-la com ações de promoção à saúde. Assim, prevenir ainda é o segredo.

É necessário um conjunto de ações de prevenção interligadas que envolvam desde a educação, saúde e segurança. Apenas com uma comunicação eficaz entre diferentes setores, problemas sociais como estes podem ser solucionados.

REFERÊNCIAS:

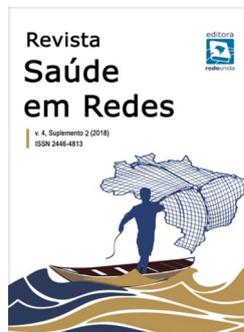
1- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Carta de Ottawa para a promoção da saúde. 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Ottawa, Canadá, 17-21 Novembro de 1986. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/carta-de-otawa-1986.aspx>. Acesso em: 18 maio 2017.

2- MINAYO, M. C. S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. Curso de capacitação para profissionais atuantes na rede de enfrentamento a violência contra a mulher. Módulo II: gênero e violência contra a mulher. Apoio: secretaria de políticas para as mulheres / governo federal. 2013. Disponível em: http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_mulher/capacitacao_rede%20/modulo_2/205631-conceitos_teorias_tipologias_violencia.pdf. Acesso em: 20 maio 2017.

3- PAIVA, C. Dependência espacial. Setores censitários, Zonas OD, Distritos, Prefeituras etc. CET/SP e PUC/SP, 2007.

4- BACCHIERI, G.; BARROS, A. J D. Acidentes de trânsito no Brasil de 1998 a 2010: muitas mudanças e poucos resultados. Rev Saúde Pública, v. 45, n. 5, p. 949-63, 2011.

Palavras-chave: Distribuição Espacial; Acidentes de Trânsito com Homens; Gestão em Saúde



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

DO PROJETO PILOTO PRIMEIRA INFÂNCIA RIBEIRINHA (PIR) A CONSTRUÇÃO DE UMA POLÍTICA PÚBLICA PARA A PRIMEIRA INFÂNCIA NO AMAZONAS (PIA)

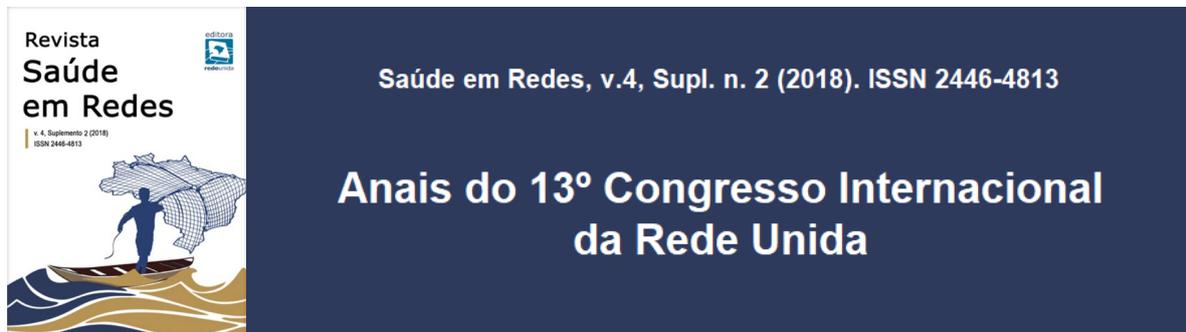
Katherine Mary Marcelino Benevides

Introdução. Os primeiros anos de vida de uma criança são de suma importância para seu processo de crescimento e desenvolvimento. Nesta fase ocorrem as primeiras e mais importantes aquisições de aprendizagem e muito mais rápido do que em qualquer outra fase da vida, proporcionando a base para a formação da personalidade e do caráter da criança, possibilitando o desenvolvimento dos aspectos afetivos, sociais, cognitivos e intelectuais, contribuindo para um indivíduo e sociedade melhor, por isso a importância de investir nessa fase da vida. Na última década, o panorama da saúde na primeira infância tem melhorado frente à criação de marcos legais e práticas promotoras de saúde e direitos. Entretanto, esta melhora não se refletiu em todos os Estados brasileiros, dentre os quais o Amazonas. Frente a este desafio, o governo do Estado, por meio da Secretaria de Estado da Saúde (SUSAM), conjuntamente com a Fundação Amazonas Sustentável (FAS), Fundação Bernard van Leer (FBvL) e o Instituto para o Desenvolvimento do Investimento Social (IDIS), instituiu o Projeto Primeira Infância Ribeirinha (PIR). Objetivo. Desenvolver um Guia de visita domiciliar PIR, formação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em primeira infância e construção de uma política pública estadual considerando as especificidades loco regionais do Amazonas. Método. O projeto piloto primeira infância ribeirinha foi implantado na Reserva de Desenvolvimento Sustentável do Rio Negro (RDS), situada à margem direita do Rio Negro e abrangendo os municípios de Novo Airão, Manacapuru e Iranduba, realizado com os parceiros acima citados FBvL, IDIS, FAS e SUSAM. A reserva possui área equivalente a 102.978,83 hectares e abriga 19 comunidades, onde residem 693 famílias e 2.235 pessoas, onde foram acompanhadas pelo projeto 950 crianças no período de 2013 a 2016. A região da RDS Rio Negro é formada por florestas de terra firme e também por florestas alagadas, matas de igapó, com destaque para as ilhas que formam o arquipélago de Anavilhanas. Este é constituído por, aproximadamente, 400 ilhas, lagos, rios e igarapés. O acesso às comunidades é exclusivamente fluvial. A Linha de Base do projeto foi desenvolvida por pesquisadores da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), em conjunto com a FAS que elaborou formulário padrão de visita domiciliar adequada a realidade ribeirinha, o qual foi testado por Agentes Comunitários de Saúde, identificando o acompanhamento da evolução das crianças desde a gestação até os seis anos de idade. A construção de uma linha de base para o projeto permitiu a posterior avaliação de impacto do modelo de serviço a ser desenvolvido e testado



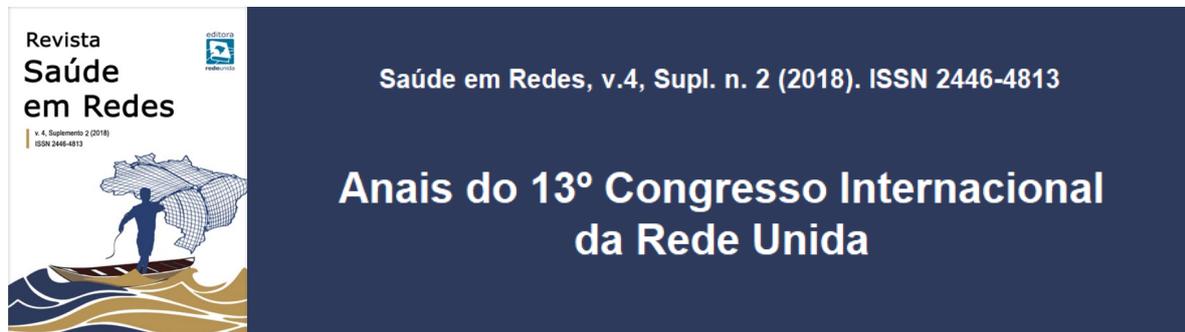
pelo projeto piloto e, conseqüentemente, gerou importantes evidências que poderão justificar a sua replicação para outras regiões da Amazônia profunda. A linha de base também permitiu testar o que se sabe (a partir de dados secundários) e o que de fato ocorreu. Assim, permitiu promover ajustes finos no projeto piloto, aumentando sua aderência a realidade das comunidades beneficiárias.

A coleta de dados, bem como a logística de campo foi acompanhada e supervisionada por técnicos da área de saúde e assistência social da FAS. A partir do preenchimento das ferramentas de coleta de dados (formulários) foi definido o Marco Zero do Desenvolvimento da criança. Esse registro é referência para análise do desenvolvimento infantil, planejamento de atividades e acompanhamento dos ganhos em desenvolvimento ao longo dos atendimentos. No desenvolvimento dos conteúdos, foi identificada a necessidade de materiais complementares para apoiar a intervenção, bem como materiais de reforço e comunicação dos conceitos relativos ao desenvolvimento saudável das crianças. A estratégia geral foi baseada em visitas domiciliares, realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde, formados em um programa continuado com duração de 18 meses. Essa alternância entre o período de formação e a prática, aliadas ao processo de supervisão possibilitaram melhor avaliação do processo de capacitação e implantação das estratégias previstas no projeto piloto. O acompanhamento do desenvolvimento infantil é primordial para a avaliação dos resultados alcançados e proposição de melhorias para o modelo de visita domiciliar. Diante dessa necessidade, foram estabelecidos indicadores de desenvolvimento específicos para o PIR. A sistematização desses indicadores se deu pela aplicação de formulários para caracterização do desenvolvimento da criança no momento em que ingressa no projeto. Resultado. A partir dos resultados do Marco Zero do Desenvolvimento da criança, ou seja, a caracterização do desenvolvimento apresentado por ela em seu ingresso no PIR, onde esse registro é referência para análise do desenvolvimento infantil, planejamento de atividades e acompanhamento dos ganhos em desenvolvimento ao longo dos atendimentos considerando os indicadores de desenvolvimento específicos definidos para acompanhamento das crianças pelo PIR que resultou maior envolvimento da família no cuidado saudável da criança, valorização e respeito à infância, fortalecimento do vínculo e maior comunicação entre os adultos e crianças, ludicidade e criatividade, cuidado à saúde dos cuidadores, empoderamento e valorização do ACS, fortalecimento da comunidade, dentre outros. Lançamento do Guia de Visita Domiciliar PIR e aprovação da Lei Estadual para a Primeira Infância (PIA) Nº 4.312 de 2016. O IDIS (2015) contratou um novo estudo de avaliação, utilizando a metodologia Social Return on Investment - Retorno Social sobre o Investimento (SROI), que verificou resultados que indicam que para cada R\$ 1,00 investido no PIR, R\$ 2,82 foram



gerados em valor social. Considerações finais. Em um período relativamente curto de tempo, a implantação do PIR ofereceu importantes subsídios para a criação de uma política pública inclusiva e dedicada às crianças amazonenses e a importância de investimentos nessa fase significativa da vida como estratégia de mudar realidades e quebrar o ciclo vicioso e implacável da reprodução da pobreza. A importância de tal atenção é corroborada por estudos recentes que confirmam, por exemplo, que o retorno para os investimentos em capital humano declina exponencialmente durante o ciclo de vida, sendo mais alto nos primeiros anos, onde, quanto mais cedo for realizado o investimento, maior será o retorno. Nesse aspecto, avanços no atendimento integral à primeira infância podem contribuir e consolidar uma perspectiva mais ampla de desenvolvimento e justiça social. O projeto piloto hoje é consolidado como Programa Primeira Infância Ribeirinha e já está implantado em mais oito municípios no Estado do Amazonas.

Palavras-chave: criança; primeira infância; desenvolvimento da primeira infância - DPI; política pública



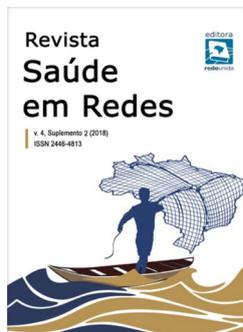
DISTRIBUIÇÃO DA OFERTA E DA COBERTURA DE SERVIÇOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: DESIGUALDADES ENTRE AS MACRORREGIÕES DO BRASIL

Marina Schenkel, Gabriel Calazans Baptista

O presente trabalho trata das desigualdades em saúde e da distribuição das ações e serviços do SUS entre as cinco macrorregiões do Brasil. Partimos do pressuposto que a saúde é socialmente determinada e que os sistemas de saúde tem potencial para compensar as desigualdades originadas pelas diferenças sociais que os indivíduos e grupos se encontram ou, por outro lado, para acirrar estas iniquidades. A pesquisa tem como objetivo analisar como o SUS intervém nesta perspectiva da realidade, evidenciando as disparidades do provimento dos gastos e de serviços de saúde entre as macrorregiões do país. O tema se mostra relevante considerando o atual debate no Brasil sobre a mudança de padrão nos investimentos em políticas públicas, trazendo à tona como o Estado lida com as persistentes e profundas desigualdades sociais na área da saúde.

Para tanto, utilizamos uma abordagem quantitativa. O banco de dados foi construído no software Stata com indicadores do Datasus, tendo como unidade de análise as 438 regiões de saúde do Brasil. As principais variáveis empregadas nas análises foram sobre o gasto total em saúde por habitante (2013), a oferta de estrutura e de profissionais da saúde (2012) e os níveis de cobertura de Atenção Básica (2012), Pré-Natal (2012) e Vacinação (2012). Como referencial teórico, consideramos as teorias explicativas e definições conceituais das desigualdades em saúde a partir da dimensão socioeconômica de indivíduos e grupos, abordadas por Barata (2009), Buss e Pellegrini Filho (2007) e Whitehead (1990). Foram analisados estudos sobre a forma que o sistema de saúde pode incidir para potencializar ou reduzir essas desigualdades, bem como a organização e estrutura dos serviços de saúde e financiamento do SUS.

A análise dos dados baseada em regiões de saúde não é aleatória; podemos situar a organização dos serviços em redes de atenção à saúde regionalizadas como um dos principais desafios do SUS. Apesar de a regionalização ser preconizada desde a sua instituição, inúmeros estudos demonstram uma grave fragmentação no sistema de serviços do SUS, produzida pela grande quantidade de municípios de pequeno porte e pela falta de articulação intermunicipal, dificultando o atendimento integral às necessidades de saúde da população (GIOVANELLA, 2016). Aponta-se atualmente a importância da consolidação das regiões de saúde como centro integrador das referências dos diversos serviços de saúde e abrangendo distintos níveis de gestão neste território (SANTOS; CAMPOS, 2015; GIOVANELLA, 2016). A regionalização é



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

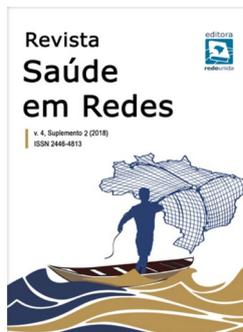
tida ainda como em processo, que avança lentamente. Nesta perspectiva, é necessário o olhar para a distribuição dos serviços de saúde entre as regiões de saúde, evidenciando as lacunas e as disparidades existentes no extenso território brasileiro.

Como principais resultados da pesquisa, observamos que no Brasil a média do gasto total em saúde per capita das regiões de saúde é de R\$ 531,59, sendo que o menor valor é de R\$ 239,15, no Norte, e o maior valor é de R\$ 1036,33, no Sudeste, uma diferença de mais de quatro vezes. A macrorregião Norte também apresenta a menor média (R\$ 375,53). No Nordeste a média dos gastos é de R\$ 409,21. A macrorregião Centro-Oeste apresenta a média mais alta de gastos das suas regiões de saúde, no valor de R\$ 646,23, seguida do Sul (R\$ 617,83) e Sudeste (R\$ 617,08). Os gastos em saúde por habitante das regiões de saúde tem uma forte tendência de associação positiva com a renda média per capita da região, com um coeficiente de correlação de Spearman de 0,6709 (estatisticamente significativo ao nível de $p < 0,001$).

Com relação ao indicador de oferta de estabelecimentos com serviços SUS nas regiões de saúde por mil habitantes, observamos também uma importante variação macrorregional. A média do Brasil é de 1,34, sendo que a região com o menor valor fica no Norte do país, com 0,30, e com o maior no Sudeste, com 3,69, uma diferença abismal de mais de 12 vezes de oferta de provimento de serviços SUS. Assim como o padrão da distribuição dos gastos em saúde por região, o Norte tem a menor média (0,71), seguido do Nordeste (0,89). A macrorregião Sul tem a maior concentração de serviços SUS por mil habitantes (1,93), seguida do Sudeste (1,67) e Centro-Oeste (1,25).

Sobre a presença de profissionais da saúde que atendem no SUS, observamos que existe uma forte concentração em algumas partes do Brasil e, conseqüentemente, territórios com graves lacunas. Na distribuição entre as macrorregiões do país observamos o mesmo padrão visto até aqui. A região de saúde com o menor número de médicos e de outros profissionais da saúde por mil habitantes fica no Norte, assim como é a macrorregião com a menor média. Já a região de saúde com o maior número, tanto de médicos, quanto demais profissionais, está no Sudeste e é a macrorregião com a maior média do Brasil, com diferenças entre o menor e maior valor entre as regiões de saúde de mais de 20 vezes.

Quanto aos níveis de coberturas, tanto o Percentual de Nascidos Vivos com 7 ou mais consultas pré-natal, quanto o Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada, seguem mais concentrados nas mesmas macrorregiões (Sudeste e Sul). O único indicador que apresenta uma tendência oposta aos demais é o de Cobertura populacional estimada pelas equipes da Atenção Básica, a macrorregião com a maior média é o Nordeste (82,4%), no Sul é de 78%, no Sudeste 74,6%, Centro-Oeste



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

72,3% e a menor média no Norte (62,5%). É o único dos indicadores negativamente correlacionados com a renda média per capita da região de saúde (Coeficiente de Spearman de -0.3336), apesar de ser uma associação fraca, é estatisticamente significativa ao nível de $p < 0,001$. Ou seja, há uma tendência de quanto maior a renda média per capita da região, menor o nível de cobertura de Atenção Básica. O contrário do que pudemos observar com os demais indicadores de oferta de serviços de saúde. Esses resultados nos mostram como é necessária uma alocação de recursos públicos mais equitativa entre as regiões de saúde de acordo com as diferenças epidemiológicas da população e visando amenizar grandes vazios assistenciais. Segundo Porto et al. (2014) e Ugá (2006), as disparidades do sistema brasileiro se dá pela forma de sua estruturação, que promovia a expansão do setor privado e com base no reembolso aos prestadores de serviços de acordo com oferta de serviços já existentes, concentrados em áreas geográficas mais ricas e saudáveis, acentuando as desigualdades em saúde.

Deve ser salientado que cada macrorregião apresenta desigualdades internas, há regiões de saúde com falta de serviços no Sudeste e regiões de saúde com quantidades suficientes no Norte, por exemplo. O que apresentamos aqui é que as tendências entre esses indicadores analisados que medem a intervenção do SUS entre as macrorregiões é a mesma. Exceto pela Cobertura de Atenção Básica, todos indicadores de gasto, estrutura do sistema, profissionais da saúde, pré-natal e vacinação, têm melhor desempenhos no Sudeste e Sul do país. A pesquisa mostra evidências empíricas que há graves desigualdades na organização dos serviços do SUS no território brasileiro, apontando uma necessidade de nos debruçarmos ainda mais sobre de que forma cada região de saúde está ofertando sua rede de atenção à saúde e quais são os entraves para um atendimento integral às necessidades da população inscrita neste território.



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

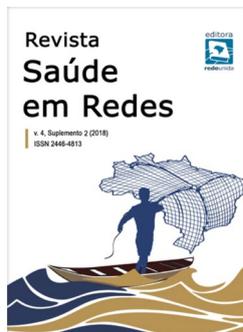
Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: PILAR DE FORMAÇÃO NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Isabella Oliveira dos Santos, Laise Ribeiro de Carvalho, Ely Dean Alfaia dos Santos, Sâmia Cristine Rabelo Borges, Liliane Silva do Nascimento, Eric Campos Alvarenga, Dimitra Castelo Branco, Amanda Menezes Medeiros

Apresentação: O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) encontra-se em seu 3º ciclo, tendo como principal objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacionalmente. A fase de Avaliação Externa do programa é realizada pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde em parceria com as Instituições de Ensino e Pesquisa (IEP) de todo o País. Cabe as IEP's a responsabilidade de escolher e capacitar as equipes que irão desenvolver o trabalho de campo, formadas por supervisores e entrevistadores. Nessa etapa, os entrevistadores irão aplicar nas Equipes de Saúde da Família os instrumentos de Avaliação Externa com profissionais e usuários. Avaliar os serviços realizados na Atenção Primária em Saúde (APS) em todo país, através de um processo avaliativo que ocorre geralmente uma vez ao ano, se concretiza como importante instrumento de conhecimento para gestores e para a população de maneira geral, permitindo-lhes maior proximidade e percepção in loco das verdadeiras e variadas realidades envolvendo diversas condições e contextos de saúde enfrentados e vivenciados pela população brasileira. Neste âmbito, o Programa de Residência Multiprofissional em Estratégia Saúde da Família (PRMESF), por sua potencialidade para a formação do novo trabalhador em saúde nos cenários das redes de atenção, em especial a Atenção Primária em Saúde, vem apoiando a Secretaria Municipal de Saúde de Ananindeua (SESAU) e preparando as equipes para a avaliação externa. O presente trabalho tem como objetivo principal relatar a experiência dos residentes da Residência Multiprofissional em Estratégia Saúde da Família da Universidade do Estado do Pará (UEPA) na Educação Permanente das Equipes de Saúde da Família credenciadas no 3º ciclo do PMAQ-AB do município de Ananindeua, juntamente com a Secretaria Municipal de Saúde do mesmo município (SESAU), esclarecendo os profissionais sobre o que é o PMAQ e os padrões essenciais exigidos no serviço, além de orientá-los sobre a previsão de realização da avaliação externa neste 3º ciclo de programa.

Desenvolvimento do trabalho: O trabalho ocorreu nos meses de agosto e setembro de 2017, realizado pela SESAU e pelos residentes da Residência Multiprofissional em Estratégia Saúde da Família da



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

UEPA que se encontravam no cenário de prática da gestão de Ananindeua. Foram realizadas 50 visitas às Unidades Básicas de Saúde, dentre elas Unidades de Saúde da Família e Unidades Municipais de Saúde, totalizando-se 101 Equipes de Saúde da Família, todas distribuídas dentre os cinco polos (distritos sanitários) que compõem os serviços de saúde do município. As visitas técnicas foram realizadas pelo período da manhã, todos os dias da semana, excluindo-se sábados, domingos e feriados, geralmente feitas por quatro pessoas, entre elas: dois residentes e dois funcionários da SESAU. A organização das visitas se dava por meio de escalas entre os funcionários da instituição e residentes, sendo estes enfermeiros, terapeutas ocupacionais e cirurgiões-dentistas. Nas visitas, executou-se coleta de dados com o uso de um check-list baseado na classificação dos padrões para certificação do PMAQ-AB. Neste, foi dada ênfase aos padrões essenciais, os quais estão divididos em categorias: Módulo I (horário de funcionamento, equipamentos, materiais e insumos), módulo II (territorialização e população de referência da equipe de atenção básica, procedimentos realizados na atenção básica, acolhimento a demanda espontânea e atenção à saúde). Questionamentos e dúvidas dos profissionais presentes também puderam ser averiguados, analisados e repassados em orientações sobre o PMAQ e sobre a Auto Avaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), instrumento de grande importância e dúvidas entre os profissionais que possibilita a toda a equipe de saúde avaliar o desencadeamento do seu processo de trabalho. Resultados e/ou impactos: Com a realização desse trabalho de Educação Permanente e de coleta de dados em todas as ESF's do município de Ananindeua/Pará, por meio do check-list de avaliação baseadas nos padrões essenciais do PMAQ, observou-se que, no Módulo I, a maioria das ESF's possuíam todos os equipamentos essenciais: 87,2% delas tinham balança infantil, 80,2% possuíam régua antropométrica e 76,3% possuíam geladeira exclusiva para vacina. Com relação a materiais e insumos, percebeu-se a necessidade de elementos para o exame preventivo do câncer de colo uterino (PCCU), sendo que apenas 3,9% das ESF's possuíam-no. No módulo II, que diz respeito ao processo de trabalho, 78,3% das equipes das ESF's portavam o mapa de território. Nos procedimentos realizados, 90,1% faziam retirada de ponto, 83,2% efetivavam curativos, 61,4% realizavam nebulização, 100% procediam medicação intramuscular, 0% praticavam medicação endovenosa, 100% acolhiam demanda espontânea e, na atenção à saúde, 100% efetuavam consulta de pré-natal e cuidavam de pessoas com hipertensão e diabetes, além de 0% estarem desempenhando coleta do exame citopatológico. Considerações Finais: Dessa forma, a iniciativa de realizar este trabalho possibilitou a visualização do cenário de saúde do município, o qual não é muito diferente do que podemos encontrar no restante do Brasil, cheio de obstáculos

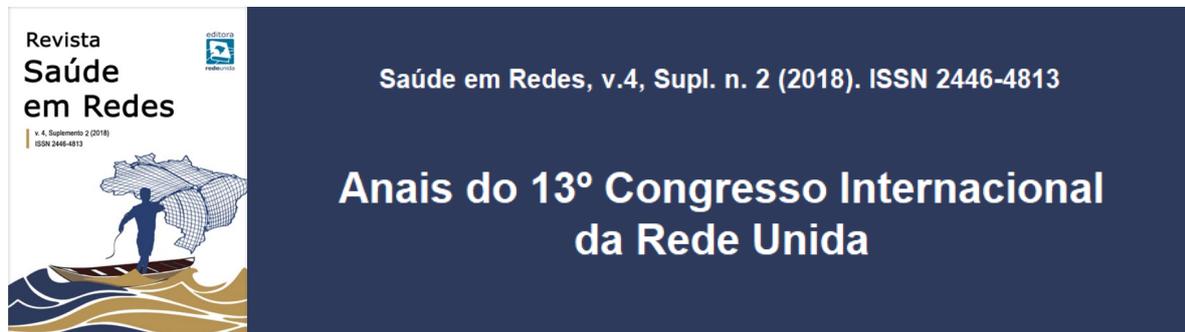


Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

e adversidades, tendo muito a crescer e melhorar os serviços de saúde. A experiência pôde proporcionar também uma gama de conhecimentos para os residentes e, da mesma maneira, para os profissionais que foram orientados, os quais poderão vivenciar o seu processo de trabalho de maneira mais autoconsciente e crítica, proporcionando espaços para conquistas e superações dos problemas encontrados em seus processos de trabalho. As visitas ajudaram também a amenizar esse contexto de medo e dúvidas que permeiam o programa e diminuir o distanciamento entre a gestão municipal e a assistência. Os dados coletados são de suma importância como ferramenta para a Secretaria Municipal de Saúde prover o que foi identificado como necessidade, a fim de proporcionar melhor acesso e qualidade da Atenção Primária em Saúde no município de Ananindeua. Ademais, foi possível desenvolver uma auto avaliação prévia à avaliação externa do PMAQ. O que se mostrou de grande valor e necessidade para investigações e análises dos mais variados aspectos e linhas de cuidado que se fazem indispensáveis na construção de um Sistema Único de Saúde (SUS) cada vez melhor para todos.

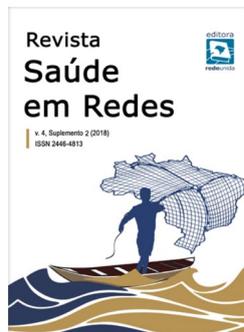
Palavras-chave: Atenção Primária a Saúde; Educação Superior; Residência Multiprofissional em Saúde.



RELATO DE EXPERIÊNCIA ATUAÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA EM EVENTO DE MASSA FESTIVAL FOLCLÓRICO DE PARINTINS/AM.

Paulo José Andrade de Souza, Clerton Rodrigues Florencio, Elaine Pires Soares

Apresentação: o referido trabalho relata as experiências da atuação da Vigilância Sanitária do Município de Parintins, em uma serie histórica de dos últimos cinco anos(2012-2017) Festival Folclórico. O Festival Folclórico de Parintins é uma festividade de natureza popular, que teve seu início em 1964, quando foi realizado o primeiro festival, em uma modalidade ainda não competitiva. As celebrações ocorrem ao ar livre, atualmente no Bumbódromo um complexo Centro Cultural e Esportivo, arena construída capaz de abrigar pelo menos 35 mil pessoas. As apresentações transcorrem ao longo de três dias, durante os quais as duas agremiações (Caprichoso e Garantido) expõem o resultado de suas pesquisas e de seus preparativos, os quais normalmente giram em torno de temas ligados às histórias e ritos cultivados pelos nativos índios, aos hábitos dos moradores caboclos das margens dos rios, tudo exibido por meio de representações ornamentais, em alegorias que procuram retratar a temática escolhida. Este Festival é a maior vitrine da cultura amazonense e atualmente é cotado como o segundo maior evento folclórico brasileiro, desbancado somente pelo Carnaval. Todo ano milhares de turistas se deslocam para Parintins com o objetivo de assistir a este célebre Festival reservado para o último final de semana do mês de junho. **Desenvolvimento:** O Festival Folclórico, devido a sua complexidade e dimensão por ser considerado um evento de massa, a Vigilância Sanitária do Município de Parintins tem a preocupação de desenvolver ações específicas para o festival caráter em educativo, preventivo e fiscalizador, com objetivo de eliminar, prevenir riscos e agravos à saúde do indivíduo e da coletividade, garantindo a qualidade de produtos e serviços ofertados à população e turistas que vem se entreter durante a realização do evento. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária, na RDC nº 13/2014 define, Evento de Massa (EM): atividade coletiva de natureza cultural, esportiva, comercial, religiosa, social ou política, por tempo pré-determinado, com concentração ou fluxo excepcional de pessoas, de origem nacional ou internacional e que, segundo a avaliação das ameaças, das vulnerabilidades e dos riscos à saúde pública exija a atuação coordenada de órgãos de saúde pública da gestão municipal, estadual e federal e requeira o fornecimento de serviços especiais de saúde, públicos ou privados (Sinonímia: grandes eventos, eventos especiais, eventos de grande porte). **Descrição da Experiência/ Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, elaborado no contexto da vivencia dos trabalhos realizados pela equipe da Vigilância Sanitária, durante os últimos cinco



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

anos no evento de massa Festival Folclórico de Parintins. Como prática é definido um Plano Operativo de Ação em Evento de Massa específica para as atividades durante o festival, que envolve vários órgãos públicos do governo, voltados à promoção, prevenção de riscos e agravos, como parâmetro de organização e planejamento das ações voltadas para os serviços de alimentação, saúde e outros sujeitos ao controle sanitário que contém o conjunto de atividades a serem desenvolvidas nas fases pré, durante e pós-evento, definidas de acordo com as necessidades de prevenção e mitigação de riscos e com base na avaliação do cenário. Estabelece critérios de possível investigação de surtos, juntamente com a Vigilância Epidemiológica como resposta rápida coordenada e efetiva a qualquer emergência em saúde pública que tem a função de proteger a saúde da população, reduzir o impacto dos eventos e limitar a progressão da crise, reduzir a morbimortalidade e os impactos em emergências em saúde – e de investigação dos surtos. Define estrutura, composição e dados mínimos necessários o para monitoramento em ações conjuntas/integradas, e apoiar as decisões durante o evento de massa, monitorar os incidentes relacionados a saúde e logística/deslocamento, para a execução das ações prévias do festival. Estruturação de inspeção prévia no local do evento, nos serviços, fornecedores e serviços de saúde. Fiscalização e monitoramento durante o evento, e relatórios diários e final do evento e avaliação. Durante a ação no setor regulado, conforme planejado, são inspecionados todos os estabelecimentos do setor regulado (produtos e serviços) da área limítrofe do evento, garantindo a população e visitantes as boas práticas sanitárias dos serviços e produtos, no período antes (pré), durante e pós-festival. Realizado Licenciamento Sanitário dos referidos estabelecimentos, que são notificados a regularização. Intensificado ação educativa, orientativa de boas práticas de manipulação de alimentos nos serviços de alimentação e com os ambulantes. Inspecionado os serviços de saúde, garantindo a qualidade dos serviços e resolutividade em casos de surtos e agravos. Ações educativas integradas com demais vigilâncias em saúde, voltadas à população na promoção e prevenção as DTA's, IST's/HIV, etc, e ações preventivas de saúde do trabalhador. Resultado Esperados: Durante os estudos observados nos últimos cinco anos, conforme os registros epidemiológicos e Relatórios da Vigilância Sanitária e órgãos envolvidos na ação, durante o evento: a) Evento de massa realizado com qualidade sanitária dos produtos e serviços ofertados. b) Redução dos riscos a saúde da população e visitantes durante o evento. c) Integração das Vigilâncias em Saúde e demais órgãos das três esferas de governo. d) Ações educativas com objetivo diminuir riscos e doenças veiculadas a alimentos, por aglomeração de público. e) Aumento de demanda e procura dos serviços oferecidos pela vigilância sanitária, como denúncias. f) Não registro de surtos ou intoxicação relacionados a Doenças Transmitidas por



Alimentos ou outros agravos. Considerações Finais: A Vigilância Sanitária trabalha com um conjunto de ações no âmbito das práticas de saúde coletiva, assentada em várias áreas do conhecimento técnico científico e em bases jurídicas que lhe confere o poder de normatização, educação, avaliação e intervenção, capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, visando garantir a qualidade do processo de produção, distribuição e consumo de bens e serviços relacionados à saúde, e das condições de vida e trabalho dos cidadãos. Dessa forma a Vigilância Sanitária de Parintins, cumpre com seu papel importante nas prevenções de riscos e agravos a população exposta e conclui com êxito as ações de Vigilância em Saúde como todo na execução das ações desenvolvidas durante o evento. A base de trabalho metodológica, a logística empregada, as ações integradas com todos os órgãos envolvidos foram fundamental para os resultados exitosos do que foi planejado, para não ocorrência de agravos pela dimensão e o quantitativo de população participe deste evento que é festival folclórico de Parintins.

Palavras-chave: vigilância em saúde; evento de massa; prevenção; risco.



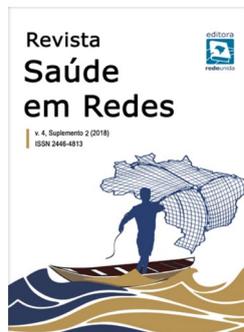
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

EM QUE CONDIÇÕES TRABALHAM AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO PARÁ?

Eric Campos Alvarenga, Paulo de Tarso Ribeiro De Oliveira, Helder Henrique Costa Pinheiro, Vânia Cristina Campelo Barroso Carneiro

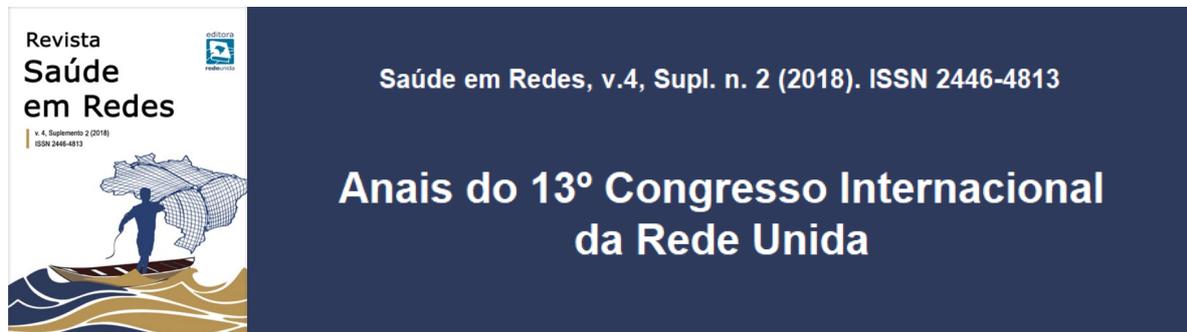
O objetivo desta pesquisa foi realizar uma análise das condições de trabalho das equipes de saúde da Família do estado do Pará com base nos dados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Desta forma, serão apresentadas uma caracterização do perfil profissional das trabalhadoras e dos trabalhadores das equipes, a quantidade de profissionais em cada equipe e de aspectos pontuais da estrutura das unidades de saúde em que atuam. Tem sido verificado na literatura especializada que boa parte dos profissionais que atuam em Equipes de Saúde da Família são recém-formados. Isso aponta para uma área da saúde que predomina a presença de trabalhadores com pouca experiência na Atenção Básica. É grande a presença de contratos precários de trabalho. Como a forma de contratação em muitos municípios é feita sem oferecer estabilidade, sem um processo seletivo transparente ou mesmo concurso público, há uma busca por outros empregos como forma de complementar o salário. A falta de infraestrutura adequada também tem se mostrado um problema recorrente. Os trabalhadores e trabalhadoras costumam se queixar da localização das unidades, da estrutura física, da falta de recursos para a manutenção da mesma, da falta de insumos e instrumentais para o desenvolvimento das atividades. Da mesma forma, a grande demanda por atendimento nas unidades é um fator comum. Há um excessivo número de famílias acompanhadas pelas equipes. Isto é um entrave para o desenvolvimento do cuidado em saúde. Exacerbados de trabalho devido à imensa procura de usuários, os profissionais acabam não conseguindo realizar um cuidado integral. Sendo assim, seu trabalho envolverá quase que predominantemente um cuidado quando aparece a doença, tropeçando nestas barreiras quando é preciso atuar forma preventiva. Ademais, percebeu-se a precariedade dos serviços de referência e contra referência com os demais níveis de atenção à saúde. Há falhas no serviço de referência e inclusive ausência de contra referência, ou seja, o usuário nem sempre consegue ser encaminhado para outros níveis de atenção e, quando consegue, fica sem o acompanhamento das Equipes de Saúde da Família devido a falhas na comunicação e também pela alta demanda de atendimentos que acaba dificultando este cuidado mais atento. Perde-se então a coordenação e a continuidade do cuidado. Esta é uma pesquisa quantitativa descritiva que fez uso de informações do banco de dados do 2º ciclo (2013-2014) do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

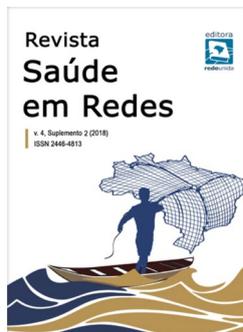
Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

(PMAQ). Foram avaliadas 776 equipes do estado do Pará contidas neste banco, 59% do número de equipes existentes no estado. Foram selecionados os registros que se referem às condições de trabalho destas equipes, tais como: os agentes contratantes dos profissionais da equipe, tipo de vínculo, a quantidade de cada profissional na unidade de saúde e a presença de determinados ambientes na unidade (banheiro para funcionários e usuários, sala de espera e sala de recepção, sala de acolhimento, sala de vacina etc.). Depois de selecionadas as informações, cada um destes registros foi transferido para o software IBM SPSS Statistics 20. Nele, realizou-se uma Estatística Descritiva com o cálculo das frequências absolutas e relativas destes valores. Boa parte dos profissionais das equipes de saúde da família analisadas estão há pouco tempo (2,2 anos) atuando neste modelo de cuidado, sendo, portanto, trabalhadores com pouca experiência neste tipo de trabalho. Isto se assemelha ao observado na literatura. A maioria dos contratos de trabalho são temporários (65,4%) e a maior forma de seleção dos trabalhadores é por meio de indicação (36,7%). O Ministério da Saúde apresenta em suas políticas o posicionamento de que a única maneira legal de não reforçar a precarização do trabalho no SUS é o concurso público e o processo seletivo público. Tanto o Ministério da Saúde quanto os conselhos citados concordam que a precariedade do trabalho envolve a instabilidade dos contratos, principalmente o temporário, que é apontado como o problema central. Há uma quantidade suficiente de profissionais médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem exigida pela Política Nacional de Atenção Básica nas equipes avaliadas por este estudo. Há também um número de quase nove agentes comunitários de saúde para cada equipe, algo próximo do máximo estabelecido pela política. Esta discussão sobre a suficiência de profissionais na ativa deve passar também pela quantidade de pessoas atendidas pelas equipes e também por uma avaliação epidemiológica, verificando as necessidades de saúde em cada localidade para analisar a composição ideal das equipes que atenderá a população. Ao olhar a composição de diferentes profissionais na equipe ampliada deste recorte feito no estado do Pará, vemos que o médico especialista (0,7) e o nutricionista (0,6) são os que estão em maior número. Apesar disso, não em número suficiente para termos pelo menos um por equipe. Distintas profissões como psicólogos, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, educadores físicos, assistentes sociais, fisioterapeutas e outros, aparecem em menor número. Isso aponta uma possível necessidade de aumentar a oferta destes diferentes profissionais nas equipes ampliadas, a fim de que possam contribuir com seus saberes na complexa tarefa que é o cuidado em saúde na Atenção Básica. Temos aqui 86,1% das equipes pesquisadas dizendo que recebem apoio de outros profissionais para auxiliar em casos complexos, incluindo aí alguns pontos da rede como Vigilância em Saúde,



Especialistas, Centro de Atenção Psicossocial e os Núcleos de Apoio a Saúde da Família. As unidades de saúde aqui pesquisadas têm em sua quase totalidade sala de recepção e espera (94,5%), sala de vacina (89,2%), sanitário para a população atendida (95,3%) e para os trabalhadores (78,9%). No entanto, poucas unidades possuem veículos para atividades fora (32,8%), sala para acolhimento multiprofissional (30,9%), banheiro mais acessível para pessoas com deficiência (26%), ao menos um computador em situação de uso e com internet (45,9%), entre outras coisas. Está estabelecido na Política Nacional de Atenção Básica que cada Unidade Básica de Saúde deve oferecer uma estrutura mínima para o trabalho. Para que este possa ocorrer com mais qualidade, os equipamentos e materiais usados pelos profissionais devem estar disponíveis de acordo com a ação que está sendo realizada na equipe, assim, firmando que os trabalhadores da saúde tenham ferramentas suficientes para solucionar os problemas de saúde da população atendida. Por meio do presente estudo foi possível identificar as condições que as equipes de saúde da família do estado do Pará têm para trabalhar. Esta pesquisa pode contribuir para a gestão do trabalho na atenção básica, na medida em que levanta pontos que podem ser aprimorados pelos gestores. A melhoria das condições de trabalho das equipes é fundamental para sustentar a saúde destes trabalhadores. Ela pode reduzir adoecimentos e acidentes no trabalho. Assim como aumentar a resolutividade do cuidado oferecido pela equipe. Futuras pesquisas podem aprofundar-se em metodologias qualitativas para investigar o que estes trabalhadores têm a dizer sobre seu trabalho. Não apenas em relação às condições, mas também a sua organização, abordando aspectos subjetivos do trabalho na Atenção Básica.

Palavras-chave: Condições de trabalho; Atenção Básica; Saúde do trabalhador



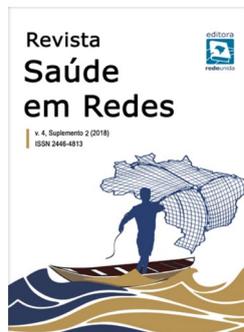
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

ENFERMAGEM NA CONSTRUÇÃO DO PLANO DE CONTINGÊNCIA E COMBATE AO AEDES AEGYPTI

Germana Maria da Silveira, Leidy Dayane Paiva de Abreu, Gislanny Rodrigues Oliveira, Maria Izabel I Lopes, Luzia Martins Pereira, Ana Hirley Rodrigues Magalhães

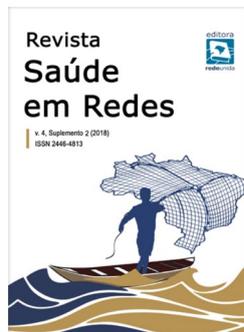
APRESENTAÇÃO: Dengue, febre, chikungunya e zika vírus são transmitidos pelo mesmo vetor, o mosquito *Aedes aegypti* e no caso da Chikungunya, o *Aedes albopictus* também é um dos vetores do Brasil. O vetor destas doenças é considerado um mosquito oportunista e tem mudado de hábitos constantemente na tentativa de driblar os meios de combate. Por esta razão, o seu controle é considerado trabalhoso e deve ser feito rotineiramente. Atualmente, os mosquitos têm migrado para criadores incomuns como ralos de cozinha e banheiro, vasos sanitários, bandejas de ar-condicionado e geladeira. O Plano de Contingência Nacional para Epidemias de Dengue é um documento elaborado com o intuito de auxiliar na resposta às epidemias de dengue, cujas consequências podem provocar sérios danos às pessoas e ao meio ambiente dos entes integrantes do Sistema Único de Saúde. Durante o período não sazonal da doença, as equipes do SUS desenvolvem diversas atividades de rotina, que dão sustentação às ações que serão aplicadas no plano de contingência. Entre as atividades da vigilância epidemiológica estão incluídas o monitoramento da ocorrência de casos, dos óbitos e da circulação viral. Em relação ao controle vetorial, as ações compreendem a assessoria técnica, a normatização técnica das ações de controle vetorial, a provisão e o estoque de insumos estratégicos, a consolidação dos dados entomológicos provenientes do município: distribuição espacial, nível de infestação e criadores predominantes do vetor e o monitoramento da resistência do *Aedes aegypti*. Esse monitoramento de dados entomo-epidemiológicos permite a detecção de alterações no padrão de comportamento da doença e os momentos de implantação das diferentes fases do plano de contingência. A Educação em Saúde pode ser considerada um instrumento de prevenção e promoção à saúde, porquanto uma prática multidisciplinar permeada por práticas dialógicas e reflexivas. Em presença, esta experiência vem promover uma discussão acerca da atuação do enfermeiro na gestão na coordenação de vigilância Epidemiológica junto aos enfermeiros da Equipe de Saúde da Família no combate da Dengue e da Febre Chikungunya do município de Reriutaba-CE. Torna-se primordial a participação, a articulação e o diálogo entre a Coordenação Vigilância Epidemiológica e todos os profissionais da Atenção Básica. Traçamos como objetivo descrever a construção do Plano de Contingência e Combate ao *Aedes aegypti*, por meio da coparticipação da enfermagem, junto a Vigilância Epidemiológica, Estratégia de Saúde da Família



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

município de Reriutaba/CE, por meio de articulações intersetoriais. **DESENVOLVIMENTO:** Trata-se de uma pesquisa participante. Foi realizado no município de Reriutaba/CE, na coordenadora da Vigilância Epidemiológica junto a Gestão Pública de Saúde, Estratégia de Saúde da Família, Vigilância Sanitária, Agentes de Combate a Endemias, Conselhos de Saúde, Escolas Públicas e Privadas, na construção do Plano de Contingência e Combate ao *Aedes aegypti*. A experiência foi realizada de janeiro a maio de 2016. Durante a pesquisa foi utilizada a observação sistemática in loco, territorialização com utilização de questionário para obtenção do diagnóstico local dos nove (09) territórios de saúde, a fim de obter o registro de informações objetivas a respeito do mosquito, assim como as condições de vida, sociais, ambientais e de saúde da comunidade. Para referencial teórico utilizou-se do caderno do Ministério da Saúde e Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis Plano de Contingência Nacional para Epidemias de Dengue. A pesquisa foi dividida em categorias: Descrevendo a incidência do número de casos do mosquito no município de Reriutaba/CE; Medidas estratégicas na assistência para o enfrentamento do *Aedes aegypti*: construção do plano de contingência e combate ao Mosquito. **RESULTADOS:** A criação do Plano teve como objetivo promover saúde e prevenir também de outras doenças que estavam surgindo no País, não mais a Dengue, mais também o Zika Vírus e a Febre Chikungunya. Descrevendo a incidência do número de casos do mosquito no município de Reriutaba-CE: No município realizou um trabalho constante no combate ao *Aedes Aegypti* em janeiro de 2015, em que foram realizadas campanhas educativas, mutirões de limpeza, remoção de potenciais criadouros, usam de larvicida, telamento das caixas d'água, capacitação de profissionais e de multiplicadores, rodas de conversa com a comunidade, parcerias com escolas municipais e estaduais e divulgação nos meios de comunicação. Contudo os índices de infestação do mosquito transmissor da dengue até dezembro de 2015 se encontram acima da meta proposta pelo Ministério da Saúde que é de menos de 1%, tendo no município no ano de 2015, 953 casos notificados oportunamente, 862 casos confirmados, 91 casos descartados, sendo um óbito em investigação. Medidas estratégicas na assistência para o enfrentamento do *Aedes aegypti*: construção do plano de contingência e combate ao Mosquito: E foi por meio dos dados de 2015, que foram criadas estratégias para construção do Plano de Contingência e Combate ao *Aedes aegypti*, junto a Estratégia de Saúde da Família. Inicialmente, foram realizadas reuniões e rodas de conversas pela coordenadora da Vigilância Epidemiológica, junto a Coordenação de Atenção Primária e as 09 equipes de Saúde da Família, Vigilância Sanitária, Conselho Municipal de Saúde, Coordenação das escolas públicas e particulares, na construção do Plano de Contingência. A construção do Plano foi coletiva e assim redistribuída as ações para



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

cada setor como pode ser vistas abaixo relacionadas: Componente Mobilização Social: orientar o funcionamento da sala de situação dos locais com notificação de risco; divulgação em rádios comunitárias e nas redes sociais, colocação de faixas alusivas ao tema nos principais pontos da cidade, distribuição de panfletos folders nas ruas; Componente dos Agentes de Combate a Endemias: realização de mutirões de limpeza em toda a cidade no intuito de destruir possíveis focos do mosquito *Aedes aegypti*; bem como amostras do mosquito juntamente com distribuição de material educativo nas escolas e solicitação e apoio técnico do setor de endemias junto à 11ª CRES-SOBRAL. Componente Epidemiologia: alimentação diária das notificações de casos suspeitos junto ao sistema de informação de agravos de notificação (SINAN). Componente Hospital Local: realização de coleta de sangue para diagnóstico sorológico no LACEN; assegurar garantia de exames para o apoio diagnóstico com o funcionamento do laboratório 24h. Componente Estratégia de Saúde da Família - ESF e Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF: ações educativas do ESF/NASF junto à comunidade; intensificação de visitas domiciliares pelos ACS e equipes da ESF; capacitação de profissionais da saúde e líderes comunitários, para que estes se tornem multiplicadores nas ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*. Componente Gestor de Saúde: reuniões intersetoriais para discutir a participação de cada setor nas ações de controle ao mosquito *Aedes aegypti*; gerenciamento das ações desenvolvidas pelos setores nas áreas mais atingidas. CONSIDERAÇÕES FINAIS: É evidente a relevância da construção do Plano de Contingência e Combate ao mosquito, por meio da criação de estratégias por meio das ações intersetoriais, levando ao desenvolvimento de atividades críticas e reflexivas e na capacitação da população como responsável pelo cuidado do ambiente em que reside. A atuação conjunta da população e dos órgãos responsáveis pelo planejamento do Plano de atividades para o controle e a prevenção do mosquito é a melhor forma de controlar a doença no País. Percebe-se a importância da presença da equipe de profissionais da saúde, em especial a enfermagem, nos territórios de saúde, onde as ações educativas em saúde possuem um território fértil.

Palavras-chave: *Aedes aegypti*; Enfermagem; Intersectorialidade.



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

ESTRESSORES OCUPACIONAIS NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

Ana Paula Lopes da Rosa, Ingrid Pujol Hanzen, Fernanda Fabiana Ledra, Denise Antunes de Azambuja Zocche

APRESENTAÇÃO: As mudanças tecnológicas e estruturais do sistema produtivo tornaram as organizações de trabalho mais complexas, na lógica de sempre produzir mais com recursos limitados, e modificando o quadro mundial pela intensificação da insegurança no emprego e terceirização no mercado de trabalho. Em suas pesquisas sobre gestão do trabalho, Franco considera que, tais mudanças refletem na redução de profissionais, na incorporação de mais tecnologias, absenteísmo, acidentes e agravos, conflitos interpessoais e trabalhos precários. Tudo isto vêm influenciando um novo perfil de adoecimento dos trabalhadores com forte repercussão na saúde mental. Na área da saúde, o termo estresse foi utilizado pela primeira vez em 1926 por Hans Selye, definiu como um desgaste geral do organismo, cuja reação psicológica com componentes emocionais, físicos, mentais e químicos a determinados estímulos estranhos levam a irritabilidade, amedrontamento, excitação ou confusão. O estresse ocupacional ocorre quando o indivíduo percebe as demandas do trabalho como fatores estressores, aos quais excedem sua capacidade de enfrentamento. Sob a ótica dos estudos de saúde do trabalhador em saúde de Camelo e Angerami, a forma como o indivíduo reage aos estímulos estressores é que determinará o nível de estresse, dessa forma os fatores cognitivos constituem o papel central nesse processo. A gestão do trabalho em saúde é primordial para manter o trabalhador com alta potência para agir no mundo do cuidado, que é também um mundo social e afetivo. A realidade do trabalho desempenhado pelas equipes de saúde da família junto à comunidade pode acarretar problemas de diversas ordens, as limitações internas e externas expõem o trabalhador a riscos biopsicossociais. Tais riscos são potenciais geradores do processo de estresse, como: falta de preparo e capacitação da equipe, sobrecarga de papéis, longas jornadas de trabalho, conflitos interpessoais, dificuldade para conciliar trabalho e família e recursos humanos e materiais insuficientes. Diante do exposto, objetiva-se relatar uma proposta de intervenção voltada à promoção da saúde ocupacional, a partir da identificação dos fatores estressores no processo de trabalho de profissionais de um Centro de Saúde da Família, no município de Chapecó. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de um relato de experiência sobre uma prática de intervenção desenvolvida a partir da disciplina Promoção da Saúde ao Indivíduo e Coletividades do Mestrado Profissional em Enfermagem em Atenção Primária a Saúde, num Centro de Saúde



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

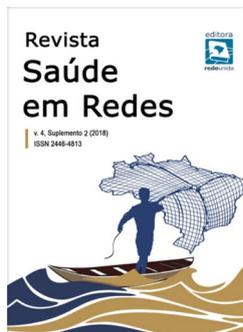
Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

da Família (CSF), localizado no município de Chapecó, que tem por objetivo promover a saúde do trabalhador. Para tanto, considera-se os fatores estressores do processo de trabalho e as estratégias de enfrentamento do estresse ocupacional. Foram realizadas 3 reuniões no CSF, organizadas pela gestão local e com o apoio matricial do psicólogo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), participaram da ação 24 profissionais vinculados às duas equipes do CSF, pertencentes às seguintes categorias: agente comunitário de saúde, auxiliar de enfermagem, auxiliar de saúde bucal, cirurgião-dentista, enfermeiro e médico. No primeiro encontro foi apresentada ao grupo a proposta da prática de intervenção, o plano de ação, realizada a discussão e definição de estratégias para sua efetivação. Proporcionou-se à equipe um espaço de discussão relacionado ao tema fatores estressores no cotidiano do trabalho, por intermédio de uma roda de conversa, com a finalidade de identificar os fatores estressores no processo de trabalho das equipes, sob o ponto de vista dos profissionais. Nos dois encontros subsequentes foram apresentados à equipe de saúde, pela psicóloga, métodos para alívio do estresse e discutido estratégias de enfrentamento para os problemas destacados pela equipe. Através desta intervenção, se almejou estabelecer uma maneira positiva de enfrentar os desafios diários, e construir, em conjunto com equipe, estratégias de transformação de hábitos mentais e habilidades de enfrentamento do estresse. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** A ação foi fundamentada em questões em que há interesse coletivo para resolução de problemas, e mobilização dos profissionais para uma prática crítica e reflexiva. Os fatores elencados pelos profissionais, como estressores no processo de trabalho foram: desrespeito da clientela, sobrecarga de trabalho, falta de reconhecimento profissional, recursos humanos insuficientes, estrutura física e equipamentos da unidade, falta de comprometimento dos pacientes com o tratamento, organização e esquema de trabalho. Os fatores estressores de ordem administrativa e/ou organizacional foram debatidos com a equipe durante as reuniões e discutiram-se, em conjunto, propostas para adaptação e/ou reorganização do processo de trabalho para amenizar ou resolver a problemática. As reuniões foram desenvolvidas por meio de atividades reflexivas a fim de proporcionar aos indivíduos um momento para compartilhar experiências, sentimentos, frustrações e dificuldades no cotidiano do trabalho na Estratégia de Saúde da Família. O NASF, como equipe de apoio, ofereceu retaguarda especializada às equipes, e qualificou a estratégia de intervenção, através do apoio matricial. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Na perspectiva dos estudos sobre as condições de trabalho das equipes de saúde da família, Rodrigues destaca o envolvimento pessoal de cada profissional com os objetivos propostos, como um dos principais fatores que influenciam a qualidade do trabalho desempenhado pelas equipes. Ainda explicita a importância de qualificar o ambiente



de trabalho e torna-lo favorável e motivador para os trabalhadores realizarem as atividades diárias. Em contrapartida, as más-condições de trabalho e problemas no processo de trabalho propiciam o surgimento de problemas de saúde relacionados à atividade laboral, reduzindo a qualidade de vida (QV) do trabalhador. Quando não há QV, os profissionais tendem a atuar de forma insatisfatória no ambiente de trabalho, afetando consideravelmente a qualidade do serviço prestado à clientela. Considerando que, o estresse e os fatores estressores estão intensamente relacionados à forma como a pessoa lida com eles, há algumas estratégias que podem ser desenvolvidas pelos trabalhadores, individualmente, para o controle do estresse. O gestor do serviço de saúde deve se preocupar em subsidiar a equipe de saúde para que estabeleça uma maneira positiva de enfrentar os desafios diários, e construir, em conjunto, estratégias de transformação de hábitos mentais e habilidades de enfrentamento do estresse. A prática de intervenção realizada sugere que é importante desenvolver atividades voltadas à promoção da saúde do trabalhador da Atenção Primária devido à complexidade de atuar na atenção direta à saúde da população. Esta experiência sinaliza para uma necessidade do comprometimento da gestão dos serviços e do poder público, bem como da sociedade, na promoção de ambientes propícios à saúde e segurança no trabalho. Neste sentido, tais profissionais necessitam de um olhar especial, uma forma de apoio ao autocuidado e desenvolvimento de atividades saudáveis, proporcionando melhoria da qualidade de vida. Considera-se relevante provocar nos profissionais da Estratégia de Saúde da Família uma reflexão acerca do seu cotidiano de trabalho e os fatores estressores, as angústias, ritmo e carga de trabalho, identificando, assim, os fatores estressores e as estratégias pessoais de enfrentamento do estresse ocupacional.

Palavras-chave: Estresse Ocupacional; Atenção Primária à Saúde; Qualidade de Vida



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

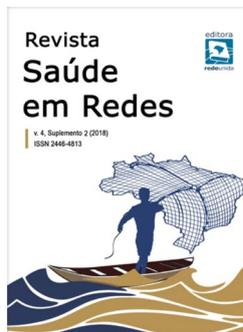
Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

ENSAIO SOBRE SAÚDE DO TRABALHADOR: PRIMEIRAS APROXIMAÇÕES SOBRE A REALIDADE DO DISTRITO DE SAÚDE SUL - SEMSA MANAUS/AM

Rosimary De Souza Lourenço, Luciana Diederich Nunes Pessoa, Tatiana Castro Da Costa

Apresentação: Este trabalho pretende realizar uma reflexão acerca da saúde dos servidores lotados no Distrito de Saúde Sul, quanto à relação do trabalho com a saúde. A motivação advém do cotidiano institucional vivenciado pelas autoras, em que foram observadas situações que carecem de atenção quanto à saúde do trabalhador. Objetiva-se realizar um levantamento dos servidores e dos afastamentos por licença médica. Compreender qual a repercussão do trabalho no corpo do trabalhador, mais do que necessário, torna-se um desafio com vistas a implementar ações de vigilância e intervenções nos processos de trabalho, em um cenário em que tradicionalmente as ações de Saúde do Trabalhador não têm se voltado para os servidores públicos.

Desenvolvimento do trabalho: O Distrito de Saúde Sul da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus foi instituído em 2005, seu território abrange as zonas sul e centro-sul da área urbana de Manaus. Dispõe de 01 Sede Administrativa e 71 Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, sendo: 02 Policlínicas, 15 Unidades Básicas de Saúde, 49 Unidades Básicas de Saúde da Família, 01 Centro Especializado em Odontologia, 01 Laboratório Distrital, 01 Laboratório de Citopatologia, 01 Centro de Atenção Psicossocial tipo III e 01 Centro de Atenção Psicossocial AD tipo III. A metodologia adotada se constituiu de observações das autoras a partir das ações técnico-administrativas, análise de dados institucionais sobre servidores e afastamentos por licença médica, no período de janeiro a setembro de 2017. O trabalho enquanto categoria estruturante da subjetividade e da sociabilidade humana, é um direito social, fundamental para a produção e reprodução social, portanto um direito humano. Enquanto atividade mediadora entre o homem e a natureza, o trabalho assume uma dupla transformação, na medida em que o homem ao modificar a natureza pelo trabalho modifica a si próprio. As implicações para a saúde relacionam-se à forma de inserção do homem no mundo do trabalho num dado momento histórico, sendo um importante determinante no processo saúde-doença. O trabalho no setor de serviços é essencialmente atividade humana, é trabalho em processo, caracterizado pela simultaneidade de ações, pela interatividade entre o prestador e o consumidor dos serviços e pela intangibilidade de seus resultados. Nessa relação de proximidade são estabelecidos vínculos, ainda que involuntários, potencializando a responsabilização ao trabalhador dessa interação e da prestação

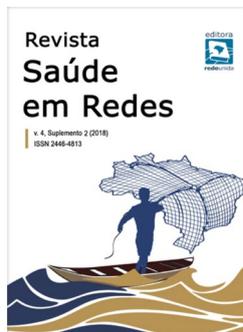


Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

de serviços, independentemente das condições de trabalho. Dessa forma, o trabalho pode ser benéfico e também o desencadeador de sofrimento e adoecimentos. No setor público, os serviços são marcados pelo trabalho imaterial, majoritariamente baseados no cuidado e na atenção, em cuja relação o servidor público é o interlocutor do Estado, posição esta a qual são atribuídas responsabilidades que extrapolam sua competência. O trabalho em saúde é essencialmente humano, pois o seu objeto é a saúde das pessoas e a produção do cuidado em saúde é o resultado de um trabalho coletivo. A exposição do trabalhador a condições de trabalho inadequadas, consideradas fontes de adoecimento físico e ou mental requer estratégias visando à proteção da saúde do trabalhador, que no caso do servidor público observa-se uma lacuna. A Saúde do Trabalhador, por meio da produção de conhecimento científico, da utilização de tecnologias e práticas de saúde, visa à promoção da saúde e a prevenção de doenças ocupacionais ou relacionadas com o trabalho. A partir da Constituição Federal de 1988 a Saúde do Trabalhador passa a ser concebida enquanto Política Pública, sendo atribuição dos Ministérios da Saúde, Previdência Social e do Trabalho, sendo a Política Nacional do Trabalhador(a) instituída pela Portaria Nº 1.823/2012 do Ministério da Saúde. A Epidemiologia tem papel importante ao se ocupar dos fenômenos da saúde-doença-cuidado, apresenta-se como fonte de dados, informação e conhecimento para subsidiar o planejamento, gestão e avaliação de políticas, programas e ações de proteção, promoção ou recuperação da saúde. Busca reconhecer as causas que influenciam o padrão de distribuição de doenças e dos agravos à saúde, assim como de seus determinantes.

Resultados e/ou impactos: As mudanças no mundo trabalho têm repercutido em todas as esferas da sociedade, especialmente nas condições de trabalho e certamente nas condições de saúde. Os dados levantados demonstraram que o Distrito de Saúde Sul possui um quadro de Recursos Humanos de 1909 servidores ativos, correspondendo a 17% do total de 111.119 servidores da Semsu. O perfil apresentado foi: servidores mulheres (75%); com idade na faixa etária de 36 a 50 anos (46%) e com tempo de serviço no Disa Sul de 11 a 20 anos (44%). Quanto aos afastamentos por problemas relacionados à saúde, constatou-se que no período de janeiro a setembro de 2017, foram afastados 353 servidores (18%). Desses, 193 com apenas um período de licença médica e 159 com pelo menos dois períodos de licença médica. O total de afastamentos do trabalho, acima de 03 dias, no período foi de 690 licenças médicas avaliadas pela junta médica oficial do município. Os três tipos de doenças mais frequentes foram respectivamente: doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo - 149 (21,59%); transtornos mentais e comportamentais - 70 (10,1%) e Neoplasias - 11 (1,59%), conforme CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde. As seis



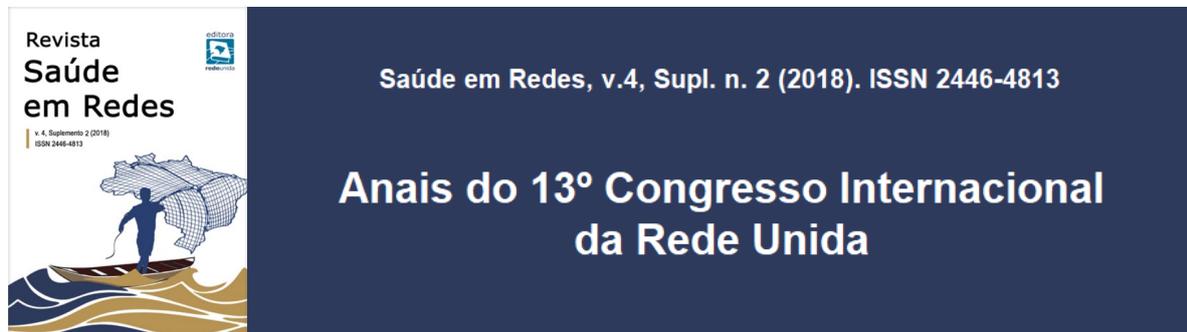
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

categorias profissionais que mais se afastaram por problemas de saúde foram respectivamente: Agentes Comunitários de Saúde –155 (22%), Técnicos de Enfermagem –127 (18%), Médicos –79 (11%), Cirurgiões-dentistas – 45 (6,5%), Enfermeiros – 44 (6,3%) e Auxiliares de Enfermagem – 39 (5,6%). A partir desses dados, inferimos que os serviços de saúde, enquanto campo sócio ocupacional apresentam peculiaridades que podem potencializar processos de adoecimentos, a exemplo do objeto da atividade laborativa, o cuidado em saúde e o caráter relacional da proximidade do trabalhador com o usuário dos serviços, a interatividade estabelecida entre ambos. As ações de saúde do trabalhador, voltadas para o cuidado integral – atenção, vigilância e promoção da saúde - caracterizam-se pela natureza interventiva nos processos de trabalho e em situações desfavoráveis que possam desencadear processos de adoecimentos, devendo ser contínuas e sistemáticas e realizar-se transversal e intersetorialmente. A Saúde do Trabalhador se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, visando a recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

Considerações finais: Estes estudos iniciais são frutos das inquietações das autoras que vêem a categoria trabalho como determinante no processo saúde-doença. Percebe-se que as ações voltadas à saúde do servidor público, apresentam-se com significativo grau de vulnerabilidade e não se configuram como ações próprias de política pública, ficando sua efetividade dependente de gestores e governos, embora a Política Nacional de Saúde do Trabalhador preveja que todos os trabalhadores, independentemente, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, são sujeitos desta Política. São muitas as dificuldades e os desafios postos para a Saúde do Trabalhador no âmbito do serviço público, a exemplo dos registros sobre doenças relacionadas ao trabalho. Os dados levantados sinalizam para a necessidade de ações efetivas relacionadas à saúde do trabalhador, entre as quais a realização de estudos, no intuito de compreender e intervir na relação trabalho-doença e, principalmente contribuir para a melhoria das condições de trabalho e de saúde dos servidores.

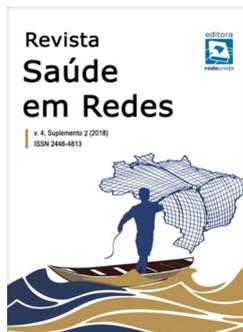
Palavras-chave: Trabalho; Saúde; Saúde do Trabalhador



ENTRE O IDEAL E O REAL NA GESTÃO DE PESSOAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ANÁLISE PELA ESCALA DA AGENCY COMMUNITY.

Yane Carmem Ferreira Brito, Rayssa Veras Camelo, Catarina Laborê Vidal Fernandes, Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão

Apresentação: A Atenção Primária à Saúde, desde a criação do SUS, se mostra como elemento ordenador do modelo assistencial de saúde, sendo vista como a forma preferencial dos usuários, por ser a porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde. É pautada nos princípios do SUS, de integralidade, equidade, universalidade, descentralização e transversalidade na assistência, e para proporcionar condições adequadas de infraestrutura e gestão de recursos são necessários instrumentos de organização do processo de trabalho e da gestão de pessoas. A gestão de pessoas se tornou elemento fundamental e requisito imperativo nas organizações de saúde. A gestão de pessoas deve ter como princípio o desenvolvimento de ações centrado cada vez mais no desenvolvimento de uma relação saudável entre pessoa e serviço em que o trabalhador contribui para o desenvolvimento do serviço e o serviço para o desenvolvimento do trabalhador. No contexto político da saúde brasileira são constantes as transformações no processo de trabalho e investimentos na gestão de pessoas para o alcance de uma assistência de qualidade e de um modelo de gestão eficaz. Um serviço de saúde precisa aprender a trabalhar o coletivo, na interdisciplinaridade, com motivação e planejamento entre gestores e trabalhadores para que haja uma convergência de interesses em busca de um sistema adequado de qualidade. A partir disso, faz-se necessário levar em consideração os modelos de gestão de pessoas que priorizem o conhecimento e o comprometimento das crenças e valores dos trabalhadores e da instituição. A pesquisa tem como objetivo analisar a percepção de trabalhadores de saúde sobre o modelo de gestão de pessoas, comparando o real e o ideal, adotado na Atenção Primária em Saúde no município de Fortaleza, Ceará. Desenvolvimento do trabalho: O presente estudo é do tipo transversal, analítico e de abordagem quantitativa, recorte de uma pesquisa sobre modelo de gestão de pessoas na Atenção Primária de Saúde intitulada “Avaliação do Modelo de Gestão em Saúde da Atenção Primária na percepção dos trabalhadores de saúde: a distância entre o ideal e o real”. Foi realizada no período de quatro meses, de maio a agosto de 2017. Participaram do estudo 93 profissionais de saúde, dentre eles, agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, técnicos de saúde bucal, médicos, enfermeiros e dentistas. O critério de inclusão foi trabalhar na unidade há pelo menos um ano e os critérios de exclusão foram trabalhadores que estivessem de férias ou afastados no período da coleta de dados. A coleta de dados foi realizada



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

nas unidades de Atenção Básica da Regional de Saúde IV de Fortaleza (SER IV), através da aplicação de um instrumento composto por um questionário sociodemográfico e pela a escala Agency Community (Rousseau e Arthur,1999) adaptada por Grangeiro (2006). A Escala agency-community, trabalha em duas dimensões: os princípios gerais e as práticas de gestão, relações de cooperação dentro da organização, tipos de vínculos estabelecidos, valores impostos pela cultura da organização, processos de treinamento e desenvolvimento, como a carreira do trabalhador é encarada pela organização, e no modo que são distribuídas recompensas. O Projeto foi submetido pelo Comitê de ética da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (COGTES) do município de Fortaleza e aprovado com CAAE de número 63253416.0.0000.5534. Resultados: Obteve-se como resultado que a maior parte dos trabalhadores e profissionais de saúde que participaram da pesquisa são do sexo feminino (89,2%) e os que tiveram maior participação no estudo foram os profissionais enfermeiros (26,9 %). A renda, predominou de 1 a 3 salários mínimos (60,2%) e a grande maioria possui o contrato do tipo estatutário (82,8%). A média de idade foi de 42,8280, enquanto o tempo de trabalho foi de 6,4849. O modelo de gestão agency-community constitui importante contribuição para os estudos que procuram analisar a construção de vínculos entre indivíduos e organização a construção de vínculos entre os mesmos à luz de como se articulam o conjunto de práticas de gestão de pessoas proporcionando o entendimento entre o fatídico e o que seria ideal na concepção dos trabalhadores. Através da análise dos dados, obteve-se como resultado que na Escala do Real, as médias ficaram geralmente inferior ou próximo ao ponto médio, indicando que na percepção dos trabalhadores de saúde, há bastante deficiência no modelo de gestão, principalmente no que se refere às políticas de estímulo à cooperação de seus funcionários e o fortalecimento de interação entre as equipes, que se aplica a noção community, em contrariedade nota-se que há uma cultura individualista, que não foca no trabalho em equipe nem na troca de conhecimentos e habilidades, que não há tanta preocupação com ações de qualidade de vida nem com relações trabalhistas, ou seja, ir de encontro às necessidades dos trabalhadores, nem de suporte mútuo, e também avaliação dos mesmos com base no sucesso coletivo e da organização, já na Escala do Ideal, os valores eram próximos ou superiores à média, indicando que na percepção dos profissionais as expressões de suporte mútuo, adaptação coletiva ao ambiente e incentivo ao desenvolvimento profissional com ênfase no melhor desempenho, são essenciais para o crescimento e sucesso da organização. Considerações finais : Percebeu-se em uma primeira análise sobre a comparação da percepção dos trabalhadores de saúde sobre a realidade que eles vivenciam e o que eles idealizam vivenciar, ou seja, o que deveria existir nas relações interpessoais e

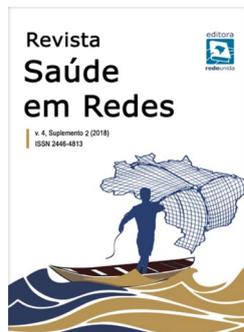


Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

nos vínculos com a organização na concepção deles, que as políticas e práticas voltadas para a gestão de pessoas como intermediadoras das relações entre indivíduo e organização, necessitam dar ênfase nas práticas coletivas, na cooperação, no suporte mútuo, no trabalho em equipe, e priorizar vínculos mais duradouros. Deve-se equilibrar ou misturar características de arranjos coletivos e individuais, manter o envolvimento e horizonte de tempo em longo prazo, que caracterizam troca relacional, enquanto permite, ao mesmo tempo, maior flexibilidade e mudanças no requerimento do contrato. Condições equilibradas incluem exigências de desempenho dinâmico e desenvolvimento de carreira. O modelo de gestão de pessoas agency-community tenta estabelecer o equilíbrio entre as características paradoxais da nova ordem socioeconômica afirmando que as organizações necessitam de uma visão sinérgica dessas duas práticas, coletivas e individuais, visto que uso dessa delas pode trazer benefícios positivos às organizações de modo a considerar a qualidade dos trabalhadores como papel importante para o seu desenvolvimento.

Palavras-chave: Modelo de Gestão Agency-Community; Atenção Primária à Saúde; Comportamento organizacional.



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

ESTRATÉGIAS PARA O FORTALECIMENTO DA LINHA DE CUIDADO DO CÂNCER DE MAMA PARA A 2ª REGIÃO DE SAÚDE DE CAUCAIA - CE

Kedimam Celis Barros Bastos, Izaildo Tavares Luna, Juliana Benício Muniz, Patrícia Neyva da Costa Pinheiro, André Schimidt da Silva

Apresentação: As Regiões de Saúde são espaços geográficos contínuos constituídos por agrupamento de municípios limítrofes, delimitadas a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Na Região de Saúde de Caucaia (cerca de 607 mil habitantes), os dez municípios organizam a atenção básica através da estratégia Saúde da Família (com 147 ESF cadastradas, cobertura de 72,7% na região), com equipes de PACS (964 ACS cadastrados), Equipes de Saúde Bucal (112 equipes cadastradas) e NASF (18 equipes cadastradas), e a atenção hospitalar local se refere aos hospitais locais (10 hospitais municipais e um filantrópico). Alguns destes hospitais, destinados prioritariamente ao atendimento da população residente, são conhecidos como Hospitais de Pequeno Porte – HPP (em Apuiarés, General Sampaio, Paraipaba, São Luís do Curu e Tejuçuoca). A organização das Linhas de Cuidado na rede de atenção à saúde tem a fragmentação da saúde um grande desafio, gera dificuldades de acesso aos serviços, falta de qualidade técnica na provisão do cuidado, uso irracional e ineficiente dos recursos existentes e descompasso entre a oferta e as necessidades e expectativas da população. A fragmentação sobressai em serviços clínicos funcionando como departamentos estanques; na internação de pacientes que poderiam ter sido atendidos em ambulatórios; na admissão de pacientes cirúrgicos sem que os exames pré-operatórios tenham sido realizados ou no aumento do tempo de permanência por dificuldades de portas de saída. A Região de Saúde de Caucaia entre os anos de 2010 e 2016 apresentou 189 óbitos por câncer de mama. O maior número de óbitos ocorreu no ano de 2015 com 34 casos; dentre estes casos temos: oito (23,5%) óbitos estão na faixa etária abaixo de 50 anos; 16 óbitos (47,1%) na faixa etária entre 50 e 69 anos; e 10 óbitos (29,4%) com idade acima de 70 anos. Se faz necessário repensar novos modelos assistenciais com renovação dos processos de trabalho na compreensão sobre a questão saúde-doença e melhoria do acesso e da integralidade da atenção. É imprescindível que os gestores da saúde apreendam que é preciso mudar a visão de sistema de saúde, e alocar recursos nas ações de impacto, nos determinantes, utilizar do planejamento estratégico com participação popular para definição das reais necessidades da população; concentrando na Atenção Básica



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

(principal porta de entrada das Redes de Atenção) a priorização do incremento, pois teremos resolutividade e conseqüentemente garantia da cidadania. O grande desafio é avaliar as medidas de controle e prevenção preconizadas para a Saúde Pública, como o rastreamento oportunístico do câncer de mama em mulheres jovens. O estudo objetivou articular estratégias para o fortalecimento da linha de cuidado do Câncer de Mama para a 2ª Região de Saúde de Caucaia e verificar se houve o cumprimento da Lei nº 12.732 de maio de 2013, que estabelece prazo máximo de 60 dias para que casos diagnosticados de câncer iniciem tratamento.

Desenvolvimento do trabalho: A Pesquisa tem caráter descritivo, com abordagem quantitativa, de base documental. O levantamento de dados foi realizado de junho a setembro de 2017, referente ao período de 2015 a 2016, através dos registros nas fichas de investigação de mulheres em idade fértil – MIF. O universo da pesquisa foi composto por oito fichas de investigação de MIF com idade inferior a 50 anos residentes nos municípios de Itapajé, Paraipaba e Pentecoste. O estudo respeitou as exigências formais conti-das nas normas nacionais e internacionais regulamen-tadoras de pesquisas científicas.

Resultados: Observou-se que metade da amostra obedece a Lei dos 60 dias, sendo este período inferior a um mês; o diagnóstico é iniciado (50%) com o auto-exame das mamas como ação de prevenção em saúde; ultrassom mamário como exame base para diagnóstico; o acesso ao tratamento foi regulado para atenção terciária (pública) na capital através da central de regulação municipal. O tempo de sobrevivência é de um a cinco anos, confirmando assim o prognóstico de malignidade desta doença em mulheres jovens. As etapas para construção do itinerário terapêutico para a 2ª Região de Saúde de Caucaia, proposta nesse estudo, são: 1) Implementação do Comitê Regional de Controle as Neoplasias de Mama. Os comitês municipais surgiriam a partir desta formação com envolvimento dos diversos parceiros para promoção e construção, planejamento e recomendações das ações. 2) A segunda etapa seria a participação deste grupo no Comitê de Educação Permanente Macrorregional e Estadual, a fim de participar da elaboração do Plano estadual de Educação Permanente e assim inserir a temática fortalecendo a capacitação e aperfeiçoamento profissional. 3) A seguir, empoderar as mulheres com estratégias de conscientização, identificação de sinais e sintomas com a divulgação maciça do auto-exame. 4) Revisão da Programação Pactuada Integrada com cálculo de exames para diagnóstico de acordo com a população assistida, e determinação das unidades prestadoras dos serviços (exames e tratamento), tendo referência as UNACON e CACON. 5) Manter o sistema de informação respectivo (SISCAN) atualizado para todos os gestores e prestadores, e seguindo a classificação BI-RADS. 6) Elaborar protocolos assistenciais (clínicos) e de regulação para esta demanda: rastreamento,



diagnóstico (exames laboratoriais e de imagem) e primeiras consultas com mastologista e retornos. 7) Confirmação diagnóstica em um único serviço, que atenda por regulação municipal com simples referência, e envio dos laudos digitais em tempo hábil. Em caso positivo, o prestador notifica imediatamente o requisitante (Mobilizador regional/responsável municipal) para que a ESF possa acioná-la. Caso seja agendado o atendimento para início do tratamento e a usuária não tenha comparecido, esta mesma notificação deverá ocorrer. 8) As ações desenvolvidas pelo mobilizador regional do controle do câncer de mama poderão abranger além do controle, o acompanhamento do processo saúde-doença destas mulheres, desenvolvendo atividades de terapia em grupo e atendimento/apoio domiciliar. 9) O Mobilizador poderá articular junto as Equipes de Saúde da Família, a busca ativa de sintomáticas através da promoção e educação continuada. 10) Toda e qualquer agendamento com diagnóstico de câncer de mama seja realizado pela Central de Regulação Municipal, e nos casos da não oferta, que seja encaminhado em vaga zero para início o mais precoce possível do tratamento. 11) Monitorar mensalmente o indicador de cobertura de mamografias de rastreamento e novos casos de neoplasia mamária.

Considerações finais: Várias ações foram propostas como estratégias para o fortalecimento da linha de cuidado do Controle do Câncer de Mama para a 2ª Região de Saúde de Caucaia, entre elas a criação do Comitê Regional de Controle do Câncer de Mama; na criação do cargo de Mobilizador Regional de Controle do Câncer de Mama; notificações nos casos de alterações mamárias nos laudos dos exames de diagnóstico; busca ativa de sintomáticas; Educação Popular em Saúde e Educação Permanente para conscientização da sociedade e dos profissionais de saúde e fortalecimento da vinculação entre estas mulheres e o serviço de saúde. Anseia-se que este estudo tenha impacto nas ações que minimizam a dor e sofrimento das mulheres e suas famílias, na detecção precoce do câncer de mama, no rastreamento eficaz e hábil, no diagnóstico e tratamento oportunos.

Palavras-chave: Câncer de Mama; Linha de Cuidado; Redes de Atenção.



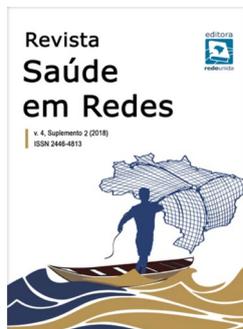
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

FATORES DETERMINANTES DO CANCELAMENTO CIRÚRGICO

Nathieli Aparecida Da Silva, Katrini Dos Santos Conteratto, Fabiane Pertille, Lucas Soares dos Santos, Tania Maria Ascari, Marson Luiz Klein, Vilma Beltrame, Rosana Amora Ascari

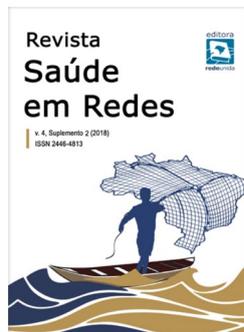
Introdução: A preocupação dos profissionais de saúde com a segurança do paciente é constante em todos os níveis de atenção. No entanto, algumas áreas demandam um olhar mais atento, devido às constantes mudanças tecnológicas e a necessidade de treinamento e adaptações da equipe, como é o caso da área cirúrgica. **Objetivo:** Esse estudo tem como objetivo investigar as evidências disponíveis na produção científica nacional e internacional acerca dos fatores determinantes do cancelamento cirúrgico entre os anos de 2012 a 2016, visando como benefício a obtenção de informações relacionadas aos cancelamentos de procedimentos cirúrgicos, a fim de contribuir para que os serviços de saúde possam organizar as suas atividades de forma a obter maior efetividade, minimizando os casos de suspensão dos procedimentos cirúrgicos, bem como auxiliando a minimizar os custos hospitalares envolvidos nesse processo. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura com análise quanti/qualitativa das produções científicas. A busca nas bases de dados iniciou em fevereiro de 2017 a partir da associação dos descritores “Surgical Procedures” AND “Surgical Cancellation” e em seguida foram importados para um programa de internet, denominado Programa Sophie, para a classificação dos estudos e posterior análise. Como instrumento para a busca dos artigos utilizou-se as seguintes bases de dados: SCOPUS; Science Direct; Web of Science; CINAHL, PubMed Central® (PMC); BVS (Bireme), aplicando-se os critérios de inclusão: textos publicados entre 2012 e 2016, disponíveis em português, inglês e espanhol; publicação científica nacional e internacional; disponíveis eletronicamente e que abordassem os fatores determinantes do cancelamento cirúrgicos. A primeira etapa foi buscar textos diretamente na base de dados citadas e importação da pesquisa para o Programa Shopie. A segunda etapa deu-se por reaplicação dos critérios de inclusão e exclusão, com leitura individual dos títulos e resumos dos trabalhos selecionados e classificação em pastas identificadas “Fatores determinantes do cancelamento cirúrgico” e “Artigos excluídos”. A terceira etapa é representada pela busca dos artigos completos. Antes da coleta de dados foi desenvolvido um protocolo de revisão integrativa o qual foi validado por dois pesquisadores externos ao estudo. **Resultados:** A partir da aplicação dos critérios de inclusão, 28 artigos foram inseridos nesta pesquisa, sendo que quatro artigos (14,28%) foram derivados da base de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), 13 (46,43%) na SCOPUS, dois (7,15%) na



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Science Direct, cinco (17,86%) na PubMed e quatro (14,28%) na Web of Science. O ano de maior publicação foi 2014 com 25% (n=7) do total das publicações e a maioria dos artigos apresentaram-se na língua inglesa (n=24/85,71%), seguido por 03 artigos na língua portuguesa (10,71%) e 01 na língua espanhola (3,57%). As publicações envolveram 27 periódicos, sendo que o Rawal Medical Journal se destacou com dois artigos. Os Estados Unidos da América (USA) é o país com maior número de publicações (n=05/17,86%) sobre o cancelamento cirúrgico entre os estudos que integraram esta pesquisa, seguido pelo Brasil (n=04/14,28%) e o Reino Unido (n=03/10,71%). Diante da análise temática dos estudos que compuseram esta revisão integrativa, emergiram sete categorias, a saber: I) Fatores Determinantes do Cancelamento Cirúrgico: foram identificadas três subcategorias: a) Decorrentes dos Serviços de Saúde: Os principais fatores determinantes do cancelamento cirúrgico foram em relação à falha ou falta de equipamentos, materiais e medicamentos, indisponibilidade da sala cirúrgica, falta de recursos humanos e falta de leito. Além de outros fatores que se apresentaram em menor proporção. b) Decorrentes do Paciente: Entre as subcategorias encontradas dos determinantes de cancelamento cirúrgico, os fatores relacionados ao paciente emergiram como os principais determinantes da suspensão cirúrgica. Entre esses fatores, os principais são: condição clínica desfavorável, não comparecimento do paciente, decisão do paciente/família em não realizar o procedimento cirúrgico e jejum inadequado. c) Decorrente do Profissional: Além de determinantes do cancelamento cirúrgico relacionados ao serviço de saúde e ao paciente, diversos fatores relacionados ao profissional médico cirurgião ou anestesiológico foram abordados nas pesquisas que compõe o escopo deste estudo. Mudança no plano de tratamento e avaliação pré-operatória ausente ou incompleta foram os principais motivos causadores do cancelamento cirúrgico decorrentes de falha profissional. II) Causas Evitáveis e Não Evitáveis do Cancelamento Cirúrgico: Poucos estudos classificaram os fatores causadores do cancelamento cirúrgico como evitáveis ou não, sendo que apenas três classificaram a maioria dos cancelamentos como evitáveis e cinco classificaram a maioria como não evitáveis. III) Período do Cancelamento Cirúrgico: a) Período pré-operatório: a maioria dos cancelamentos cirúrgicos ocorreu antes da cirurgia, sendo no dia anterior à cirurgia, logo após a internação ou entre a consulta pré-operatória e o dia da cirurgia e, no dia da cirurgia. b) Período intra-operatório: Os cancelamentos que ocorreram no período intra-operatório aconteceram logo após o paciente dar entrada na sala de operação ou após a indução da anestesia geral. IV) Intervenções Pré-Operatórias: Sobre as intervenções pré-operatórias, apenas um estudo avaliou o impacto da preparação pré-operatória, o qual aconteceu através da comparação de cancelamentos entre pacientes que receberam intervenção de enfermagem com



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

apoio do profissional anestesiológico sobre orientações direcionadas no pré-operatório com um grupo de pacientes que não recebeu tal intervenção. Como resultado da introdução do preparo pré-operatório, o número total de cancelamentos cirúrgicos reduziu de 9,7% para 8,6% ($n= 918/10.640$) ($p = 0,003$), sendo que a principal queda foi em relação aos casos de não comparecimento do paciente e cancelamento médico devido à condição clínica desfavorável, de 39,2% para 13,6% e de 32,6% para 19,9%, respectivamente. V) Especialidades Profissionais Envolvidas no Cancelamento Cirúrgico: Entre os estudos que abordaram as especialidades envolvidas no cancelamento cirúrgico, os maiores números se apresentaram nas especialidades médicas de ortopedia, cirurgia geral, urologia, ginecologia e obstetrícia e otorrinolaringologia. VI) Encaminhamentos após o Cancelamento da Cirurgia: Grande parte dos estudos não analisou a conduta do serviço de saúde frente aos cancelamentos, sendo que apenas em seis estudos mencionaram o reagendamento da cirurgia e em outro estudo foi recomendado algum procedimento alternativo. Considerações finais: Os resultados desta investigação revelam os principais fatores desencadeantes do cancelamento cirúrgico e a partir disso evidencia a necessidade de se propor intervenções que possam diminuir os casos de cancelamentos e consequentemente evitar eventos estressores para todos os envolvidos no processo, sejam profissionais, pacientes ou serviços de saúde. O Preparo de Instrução Pré-Operatória (PIPO) é uma ferramenta muito importante que pode ser utilizada como forma de intervir nos casos de cancelamentos. Seu desenvolvimento durante a consulta de enfermagem pré-operatória, auxilia de forma a disponibilizar informações ao paciente e sua família e esclarecer suas dúvidas sobre o procedimento cirúrgico e também anestésico ao qual será submetido. Além disso, é importante que o enfermeiro alerte sobre os riscos relacionados ao processo cirúrgico, bem como as possíveis formas de minimizá-los e consequentemente ter uma recuperação mais rápida. A categoria relacionada aos fatores determinantes do cancelamento cirúrgico pode servir de base para que cada serviço consiga mensurar tal indicador e desenvolver estratégias próprias de acordo com a realidade e as necessidades locais.

Palavras-chave: Cancelamentos Cirúrgico; Segurança do Paciente; Enfermagem Perioperatório; Gestão de Serviços em Saúde



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

FORMAÇÃO DE REDES E A OUVIDORIA DO SUS, RELATO DA GESTÃO ESTADUAL NO RIO GRANDE DO SUL

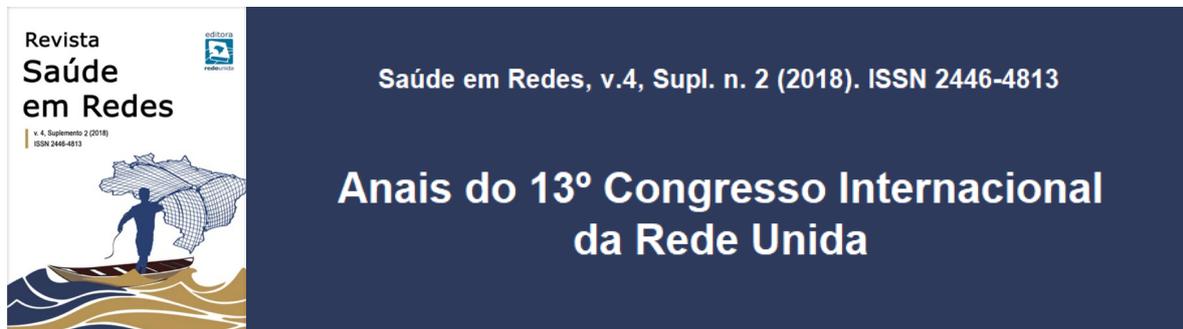
Luana Gehres, Bruna Campos De Cesaro

Apresentação: A ouvidoria do Sistema Único de Saúde - SUS é um canal de atendimento ao cidadão sendo um dos espaço para o exercício da cidadania, participação e controle social. Tem a finalidade de identificar áreas deficitárias, subsidiando a tomada de decisão para melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Ainda, exerce importante influência na educação permanente dos profissionais da saúde, os quais, através das demandas recebidas dos usuários, podem repensar seus processos de trabalho e qualificar o atendimento ao cidadão.

O Estado do Rio Grande do Sul, atendendo às diretrizes preconizadas pelo Decreto Federal n.º 7.508/2011, o qual dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), possui 30 (trinta) Regiões de Saúde, distribuídas para gestão político-administrativa de 19 (dezenove) Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), as quais são responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde em seu território.

A fim de realizar trabalho integrado às Redes de atenção à Saúde, e todos os pontos do nosso sistema de saúde público, assim como disponibilizar ao cidadão o atendimento e acompanhamento da sua demanda no próprio território, a Ouvidoria do SUS foi regulamentada em 2014 através do Decreto Estadual específico - n.º 51.999 / 2014, composta por uma rede com 19 (dezenove) Ouvidorias Regionais do SUS, e inicialmente três ouvidores internos nos departamentos de assistência farmacêutica, ações em saúde e vigilância em saúde, ampliados para assessoria jurídica, regulação e recursos humanos, além de interlocutores da ouvidoria em hospitais, serviços ambulatoriais, pontos estratégicos como a atenção básica e departamento da farmácia especializada.

Desenvolvimento do trabalho: Com o objetivo de criar e qualificar uma rede de Ouvidorias do SUS do Estado do Rio Grande do Sul (RS) integrada a toda rede de atenção à saúde, facilitando o acesso ao cidadão, bem como dar celeridade ao tratamento das demandas, visto que este poderá ser realizado próximo à localidade do demandante, além de proporcionar maior aproximação com os gestores e a realidade locais. Em 2012 se iniciou a implantação da Ouvidoria do SUS da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS) por meio da designação de três Ouvidores, e capacitação de 50 servidores como pontos de interlocução, compondo a Rede da Ouvidoria do SUS. Posteriormente foi utilizado sistema informatizado disponibilizado pelo Ministério da Saúde. Os canais de recebimento de demandas



foram: formulário web, email, presencialmente, correspondência e atendimento telefônico gratuito. Após a publicação do Decreto Estadual 51.999/2014, e em continuidade à estruturação da Ouvidoria e descentralização dos processos de trabalho, foram designados pelo Secretário de Saúde, por meio de Portaria, servidores da SES/RS para a função de Ouvidor, sendo três Ouvidores Internos e 19 Ouvidores Regionais. Mediante elaboração e aprovação de Projeto para implantação, foram implantadas as 19 Ouvidorias do SUS Regionais, vinculadas à Ouvidoria do SUS-SES/RS, nas Coordenadorias Regionais de Saúde em todo o estado. Ademais foi fomentado em diversos setores internos e externos da Secretaria Estadual de Saúde a necessidade de ouvidores para apoio e interlocução, fossem atuantes exclusivos da secretaria dependendo a complexidade do local ou interlocutores com a rede SUS.

Resultados: A implantação das Ouvidorias Regionais permitiu descentralizar a Ouvidoria do SUS no RS, o que propiciou a ampliação de canais de acesso e a aproximação do cidadão. Por estar no mesmo território dos usuários, as Ouvidorias Regionais possuem uma melhor percepção da realidade, podendo avaliar a qualidade dos serviços prestados pelo SUS. Por meio de Decreto estabeleceu-se o Regimento Interno da Ouvidoria, priorizando que os Ouvidores fossem servidores e recebessem capacitação para exercer tal função. O registro das manifestações em sistema informatizado permitiu que as manifestações tivessem uma resolução mais ágil, graças aos encaminhamentos via sistema.

Nos primeiros anos da Ouvidoria, o principal canal de acesso utilizado pelo cidadão foi o formulário web (60% das manifestações). Porém, à medida que ocorreu a estruturação da Ouvidoria com equipe de tele-atendimento, o telefone passou a ser o principal meio de acesso utilizado (80%). Até o final do ano de 2016, foram cadastradas 22.893 manifestações de usuários do SUS- 1.705 demandas no ano de 2012, 3.431 em 2013, 4.730 em 2014, 6.931 em 2015 e 6.096 em 2016 encaminhadas para os mais diversos setores da secretaria estadual de saúde, da secretarias municipais - e na sub-redes das SMS - incluindo UBS, serviços de urgência e emergência, CAPS, UPA's, etc.

Considerações Finais: Verifica-se que ainda há um árduo caminho a ser percorrido para a melhor utilização desta ferramenta de gestão do Sistema Único de Saúde. Ao passo em que a Ouvidoria vem sendo reconhecida pelo cidadão como um espaço de escuta e acolhimento de suas necessidades, também cresce o desafio de abrir espaços na gestão para as ações da Ouvidoria. A experiência do processo de descentralização dos serviços de Ouvidorias do SUS para as regionais de saúde pertencentes à Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, deu celeridade ao tratamento das demandas dos cidadãos dos municípios circunscritos, ampliou o



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

acesso e participação, visto que está localizada nas maiores cidades do Rio Grande do Sul. A fácil comunicação com os demais pontos estratégicos da rede como hospitais, departamentos - com destaque para os departamentos da regulação estadual e da farmácia do estado, facilitou no tempo de retorno de uma resposta ao cidadão, e muitas vezes sendo pontos de interlocução entre serviços que anteriormente não tinha referência e contra-referência ou sistemas de contato de para uma comunicação eficiente. Ou ainda criando este espaço de comunicação necessário, como para a confirmação de agendas, confirmação de componentes da lista de medicamentos, informação sobre referências, entre outros. Permitiu também que o estudo de dados regionalizados para a elaboração de relatórios temáticos fossem realizados e possibilitou à gestão da saúde do Estado do Rio Grande do Sul definir ações de planejamento para a política estadual de saúde com a inclusão dos ouvidores no Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação.

Palavras-chave: ouvidoria do sus, gestão, redes



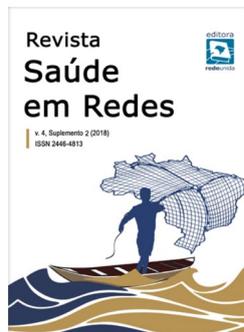
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

GERÊNCIA DO CUIDADO EM FAMÍLIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Gabriela Campos de Freitas Ferreira, Nathália Karym Araújo Martins, Suzayne Naiara Leal, Victória Malcher Silva, Ricky Falcão Trindade, Jacira Nunes Carvalho

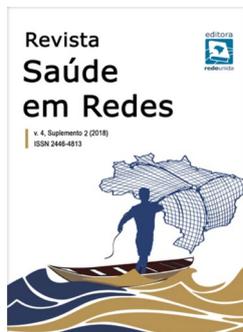
APRESENTAÇÃO: O termo gerência do cuidado refere-se à articulação entre a dimensão gerencial e assistencial do trabalho do enfermeiro, de tal forma que a gerência é considerada uma atividade que cria e implementa as condições para que o cuidado se realize. Gerir o cuidado nos serviços de saúde é uma atividade complexa e envolve a administração de micro e macro ambientes, como hospitais, ambulatórios, unidades de pronto atendimento, unidades de saúde da família, entre outros, principalmente considerando as etapas de planejamento estratégico do cuidado ao cliente em suas diferentes dimensões. Na enfermagem, identificam-se oito ações da gerência do cuidado realizadas no cotidiano do trabalho em saúde: 1- Dimensionamento da equipe de enfermagem; 2- Exercício da liderança no ambiente de trabalho; 3- Planejamento da assistência de enfermagem; 4- Capacitação de equipe; 5- Gerenciamento de recursos materiais; 6- Coordenação do cuidado; 7- Realização de procedimentos mais complexos; 8- Avaliação das ações de enfermagem. Nos diferentes níveis de atenção à saúde, a gerência do cuidado tem se mostrado um desafio, pois é visualizada pelos profissionais como uma atividade burocrática, desvinculada da produção do cuidado. Em contrapartida, estudos evidenciam que, quando a gerência do cuidado é compreendida e desenvolvida por equipes multiprofissionais, apresentam maiores resultados na produção do cuidado e acesso aos serviços de saúde por parte dos usuários. Apesar das evidências mais recentes sobre os diferentes mecanismos de gerir o cuidado, os esforços para identificar estratégias mais eficientes de gerência do cuidado apresentam limitações, devido à falta de marcos conceituais para orientar a avaliação do cuidado e intervenções de gestão, bem como pela incerteza quanto à melhor forma de medi-la. Essas limitações também referem-se ao processo formativo dos profissionais de saúde, na maioria, sem vivências de cunho gerencial durante a formação, além da necessidade de ações inovadoras para capacitação dos profissionais que já atuam no serviço, e incorporação de novos conhecimentos e habilidades na formação profissional (competência relacional, ética, política e humanista). Nesse sentido, entende-se que a gerência do cuidado é uma questão de caráter individual e coletivo e, ao mesmo tempo, deve ser continuamente repensada, analisada e, caso necessário, modificada. Para tanto, há necessidade de se produzir conhecimentos e socializar, especialmente sobre como os profissionais de saúde compreendem a



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

gerência do cuidado, principalmente da atenção primária onde existe carência de investigações a respeito da temática. Dessa forma questiona-se como a gerência do cuidado é compreendida pela equipe de saúde na atenção primária? Para responder tais questionamentos, realizou-se este estudo com o objetivo de analisar a partir da produção científica nacional e internacional, como a gerência do cuidado é compreendida na atenção primária pela equipe de saúde. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. O estudo teve como percurso metodológico: elaboração da pergunta norteadora: como a gestão do cuidado é compreendida pela equipe de saúde na atenção primária?; Busca ou amostragem na literatura; coleta de dados; análise crítica dos estudos incluídos; discussão dos resultados; apresentação da revisão integrativa. A seleção foi feita segundo produções nacionais e internacionais nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da saúde), SCIELO (Scientific Electronic Library Online) e MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online). Os descritores utilizados foram os Descritores em Ciências da Saúde (DECS): “Family” (Família), “Attention Primary” (Atenção Primária), “Care Management” (Gestão do Cuidado) e “Nursing” (enfermagem), os quais foram combinados em cada base de dados utilizando-se o operador booleano AND. A busca ocorreu em agosto de 2017. Durante o processo de busca, com a utilização dos três descritores, e aplicação dos critérios de inclusão previamente estabelecidos resultou-se em uma amostra de 89 produções (sendo 66 na base de dados MEDLINE, 4 na SCIELO e 19 na LILACS). Os estudos encontrados foram armazenados no software Endnote. Por meio da leitura do resumo de todos os textos provenientes da captação, foram excluídas 73 publicações, pois não abordavam aspectos que demonstrassem contribuições da Gerência do Cuidado em família, restando um quantitativo de 16 trabalhos selecionados. Após leitura na íntegra dos materiais triados, mais um texto foi excluído, pois tratava-se de uma dissertação. Do total de textos filtrados, resgatamos na íntegra, 15 produções que constituem a amostra desta revisão. A partir da leitura na íntegra emergiram duas categorias temáticas: I- Gerência do cuidado na atenção primária e II- Gerência do Cuidado versus Modelo Médico Hegemônico. **RESULTADOS:** A maioria dos estudos captados foi da base de dados Lilacs, sendo 10 artigos de pesquisa de um total de 15. Observa-se também que o primeiro ano de publicação acerca da temática foi há 44 anos, em 1973, Ontário do centro-sul, Canadá e o último ano de publicação 2016, apresentando uma tendência crescente de publicação sobre a temática. O Brasil foi o País que mais realizou estudos sobre gerenciamento e atenção primária, e na área da saúde, pode-se dizer que os enfermeiros contribuem para a relevância do assunto. Não se verifica uma linha de publicação em revista específica, o que se pode dizer é que das 15 revistas, 10 são brasileiras. O método da maioria dos estudos captados é qualitativo.



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Categoria I: Gerência do cuidado na atenção primária: Os autores afirmam que atualmente, a gestão em saúde deve ser exercida por profissionais que estejam aptos a incorporar estratégias e inovações. No âmbito do Sistema único de Saúde (SUS), a atividade de gestão engloba as funções gerenciais, bem como, de cogestão do sistema, permitindo o crescimento da participação e importância dos profissionais que exercem a função gerencial, e abrindo espaço para novos atores. Dentre estes, o enfermeiro tem grande destaque, ocupando cada vez mais cargos de gerência e gestão no SUS, afinal se exige como competências do enfermeiro atividades de cunho educativo, assistencial, gerencial e político. Categoria II – Gerência do cuidado versus modelo médico hegemônico: O modelo médico hegemônico se configura em um cuidado centrado especificamente na doença em si, desconsiderando as particularidades de cada paciente, tais como relações familiares, questões socioeconômicas e ambientais, dentre outras. Como trata de modelo que visa apenas a doença, o médico acaba se tornando o principal elo deste cuidado. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Com base na literatura consultada, pode-se concluir que a gerência do cuidado se refere à articulação entre a dimensão gerencial e assistencial do trabalho do enfermeiro no âmbito do planejamento de todos os recursos e instrumentos necessários para dar condições à uma assistência qualificada e humanizada para os pacientes/usuários. O estudo compilou em uma ampliação da percepção quanto à importância do profissional enfermeiro no contexto da gerência do cuidado na atenção primária, pois durante a formação deste profissional as exigências de conhecimento sobre aspectos administrativos, o levam naturalmente à atuação gerencial do setor saúde. Logo, trabalhar a gestão do cuidado na academia é de suma importância para formar enfermeiros qualificados e competentes, conscientes diante de seu papel tanto assistencial quanto administrativo. Percebeu-se uma crescente tendência de publicações com essa temática, e que o Brasil é o país que mais publica estudos. No entanto, ainda são necessários mais trabalhos práticos para um maior fortalecimento dessa área de estudo. Nessa perspectiva espera-se que esse trabalho possa vir a contribuir para a construção de novas pesquisas práticas, também servir como base para estudos comparativos e ainda auxiliar no desenvolvimento de novas ferramentas, tecnologias e métodos de Gestão da Qualidade.

Palavras-chave: Gestão do cuidado; Família; Saúde.



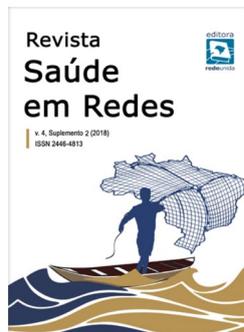
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

GESTÃO DA CENTRAL DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA DE CURITIBA-PR: DESAFIOS NA INSERÇÃO DO ENFERMEIRO PARA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

Giovana Fratin, Aida Maris Peres, Cleiton José Santana

APRESENTAÇÃO: Conforme a Portaria nº 2.048 de 2002 do Ministério da Saúde, as Centrais de Regulação compõem o Complexo Regulador. Segundo essa Portaria, a competência técnica para a função de regulador é atribuição do profissional médico. Em Curitiba, este serviço passou por um período de dificuldades para manter o quadro efetivo de médicos reguladores na central de regulação de urgência, seja por aposentadorias, licenças prêmio, licenças sem vencimento, mudanças de setor dentro da Rede, e por número elevado de licenças para tratamento de saúde gerados por sobrecarga de atividades durante o exercício do plantão, conforme relatos da equipe que chegavam aos gestores. Considerando o aumento das demandas, como por exemplo, a busca de vagas para atendimentos de urgência, dentro dos protocolos implantados nas linhas de cuidado, como IAM e AVC, e o aumento no número e na distância das transferências inter-hospitalares, realizadas pelo Serviço de Atendimento Médico de Urgência-SAMU, como por ocasião da abertura de um hospital de grande porte (1000 leitos, sendo 400 de UTI) na Região Metropolitana do município sede. Considerando a falta de Sistematização da Assistência de Enfermagem-SAE nas instituições envolvidas, em que a demanda de busca de vagas para inserção do paciente no hospital, que necessita contato telefônico com o Núcleo Interno de Regulação-NIR aumenta o tempo do regulador ocupado na busca do serviço pela falta de informações sistematizadas nos hospitais e no NIR. Estas lacunas geram o represamento de ligações que chegam pela Central 192, em especial em horários de alta demanda. A situação gerava angústia na equipe, e desgaste para todos os envolvidos. A Grade de Referência, instrumento de trabalho essencial para o correto encaminhamento do paciente, levou muito tempo para ser implantada, dificultando ainda mais o serviço do médico regulador. O sistema operacional utilizado na época não permitia relatórios, logo não havia dados estatísticos e sem estes dados, o gerenciamento da Central de Regulação de Urgência ficava comprometido. Pela necessidade de agregar ao serviço um profissional com competências técnicas específicas da área de saúde somadas a competências gerenciais, decidiu-se por inserir o profissional enfermeiro para sistematizar a assistência. Como grande conhecedor da rede de atenção à saúde, iria viabilizar vários contatos, encurtando o tempo entre o acionamento da regulação, o despacho da viatura e o serviço para o paciente no lugar adequado no menor tempo



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

possível. Este relato de experiência objetiva descrever o processo de inserção do enfermeiro para sistematização da assistência na Central de Regulação de Urgência de Curitiba.

DESENVOLVIMENTO: Ao inserir o profissional enfermeiro na Central de Regulação de Urgência para sistematização da assistência, levantamento de dados e encaminhamento dos pacientes inseridos nos protocolos de linha de cuidado, não se tinha conhecimento sobre o volume exato de serviços que eram realizados, já que a sinalização diária das limitações e em especial das possibilidades não era monitorada ou avaliada. A escolha deste profissional foi embasada em perfil, forma de abordagem, alguém que compartilhasse com a equipe gestora da proposta de sistematização da assistência de enfermagem, organização, conhecimento da Rede e resiliência. Neste momento não havia apoio da equipe multiprofissional, que não aceitava a inclusão do profissional enfermeiro em um serviço que sempre foi restrito ao médico. Neste momento, a gestora utilizou de competências de comunicação, negociação e administração de conflitos apoiada em informações e evidências para o convencimento da equipe envolvida sobre a importância do projeto. Decidiu-se iniciar com um profissional enfermeiro, e na sequência inserir mais profissionais. Junto com a inserção do enfermeiro, outras estratégias foram elaboradas: várias reuniões com a Secretaria de Saúde do Estado, com os municípios vizinhos, com os profissionais do complexo regulador, colhendo sugestões e críticas, transformando o assunto em pauta de várias câmaras técnicas. Não foram poucos os obstáculos, desde a rejeição inicial do serviço, a insegurança gerada e a resistência à mudança de um serviço que desde sua criação funcionava assim. Houve distócias do processo de regulação, os Técnicos Auxiliares de Regulação Médica-TARMs que confundiam a atuação do profissional, acreditavam que por ser enfermeiro seria um supervisor, são 6 equipes distintas de TARM, 10 equipes médicas, 4 equipes de rádio operadores, e para envolvê-los na novidade foi necessário empenho da equipe gestora. Um apoiador, o Núcleo de Ensino e Pesquisa-NEP não estava atuante pela falta de equipe, logo não foi possível contar com este setor. Nesta época, com falta de profissionais na Rede, em especial de enfermeiros, o Departamento de Gestão de Trabalhadores de Saúde-DGTES pressionava para a disponibilização de maior número de profissionais para os serviços de assistência direta ao usuário do SUS. Em uma reunião gerencial ouviu-se: "não entendemos para que vocês necessitam de uma enfermeira para ficar sentada na Regulação". O poder de argumentação, a exposição da proposta e o esclarecimento sobre a sistematização da assistência de enfermagem através do TeleSaúde era essencial naquele momento, só assim haveria aliados para a proposta. Para os profissionais que aceitaram o desafio foram dias



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

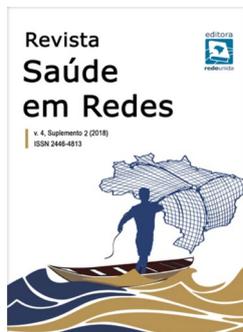
Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

difíceis, que reforçaram a vontade de mostrar que os espaços de atuação do enfermeiro fortaleceriam o trabalho da equipe.

RESULTADOS OU IMPACTO: A partir da apresentação da primeira planilha à equipe, as barreiras se fragilizaram e surgiu interesse na mudança, junto aos questionamentos técnicos. A competência técnica e gerencial dos profissionais enfermeiros, aliada à proposta de sistematização da assistência teve impacto, com resultados positivos. A utilização da SAE como ferramenta fez diferença para ações como lotação dos Veículos Terrestres de Resgate-VTRs do SAMU no território. O Secretário de Saúde Municipal intercedeu pessoalmente para que mais uma profissional enfermeira fizesse parte do projeto. Com a inserção do serviço de transporte do Paraná Urgência para compor o SAMU e a chegada de profissionais enfermeiros do Estado foram inseridos mais 3 enfermeiros para cobertura dos plantões noturnos, objetivando chegar na cobertura 24 horas do serviço com o Enfermeiro Regulador. No final de 2015, já existiam cinco enfermeiros na Central de Regulação da Urgência. Além dos protocolos de IAM e AVC, que deram início a função, outros protocolos foram implantados sob responsabilidade do profissional enfermeiro, como o POP de Insuficiência Respiratória Infantil. A inserção da busca de vagas pelo profissional enfermeiro ocorreu por necessidade de seu trabalho no dia a dia da regulação. O enfermeiro tem capacidade para sistematizar o atendimento e não demorou para que os médicos reclamassem quando faziam plantão durante algum dia em que o profissional enfermeiro não estava na regulação. Para os envolvidos nesta experiência, a construção realizada a várias mãos visa a melhoria do atendimento aos usuários e fortalece o SUS. Vários desafios estão presentes, como a necessidade de ajustes em portarias e apoio dos conselhos de classe, mas a evolução do serviço com a participação do enfermeiro já iniciou.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Atualmente, os envolvidos inicialmente nesta proposta seguem sua jornada pelo SUS em vários cenários, prontos para outros projetos que transformem utopias em parte do cotidiano. Os profissionais que permaneceram não se lembram mais como era antes da mudança. Inovações no processo de trabalho, o fortalecimento da Sistematização de Enfermagem em novas áreas de atuação e as competências dos profissionais enfermeiros que se somaram às competências da equipe fizeram desta experiência um sucesso, e por esta razão compartilhá-la.

Palavras-chave: Gestão em saúde, SAMU, Enfermeiro Regulador



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

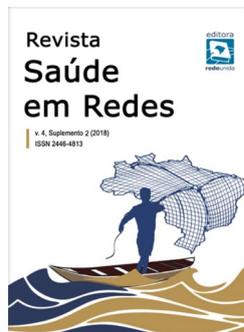
Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

GESTÃO ESTRATÉGICA COM A APLICAÇÃO DA METODOLOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO NA ENFERMARIA GINECOLÓGICA/OBSTÉTRICA DE UM HOSPITAL PÚBLICO EM BELÉM-PA

Joanna Angélica Azevedo de Oliveira, Yasmin Brabo de Lima, Willame Oliveira Ribeiro Junior, Glenda Keyla China Quemel

APRESENTAÇÃO: Com as constantes transformações e avanços da enfermagem moderna, percebe-se a introdução da Metodologia da Problematização nos componentes curriculares de ensino em enfermagem, a qual consiste em um tipo de metodologia que encoraja a participação ativa dos autores envolvidos na realidade, buscando maior interação entre prática e conhecimento científico, além de que acredita-se que agrega informação e influência no sucesso da gestão, relacionado à capacidade avaliativa crítica e concisa, a qual inicia-se com o processo avaliativo e programação baseado na capacidade de observar problemas e suas repercussões no sistema. Tal ferramenta avaliativa busca ensinar e formar cidadãos críticos e reflexivos para que sejam capazes de conviver em sociedade colaborando para a sua melhoria, esta baseia-se em cinco etapas: Observação da realidade; pontos chaves; teorização; hipótese de soluções e aplicação à realidade. Na etapa de observação da realidade, os autores buscaram carências e pontos fracos na assistência de enfermagem no contexto da ginecologia e obstetrícia, procurando eleger um problema crucial que é passível de mudança na atuação dos enfermeiros do setor. Na fase relacionada aos pontos chaves, os autores buscaram entender o problema crucial como um fator de ordem multideterminada, elaborando pontos essenciais e suas implicações para o cuidado na atenção ginecológica. Na fase relacionada à teorização, os autores buscaram realizar uma pesquisa propriamente dita sobre o problema escolhido, consultando banco de dados como LILACS, PUBMED e CINAHL; e bibliotecas da universidade. Na fase de levantamento de hipótese de soluções, os autores chegaram a conclusões em comum, fornecendo soluções críticas e criativas para resolução do problema em questão. E, por fim, a fase de aplicação à realidade, onde os autores reforçam o compromisso social com a profissão de enfermagem e melhoria da qualidade do serviço. Neste contexto, com o objetivo de desvelar possíveis problemas em uma enfermaria ginecológica/obstétrica de um hospital de ensino em Belém-Pa durante a disciplina “processo de trabalho em saúde/ indicadores gerenciais/gestão e gerenciamento” realizou-se visitas técnicas, reuniões e um levantamento de tudo o que foi observado no local, e quais dos problemas poderiam ser solucionados, a partir da utilização do Arco de Magueres.

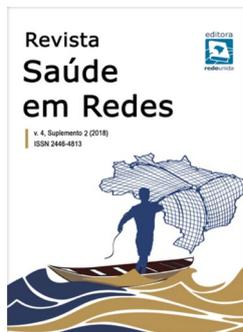
DESENVOLVIMENTO: Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo do tipo Relato de



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Experiência, das vivências de acadêmicos de Enfermagem da Universidade Estadual do Pará que ocorreu durante as aulas práticas da disciplina “processo de trabalho em saúde/ indicadores gerenciais/gestão e gerenciamento” na enfermaria ginecológica/obstétrica de um hospital de ensino em Belém-Pa. A partir da Metodologia da Problematização abordada em conjunto com as teorias administrativas em enfermagem, foi apontado na etapa de observação da realidade: ausência de diagnóstico de enfermagem; a partir disso, os pontos-chaves levantados foram: as implicações visíveis à qualidade do serviço de enfermagem tornando a assistência ineficaz, por conta de ser uma etapa crucial da sistematização da assistência de Enfermagem (SAE). Para a etapa de teorização entendeu-se que a SAE é um método de prestação de cuidados científicos satisfatórios, unificando a linguagem e baseando a intervenção do enfermeiro em decisões críticas e pertinentes, não meramente em “achismos”; sendo o diagnóstico de enfermagem uma etapa crucial, o mesmo irá orientar a prescrição correta de enfermagem por unir o “pensar” e o “agir”, e sua falta acarreta em prejuízo na autonomia da enfermagem e diversos prejuízos ao paciente. Cabe ressaltar que a Sistematização da Assistência de Enfermagem é baseada no Processo de Enfermagem (PE), funda-se nas fases de identificação do problema de saúde, delineamento do diagnóstico de enfermagem, instituição de planos de cuidado, implementação de ações planejadas e avaliação. Na etapa de levantamento de hipóteses e soluções, os autores discutiram a necessidade do reforço excessivo da SAE na formação acadêmica; promoção de encontros científicos dentro dos hospitais que abordem e estimulem o tema; necessidade de mais fiscalização da gerência de enfermagem; distribuição de informativos com as etapas da SAE para fácil acesso; estímulo da gerência que os profissionais se capacitem mais. E, na fase de aplicação da realidade: elaborou-se um relatório gerencial de prática enviado à gerência de enfermagem. RESULTADOS: a partir da análise gerencial e do relatório de prática enviado à supervisão de enfermagem do hospital estudado, a gerência com a ajuda dos autores buscou realizar eventos a partir da ferramenta gerencial “planejamento”, que consiste no englobamento de ferramentas para execução de projeções a curto e longo prazo a fim de trazer mais cientificidade ao cuidado existente no hospital e estímulo à especialização dos enfermeiros do setor, trazendo resultado positivo para assistência que melhorou com tais medidas; além disso, ainda buscou incentivar mais capacitação dos enfermeiros para controle de qualidade da assistência nos eixos de saúde da mulher no contexto amazônico; políticas de saúde da mulher; pré-natal; cuidados ginecológicos em geral; uso de contraceptivos; planejamento familiar; estímulo ao parto humanizado; conhecimentos a cerca das intervenções obstétricas em síndromes hipertensivas da gravidez e hemorragias pós-parto. Contudo, esta

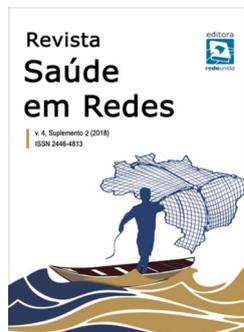


Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

metodologia mostrou-se eficaz para o conhecimento da realidade e para o levantamento de situações insatisfatórias para o cuidado de enfermagem, tornando possível a análise sobre a situação-problema e pontuar medidas que possam solucionar as lacunas existentes neste processo, a fim de trazer melhorias ao serviço. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Acredita-se que a experiência na disciplina em questão foi de extremo benefício por ensaiar a prática de gestão em enfermagem, ampliando o conhecimento dos acadêmicos ao que se refere a necessidade de uma visão ampla, tomada de decisão correta, avaliação crítica, conhecimento científico e do local de trabalho; delegação de responsabilidades; comunicação e incentivo a colaboração dos enfermeiros do setor; controle ético e legal; para que futuramente a gestão em enfermagem possa ser desenvolvida com maestria, sabedoria, discernimento e autoridade adequada com gestão estratégica e participativa. O profissional de enfermagem deve estar preparado para problematizar a realidade a qual está inserido e, assim, identificar as situações-problemas que surgirão no seu cotidiano, para que possa combatê-las de forma realmente eficaz, para isso, a inserção da Teoria da Problematização desde a sua formação acadêmica torna-se necessária para construir profissionais que possam lidar com as adversidades e transformá-las de forma a beneficiar o seu ambiente de trabalho e a sua assistência à população. Formar profissionais ativos no seu ambiente de trabalho resulta em melhorias na qualidade dos serviços, especialmente profissionais atuantes na área da saúde, pois acarreta em melhorias no atendimento ao usuário, caminhando cada vez mais para uma assistência com excelência, e serviços de saúde muito mais qualificados. Desta forma, é importante estimular estudos profundos dentro do processo gerencial para qualificar e clarificar os serviços de saúde e ressalta-se que muito ainda deve ser feito na instituição em questão a fim de chegar em níveis ainda melhores de assistência.

Palavras-chave: Enfermagem; Gestão; Metodologia da Problematização.



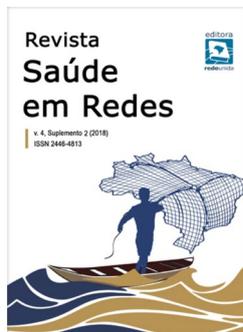
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

GESTÃO PARTICIPATIVA NO SUS FRENTE AO PROJETO DE GOVERNO MUNICIPAL: EXPERIÊNCIAS ACADÊMICAS DO PET SAÚDE/GRADUASUS

Jeanni Velozo da Costa, Marília de Fátima Vieira de Oliveira, Vera Lúcia Fonseca de Souza, Francilene da Luz Belo, Jacqueline dos Santos Negrão, Daiane de Souza Fernandes, Cléo da Costa Araújo, Sandro Roberto Leite Pavão

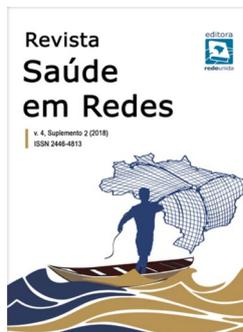
Apresentação: o Município deve ser valorizado como lócus de possibilidade da construção do modelo de atenção proposto para o SUS (Sistema Único de Saúde), configurando-se como espaço potencializador de redes de participação social de alta capilaridade. Dessa forma, a gestão participativa no SUS, tem o objetivo de promover a integração entre os gestores e usuários que fazem uso desse sistema de saúde. Esse meio de interação entre o serviço e comunidade, tem a finalidade de desenvolver ações que favoreçam a promoção à saúde, tornando-se importante criar estratégias que dêem o maior suporte para a população, tendo em vista a importância da execução do projeto de governo que tem a proposta de oferecer os serviços de saúde de forma integral, favorecendo ações de educação em saúde e ampliação de outros serviços como retirada de Registro Geral (RG), carteira estudantil para meia passagem, criação de oficinas com materiais artísticos, assim como outros. Como uma das ações intersetoriais direcionadas para o fortalecimento de áreas estratégicas para o Sistema Único de Saúde - SUS, de acordo com seus princípios e necessidades, o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde – PET Saúde tem como pressuposto maior a educação pelo trabalho e como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade. Sendo assim, esse assunto tem grande valor quando se trata do PET Saúde/GraduaSUS, pelo seu caráter de ampliar os olhares para as sensibilidades na formação acadêmica de um futuro profissional de saúde que irá atuar no SUS abrangendo a integração entre o ensino, serviço e comunidade. Tendo como objetivo Relatar experiências acadêmicas de discentes de enfermagem integrantes do PET Saúde/ GraduaSUS, frente a gestão participativa no SUS para a execução e monitoramento dos serviços de saúde, descrevendo o projeto de governo municipal. Desenvolvimento do trabalho: estudo descritivo, do tipo relato de experiência, acerca das ações de gestão em saúde com a participação de preceptor e discentes com atividades de extensão. A ação foi realizada no dia 27 de junho de 2017 na Estratégia de Saúde da Família do Barreiro, bairro periférico da cidade de Belém. Essa experiência relata uma das formas estratégicas de ação da gestão para estreitar o vínculo entre o gestor municipal, servidores da saúde e usuários. Antes de iniciarmos a ação propriamente dita, o grupo reuniu para organizar o material como: folder educativo, banner, cartazes, impressos com conteúdo de educação em saúde



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

e a solicitação de vacinas. No dia do evento, as ações realizadas foram acompanhadas pela preceptora do PET, servidora da Secretaria Municipal de Saúde – SESMA, que facilitou nosso aprendizado e possibilitou aprofundarmos conhecimentos teóricos práticos de gerir os serviços de uma estratégia de saúde da família. Chegamos às 6h00 na sede da Secretaria de Saúde para conferir todo material selecionado e acompanhar a saída das equipes para o local da ação. No local do evento, além da estrutura e organização das atividades, junto com os gestores, acompanhamos os serviços que estavam sendo realizados, como: serviços de orientação nutricional, avaliação oftalmológica e bucal, vacinação, consulta com clínico geral, testes rápido de HIV e sífilis, agendamento para emissão de carteira de trabalho, carteira de identidade, cartões Passe Fácil e credencial de estacionamento para idosos e deficientes físicos; inscrição para programas sociais através do CadÚnico; entre outras atividades. Essa dinâmica de atenção à saúde que vivemos, nos fez perceber in loco o incansável empenho dos gestores municipais em promover atenção à saúde de qualidade focada na necessidade dos usuários que estavam presentes naquele local. Resultados: O projeto de governo, teve como propósito solucionar pendências de moradores do Barreiro, tendo em vista, que a população por muitas vezes não demanda um tempo adequado em seu cotidiano para resolver determinados assuntos. Essa é a quinta edição do programa, que nos últimos quatro bairros visitados atendeu cerca de 45 mil pessoas. Desenvolvendo atividade em relação a Defesa Civil, que foi uma das tendas mais procuradas, no qual estavam cadastrando moradores que poderiam ter suas casas envolvidas em alguma situação de risco. Em parceria com a Companhia de Habitação do Estado do Pará (Cohab), a Defesa Civil trouxe o serviço do Cheque Moradia. Nessas atividades são entregues 150 senhas diariamente, tendo como objetivo expedir 450 carteiras de identidade. E para essa edição, a organização se preocupou em agilizar e organizar mais ainda o atendimento à população. Desenvolvendo algo muito mais mecânico e sistematizado. O cidadão vai passando por uma trilha de informações até chegar no momento de ser atendido. Em relação ao espaço de educação e lazer, a equipe dos profissionais da Secretaria Municipal de Educação (SEMEC) organizou atividades no parquinho, realizando momentos de produção de cartinhas, leitura de livros, pintura, e outras atividades que também são alguns dos atrativos. Quem não estava precisando de nenhuma documentação ou serviço específico, também pôde usar o projeto de governo como forma de diversão. A Secretaria Municipal de Esporte, Juventude e Lazer (SEJEL) trouxeram materiais como brinquedos, tênis de mesa e pebolim para diversão dos moradores. Ainda como resultado, foi revelada a importância do conhecimento sobre as Políticas Públicas, o Programa Nacional da Atenção Básica (PNAB), e a aplicabilidade das ações do gestor municipal. Considerações finais: A

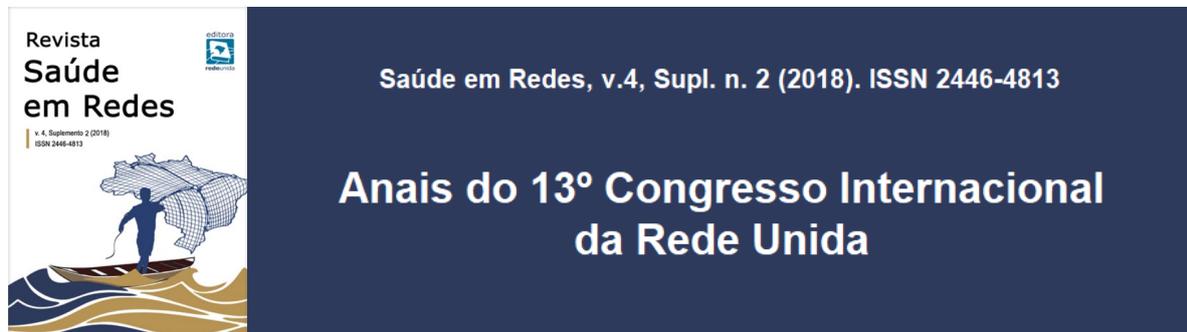


Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

gestão participativa se configura em sistematizar, organizar e promover da melhor forma possível um meio de interação entre gestores e usuários, tanto de forma física quanto por meio de políticas públicas, favorecendo seu protagonismo no contexto do sistema de saúde. O envolvimento do servidor com a educação em saúde descentralizando seu trabalho, certamente oportuniza os acadêmicos para uma vivência no serviço que favorece o vínculo, o aprendizado em conjunto ensino-serviço. Essa postura profissional colabora efetivamente para a formação do aluno que futuramente pode ser um gestor em saúde. Nessa experiência que vivemos, a autonomia que nos foi dada marcou intensamente nossa caminhada, onde foi possível fazermos uma auto-reflexão e visualizar a gestão em saúde de forma ampliada. O PET Saúde/ GraduaSUS têm a responsabilidade de conduzir os membros desse programa para integrar o ensino-serviço-comunidade. Com esse projeto de governo nos foi possível vivenciar o cotidiano dos servidores, e como de fato está inserido o trabalho em saúde com a educação que nos é proposta, para sensibilizar na formação acadêmica de um futuro profissional de saúde que irá atuar no Sistema Único de Saúde.

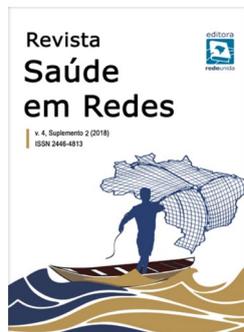
Palavras-chave: Gestão em Saúde; Gestão Participativa; Ensino, Serviço e Comunidade.



GERENCIAMENTO DO PROGRAMA DE IMUNIZAÇÃO NOS TERRITÓRIOS INDÍGENAS DA BAHIA

Larissa Soares da Silva

O trabalho trata-se de um relato de experiência que tem como objetivo compartilhar o processo de gerenciamento do Programa de Imunização nos territórios indígenas na Bahia em desenvolvimento desde 2012. Visa ainda estimular reflexões para o aprimoramento do gerenciamento educador da área programática em saúde. A sede do Distrito fica localizada em Salvador na Bahia, possui uma população de 28.215 indígenas aldeados (conforme demográfico 2017), contemplando 23 etnias, residentes em 126 aldeias localizadas em 28 municípios do Estado. De acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas cada distrito deverá organizar uma rede de serviços de atenção básica de saúde dentro das áreas indígenas, integrada e hierarquizada com complexidade crescente e articulada com a rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse propósito, o serviço de saúde indígena é realizado no DSEI-Ba por 33 Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena/EMSI. Essas equipes são gerenciadas tecnicamente por coordenadores técnicos, distribuídos em nove Polos Base. A experiência descrita refere-se ao gerenciamento do Programa de Imunização do DSEI-Ba a partir de 2012. O referido programa no Distrito norteia-se na Gestão da Qualidade Total, utilizando a metodologia do Ciclo PDCA - composta por quatro etapas: planejamento, execução, avaliação e correção -, e direcionado a melhoria contínua. A gestão do programa guia-se pelos pilares do Sistema de Gestão da Qualidade: definição de atribuições; registro; treinamento e qualificação; e monitoramento e avaliação. Concernente ao pilar da definição de atribuições, o Programa de Imunização inseriu as atribuições dos profissionais (enfermeiros, técnicos de Enfermagem, AIS e coordenadores técnicos dos polos) no Manual de Atribuições da EMSI do DSEI-BA elaborado em 2012, realizou a atualização das atribuições em 2015. E em 2017, disparou o processo de uma nova atualização através de leitura coletiva e sugestões compartilhadas referentes às atribuições na Reunião Distrital de Imunização Indígena do DSEI-Ba com os nove (09) coordenadores técnicos em saúde e na Capacitação em Calendário de Vacinação Indígena do DSEI-Ba com técnicos de enfermagem dos Serviços de Referência do Distrito e dos polos base. No pilar do registro, os dados de vacinação têm instrumentos específicos para registro e consolidação utilizados e analisados pelas EMSIs que executam as ações de imunização nos territórios indígenas. Salienta-se que o fluxo de envio dos dados dessa área programática é o mesmo definido e executado desde 2012: os dados da aldeia registrados e analisados pela



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

equipe de enfermagem da EMSI são enviados ao Coordenador Técnico em Saúde do Polo Base para análise por aldeia, consolidação por Polo Base, análise do consolidado e envio ao Responsável Técnico/RT de Imunização do Distrito para análise por Polo Base e compilação no âmbito distrital. Destaca-se que os prazos de envio dos dados são os mesmos há anos. Portanto, percebe-se que a sistematização do fluxo de envio dos dados com prazos mantidos anualmente vem contribuindo para a padronização e otimização do processo de trabalho e para as etapas iniciais da vigilância em saúde: coleta de dados, notificação e análise. A respeito do pilar treinamento e qualificação, o DSEI-BA proporciona oportunidades de qualificação na área de imunização aos profissionais. Em 2012, sete (07) enfermeiros participaram de capacitação em Gerência das Ações de Vacinação dos Serviços de Saúde do SUS promovido pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica/DIVEP da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia/SESAB; em 2013, 26 profissionais da equipe de enfermagem participaram do Treinamento em Sala de Vacina, Rede de Frio e Eventos Adversos, realizado pelo DSEI-Ba em parceria com a DIVEP/SESAB; em 2014, 04 técnicos de enfermagem participaram da Capacitação em Sala de Vacina realizada pela DIVEP/SESAB; em 2015, 02 enfermeiros RT de área programática do DSEI (incluindo o RT de imunização) participaram do I Curso de Boas Práticas de Vacinação com ênfase na Investigação de EAPV, realizado pela CIVEDI/DIVEP/SESAB; ainda em 2015, 29 profissionais da equipe de enfermagem foram capacitados pelo Distrito em Sala de Vacina e Rede de Frio e 15 participaram da I Atualização em Imunização Indígena do DSEI-Ba; e em 2016, 17 profissionais foram capacitados em Sala de vacina, EAPVs e Rede de Frio do DSEI-Ba e 20 participaram da II Atualização em Imunização Indígena do Distrito. Pondera-se que houve um incremento de 428% de profissionais de enfermagem do DSEI-Ba capacitados em imunização no período de 2012 a 2016. Ressalta-se que desde 2015, a metodologia utilizada nas capacitações de imunização do Distrito é o construtivismo, a qual prima pela problematização do processo de trabalho como ferramenta de aprendizagem significativa, implicação dos sujeitos e transformações das práticas de forma reflexiva. No pilar monitoramento e avaliação, há o dicionário dos cinco (05) indicadores de imunização, o qual é enviado anualmente aos profissionais de EMSI/Polos Base, constando a descrição, a fórmula de cálculo, a fonte dos dados e o prazo de envio (o mesmo padronizado no fluxo de envio de dados). Como se trata de uma gestão à distância, foi pactuado o Plano de Comunicação entre a RT do Programa de Imunização do DSEI Bahia com os Coordenadores Técnicos atuantes nos Polos. Nesse plano, há a descrição dos canais de comunicação, bem como a limitação de uso de alguns em relação ao período semanal e ao horário, como o grupo do whatsAap de Imunização do Distrito. O monitoramento ocorre pelos canais de comunicação (memorando, memorandos



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

circulares, correio eletrônico, ligação, grupo de whatsapp), bem como por Reuniões Técnicas, matriciamento e visitas técnicas. O Programa de imunização do DSEI-Ba tem definida as atribuições de cada função (técnico de enfermagem e enfermeiro, enfermeiro e coordenador técnico) para cada indicador de imunização, desde a coleta, o registro, a análise e envio. O processo de avaliação ocorre simultaneamente com o monitoramento e é fomentado que suceda de forma ascendente e participativa desde a EMSI no território e também com os conselheiros locais de Saúde Indígenas, lideranças, caciques e comunidades. Durante dois anos seguidos, no início do ano, foi enviado um questionário com objetivo do alinhamento das expectativas referente ao Programa entre as partes interessadas/envolvidas (coordenadores técnicos, enfermeiros das EMSIs e RT) no processo de trabalho. Neste trabalho, serão ressaltados os resultados do indicador esquema vacinal completo (EVC), visto que se trata do indicador pactuado e acompanhado mensalmente no Sistema de Gestão de Convênios e Contratos de Repasse do Governo Federal/SICONV desde 2014 e pactuado no Plano Distrital de Saúde Indígena. Em relação aos grupos prioritários, o Programa de imunização durante o período de 2012 a 2016 apresentou 36,4% de incremento no percentual de menores de 01 ano de idade com EVC, 9,52% de incremento no percentual de crianças menores de 05 anos de idade com EVC, 48% de incremento no percentual de idosos indígenas com EVC e 72,6% de incremento no percentual de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos de idade) com EVC. Acredita-se que a metodologia do Ciclo PDCA - composto por quatro etapas: planejamento, execução, avaliação e correção -, que almeja sempre a melhoria contínua, utilizada no Programa de Imunização tem sido fundamental para instituir coletivamente normas flexíveis pautadas nas reflexões críticas dos profissionais envolvidos sobre o processo de trabalho, o que tem suscitado avanços desde 2012, amadurecimento profissional da equipe de enfermagem, aumento do conhecimento dos indígenas em relação às vacinas e doenças imunopreveníveis e alcance das metas.

Palavras-chave: gerenciamento; programa de imunização; territórios indígenas.



GESTÃO DO CUIDADO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: ENTRE PROTOCOLOS E DILEMAS DA AVALIAÇÃO DE RISCO E PRODUÇÃO DE SAÚDES

Alcindo Antonio Ferla, Marcia Fernanda de Mello-Mendes, Eloisa Solyszko Gomes, Heider Aurélio Pinto, Ana Paula Soares Kleemann, Elisângela Martins da Rosa Silveira, Greice Laitano, Marco Aurélio Cruz da Silva

Este trabalho apresenta os primeiros resultados de uma pesquisa que pretende qualificar a linha de cuidado em urgência e emergência em serviços da Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. A pesquisa é coordenada pelo Instituto Federal do Rio Grande do Sul (IFRS) campus Alvorada, em parceria com Fundação Universitária Cardiologia – Hospital de Alvorada, Secretaria Municipal de Saúde de Alvorada, Fundação Hospitalar Getúlio Vargas, Secretaria Municipal de Sapucaia do Sul, Secretaria Municipal de São Leopoldo, Hospital Centenário e Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Os serviços participantes, muitos mantidos pelas instituições que compõem a rede científica que se envolve na pesquisa, estão localizadas em municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre com diferentes indicadores socioeconômicos e demográficos, composições da rede de atenção em saúde e oferta de serviços. No entanto, quando se refere ao acesso os serviços de Urgência e Emergência, percebe-se dilemas semelhantes no cotidiano do trabalho, parte significativa dos quais referida à dificuldade dos processos de cuidado no interior dos serviços de reconhecerem a diversidade dos contextos em que se originam os usuários.

A pesquisa, do tipo pesquisa-intervenção, objetiva analisar o estado da arte em relação ao acolhimento com classificação de risco na urgência e emergência, identificar diferentes estratégias de modelagem de processos de trabalho de acolhimento segundo características clínicas do usuário e outras situações que caracterizam risco e vulnerabilidade, articulações internas e externas do serviço, e também, validar novos fluxos, que considerem questões clínicas e a análise ampliada da situação de risco e vulnerabilidade e a capacidade operacional dos serviços e da rede. A pesquisa busca reconhecer e desenvolver tecnologias de organização do trabalho capazes de lidar mais construtivamente com a complexidade de fatores associados à produção de saúde no contexto do cotidiano dos usuários e dos territórios nos quais andam a vida. A metodologia de pesquisa prevê dispositivos iniciais como a construção de grupo condutor da pesquisa e do grupo condutor local, a realização de inventário de problemas e estratégias de resposta, os seminários de troca de experiências e validação de fluxos/processos de trabalho. Ou seja, a intervenção no contexto é tomada como educação permanente, seja sobre o trabalho

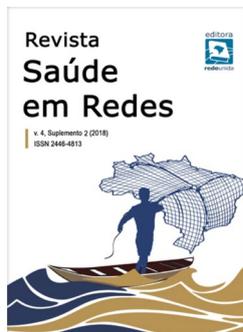


Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

de cuidar e organizar o cuidado no interior dos serviços, seja na produção de análises da própria pesquisa, que envolve a participação ativa dos trabalhadores dispostos a essa atividade. Considerando-se as dimensões relacionais do cuidado, a mobilização dos atores do cotidiano do trabalho na urgência e emergência busca o compartilhamento de saberes e o desenvolvimento conjunto de conhecimentos e tecnologias úteis e oportunos para qualificar o cuidado. Para alcançar os objetivos da pesquisa-intervenção, estão previstas outras estratégias como grupos de discussão, oficinas de especialistas, entrevistas, caso-guia, análise documental.

Como resultados da pesquisa até o presente momento, identificou-se que os protocolos utilizados por estes serviços, em geral são o Protocolo de Manchester e o Protocolo de Acolhimento de Avaliação de Risco do Humanizadas. No entanto, um dos serviços já formalizou uma adaptação do protocolo para atender questões de saúde mental em consonância às necessidades percebidas. Um outro serviço iniciou um trabalho de construir um protocolo próprio, de acordo com a realidade local, produzindo variações ainda pouco compartilhadas entre os trabalhadores. A necessidade de adaptação dos procedimentos protocolados é marcada por todos os serviços, e se dá porque os protocolos de Manchester e Humanizadas estão focados na verificação de sinais e sintomas de âmbito biológico, sendo pouco sensíveis para captar questões de vulnerabilidade social, saúde mental e outras equidades. Surgiu também que profissionais com escuta qualificada, sentem necessidade de avaliar o risco considerando aspectos integrais dos sujeitos e muitas vezes o fazem, o que gera conflitos entre os membros das equipes. Constatou-se, assim, que os protocolos são insuficientes para organizar o cuidado nos serviços, gerando, muitas vezes, uma sobrecarga nos processos de trabalho para contornar inadequações ao perfil dos serviços, do sistema local de saúde e dos usuários. Por outro lado, há intensa produção de redes de saber e desenvolvimento de tecnologias a partir das questões que são mobilizadas pelos problemas identificados pelos trabalhadores. Outro aspecto importante é o distanciamento entre os serviços de urgência e emergência e a atenção básica e especializada dos municípios, que gera déficits relevantes em relação à qualidade e continuidade do cuidado. Percebe-se que mesmo em ambientes com grande demanda como os serviços em que se desenvolve o projeto, o trabalho vivo reivindica espaço na organização dos processos de cuidado, produzindo-se uma inteligência rizomática para abordar os problemas do cotidiano. A mobilização dos trabalhadores em torno da análise dos processos de trabalho e das tecnologias utilizadas, mostra a importância de um dispositivo participativo de gestão do trabalho, fortemente alicerçado em estratégias de educação permanente em saúde, aproveitando as aprendizagens sistematizadas pelos trabalhadores no cotidiano e potencializando a inteligência que se produz coletivamente para superar



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

as questões colocadas pela complexidade do trabalho. Aos serviços, constituir dispositivos participativos de análise dos problemas no cotidiano do trabalho, gera um ganho em termos de fluxos e resolutividade e, na prática, os serviços de urgência e emergência, tradicionalmente considerados também observatórios das condições de saúde dos territórios, transformam-se em laboratórios de desenvolvimento de tecnologias de cuidado e gestão. Diferentemente de sequestrar o trabalho vivo por meio de rotinas e abordagens estruturadas, o protocolo pode tornar-se dispositivo para a análise e produção de conhecimentos e tecnologias para o desenvolvimento da capacidade de cuidar, quer nos atendimentos de urgência e emergência, quer para matricular o trabalho nos demais serviços da rede. Ou seja, trata-se de não apenas considerar o serviço de urgência e emergência como parte de uma rede de atenção territorial, senão de constituir neles laboratórios de experimentação e desenvolvimento da rede de cuidados. A parceria, no formato de rede científica, envolvendo instituições de ensino e pesquisa e serviços se mostra potente para o desenvolvimento do trabalho na organização de linhas de cuidado, articulando serviços e ações de cuidado, e também na produção de conhecimento significativo no cotidiano dos serviços e das instituições de ensino e pesquisa, materializando produtivamente a articulação entre ensino, pesquisa e o trabalho nos serviços que está prevista em diversos documentos legais. Esta pesquisa, desde a fase inicial, mostra-se potente em promover espaços de troca de experiências e discussão entres os diferentes níveis de atenção dos municípios.

Palavras-chave: Linha de Cuidado; Urgência e Emergência; Classificação de Risco; Gestão do Cuidado



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E DE ENFERMAGEM: CONTEXTUALIZANDO PROBLEMAS GERENCIAIS EM UM CENTRO ESCOLA DE BELÉM DO PARÁ

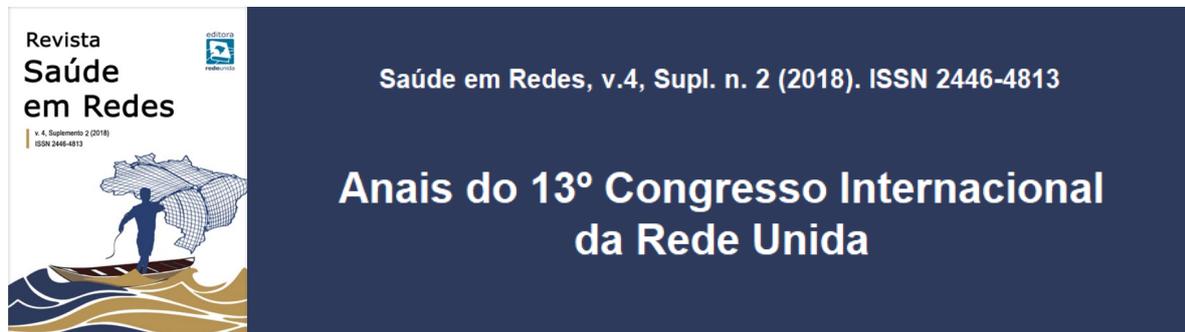
Silvia Tavares de Amorim, Antonio Breno Maia de Araújo, Camila Neves Lima, Erlon Gabriel Rego de Andrade, Rosinelle Janayna Coêlho Caldas, Sandra Maria Ferreira de Alencar

APRESENTAÇÃO: O processo de trabalho é algo recente para a Enfermagem. Ele configura a produção intencional de um serviço ou produto, sob ação do homem, que tenha valor para o ser humano. A Enfermagem vem exercendo significativo papel na administração dos serviços de saúde, com fins na melhoria da assistência integral aos usuários, por meio da qualificação da equipe de saúde envolvida no cuidado ao cliente. O processo gerencial possui etapas articuladas, interdependentes, globalísticas, sistêmicas e permeia todos os serviços de saúde. Assim, a equipe multiprofissional de saúde precisa continuamente efetivar o planejamento participativo e descentralizado, e ao longo do trabalho aplicar a avaliação. O planejamento e avaliação são ferramentas substanciais do processo administrativo gerencial nos serviços de saúde. Neste trabalho, serão abordados dois setores de serviços em saúde: Sala de Imunização e Sala de Coleta para Preventivo do Câncer de Colo do Útero (PCCU) de um Centro de Saúde Escola (CSE) de Belém do Pará. Nessa perspectiva, o estudo tem por objetivo realizar diagnóstico organo-funcional e propor soluções para os problemas evidenciados nos serviços de Imunização e de Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino, no Centro de Saúde Escola do Marco.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Trata-se de um estudo de natureza descritiva e observacional, com abordagem qualitativa, desenvolvido por um grupo de cinco acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará (UEPA), durante o período de 18 de março a 04 de abril de 2016. O estudo ocorreu no Centro de Saúde Escola (CSE) do Marco, Unidade vinculada ao Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da UEPA, localizando-se no município de Belém, estado do Pará. Funciona nos períodos manhã e tarde, dispondo serviços ambulatoriais, laboratoriais e especializados, que atendem à população do bairro do Marco e, eventualmente, de outros bairros e regiões do estado. Participaram do estudo, profissionais dos serviços de Imunização e PCCU do CSE do Marco, tendo como critério de inclusão os mesmos atuarem nestes setores e estarem dispostos a contribuir com o grupo, no sentido de esclarecer sobre o funcionamento dos serviços. Como critério de exclusão, adotou-se o fato de o profissional ocupar-se com tarefas administrativas e/ou assistenciais no momento da coleta de dados, inviabilizando,



portanto, sua participação. O público-alvo constituiu-se de profissionais do Setor de Imunização e Setor de PCCU. Para realização da abordagem observacional foi utilizada a visão técnico-científica de acadêmicos de Enfermagem, visando realizar diagnóstico organo-funcional dos serviços de Imunização e PCCU do CSE do Marco, durante prática curricular obrigatória do componente curricular “Gestão e Gerenciamento dos Serviços de Saúde e de Enfermagem”. Após a observação, as anotações foram levadas à docente supervisora, a qual orientou este trabalho, para esclarecimento de determinadas situações e em busca de orientações sobre como prosseguir. Tais informações foram organizadas e sistematizadas, a fim de montar tabelas contendo problemas gerenciais, causas, efeitos e propostas para os dois serviços analisados, com intuito de fazer um registro claro e de bom entendimento a respeito dos problemas identificados. Essas tabelas foram vistas como método de melhor leitura dos dados obtidos, evidenciando os resultados alcançados pelos acadêmicos. RESULTADOS E IMPACTOS: No setor de imunização a limpeza das superfícies da Sala de Vacinação deve envolver limpeza concorrente e terminal. A limpeza dos equipamentos de refrigeração deve ser realizada conforme orientações do Manual de Rede de Frio, sendo programada e executada pela equipe responsável da sala. A organização e monitoramento da limpeza da Sala de Vacinação é função da equipe do serviço. O acolhimento e triagem são procedimentos que tomam por base critérios de prioridade no atendimento, devendo acontecer em qualquer serviço de saúde, independente do nível de complexidade da rede, sendo estas prioridades definidas pela equipe e informadas aos usuários dos serviços de forma clara. Assim, a informação fortalece o relacionamento da equipe com os usuários, estabelecendo confiança e solidariedade, por isso deve ser uma postura adotada pelos profissionais, desde a portaria do prédio, na recepção, até a entrada na Sala da Vacinação. A triagem realizada de forma adequada permite a redução de filas, a ampliação do acesso e reforça o vínculo entre a população e o serviço de saúde. Desse modo, as condições do ambiente devem preservar o bem-estar dos usuários, permitindo que a demora no atendimento e as filas possam ser evitadas; a espera deve ser instalada em local adequado. A sinalização de orientação dos setores deve ser clara, objetiva e estar visível, complementada com orientação ao usuário sobre a direção a tomar para chegar ao setor desejado. O fato de o Setor de Coleta para PCCU estar fechado há mais de um mês culmina na ruptura de princípios constitucionais, os quais deviam ser plenamente gozados pelo cidadão. As mulheres, frente suas particularidades anatomofisiológicas, são vítimas potenciais de agravos relevantes, sendo o câncer de colo uterino um entre os principais. A mulher deve ser alvo de ações e estratégias que promovam continuamente seu bem-estar, reafirmando a saúde como direito constitucional. Conforme Decreto Nº 94.406/87, que regulamenta a Lei Nº 7.498, de



junho de 1986, é atribuição privativa do enfermeiro coordenar os serviços de Enfermagem, em instituições públicas ou privadas de atenção à saúde. Isso vai de encontro ao fato de, no CSE do Marco, a supervisão do serviço de PCCU e, portanto, do pessoal de Enfermagem, ser assumida por assistente social. No CSE do Marco, a coleta para colpocitologia oncótica é procedida por técnica de Enfermagem, constituindo-se problema a ser solucionado, tendo em vista a contradição às determinações apontadas pela Resolução COFEN Nº 381/2011, a qual afirma que este procedimento é atribuição privativa do enfermeiro, visto sua relevância e complexidade técnica, exigindo conhecimentos e habilidades do profissional graduado. Além disso, as consultas de Enfermagem são, também, responsabilidades do enfermeiro, intransferíveis a outros profissionais. O não cumprimento de tais determinações pode acarretar sérias consequências ao serviço, traduzindo-se em baixa resolutividade, sem melhorias significativas nos índices de saúde. É, também, a técnica de Enfermagem, conforme dados coletados, que realiza desde a triagem às anotações de Enfermagem, evidenciando outra contradição às normas vigentes. O enfermeiro faria anotações de Enfermagem sob a ótica técnico-científica, frente às características clínicas observadas. A distribuição de fichas deve-se empregar como forma de operacionalizar o serviço, para garantir atendimento holístico e humanizado ao usuário, observando princípios e diretrizes que norteiam o sistema de saúde vigente. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Ao considerar que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, o SUS foi idealizado para proporcionar aos cidadãos o direito pleno e integral à saúde. Nele, a prestação de assistência qualificada se concretiza por meio do processo administrativo-gerencial eficaz, o qual, através de ações e estratégias de organização dos serviços e dos processos de trabalho. Nesta perspectiva, espera-se do profissional enfermeiro o desempenho de suas funções de gestor e supervisor, na aquisição de insumos para sua unidade de trabalho, no desenvolver habilidades e competências para gerir sua equipe, promover bom relacionamento interpessoal, valorizar e despertar o potencial de trabalho da equipe, instrumentalizá-la, torná-la parceira no planejamento das atividades, colaborativa e participativa na tomada de decisões, no engajamento de ações e resolução de problemas, a fim de melhorar o cuidado assistencial ao indivíduo e coletividade.

Palavras-chave: Serviços de saúde; Enfermagem; Administração



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

GESTÃO E GERENCIAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E DE ENFERMAGEM: VIVÊNCIA DE ACADÊMICOS EM UM HOSPITAL DE ENSINO

Silvia Tavares de Amorim, Antonio Breno Maia de Araújo, Camila Neves Lima, Erlon Gabriel Rego de Andrade, Natália Cristina Costa dos Santos, Rosinelle Janayna Coêlho Caldas, Héllen Cristhina Lobato Jardim Rêgo

APRESENTAÇÃO: O presente estudo trata-se da vivência de acadêmicos de Enfermagem através do componente curricular “Gestão e Gerenciamento dos Serviços de Saúde e de Enfermagem”, que ocorreu no período de 26 de abril a 06 de maio de 2016, no Hospital Ophir Loyola (HOL), sendo referência em tratamento oncológico, neurocirurgia, cardiologia, terapia renal e transplantes. Sob supervisão e orientação docente, os acadêmicos de Enfermagem realizaram visitas técnicas a setores administrativos e assistenciais da instituição, sendo estes Diretoria Técnica, a Assessoria de Planejamento (ASPLAN) e Clínica de Hematologia.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Utilizou-se a Metodologia da Problematização, recurso ativo proposto por Neusi Aparecida Navas Berbel aplicada a partir do Arco de Maguerez, criado na década de 1970, constando de cinco etapas interdependentes, sendo elas, respectivamente: observação da realidade (através da visita técnica e observação) e identificação de problemas; definição de pontos-chave; teorização; levantamento de hipóteses de solução ou pressupostos; e aplicação à realidade. O Arco de Maguerez é um método que propõe a observação da realidade, a identificação de possíveis problemas ou do objeto de estudo, para posterior seleção do que se quer aprofundar. Logo após são elencados os pontos-chave, para definir o que se pretende estudar. Em seguida é realizada a teorização, as pesquisas a fim de respaldar a situação-problema. Depois desta etapa é feita a elaboração de pressupostos, soluções, para logo em seguida os pesquisadores envolvidos no estudo usarem sua criatividade e realizarem mudanças nos setores observados. Na última fase, as propostas são aplicadas para se ter minimamente transformação daquela realidade.

RESULTADOS E/OU IMPACTOS: A Diretoria Técnica é coordenada por um médico, sendo responsável por garantir condições propícias de trabalho para execução de procedimentos técnicos seguros, pela prática ética da medicina, cumprimento e observância às normas vigentes no estabelecimento de saúde. Segundo o Art. 28º, do Decreto Federal nº 20.931/32, o cargo de diretor técnico é obrigatório em qualquer instituição hospitalar ou serviço médico. Dentre os problemas identificados na Diretoria Técnica estavam: Inexistência de protocolos multiprofissionais para execução de procedimentos técnicos; maior parte do quadro de funcionários constituída por profissionais temporários; ausência de fomento à pós-



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

graduação intra-hospitalar (mestrado); desconhecimento do organograma por alguns profissionais; entraves relacionados à falta de conhecimento da cultura organizacional. E as hipóteses de solução ou pressupostos a serem aplicados na Diretoria Técnica verificou-se a necessidade de agilizar estruturação de regimento interno que normatize a necessidade de existência e observância dos protocolos multiprofissionais; elaborar, de forma conjunta e participativa, protocolos multiprofissionais para execução de procedimentos técnicos; implementar um organograma para que os setores envolvidos possam conhecer a hierarquização institucional; e promover aos funcionários a socialização do modelo organizacional da Instituição, bem como atribuições de cada setor e inter-relação dos mesmos. A ASPLAN atua por meio de planejamento estratégico, que consiste em um conjunto de decisões sobre aspectos que afetam ou devem afetar o funcionamento e processo gerencial da empresa/organização por longos períodos de tempo, sendo mais abrangente e intrínseco ao nível institucional, isto é, hierarquicamente mais elevado. Quanto aos problemas verificados na ASPLAN identificou-se os altos custos com determinadas categorias, cujo quantitativo disponível de profissionais capacitados é escasso (cirurgiões de cabeça e pescoço e físicos especialistas em física médica); altos custos com o ambulatório; o tempo médio de permanência tende a ser alto. Neste sentido, poderia-se implementar medidas de controle dos materiais consumidos no Ambulatório, a fim de reduzir gastos, porém, mantendo a qualidade dos procedimentos; estratégias de redução e controle de custos em ambulatório; sensibilização do nível estratégico quanto à redução de custos: níveis táticos (gerências) e níveis operacionais (chefias); realizar diagnóstico situacional do setor; estruturar e agrupar os centros de custos; identificar os grupos de gastos; e monitorar e avaliar. A Clínica de Hematologia está ligada ao Departamento de Enfermagem, que está ligada à Diretoria Técnica, que por sua vez está relacionada com a Diretoria Geral. A enfermeira responsável pelo turno da manhã assume cargo administrativo e assistencial, que tem como fluxo de trabalho: passagem de plantão, checagem do carro de parada, organização da escala, solicitação de materiais e visita, em consonância à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). A Clínica presta cuidados especializados em hematologia e hemoterapia a pacientes portadores de neoplasias hematológicas, e tem, entre seus profissionais, agentes administrativos, auxiliares operacionais, enfermeiros, médicos, nutricionistas, psicólogos e técnicos de Enfermagem. Assim, na Clínica de Hematologia, observou-se como problemas a sobrecarga de trabalho da enfermeira da manhã, a qual desempenha funções assistenciais e gerenciais concomitantes; limitações de parte da equipe multiprofissional sobre como checar e usar o carro de parada; dificuldades na passagem de plantão relacionadas à socialização com os enfermeiros das clínicas,

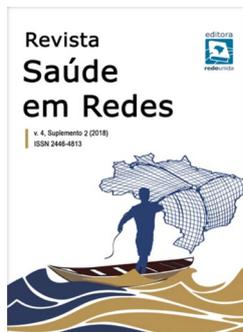


Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

em virtude da ausência de parte destes; não realização da checagem do carrinho de emergência; não utilização de sistema de classificação; não realizado dimensionamento da equipe de enfermagem de forma institucionalizada; e leitos não identificados. E para tentar solucionar os problemas verificou-se a necessidade de trabalhar, junto ao Departamento de Enfermagem e demais instâncias administrativas, a possibilidade de dimensionar outro profissional de Enfermagem para assistência na Clínica de Hematologia no turno da manhã; elaborar e aplicar estratégias de capacitação multiprofissional, por meio da educação continuada, sobre checagem diária, indicações de uso e operacionalização do carro de parada; utilizar escore de classificação dos pacientes para dimensionamento adequado dos profissionais de Enfermagem; e estimular a participação dos enfermeiros das clínicas durante passagem de plantão no Departamento de Enfermagem. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A observação, enquanto instrumento básico de Enfermagem, constitui-se importante ferramenta da atuação profissional, através da qual se pode identificar irregularidades e desajustes nos processos saúde-doença e administrativo-gerencial, nos quais o enfermeiro, enquanto cuidador, administrador, orientador e integrador, encontra campo fértil para atuar, balizado na responsabilidade ética, técnico-científica e social. Frente às suas competências e habilidades, ao identificar situações que necessitam de ajustes e correções, pode empregar as ferramentas da educação, perfeitamente cabíveis aos públicos com os quais trabalha, se adaptadas às características de cada realidade. À sua equipe, pode aplicar educação continuada, e às questões administrativas, pode contribuir para dirimi-las, por meio de sua inserção na gestão dos serviços. A prática acadêmica nos proporcionou oportunidade singular ao que tange aos processos de Gestão e Gerenciamento dos Serviços de Enfermagem dentro do Hospital, a dinâmica e funcionamento dentro dos setores observados, a percepção de nós, enquanto acadêmicos, quanto à detecção de problemas e possíveis propostas de solução dos mesmos, com o intuito de melhorar os serviços, a assistência ao paciente e na aquisição de experiência para futuramente galgarmos os caminhos da assistência nos diversos pontos de atenção à saúde.

Palavras-chave: Gestão; Serviços de Saúde; Enfermagem.



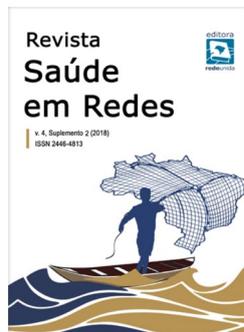
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

GRUPOS DE TABAGISMO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA EXPERIÊNCIA EXITOSA E DESAFIANTE EM FORTALEZA-CE.

Luiza de Paula Sousa, Marina dos Santos Garruti de Medeiros, Aline Luiza de Paulo Evangelista, Ana Amélia Lima Pequeno, Lorena Andrade Gomes Gadelha, Ana Geyse Gomes da Silva, Maria Clarice Tavares Evangelista, Ivamara Morais Silva

Apresentação: O “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022”, lançado pelo Ministério da Saúde em 2011, objetiva enfrentar e deter o crescimento das doenças crônicas não transmissíveis, abordando as quatro principais, a saber: doenças circulatórias, respiratórias crônicas, diabetes e o câncer, bem como os seus fatores de risco em comum: tabagismo, álcool, inatividade física, excesso de peso e alimentação não saudável. Dessa forma, o plano visa à redução da morbimortalidade decorrente destas doenças, através de ações de promoção de saúde e prevenção, aliadas à detecção precoce, ao tratamento adequado e à reorganização dos serviços de saúde, prioritariamente, com o fortalecimento da Atenção Básica. O tabagismo se apresenta como um fator de risco das referidas doenças e, além de causar prejuízos à qualidade de vida da população, é fator de incapacidade precoce, onerando os sistemas públicos de saúde e a previdência social. Estimativas da Organização Mundial da Saúde sugerem que as despesas com saúde e perda de produtividade em decorrência das doenças do tabaco superam US\$ 1 trilhão para os cofres públicos no mundo todo, ou seja, trata-se de uma problemática de saúde mundial. Desde 2004, o Ministério da Saúde desenvolve um programa denominado Programa Nacional de Controle do Tabagismo, preconizando que qualquer equipamento do Sistema Único de Saúde, ambulatorial ou hospitalar, pode estar habilitado a executar ações voltadas para a abordagem aos usuários de tabaco, através da capacitação profissional e do cadastro no referido programa, oferecendo meios para a cessação deste hábito. O manual do participante “Deixando de fumar sem mistérios” é o material de apoio utilizado durante as sessões de abordagem cognitivo-comportamental, no tratamento individual ou em grupo, fornecendo informações e estratégias necessárias para apoiar o indivíduo, bem como a prevenção de recaídas. A anamnese com a detecção do grau de dependência e os exames complementares se fazem necessários, além do encaminhamento, aos serviços de referências, de pacientes com comprometimento psicossocial e/ou com comorbidades. O programa conta, ainda, com o apoio farmacológico de medicamentos do componente estratégico da Assistência Farmacêutica. No município de Fortaleza-CE, a implementação de Grupos de Tabagismo, mais especificamente nas Unidades de Atenção Primária à Saúde



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

(UAPS) da Coordenadoria Regional de Saúde 2 (CORES 2), iniciou em outubro de 2013, estando em fase de expansão para a melhoria da assistência à saúde dos tabagistas, além da realização de ações de prevenção ao tabagismo. Diante do exposto, o presente trabalho objetiva descrever a implementação dos Grupos de Tabagismo nas UAPS da CORES 2 do município de Fortaleza-CE. Desenvolvimento: Trata-se de um relato de experiência sobre a implementação dos Grupos de Tabagismo nas UAPS da CORES 2 em Fortaleza-CE. O período da experiência descrita é de outubro de 2013 a outubro de 2017. Os grupos são realizados em 12 encontros semanais, iniciando com a aplicação do Teste de Fargeströn (instrumento que identifica o grau de dependência do indivíduo), sendo este, aplicado nas áreas de abrangência, pelos agentes comunitários de saúde, e nas próprias UAPS, pelos demais profissionais. Os encontros se caracterizam pela adoção das rodas de conversa, oficinas e resgates de experiência, questionamentos e anseios dos participantes, mediante apoio e acompanhamento de, pelo menos, dois profissionais de saúde, que abordam vários temas relativos à cessação do tabagismo, tais como nutrição, saúde bucal, comprometimento cardiorrespiratório, autoestima, qualidade de vida, prevenção de recaídas e como lidar com o estresse. As ações acontecem valorizando os benefícios (individuais e coletivos) de parar de fumar, mas respeitando a particularidade de cada usuário, tendo em vista a autonomia dos mesmos dentro desse processo. Um ponto importante desta abordagem é o fato de cada usuário definir a data para abandonar o uso do tabaco. Os usuários são acompanhados por várias categorias profissionais, sendo necessária a presença do profissional de Medicina, pela necessidade de avaliação e prescrição medicamentosa, a depender do caso, haja vista que segundo o Ministério da Saúde, 75% dos usuários que procuram a unidade de saúde para pararem de fumar, necessitam de apoio medicamentoso. Os medicamentos disponibilizados são: adesivo transdérmico de nicotina (21, 14 e 7 mg), goma de mascar de nicotina (2 mg), pastilha de nicotina (4 mg) e cloridrato de bupropiona (150 mg). Os usuários que já cessaram o hábito de fumar passam a ser acompanhados mensalmente, trimestralmente, semestralmente, e somente recebem a alta definitiva do acompanhamento um ano após a cessação completa. Estes usuários, frequentemente, são convidados a darem seus depoimentos para os que ainda enfrentam tal desafio. Além disso, os grupos já em funcionamento servem de referência para os profissionais das demais unidades em fase de implementação, onde estes podem participar como observadores da dinâmica aplicada, norteando as ações dos grupos a serem implantados nas demais unidades de saúde. Resultados: Desde outubro de 2013, foram capacitados cerca de 80 profissionais, entre médicos, enfermeiros, dentistas, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas,



psicólogos, assistentes sociais, técnicos de saúde bucal e agentes comunitários de saúde, integrantes da Estratégia Saúde da Família, Núcleos de Apoio à Saúde da Família, Residências Integradas em Saúde e Residência de Medicina de Família e Comunidade. De 2013 a 2016 foi possível a implantação de grupos de tabagismo em duas das 12 UAPS, permanecendo em funcionamento apenas um deles. A partir de julho 2017, após a intensificação e o fomento à capacitação, bem como uma intensa sensibilização junto aos profissionais, conseguiu-se a implantação de Grupos de Tabagismo em mais três UAPS, estando duas unidades em fase final de implantação, visando alcançar até o final de 2017, 50% das UAPS. Considerando o período relatado de quatro anos, 154 pacientes ingressaram no programa de abordagem e tratamento ao usuário de tabaco na CORES 2. De acordo com os registros da área técnica responsável, cerca de 40% conseguiram a cessação completa do hábito de fumar, enquanto 30% conseguiram reduzir o uso de cigarro de um a dois maços/dia para 3 a 4 unidades/dia, o que demonstra uma acentuada redução dos danos causados pela nicotina. Infelizmente, as subjetividades implicadas nas razões de cada indivíduo, mostram que 30% destes pacientes não lograram êxito na cessação do tabagismo, sendo que a literatura aponta índices de cessação entre 30% e 60%. Em uma unidade de saúde, que oferece o tratamento desde 2013, a dinâmica foi diferenciada, onde o grupo permanece aberto ao ingresso de novos usuários, de maneira que o acesso a esse serviço acontece de forma ininterrupta. Considerações finais: A implementação dos Grupos de Tabagismo nas UAPS da CORES 2 demonstra com êxito a possibilidade de redução dos malefícios individuais e coletivos gerados pelo tabagismo. Vale salientar que o frágil vínculo de trabalho e a rotatividade dos profissionais de saúde geram descontinuidade nas ações programadas, ampliando o desafio no trabalho em saúde no âmbito da promoção. A atuação de equipes multiprofissionais, com fortes vínculos empregatícios, com intervenções e estratégias direcionadas às necessidades de saúde da população, desestimulando o tabagismo, aliadas ao estímulo à alimentação saudável e à atividade física, certamente será eficaz no intuito de efetivar a promoção de saúde dentro do contexto da Atenção Primária à Saúde, como bem demonstra o trabalho aqui apresentado.

Palavras-chave: Tabagismo; Promoção de Saúde; Atenção Primária



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

IDENTIFICAÇÃO DE TEORIAS DA ADMINISTRAÇÃO NA DINÂMICA ORGANIZACIONAL E NO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Solana Nunes Vieira, Brenda Alice Andrade Vidigal, Adilson Santos Andrade Júnior, Diego da Silva Tamaturgo, Fernanda de Azevedo Martins da Costa, Larissa Esthefani Barros Cirino, Alex Martins

APRESENTAÇÃO: A enfermagem é uma profissão que tem a gestão como ponto forte do trabalho. O enfermeiro é o responsável por sua equipe, técnicos e auxiliares de enfermagem, além de gerenciar a gestão do ambiente, materiais e equipamentos, sendo as funções administrativas essenciais para um atendimento adequado. Por isso a importância do desenvolvimento de habilidades administrativas na Enfermagem durante a graduação, curso no qual são abordadas aulas teóricas acerca das teorias da administração, que irão embasar a prática assistencial e administrativa, e proporcionar um ambiente de trabalho mais organizado e sistemático.

As Teorias da Administração influenciam na dinâmica de trabalho em vários contextos, e inclusive em nossa vida diária, não apenas em uma empresa que possui um administrador como funcionário. Assim, encontramos características das teorias administrativas no âmbito hospitalar, compondo o arcabouço da temática Gestão em Enfermagem. No presente estudo, apresentamos um relato de experiência das aulas práticas da disciplina de Gestão em Enfermagem e Saúde realizadas em um hospital pediátrico estadual de médio porte, cujo objetivo é descrever atividades do processo assistencial que possam refletir às teorias da administração e suas influências na organização do trabalho da enfermagem.

DESENVOLVIMENTO: Quanto ao local escolhido para desenvolver a presente pesquisa, ele é um hospital específico para atendimento pediátrico, independente da especialidade, sendo organizado de acordo com o atendimento procurado. Foi escolhido um setor para realizar a pesquisa, a Enfermaria Pediátrica II, com leitos infantis (0 a 24 meses). É composto por duas enfermarias, uma com cinco leitos e outra com seis. No primeiro quarto, as crianças internadas eram de 0 a 6 meses, e no segundo de 7 a 24 meses. Quanto à sua estrutura, era bem organizado e proporciona um adequado ambiente de trabalho, mesmo que materiais, como armários, estivessem quebrados. O posto de enfermagem era composto por uma mesa e duas cadeiras, e uma mesa no corredor com o computador e mais três cadeiras, para anotações da equipe e prescrição e atualização dos prontuários dos pacientes.



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

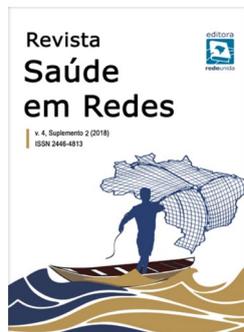
As enfermeiras estavam atentas em conferir os materiais de emergência diariamente, que é uma atribuição da equipe, mas quando questionadas se conferiam os materiais de uso comum, como seringas, medicamentos, gazes, entre outros, relataram que era função do setor farmácia e que por isso não os conferiam.

Durante a permanência de uma criança no hospital, diariamente se realiza registros e anotações da evolução clínica. No local de estudo, o registro do exame físico do paciente era realizado em uma folha avulsa e, após, atualizado em seu prontuário. Essa folha avulsa, mesmo sendo uma folha de informação criada pela instituição, não é considerada, pelos funcionários como documento legal, o que aumenta o excesso de papelada que a equipe de enfermagem precisa atentar e ser responsável.

O enfermeiro do plantão noturno é o responsável pela divisão do trabalho que será realizado pelos técnicos de enfermagem do plantão diurno, porém não teve conhecimento do critério escolhido para a função de cada um. No início do dia, com a troca do funcionário noturno para o diurno, as instruções da situação de saúde são passadas entre os funcionários, e podemos classificar essa troca de informações no início do trabalho como passagem de plantão. Na unidade estudada e nos dias de aula prática, uma passagem de plantão foi realizada no posto de enfermagem e outra realizada leito a leito. Porém a comunicação entre a equipe ocorreu de maneira falha, uma vez que não foi observada trocas de informações sobre o planejamento para o dia de trabalho e o relato entre os funcionários, enfermeiro e técnico de enfermagem, sobre a forma que recebeu o plantão.

RESULTADOS: Logo de início se observa a Teoria Clássica de Fayol, que descreve o planejamento e a organização como atividades da administração, planejamento este que acontecia nas enfermarias, separando as crianças de acordo com a idade para melhor sistematização do trabalho. A conferência dos materiais por meio de classificação dos insumos e subdivisão demonstra que organizar seu ambiente de trabalho é uma forma de gerência. Fayol afirma que uma das funções do administrador é a responsabilidade por seu setor, de forma completa. Porém, faz-se necessário estabelecer protocolos operacionais padrão que padronizem essas atividades e atribuições com seus respectivos responsáveis, assegurando assim que tais atividades tenham êxito e efetivando a prática segura de atendimento, com a dupla checagem.

Com relação aos registros feitos pela equipe de enfermagem, observa a influência da teoria burocrática de Max Webber, que é tão presente em instituições de saúde, pois se baseia na organização do trabalho pelo uso de papel, no registro, na organização do atendimento de forma burocrática. Apesar da teoria de Webber proporcionar uma organização mais precisa, ainda é vista e trabalhada de forma negativa.



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

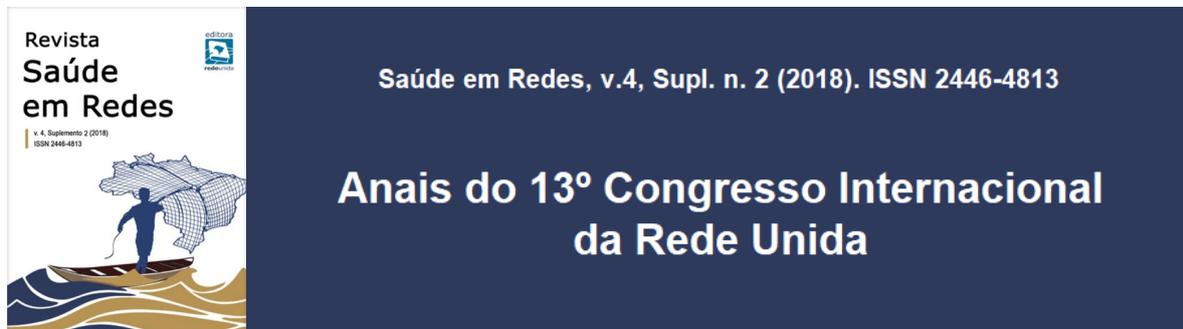
Quando o enfermeiro do setor realiza a divisão de trabalho entre os funcionários, põe em prática o que Taylor desejava, de diminuir o tempo ocioso dos profissionais e aumentar a produção. E a troca de informações entre os funcionários pode tornar o cuidado mais completo e diminuir a permanência no hospital, consequentemente aumentando a produtividade da equipe, porém é mais efetiva, a meu ver, quando realizada leito a leito diariamente, pois quem está recebendo o plantão observa as informações que estão sendo recebidas.

A enfermagem é uma profissão em que o foco é o cuidado, a relação entre as pessoas atendidas de maneira mais íntima, se preocupando também com as questões psicológicas dos pacientes. Assim, a Teoria das Relações Humanas embasa essa prática, que tem por objetivo efetivar a comunicação entre a equipe de enfermagem e paciente/acompanhante. Porém, quando observada a aplicação dessa teoria e a comunicação, que é o instrumento que ela utiliza, tal prática ocorre de maneira deficiente. Os resultados que se objetivam alcançar no planejamento da assistência depende da forma como é organizado o trabalho. Observou-se que as teorias são utilizadas em conjunto, que convergem em um atendimento para a população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Assim como foi possível observar no estudo sobre as teorias da administração, constataram-se na prática que estão intimamente relacionadas às atividades gerenciais e que assim moldam a dinâmica de trabalho, a produtividade e o êxito na execução das atividades propostas à equipe de enfermagem. Estar atento aos seus funcionários e a forma como irá desenvolver habilidades ainda durante a graduação proporcionará uma visão crítica e reflexiva, necessária para o desenvolvimento de uma gestão preparada para lidar com desafios diversos. Assim, o presente estudo permitiu a identificação das influências das teorias da administração na rotina gerencial do profissional enfermeiro, demonstrando a necessidade do conhecimento dessa temática pelos profissionais da enfermagem, confirmando a importância da apresentação de tais teorias na graduação, para apropriação da temática pelos alunos e mudança efetiva da forma de trabalho no futuro, e observar como as teorias da Administração Geral podem influenciar as atividades gerenciais na enfermagem, contribuindo assim para um atendimento de qualidade.

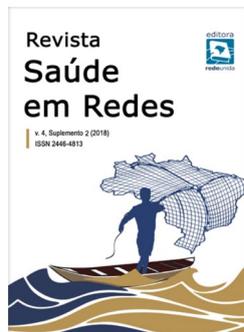
Palavras-chave: Administração em Saúde; Profissionais de Enfermagem; Organização e Administração.

IMPLANTAÇÃO DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR EM PACIENTES HIPERTENSOS NO MUNICÍPIO DE PARINTINS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA



Darlane Valério Pinto

APRESENTAÇÃO: A realização da estratificação de risco cardiovascular (ERCV) é fundamental para a seleção dos indivíduos que têm maior possibilidade de desenvolver complicações decorrentes da hipertensão, e desta forma, intervir com terapêuticas adequadas aos mesmos conforme o grau de risco. Para a realização da estratificação de risco cardiovascular durante a consulta de Enfermagem é indicada a utilização do escore de Framingham, tendo em vista, que a estratificação tem como objetivo estimar o risco de cada indivíduo sofrer uma doença arterial coronariana nos próximos dez anos, sendo essa estimativa fundamentada na presença de vários fatores de risco como sexo, idade, níveis pressóricos, tabagismo, níveis de HDLc e LDLc. A partir da estratificação de risco, selecionam-se indivíduos com maior probabilidade de complicações, os quais se beneficiarão de intervenções mais intensas. O objetivo do estudo é relatar a experiência na implantação da estratificação de risco de hipertensos nas Unidades Básicas de Saúde da zona urbana e rural do município de Parintins e demonstrar o resultado parcial das estratificações realizadas até presente data. **DESENVOLVIMENTO:** O município de Parintins, desde janeiro de 2017, está vivenciando um novo período na atenção à saúde, realizando a reconstrução da Atenção Básica como estratégia de reordenamento do SUS, tendo como uma das metas propostas reduzir a mortalidade prematura por doenças cardiovasculares. A gestão iniciou o processo de elaboração e implantação do protocolo municipal de hipertensão que propõe no seu objetivo geral estimular o diagnóstico precoce, o tratamento contínuo, o controle da Pressão Arterial e dos fatores de risco associados, e em um dos objetivos específicos avaliar, controlar e intervir em fatores de risco cardiovasculares associados à hipertensão. E, para otimizar essa intervenção é necessária a realização do acompanhamento das consultas dos usuários de acordo com a Estratificação de Risco Cardiovascular (ERCV). O Relato de experiência descreve a implantação e o resultado parcial da realização das estratificações de risco cardiovascular em pacientes hipertensos iniciada em março de 2017 e faz parte de um processo contínuo. A experiência foi e está sendo desenvolvida nas 09 (nove) Unidades Básicas de Saúde da zona urbana e 05 (cinco) da zona rural do município de Parintins, totalizando 14 unidades com 24 equipes da Estratégia Saúde da Família. A Gerência do Programa Municipal de Hipertensão da Secretaria Municipal de Saúde de Parintins elaborou um formulário e distribuiu às equipes da Estratégia Saúde da Família (eESF) para que se coletasse dados atualizados dos hipertensos das áreas de abrangência, tendo em vista que o Sistema de Informação em Saúde HiperDia encontra-se fora de operação desde o ano de 2014, o qual obteve-se a informação de que o município possui 3.373 pessoas



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

com hipertensão. O processo iniciou em março de 2017 com a capacitação dos profissionais de saúde sobre a realização da Estratificação do Risco Cardiovascular baseado no Escore de Framingham do Caderno de Atenção Básica no 37 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – hipertensão arterial sistêmica do Ministério da Saúde. RESULTADOS: A capacitação foi realizada por Unidade Básica de Saúde para todos os profissionais da ESF (médicos, enfermeiros) com duração de quatro horas e a metodologia utilizada foi abordagem teórica sobre a temática e realização de exercícios práticos. As estratificações de risco foram realizadas através de roteiros impressos em duas vias carbonadas, ficando uma via no prontuário do paciente e a outra via encaminhada à gerência do programa para criação do banco de dados municipal. Através de reuniões realizadas com a coordenação da atenção básica, equipe técnica e enfermeiros, foi possível identificar as dificuldades encontradas nesse processo, as quais pode-se destacar: a resistência por parte de alguns profissionais em realizar a estratificação, devido ao tempo que levavam para preencher o instrumento durante as consultas. Outro problema encontrado foi a obtenção dos resultados dos exames laboratoriais em tempo hábil, pois a demanda foi aumentada e o tempo para marcação dos mesmos estava distante. O primeiro momento se deu através da capacitação em estratificação de risco cardiovascular para todos os profissionais da ESF (médicos, enfermeiros, Agentes Comunitários de Saúde e Técnicos de Enfermagem) com carga horária de 4 horas e com metodologia teórica e prática. Inicialmente foi abordada a teoria relacionada à estratificação de risco cardiovascular, e em seguida, foi abordado e entregue um estudo de caso para ser resolvido e discutido. Na oportunidade, o formulário de coleta de dados da estratificação foi apresentado, baseado no Caderno de Atenção Básica e na 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão. De acordo com Brasil (2013), a estratificação de risco cardiovascular pode ser realizada pelo enfermeiro na consulta de enfermagem, mas na prática foi solicitado que os médicos realizassem juntamente com o enfermeiro pelo excesso de demanda. Até a presente data foram realizadas 1.717 (50,90%) estratificações de risco cardiovascular dos 3.373 pacientes hipertensos. Porém, vale ressaltar que esse processo é contínuo, sujeito à alterações, pois pela inexistência dos SIS-HIPERDIA, a ERCV é o cadastro do hipertenso no município de Parintins para identificação de novos pacientes com o diagnóstico da hipertensão. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A Atenção Básica do município de Parintins tem buscado atender a demanda de pacientes hipertensos, encaminhando-os a outros pontos de atenção quando necessário. Atualmente, é fundamental a mudança do estilo de vida (hábitos alimentares, prática de atividade física), especificamente dessa população. Ressalta-se a importância das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) para contribuir com essas medidas não medicamentosas



estimulando a mudança de comportamento. Todos os profissionais de Saúde da Atenção Básica têm um importante papel nas ações individuais e coletivas de controle da hipertensão arterial e a estratificação de risco foi e está sendo uma etapa importante para lidar com os graus de risco aqui mencionados. Apesar de algumas dificuldades vivenciadas para a realização da estratificação, foi possível inserir na rotina dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde da Atenção Básica tal ação, de forma que o instrumento da estratificação de risco para hipertensos tornou-se o cadastro desta população. Desta forma, acredita-se e espera-se que o aprimoramento na condução dos pacientes hipertensos no município de Parintins e a busca em oferecer a esses indivíduos uma melhor qualidade de vida implique na redução das internações e óbitos decorrentes das complicações por hipertensão.

Palavras-chave: Estratificação de Risco Cardiovascular. Hipertensão. Atenção Básica



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

IMPLANTAÇÃO DE UM SISTEMA DE INFORMAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO DE PESSOAS EM UMA UNIDADE HEMOTERAPICA

Emilia Maria Rodrigues Miranda Damasceno Reis, Helenilva Custodio de Melo, Yara Karla De Salles Nemet, Leidiane Ferreira Santos, Joao Victor Lopes Pimenta Miguel

Apresentação: O setor saúde no Brasil representa cerca de 4,3% da população ocupada, gerando mais de 10% da massa salarial do setor formal e cerca de 3,9 milhões de postos de trabalho na área, representando 2,6 milhões de vínculos formais dos quais 690 mil sem carteira assinada e 611 mil profissionais autônomos, configurando-se em um importante fator econômico para o País. Nesse cenário ganha destaque o serviço público de assistência à saúde no Brasil, atualmente representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pois configura-se em uma das maiores organizações públicas de saúde do mundo, sendo o único a garantir assistência integral e completamente gratuita para a população. Entretanto, o SUS apresenta fragilidades relacionadas à gestão e ao uso das informações, o que compromete a organização dos serviços e, conseqüentemente, o atendimento das demandas dos serviços e usuários. Nota-se que, de modo geral, as informações ainda são usadas de maneira ineficiente ou não estão disponíveis em muitas organizações, sendo que a gestão de pessoas constitui o maior desafio da política de recursos humanos (RH) no âmbito das organizações de saúde, pois exige alinhar as pessoas, a partir de suas competências, às exigências do mercado e às metas. Pois, ainda é incipiente, a prática de uma política de RH voltada para o desenvolvimento de pessoal, qualificação profissional e capacitação de potencialidades, englobando tanto a captação quanto a retenção do trabalhador na organização, tendo ainda como desafio, a introdução de sistemas informatizados, pois, a adoção de novos equipamentos, leva à necessidade de redesenho do processo de produção de trabalho e implica em reorganização do fluxo de informação e das rotinas para racionalizar as tarefas. Nesse sentido, inquietou-nos para realização desse trabalho, vivências durante a prática profissional no Núcleo de Educação Permanente (NEP), onde identificou-se ausência de sistema de informação que possibilitasse cadastro dos servidores, identificasse o perfil dos funcionários e realizasse o gerenciamento das ações de capacitações realizadas pelos servidores. Esses registros ainda são realizados em impresso físico, o qual, considera-se que essa situação pode comprometer a gestão do serviço, visto que o registro eletrônico dos dados cadastrais dos profissionais pode corroborar otimização de tempo, organização do serviço, implementação de ações resolutivas e gestão de pessoal. Conforme relata a literatura, a gestão de informação está dentre as áreas menos desenvolvidas na



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

gestão do trabalho do SUS, condição que se deve à ausência de informações básicas referentes ao conjunto da força de trabalho e a outros dados necessários à gestão do serviço nas unidades que compõe o sistema. Assim a pesquisa, justificou-se pela ausência de um sistema informatizado para a gestão de pessoas, capaz de registrar informações sobre o perfil profissional, competências individuais e qualificação dos servidores. Nesse sentido, implantar um sistema informatizado, configura-se em estratégia de gestão que corrobora conhecer a força de trabalho, competências e a qualificação dos servidores, contribuindo para gestão e organização dos serviços e assim, qualificar os servidores conforme a necessidade identificada de forma a dar visibilidade aos serviços prestados nesta unidade. Desenvolvimento do trabalho: A informatização desse processo surgiu para facilitar o cadastro, conhecer o perfil profissional dos servidores, bem como a visualização dessas informações através de relatórios que podem ser emitidos para o acompanhamento das atividades educacionais da instituição, através de um estudo descritivo, realizado no Hemocentro Coordenador de Palmas (HCP), Tocantins, Brasil. Com o objetivo descrever as características de uma população, de um fenômeno ou de uma experiência, estabelecendo relação entre as variáveis analisadas, relacionadas à classificação, medida e/ou quantidade que podem se alterar mediante o processo realizado. Para essa pesquisa, realizou-se revisão da literatura sobre o tema “sistema de informação como recurso para gestão de pessoas nos serviços de saúde”, em bases de dados especializadas, tais como MEDLINE, LILACS e BDNF, por meio dos descritores gestão da informação, sistemas de informação, gestão de recursos e administração de recursos humanos. O sistema foi desenvolvido pela área de Tecnologia da Informação (TI) do Hemocentro Coordenador de Palmas (HCP), motivado por questões administrativas gerenciais, visando, principalmente, o registro (cadastro), dados de treinamentos e atualização de dados pessoais e profissionais dos servidores lotados na unidade, com resultados apresentados de modo descritivo, para melhor compreensão do objeto de estudo. Resultados e/ou impactos: Na primeira etapa do desenvolvimento do sistema, a TI reuniu as informações sobre quais elementos seriam gravados no banco de dados e criou as tabelas que iriam abrigar as informações pertinentes, desde o cadastro dos servidores da instituição, às atividades educacionais internas e externas. Utilizando-se de uma linguagem de programação chamada Python, com o framework Django, desenvolveu-se o sistema, através de interação com o NEP, para que não restassem dúvidas quanto a necessidade do setor e o produto a ser entregue. Assim, o sistema foi construído, sendo composto por campos onde permite cadastrar dados pessoais (nome, idade, sexo, escolaridade, CPF e RG), dados profissionais e os eventos educativos da unidade e os quais o servidor já possa ter participado. Na segunda etapa, foi realizada

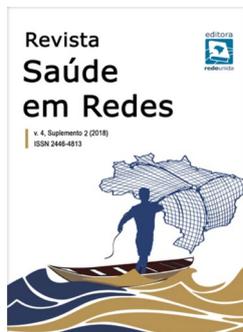


Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

a construção do sistema de cadastro de servidores, pois esse seria a base do sistema para alimentar as demais sessões. Assim, os servidores do NEP solicitaram ao RH a relação dos servidores, na qual constasse o nome completo, matrícula, bem como suas respectivas funções e área de atuação, nesse processo de cadastramento, à medida que o responsável pelo cadastro ia percebendo a necessidade de incluir novos campos, a equipe da TI realizava tais ajustes, visando melhor usabilidade do sistema. Na terceira etapa, realizou-se o ajuste do sistema para emissão de relatórios. O sistema não teve custo operacional, visto ter sido desenvolvido por profissionais que integram o quadro de funcionários. Após o sistema construído restou a indagação que nome dar a ele, assim, após conversas com os envolvidos e pensando se tratar de um sistema de gestão de pessoas, decidiu-se colocar as siglas de sistema de gestão de pessoas (SIGEP). Para segurança e manejo das informações, o acesso é restrito aos servidores do NEP e RH através de login e senha, onde os registros e alterações ficam salvos com data e horário das últimas ações. Considerações finais: Implantado como projeto piloto, esse sistema caracteriza-se como um instrumento de cadastro, armazenamento, análise e gerenciamento de dados, como forma de auxílio no processo de gestão de pessoas. Trabalhando com informações pessoais, profissionais, dados de capacitações, atualizações, aperfeiçoamentos, cursos relacionados ao trabalho e gerenciamento de treinamentos internos, o qual permite a emissão de relatórios de acordo com a necessidade das informações e a seleção das variáveis, possibilitando a análise de dados e oportunidades de melhorias, adequações, distribuição e estabelecimento de metas e prioridades de treinamentos e capacitações. Para aplicabilidade do sistema como ferramenta de apoio a gestão, é realizada avaliação e manutenção dos dados periodicamente, de modo a validar o instrumento e proporcionar informações fidedignas e de qualidade no gerenciamento de pessoas. Assim ao disponibilizar relatórios sobre o perfil profissional dos servidores e a distribuição de pessoal nas áreas, o número de servidores capacitados e as atividades educacionais realizadas mensalmente, permite que sejam implementadas ações que atendam efetivamente às demandas do serviço e identifique as competências e habilidades dos mesmos, contribuindo assim, para a melhoria da gestão de pessoas nessa unidade.

Palavras-chave: Gestão da informação; Sistema de informação; Gestão de Recursos Humanos



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

IMPLEMENTAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE DIVULGAÇÃO DO APLICATIVO HEMOTO MOBILE PARA CAPTAÇÃO E FIDELIZAÇÃO DE DOADORES DE SANGUE

Yara Karla de Salles Nemet, Helenilva Custodio de Melo, Aldo Taveira da Silva, Francisca das Chagas Lima Pires, Valcione Quintino da Silva, Renata Andrade de Medeiros Moreira, Emilia Maria Rodrigues Miranda Damasceno Reis, Fabio Eduardo Nemet

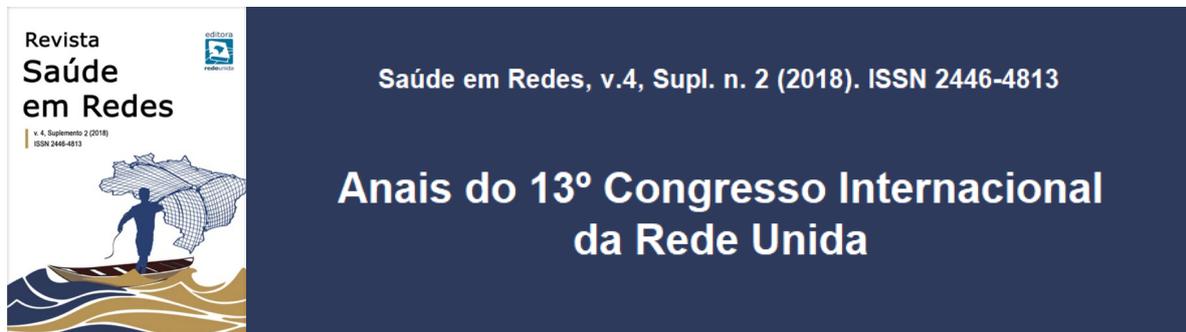
Apresentação: A aprovação da Lei 10.205 de 2001, conhecida como a “Lei do Sangue” veio fortalecer e estabelecer diretrizes para a Política Nacional do Sangue e normatizar que todos os estabelecimentos de Hemoterapia, tanto os públicos como os privados, seriam submetidos às Normas Técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Mesmo com este avanço, aumentar o número de doadores nos bancos de sangue e implementar estratégias de captação e fidelização dos mesmos, tem sido um grande desafio para a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Embora aconteça periodicamente à realização de diversas campanhas educativas, por meio de TV, rádio, outdoor, banner e redes sociais, com alcance de bons resultados de doação voluntária, essas ainda não são suficientes para evitar o desabastecimento contínuo do estoque de sangue e hemoderivados na grande maioria dos serviços de Hemoterapia. A captação de um número cada vez maior de doadores justifica se desenvolver medidas alternativas e a importância desse projeto, que tem como principal objetivo aumentar o número de doadores de sangue do Hemocentro Coordenador de Palmas (HCP). Em virtude dessa situação o HCP desenvolveu uma nova estratégia para atrair e fidelizar esses doadores como o uso de aplicativos (Apps) de smartphones. O desenvolvimento do aplicativo para uso em Hemoterapia, é inovador, e apesar de não poder ser usada como estratégia de forma isolada, tem potencial em cooperar e consolidar as campanhas educativas tradicionais, estimular a captação de novos doadores e fidelizar os que já são, além de ter efeito em curto prazo, constituindo-se como uma ferramenta essencial para promover o abastecimento regular e contínuo dos bancos de sangue e contribuir para melhorar o sistema de planejamento e gestão nas unidades de Hemoterapia. Desenvolvimento do trabalho: O Tocantins possui 139 municípios e pouco mais de 1,5 milhão de habitantes (IBGE 2016), porém o número de doadores ainda é muito pequeno quando comparado ao número de transfusões, totalizando 1,4% da população tocantinense. Diante das muitas ideias encontrou-se viabilidade, pois na era da informação, onde todos têm acesso a um smartphone, criar um sistema que tivesse interligado a esse quesito, seria bem mais viável e vantajoso. Esse serviço utilizado como estratégia de



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

captação, otimiza o tempo, organiza o serviço e implementa ações resolutivas que consequentemente, pode propiciar o aumento do estoque de sangue no HCP, por meio da fidelização de doadores com o uso do sistema de informação Hemoto Mobile. Ressalta-se que após a criação do aplicativo faz-se necessário avaliar se o seu uso traz melhorias para o serviço e deve-se realizar estratégia de divulgação e sensibilização da população para seu uso com a finalidade de aumentar a captação de doadores de sangue. Resultados e/ou impactos: Com a finalidade de resolver o problema com estoques de sangue no Estado foi desenvolvido pelos técnicos da área de Tecnologia da Informação (TI), o Hemoto Mobile, aplicativo para smartphones, como nova forma de captação de doadores, de modo que este possa ser utilizado como estratégia de doação de sangue e assim, possa fazer parte de hábitos e valores da população, aperfeiçoando a comunicação, motivação e fidelização dos doadores voluntários que buscam as unidades de coletas com lançamento oficial no dia 14 de junho de 2017, mês em comemoração ao junho vermelho. O lançamento do aplicativo foi na recepção do HCP, ainda ocorreu à divulgação pelos sites institucionais do Estado do Tocantins, assim como sites de jornais de grande circulação e programas de televisão de grande renome no estado. O aplicativo possui informações dos endereços dos Hemocentros, unidades de coletas e agências, bem como informações sobre campanhas de doações, coletas externas, avisando os locais onde estão acontecendo e os requisitos para doações, disponível para ser baixado na playstore, apenas na versão android, podendo ser utilizado pelo doador ou visitante. Para ser utilizado como doador, necessita fazer cadastro no Hemocentro, onde será solicitado o seu e-mail e frisado a ele a importância de baixar o aplicativo. Em seu perfil, será disponibilizado o tipo sanguíneo, o último dia de doação, bem como a data da próxima doação, sendo avisado 5 dias antes da doação, sendo permitido 4 doações por ano para homens e 3 para mulheres, e em cada doação, o doador é coroado com uma estrela em seu perfil. O aplicativo tem ainda, a opção de convocar doador de reposição, a fim de repor determinado tipo sanguíneo que esteja com o estoque baixo, o que possibilita a diminuição dos custos com ligações telefônicas. O doador terá ainda, informações de compatibilidade sanguínea, ou seja, quem doa para quem e quem recebe de quem. Para divulgar o aplicativo para a comunidade, a captação está utilizando, folders e banner na recepção da unidade, durante a hora do atendimento ao doador, sendo enfatizada a importância de baixar o aplicativo. E um banner do Hemoto Mobile de forma sempre visível ao doador, faixa e cartazes/outdoor pela cidade, sendo uma na fachada da Secretaria Estadual de Saúde, com isto, espera-se conquistar e fidelizar o doador de sangue por meio imbuída dos princípios que regem a Política Nacional da Captação de Doadores Voluntários de Sangue, embasada na Política Nacional de Sangue e Hemoderivados (PNSH). Considerações finais: Após o



lançamento do aplicativo, com as intervenções propostas, espera-se a curto prazo: realizar campanhas de divulgação do aplicativo a fim de aumentar o número de downloads, objetivando ampliar o número de doações, ampliar a captação de doadores e melhorar o processo de triagem clínica dos candidatos à doação e assistência hematológica. Capacitar os servidores do HCP para que cada servidor possa ser disseminador dessa estratégia a fim de conscientizar os doadores quanto à relevância do uso do aplicativo e assim se tornar um doador fidelizado. Espera-se a médio prazo: despertar a comunidade escolar para a necessidade de doação de sangue para que ele seja um doador do futuro. Monitorar e avaliar o uso do aplicativo quanto à captação e fidelização de doadores e o aumento do estoque de sangue, espera-se a longo prazo: aprimorar os processos de coleta, processamento e análise de dados, a fim de melhorar o monitoramento e avaliação dos indicadores produzidos na Hemorrede.

Palavras-chave: Serviços de Hemoterapia; Doadores; Sistemas de Informação