



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

TÍTULO	PÁG.
INFLUÊNCIA DO DIAGNÓSTICO MÉDICO SOBRE O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM EM ORTOPEDIA: O MANEJO DA DOENÇA E O DO DOENTE	
IMPLANTAÇÃO DA AGENDA COMPARTILHADA: FORTALECENDO O PROCESSO DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE AUTAZES/AM.	
IMPLANTAÇÃO DE PLANILHA DE DISTRIBUIÇÃO DE IMUNOBIOLOGICOS: IMPACTO NO ESTADO DO CEARÁ	
INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À GESTAÇÃO: PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E DOS MODELOS ORGANIZACIONAIS	
MAPEAMENTO DA REDE DE ATENDIMENTO AO IDOSO NO MUNICÍPIO DE IMPERATRIZ – MARANHÃO	
MORTALIDADE MATERNA EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE MANAUS-AM	
MUDANÇA DE PRÁXIS: A EDUCAÇÃO PARA A PREVENÇÃO, O CONTROLE E COMBATE AO Aedes Aegypti NO MUNICÍPIO DE PARINTINS, AM.	
NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE ACIDENTES DE TRABALHO NAS UNIDADES SENTINELA EM SAÚDE DO TRABALHADOR NO NORDESTE BRASILEIRO: DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.	
O GERENCIAMENTO EM ENFERMAGEM COMO FERRAMENTA PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA	
O MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E A GESTÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS: O QUE FOI CONSTRUÍDO DE 2013 A 2016	
O MONITORAMENTO DOS REGISTROS DE PROCEDIMENTOS CAPS COMO UM PROCESSO ÉTICO-POLÍTICO PARA A CONSOLIDAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	
O OBSERVATÓRIO DE DESIGUALDADES, EQUIDADE E DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE DO TO – UM DESAFIO, UMA NOVA GESTÃO.	



Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

O PSICÓLOGO NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM UM MUNICÍPIO DO CEARÁ: PROCESSOS DE TRABALHO E DESAFIOS.	
O RECONHECIMENTO PROFISSIONAL COMO FATOR DE SATISFAÇÃO NO AMBIENTE DE TRABALHO	
O DESAFIO DA PLURALIDADE NA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO HOMEM	
O MATRICIAMENTO COMO ESTRATÉGIA DE CO-GESTÃO E REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA SAÚDE INDÍGENA: UMA EXPERIÊNCIA DO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DA BAHIA – DSEI/BA	
ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E GESTÃO DO CUIDADO: ATENÇÃO COMPARTILHADA EM GRUPO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS EM UM CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRAL-CE.	
OBSERVATÓRIO DO PARTO EM CONEXÃO COM A REDE PARTEIRAS – BELÉM-PA	
ORGANIZAÇÃO DE UMA OFICINA DE EXECUTIVE COACHING PARA ENFERMEIROS GERENTES DE UM HOSPITAL DE ENSINO NO NORTE DO BRASIL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.	
PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO SOBRE AS COMPETÊNCIAS NO GERENCIAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE INDÍGENA	
PERFIL DE JUDICIALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA A SAÚDE NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE.	
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE ACIDENTES DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO EM AMBIENTES NOSOCOMIAIS NO MUNICÍPIO DE SANTARÉM-PA	
PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL: ALTERNATIVA PARA ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA	
PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA EM TEFÉ: RELATO DE EXPERIÊNCIA	



Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

PROCOLO DE ATUAÇÃO DO NASF NA ATENÇÃO PRIMARIA A SAÚDE DE NOVA OLINDA DO NORTE – AM.	
PRÁTICAS GERENCIAIS DO ENFERMEIRO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	
PACTUAÇÃO DE METAS POR EQUIPE NO MINISTÉRIO DA SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E CO-GESTÃO	
PERCEPÇÃO DE GESTORES SOBRE A ORGANIZAÇÃO DO FLUXO ASSISTENCIAL NA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE	
PERFIL DO GESTOR MUNICIPAL DO SUS (2013-2016): TRAJETÓRIA, PERCEPÇÃO SOBRE A RELAÇÃO FEDERATIVA E IDENTIFICAÇÃO DAS POTENCIALIDADES E DESAFIOS NO ÂMBITO DA GESTÃO DO SUS.	
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE USUÁRIOS ESTRANGEIROS ATENDIDOS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE MUNICÍPIO DA TRÍPLICE FRONTEIRA BRASIL, COLÔMBIA E PERU	
PRÁTICA DE GESTÃO E GERENCIAMENTO EM ENFERMAGEM: UMA EXPERIÊNCIA SOBRE O PROCESSO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR EM BELÉM-PA	
PROCESSO DE (RE)TERRITORIALIZAÇÃO NA COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE II, FORTALEZA-CE: UM EXERCÍCIO DE ADEQUAÇÃO AOS NOVOS CENÁRIOS.	
PROGRAMA MAIS MÉDICOS: ANÁLISE DA CONSTRUÇÃO DA AGENDA E DA IMPLEMENTAÇÃO NO PERÍODO 2013/2015	
PROPAGANDA E MARKETING DE ÁLCOOL PARA ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS: DISCUTINDO ASPECTOS SOCIAIS E DE SAÚDE	
QUALIDADE EM SAÚDE: A IMPORTÂNCIA DO GERENCIAMENTO DE RISCOS PARA UMA ASSISTÊNCIA SEGURA NOS SERVIÇOS DE NEFROLOGIA.	
RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A BIOSEGURANÇA NO SETOR DE QUIMIOTERAPIA: UM DESAFIO PARA A PROTEÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM	



Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

REPERCUSSÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA: PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES	
RESISTÊNCIA E INVENÇÃO: GESTÃO VIVA EM ATO DO CUIDADO E CONSTRUÇÃO DE CIDADANIA DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIAS E VULNERABILIDADES	
REVISÃO SISTEMÁTICA DO SUICÍDIO NA POPULAÇÃO LGBT: RESULTADOS PARCIAIS (E PROMISSORES!) DE UMA REVISÃO DA REVISÃO.	
SATISFAÇÃO DOS IDOSOS SOBRE A GESTÃO DO CUIDADO E SERVIÇOS NA ATENÇÃO BÁSICA	
SAÚDE DO TRABALHADOR DA ATENÇÃO BÁSICA: ESTRATÉGIAS DE APOIO MATRICIAL NO MUNICÍPIO DE CAXIAS DO SUL	
SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E AUSTERIDADE: HORIZONTE DE AMEAÇAS NO BRASIL.	
SISTEMA DE APOIO AO RELATÓRIO DE GESTÃO DO SUS- SARGSUS NA PARAÍBA (2013-2016): DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA O FORTALECIMENTO DOS INSTRUMENTOS DE GESTÃO DO SUS .	
TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO DA TUBERCULOSE: A GESTÃO DO CUIDADO NOS DISTRITOS DE SAÚDE URBANOS DA CIDADE DE MANAUS, AMAZONAS	
UM PARTO DE EXPERIENCIA	
VALORAÇÃO DE COMPETÊNCIAS NECESSÁRIAS AO ENFERMEIRO POR ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL DA REGIÃO NORTE DO BRASIL	
VISITA TÉCNICA E APLICAÇÃO DO ARCO DE MAGUEREZ AO NÚCLEO DE REGULAÇÃO INTERNO (NIR) DE UM HOSPITAL ONCOLÓGICO DE BELÉM DO PARÁ: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
VÍNCULO E CONTINUIDADE A PARTIR DA PERSPECTIVA DO USUÁRIO E DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE: UM NOVO INSTRUMENTO PARA AVALIAR A ATENÇÃO PRIMÁRIA NO NÍVEL LOCAL	



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

ÓBITO HOSPITALAR NO IDOSO: UMA CORRELAÇÃO COM A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR PRESTADA PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS	
---	--



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

INFLUÊNCIA DO DIAGNÓSTICO MÉDICO SOBRE O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM EM ORTOPEDIA: O MANEJO DA DOENÇA E O DO DOENTE

Renata Simões Monteiro, Geysiane Rocha da Silva, Elaine Erika de Oliveira, Érika Marcilla Sousa de Couto, Veridiana Barreto do Nascimento, Benedito de Souza Guimarães Júnior, Davi Viana de Sousa

Apresentação: Há várias definições para a palavra diagnóstico. Na linguagem médica, ela diz respeito ao ato ou ação de encontrar ou determinar uma doença a partir da descrição de seus sinais e sintomas, buscando identificar a origem e a natureza da afecção. Na ortopedia, a identificação do problema ortopédico leva a escolha da terapêutica mais adequada e o manejo do paciente é bastante semelhante, já que o objetivo é tão somente corrigir o distúrbio, caracterizando essa especialidade como uma área bastante específica e direta. Falar sobre diagnóstico na atmosfera da enfermagem remete ao cuidado holístico proveniente da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que é a base para sua assistência. Os diagnósticos de enfermagem servem como ponto de partida para a elaboração do plano de cuidados concebido após identificação de sinais e sintomas e do exame físico do paciente, seja em qualquer especialidade. Enquanto o diagnóstico médico prima pela debelação da doença, o diagnóstico de enfermagem (DE) serve de planejamento para o cuidado do doente de forma integral. Sendo a ortopedia uma especialidade deveras uniforme em seu padrão de tratamento clínico-cirúrgico, questiona-se: pacientes com o mesmo diagnóstico médico possuiriam os mesmos diagnósticos de enfermagem? Para responder a esse questionamento, foi necessário analisar alguns aspectos da abordagem médica e correlacionar com os diagnósticos de enfermagem. Nessa perspectiva, o objetivo do estudo foi analisar se o diagnóstico de enfermagem sofre influência direta do diagnóstico médico. **Desenvolvimento:** Tratou-se de um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa, desenvolvido em um hospital do oeste do Pará, considerado de referência em média e alta complexidade no baixo Amazonas. Os dados foram obtidos dos prontuários dos pacientes e com auxílio de um formulário geral, baseado na SAE, foram colhidos os dados para a formulação dos diagnósticos de enfermagem. A amostra de pesquisa totalizou 108 indivíduos internados em enfermaria ortopédica durante 7 de janeiro a 17 de fevereiro de 2017. Utilizou-se os softwares Microsoft Excel 2010 e o BioEstat-5.4 para análise estatística. A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Pará – Campus XII Santarém, sob o parecer de nº 1.792.760. **Resultados:** Sobre o perfil dos participantes 53,7% eram do sexo



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

masculino e 46,3% do sexo feminino. A média de idade foi de 27,6 anos. O estado civil predominante foi o de Casado correspondendo a 61% da amostra. Quanto à cor, 72% se declararam Pardos. A escolaridade mais frequente foi de indivíduos com Ensino Médio Completo equivalente a 39% dos participantes, com renda familiar de até 2 salários mínimos representando 64% dos envolvidos. 59% da amostra eram naturais de Santarém – PA, enquanto 49% eram de cidades circunvizinhas. Todos os 108 participantes foram submetidos a pelo menos um procedimento cirúrgico ortopédico e no total foram realizadas 118 cirurgias, tendo em vista que alguns pacientes foram submetidos a mais de uma cirurgia corretiva. Identificou-se 13 diagnósticos médicos diferentes. Estes foram agrupados em três grandes categorias: Fratura, Lesão intrarticular e Pseudoartrose. O diagnóstico de Fratura foi o mais frequente e esteve presente em 88% da amostra, correspondendo a 95 pacientes. Todos os pacientes com diagnóstico de fratura realizaram como procedimento cirúrgico a Osteossíntese e foram medicados com analgésicos não esteroidais (pré, pós-operatório imediato e tardio), anticoagulantes (pré-operatório), opioides (pós-operatório imediato), antibióticos (pré, pós-operatório imediato e tardio) e antieméticos (pós-operatório imediato). Dentre os diagnósticos de Fratura, a fratura de fêmur foi a mais incidente representando 32,6% (31 pacientes). O período de internação de todos os pacientes com fratura de fêmur foi de 72h. A terapêutica médica para esse tipo de disfunção foi exatamente a mesma para todos os pacientes que a possuíam. Dentre os diagnósticos de enfermagem dos pacientes com fratura de fêmur, o diagnóstico de Integridade da pele prejudicada e Integridade Tissular prejudicada estiveram presentes em 100% da amostra, fator relacionado à incisão cirúrgica necessária. Todos os pacientes também foram diagnosticados com Dor aguda, Mobilidade física prejudicada, Deambulação prejudicada, Capacidade de transferência prejudicada, Mobilidade no leito prejudicada, Conforto prejudicado, Déficit no autocuidado para banho, Déficit no autocuidado para higiene íntima e Déficit no autocuidado para vestir-se. Entretanto, dos 31 pacientes, apenas 87% (27 pacientes) foram diagnosticados com Sentar-se prejudicado, 83,8% (26 pacientes) obtiveram diagnóstico de Padrão de sono prejudicado, 80,6% (25 pacientes) apresentaram Conforto prejudicado, 64,5% (20 pacientes) desenvolveram Ansiedade e somente 41,9% (13 pacientes) apresentaram o diagnóstico de Motilidade gastrointestinal disfuncional e Constipação, além disso, o percentual de 32,2% (10 pacientes) foi diagnosticado com Retenção urinária e Náusea no pós-operatório imediato. Os seguintes diagnósticos foram identificados em 3,2% (1 paciente) da amostra: Síndrome do idoso frágil, Baixa autoestima situacional, Disfunção sexual, Hipotermia e Sentimento de impotência. No grupo de pacientes com fratura de fêmur, foram identificados 22 diagnósticos de enfermagem



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

diferentes, descritos acima, dos quais 9 (40%) foram comuns à todos e 13 (60%) foram específicos de alguns indivíduos. Diferenças como essa também foram percebidas durante análise das demais categorias de diagnóstico médico (Lesão intrarticular e Pseudoartrose). Pode-se identificar que o esquema de tratamento e manejo médico é extremamente análogo comparado ao exercício da enfermagem sobre formulação do diagnóstico de enfermagem, o qual se mostra mais flexível e dinâmico. Considerações finais: O estudo mostrou que os diagnósticos de enfermagem não sofrem influência direta da conduta de atendimento e manejo médico, diferenciando-se pelo dinamismo com que os dados são coletados e interpretados, como requer o processo de enfermagem, não estando fadados à inércia clínica. Isso se explica em função da essência da enfermagem não estar focalizada na atividade meramente curativa e corretiva, como é típico do tratamento médico em ortopedia na média e alta complexidade. A ciência do cuidado da enfermagem é holística e engloba inúmeras características dos aspectos bio-psico-sócio-espirituais, descritos nas variadas teorias de enfermagem que destacam a pessoa como foco principal, e não a doença. Nessa perspectiva, os diagnósticos de enfermagem são elaborados mediante percepção das alterações e padrões de saúde do paciente, as quais podem ser momentâneas e focais, requerendo a análise diária de alterações para a formulação dos diagnósticos e prescrição do plano de cuidados, permitindo sua avaliação e evolução clínica. Destaca-se, ainda, que o número de estudos sobre diagnósticos de enfermagem em pacientes ortopédicos, ainda é bastante escasso e faz-se necessário a realização de mais estudos sobre esse tema. Na busca para melhor atender à clientela, o enfermeiro deve utilizar-se dos diagnósticos de enfermagem, com o objetivo de melhorar cada vez mais a qualidade do seu trabalho, fundamentado em conhecimentos científicos, uma vez que esses diagnósticos permitem a identificação das necessidades de cuidados sobre os quais é preciso intervir.

Palavras-chave

Diagnóstico; diagnóstico de enfermagem; ortopedia; enfermagem; cuidado



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

IMPLANTAÇÃO DA AGENDA COMPARTILHADA: FORTALECENDO O PROCESSO DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE AUTAZES/AM.

Gigellis Duque Vilaça

Apresentação: A Secretaria de Saúde do município de Autazes/AM, através da coordenação de planejamento implantou a agenda de forma compartilhada com gestores, coordenadores e diretores das equipes multiprofissionais de todos os estabelecimentos de saúde, incluindo o Planejamento como uma ferramenta fundamental para a organização do serviço, devendo estar presente em todo o processo de trabalho.

Com a elaboração de uma agenda dinâmica observou-se que a educação permanente como instrumento de transformação, durante esse processo foi possível ampliar o conhecimento e os saberes existentes e desenvolver uma postura ativa de ações ainda mais participativas na condução dos trabalhos, fruto das relações e experiências construídas que refletem considerável impacto no cotidiano dos serviços. Foi tomado como nó crítico as programações fragmentadas e sem planejamento e organização, comprometendo o alcance das metas pactuadas pelo município, pois nem todas as equipes de saúde aderiram às ações contidas na Programação Anual de Saúde - PAS.

O objetivo principal da implantação da agenda compartilhada foi de unificar todas as ações de saúde no âmbito municipal para melhorar os indicadores de saúde e alcançar as metas pactuadas na Programação Anual de Saúde.

O processo de formulação ascendente da Agenda Compartilhada, além de requisito estratégico, é um dos mecanismos relevantes para assegurar a unicidade e a consolidação dos serviços de saúde. O Planejamento considera que o do Plano de Saúde é o instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e resultados a serem buscados continuamente, expressos em encontros bem dinâmicos com cada área técnica, prestando as informações necessárias para subsidiar a gestão na tomada de decisões.

Desenvolvimento do trabalho: No primeiro momento foi realizado um encontro com Colegiado de Gestão, que inclui o Conselho Municipal de Saúde, Secretária de Saúde, coordenadores de Programas de Saúde, Gerentes de Unidades Básicas de Saúde, membros do Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Centro de Atenção Psicossocial, Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde, Direção do Hospital, Central de Processamentos de Dados e demais colaboradores. Nessa reunião foram explanados sobre o Planejamento estratégico e em seguida, discutidos os nós críticos de cada setor da saúde. No segundo momento foram realizadas oficinas



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

de planejamento com cada área técnica. A recomendação repassada compreende dois momentos: análise situacional e formulação do Plano de ação.

O plano de ação trata-se da aplicação do método do Planejamento Estratégico Situacional que foi utilizado na construção como uma caminhada na qual cada passo dado refere-se a um conjunto de atividades que precisou ser conhecida e elaborada para que, ao final, fosse possível o desenho do plano como um todo, fortalecendo o processo de planejamento local, auxiliando na tomada de decisão dos gestores, através da construção de uma Agenda Compartilhada.

O produto final dessas oficinas possibilitou a construção da Programação Anual de Saúde – PAS com os objetivos, diretrizes, indicadores de saúde, ações, metas e recursos bem definidos, assim como o calendário anual. Em seguida foram pactuadas as reuniões mensais de planejamento para a construção das agendas compartilhadas e a cada quadrimestre a realização do monitoramento e a avaliação das ações programáticas para serem apresentados os relatórios quadrimestrais ao Conselho Municipal de Saúde – CMS.

Os locais das oficinas foram realizados no CAPS, auditório do Hospital e na Sala do Conselho Municipal de Saúde, sendo que os encontros mensais e reuniões extraordinárias de planejamento são realizados na Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA. E as apresentações da avaliação quadrimestral são realizadas no auditório da Maçonaria.

Durante esse processo de trabalho de construção da agenda compartilhada foram empregadas o uso de metodologias ativas como: rodas de conversa, dinâmicas de grupo, educação permanente, socialização de experiências exitosas, discussão de propostas para elaboração da agenda compartilhada, oficinas de planejamento das ações programáticas, monitoramento e avaliação das metas pactuadas. Esses encontros sempre foram agendados na reunião de planejamento que acontece todos os meses para a construção da agenda compartilhada, sendo realizadas reuniões extraordinárias quando solicitadas para inclusão, alteração, reavaliação ou aprimoramento de ações programáticas.

Resultados e/ou impactos: os efeitos percebidos decorrentes da experiência ou resultados encontrados no estudo

Constataram-se que a implantação da agenda compartilhada contribuiu principalmente para ampliação do elo entre as equipes multiprofissionais, bem como os gestores, coordenadores e diretores de estabelecimentos de saúde. Com essa aproximação dos atores envolvidos da gestão municipal foi possível colocar em prática a educação permanente em saúde, envolver todas as equipes nas ações programáticas de forma organizada, bem como melhorar e alcançar as metas dos indicadores pactuados na Programação Anual de Saúde.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

No momento da elaboração da agenda compartilhada são abertos espaços para as trocas de experiências exitosas, integração de diversos saberes, o “como fazer em conjunto o que precisa ser feito”, parceria das Redes de Atenção em Saúde - RAS, socializando ideias, facilidades, dificuldades na realização das ações, assim como sugestões de padronização de mecanismos e instrumentos de gestão para a melhorias das programações, serviços de saúde com atividades inovadoras, incorporando o monitoramento e avaliação para instituir processos de ensino-aprendizagem que sejam respaldados por ações crítico-reflexivas através do planejamento estratégico.

Esse ideal não teria sido alcançado sem o forte apoio dos profissionais de Saúde de Autazes que têm o grande potencial de transformar o cenário da formação da saúde no município, pois permite incorporar a agenda compartilhada dinâmica e referenciais necessários para intensificar espaços de discussão, análise e reflexão da prática no cotidiano do trabalho, com a participação equipe Multiprofissional de outras áreas, ativadores de processos de mudança institucional e facilitadores de coletivos organizados.

Considerações finais: O Planejamento como ferramenta de fortalecimento das ações em saúde por meio da construção de uma Agenda Compartilhada com todas as áreas técnicas do município de Autazes/AM, integrando ações programáticas de forma organizada, contribuindo para abrir espaço a educação permanente, socializando suas dificuldades e facilidades, incorporando as práticas de gestão participativa e conseqüentemente mudança no processo de trabalho e na tomada de decisão que antes precisava intensificar. Assim, recomenda-se sempre retroalimentar o planejamento com informações que permitam os ajustes táticos necessários, além das mudanças de caráter mais estratégico.

Portanto, com a implantação da Agenda Compartilhada verificou-se que todas as áreas técnicas começaram a sentir-se co-responsável pelas programações a nível local, melhorando consideravelmente as metas pactuadas pelo município. Os resultados decorrentes do processo de planejamento no SUS devem se expressar de forma concreta em instrumentos que lhe são próprios, de maneira a favorecer o aperfeiçoamento da gestão do sistema e conferir direcionalidade.

Palavras-chave: Gestão; Planejamento; Agenda Compartilhada.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

IMPLANTAÇÃO DE PLANILHA DE DISTRIBUIÇÃO DE IMUNOBIOLOGICOS: IMPACTO NO ESTADO DO CEARÁ

Ana Vilma Leite Braga, Ana Débora Assis Moura, Ana Karine Borges Carneiro, Francisco Tarcísio Seabra Filho, Tereza Wilma Silva Figueiredo, Marcelo Gurgel Carlos da Silva

Apresentação: As vacinas possuem um importante e fundamental papel na prevenção das doenças imunopreveníveis e, conseqüentemente, na proteção da saúde da população, sobretudo das crianças, que é o principal público alvo da vacinação, atuando de forma direta na redução das taxas de hospitalizações e da mortalidade por doenças imunopreveníveis, no Brasil e em outros países. Mediante ações coordenadas de planejamento, capacitação, infra estrutura e logística, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) desenvolve várias estratégias de vacinação que consistem em vacinação de rotina, campanhas, intensificação, bloqueios e vacinação casa a casa. Em junho de 2016, após perceber a necessidade de se implementar uma sistemática na distribuição de vacinas para os municípios do estado do Ceará, elaborou-se uma planilha de distribuição dos imunobiológicos necessários para a vacinação. Esta necessidade surgiu em meio ao desabastecimento de alguns imunobiológicos, providos pelo Ministério da Saúde (MS), devido vários motivos, tais como atraso na entrega pelo laboratório produtor, falta de produção pelo laboratório, lotes em análise pelo controle de qualidade, dentre outros. Portanto, esse estudo teve objetivo geral avaliar o impacto da implantação da planilha de distribuição de imunobiológicos no estado do Ceará; e como objetivos específicos comparar a distribuição das vacinas do estado do Ceará no período de junho de 2015 a maio de 2016, antes da implantação da planilha mensal de distribuição, com o período de junho de 2016 a maio de 2017, após a implantação da planilha; comparar a cobertura vacinal das vacinas do calendário básico de vacinação nos períodos antes e após a implantação da planilha; e comparar as perdas físicas por vacina nos períodos antes e após a implantação da planilha mensal de distribuição de imunobiológicos. **Desenvolvimento:** Estudo descritivo, comparativo, realizado nos meses de outubro e novembro de 2017. Realizado através de documentação indireta, da comparação dos dados antes da implantação da planilha mensal de distribuição de imunobiológicos no período de junho de 2015 a maio de 2016, com o período de junho de 2016 a maio de 2017, após a implantação da planilha. A coleta dos dados se deu através do SIES - Sistema de Informações de Insumos Estratégicos, onde foi verificada a distribuição das vacinas em todo o estado do Ceará; os dados de cobertura vacinal foram



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

extraídos do SIPNI - Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações, no sítio eletrônico (sipni.datasus.gov.br), disponível pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS); e os dados sobre perdas das vacinas foram extraídos dos Formulários para Avaliação de Imunobiológicos sob Suspeita, que são instrumentos preenchidos pelos municípios e enviados à coordenação estadual de imunizações para análise na ocorrência de suspeita de alteração de temperatura. Os dados foram organizados em tabelas no Microsoft Office® Excel®. Na construção da planilha de distribuição de vacinas pelo Estado do Ceará, buscou-se identificar a quantidade de pessoas a serem vacinadas a partir da estimativa populacional de cada município do Estado. Essa estimativa é realizada e disponibilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2014, para a população acima de dois anos de idade, e pelo Sinasc, em 2012, para a população abaixo de dois anos de idade. Para cada vacina do calendário básico, levou-se em consideração o número de doses e faixa etária previsto no esquema de vacinação de cada vacina definidos pelo MS para manter a eficiência da vacinação. Outro aspecto fundamental utilizado foi o percentual de perdas, definida pela estimativa do desperdício do imunobiológico. Essa taxa de perda, ou seja, a diferença entre o recebido e o administrado na população alvo, tem como referência um padrão estabelecido pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), específico para cada vacina. A fim de facilitar o processo de planejamento e distribuição das vacinas pela Rede de Frio Estadual e Regional, organizaram-se os municípios por regiões de saúde, pois o fluxo de distribuição segue do Estado para a Regional, e destes para os municípios. Outro fator utilizado, que auxiliou esta logística, foi o cálculo de vacinas por frascos e por doses. Após realizar todos os cálculos, a planilha foi implementada em junho de 2016, passando a ser utilizada desde então. No entanto, o que nela está definido, o quantitativo de doses para cada vacina, não é estático. Regularmente, a Coordenação Estadual de Imunizações está sempre realizando análises e ajustes, de acordo com as solicitações dos municípios, mediante justificativas plausíveis. Resultados: Verificou-se que, no período de junho de 2015 a maio de 2016, a média geral de distribuição de vacinas no estado ultrapassou em doses, um percentual de 30,4% quando comparada com o período de junho de 2016 a maio de 2017, isto é, após a implantação da planilha. Além disso, foi demonstrado que a média mensal individual da maioria do elenco das vacinas distribuídas no Ceará reduziu consideravelmente já a partir do primeiro ano de utilização da planilha. Após um ano de implantação da planilha de distribuição, com exceção daquelas que obtiveram sua faixa de público alvo aumentada, foi perceptível a redução nas solicitações de vacinas ao MS pela Rede de Frio Estadual, via SIES. Mesmo com essa redução na distribuição de



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

vacinas no estado, no referido período, verificou-se que as coberturas vacinais das referidas vacinas permaneceram as mesmas, ou apresentaram acréscimo. Embora o sistema de registro nominal, o SIPNI, não seja 100% implantado nos serviços de vacinação do Estado, o que impossibilita o cálculo real do indicador de cobertura vacinal, os resultados encontrados com a análise comparativa entre os dois períodos avaliados foram positivos. Foi identificada uma redução significativa nas perdas físicas de vacinas após implantação da planilha de distribuição. A diminuição dessas perdas ocorreu na maioria do elenco distribuído no estado, com destaque para as vacinas VOP, BCG e DTP, que obtiveram redução superior a 200%, quando comparadas ao ano anterior. Com o controle na distribuição de vacinas através de dados populacionais, foi possível observar uma redução nas perdas físicas de vacinas. É preciso considerar que a diminuição na perda anual de vacinas é fundamental para demonstrar a importância de manter uma forte cadeia de frio em todo o estado. Considerações finais: Verificou-se que a falta de um planejamento adequado, tanto na aquisição quanto na distribuição de imunobiológicos, poderá onerar os cofres públicos através dos investimentos do PNI ao estado, promover o desperdício de imunobiológicos, impedir o acesso da população ao processo de imunização e como consequência, a redução das coberturas vacinais. A implantação da planilha de distribuição de imunobiológicos tem-se mostrado extremamente eficaz, pois os imunobiológicos são distribuídos de acordo com a necessidade da população, reduzindo custos e prevenindo desperdícios de vacinas e insumos.

Palavras-chave: Vacinas; Organização do trabalho; Planilha de distribuição.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À GESTAÇÃO: PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E DOS MODELOS ORGANIZACIONAIS

Fernanda Luz Gonzaga da Silva, Patricia Rodrigues Sanine, Sonia Isoyama Venancio, Nathan Aratani, Maria Lucia Garcia Moita, Oswaldo Yoshimi Tanaka

Apresentação: A magnitude do município de São Paulo (MSP), capital do Estado, pode ser representada pelo número de habitantes da Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS-6) na qual encontra-se localizado (11.253.503 habitantes), que representa 57,0% da população da Região Metropolitana de São Paulo. Em 2015, o MSP apresentava aproximadamente 40% da população coberta por Estratégia Saúde da Família (ESF) e uma porcentagem de 55,6% da população sem plano de saúde e/ou convênio médico.

A atenção à saúde materno-infantil no MSP é uma das áreas mais antigas e bem estruturadas nos serviços de Atenção Primária (APS). No entanto, apesar do aumento do acompanhamento adequado do pré-natal (com 7 ou mais consultas) entre os anos de 2012 e 2016 (74,8% e 78,3%, respectivamente), persiste a necessidade de melhorar sua prática nos serviços, expressa pela incompatibilidade entre os constantes investimentos na área e a permanência de indicadores indesejáveis de saúde, como as taxas de mortalidade (neonatal precoce – 5,3 e fetal – 8,3, nos anos de 2015 e 2013, respectivamente) e o progressivo aumento na incidência de casos de sífilis congênita (3,7 para 7,0 por 1.000 nascidos vivos) e da mortalidade materna (36,4 para 55,0 por 100.000 nascidos vivos), entre os anos de 2011 e 2016.

As diretrizes nacionais estabelecem a atenção integral, e integrada, como estratégia capaz de melhorar tais indicadores, tendo os serviços de APS como principais responsáveis pela integração deste cuidado.

São muitas as evidências de que os serviços de APS organizados segundo o modelo Saúde da Família (USF) possuem maior capacidade de responder às necessidades de saúde da população. No entanto, especialmente no MSP, que apresenta uma ampla rede de serviços com grande heterogeneidade de modelos operados, torna-se imperativo compreender como estes distintos modelos interferem na atenção à gestação e quais investimentos podem favorecer a melhoria da qualidade.

Diante deste contexto e da importância em se avaliar os serviços de APS buscando compreender as formas de funcionamento da linha de cuidado na atenção às gestantes, o presente trabalho tem como objetivo avaliar a integralidade da atenção à gestação no MSP.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Desenvolvimento do trabalho: Trata-se de uma pesquisa avaliativa, de corte transversal, realizada com amostra representativa de gestantes atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS) encaminhadas da Atenção Primária à Saúde (APS) para Atenção Especializada (AE), no ano de 2016.

O inquérito foi realizado por meio de questionário padronizado, contendo 49 questões fechadas orientadas pelos documentos oficiais da área.

Selecionou-se dezessete variáveis para analisar sua influência sobre o desfecho “Integralidade do cuidado” e adotou-se como proxy o indicador “Atendimento compartilhado entre APS e AE”, uma vez que o retorno da gestante aos serviços de APS representa a completude da atenção integral ao cuidado, sintetizando atributos como vínculo e responsabilização pelo cuidado.

Reconhecendo os diferentes modelos operados nos serviços de APS, considerou-se o tipo de serviço de APS de origem como variável independente principal. Os diferentes modelos foram classificados em: Unidade Básica de Saúde “tradicional” (UBS), caracterizada por equipes compostas por clínico geral e especialistas (incluindo ginecologista-obstetra e pediatra), além de enfermeiro; Unidade Básica de Saúde “mista”, ou seja, mantém o modelo “tradicional” associado à Estratégia Saúde da Família (UBS mista), caracterizada por integrar equipes de saúde da família ou Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) junto à UBS “tradicional”; e Unidade Saúde da Família “exclusiva” (USF), caracterizada por equipes compostas por médico generalista, enfermeiro e ACS.

A associação entre as variáveis independentes e o desfecho foi analisada pelos testes qui-quadrado e modelo de regressão logística múltipla (forward selection) com a introdução da variável de interesse principal (tipo de serviços de APS) e covariáveis em ordem de significância estatística (selecionadas a partir dos valores de $p < 0,20$ na análise bivariada), sendo apresentadas no modelo final as variáveis que apresentaram $p < 0,05$.

Resultados e/ou impactos: Destaca-se entre as 689 gestantes que compuseram a casuística a existência de gestantes que iniciaram seu acompanhamento na APS no terceiro trimestre (2,5%), apesar da maioria ter relatado início no primeiro trimestre (81,3%).

Na análise bivariada, mostrou-se como características favoráveis à manutenção do atendimento compartilhado entre os serviços de APS e AE, ou seja, que favorece a integralidade do cuidado: ter idade entre 19 e 34 anos (57,5%), ter cor da pele branca (76,4%), pegar medicamentos na APS (88,4%), além de não ter utilizado plano de saúde e/ou convênio médico para o pagamento dos exames (91,3%), pagando-os particular (63,8%).



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Em relação aos serviços de APS, as variáveis que apresentaram associação com a integralidade foram: ser acompanhado por USF (48,3%), ter sido encaminhado por médico não especialista (44,4%), conhecer o ACS (63,5%) e receber visita domiciliar durante o período gestacional (50,5%).

Estas variáveis quando analisadas no modelo final, evidenciaram que pertencer a serviços organizados segundo o modelo USF influenciou de forma positiva a integralidade do cuidado, sendo que as UBS Mista apresentaram duas vezes a chance deste compartilhamento não ocorrer ($p=0.003$).

Independentemente do modelo operado no serviço, a ausência de visitas domiciliares apresentou significância estatística, aumentando em 2,4 vezes a chance das gestantes não receberem cuidado compartilhado entre os serviços de APS e AE ($p<0,001$).

Considerações finais: Este trabalho permitiu aprofundar os conhecimentos sobre a organização dos serviços de APS e compreender o funcionamento da linha de cuidado às gestantes, favorecendo a identificação de fatores que dificultam a concretização da integralidade do cuidado na atenção à gestação.

Seus resultados reforçam os achados de outros estudos, salientando os serviços organizados segundo o modelo USF como aqueles que apresentam maiores chances de ofertar uma atenção compartilhada entre a APS e AE.

Porém, diante da crise financeira e política que envolve o SUS decorrente das alterações da PNAB, que reduz o número de ACS por serviço, flexibiliza a equipe e restringe sua atuação às áreas de maior vulnerabilidade, preocupa o número de gestantes que referem não ter recebido visita domiciliar durante o período gestacional, evidenciando um risco ainda maior, tanto de não ocorrer a integração entre os serviços de saúde, quanto de limitar as ações de vigilância, refletindo assim na manutenção dos agravos à saúde materna e infantil.

Desta forma, as evidências apresentadas no presente trabalho contribuem para investimentos bem aplicados e direcionados a ações de maior impacto nos indicadores de saúde.

Palavras-chave: Avaliação em saúde; cuidado pré-natal; integralidade em saúde; atenção primária à saúde



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

MAPEAMENTO DA REDE DE ATENDIMENTO AO IDOSO NO MUNICÍPIO DE IMPERATRIZ – MARANHÃO

Mônica Oliveira Silva Barbosa, Aldo Lopes da Costa Júnior, Jackeline de Oliveira Castro, Laena de Brito Marino, Rocilda Castro Pinho, Vanessa de Sousa Silva, Ariadne Siqueira de Araújo Gordon

Apresentação: A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o idoso a partir da idade cronológica, portanto, idosa é qualquer pessoa com 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos. Segundo Brunner & Suddarth (2011) o envelhecimento é um processo natural que acomete todos os seres humanos, caracterizando-se como uma fase de mudanças físicas, sociais e psicológicas, sendo que, cada ser humano tem sua forma de envelhecer, alguns envelhecem de forma saudável e outros não. Portanto, para garantir este envelhecimento saudável, existe uma rede de atenção e proteção à pessoa idosa. Essa rede assegura os direitos do idoso dentro da sociedade e lhe apresenta modalidades que o idoso poderá recorrer quando se tratar de assuntos sociais, jurídicos e de saúde (BRASIL, 2014). De acordo com estimativas da Organização das Nações Unidas (ONU) a população idosa mundial vem passando por um aumento nos últimos 40 anos, com isso surge uma crescente preocupação mundial com a seguridade dos direitos deles, por isso, para garantir os direitos da pessoa idosa foi criado no Brasil no ano de 2003 o Estatuto Do Idoso, que dispõe dos direitos referentes ao mesmo. Nessa conjuntura, Imperatriz é uma cidade com 253.873 habitantes, e que segundo o DATASUS (2015) conta com um percentual de 5,7% de idosos, portanto, entender como a linha de cuidado do idoso ocorre nas redes assistenciais de saúde da cidade produz informações essenciais, não só aos profissionais da saúde que prestam atendimento a esses idosos, como também a população em geral. Dessa forma, o presente estudo objetiva realizar o mapeamento das instituições que compõem a rede de atendimento a pessoa idosa de Imperatriz – MA, entender como esse atendimento ocorre e de que forma essas instituições estão interligadas, visualizando-se as diversas situações cotidianas, dessa forma, busca-se conhecer o trajeto que deve ser feito por um idoso ou familiar/amigo deste que busque a garantia dos direitos do idoso, vindo a criar uma rede física (maquete) e disponibilizá-la a sociedade, para informar a população idosa, a sociedade acadêmica, como também a população em geral acerca das informações colhidas. Desenvolvimento: A pesquisa realizada é de abordagem qualitativa, desenvolvida na cidade de Imperatriz – MA, durante o mês de Abril de 2017. Foi realizada pesquisa em instituições que prestam atendimento ao idoso,



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

com entrevista direta aos profissionais que atuam em campos de assistência ao idoso com vasta experiência de atuação na área, por meio de debate entre os discentes e profissionais. Após isso, realizou-se a esquematização de um roteiro acerca do funcionamento dessas unidades de assistência ao idoso, evidenciando a função de cada uma no atendimento e aplicando a prestação de serviços às possíveis situações do dia a dia. Mediante o estabelecimento do roteiro, foi criada a rede física (maquete), interligando todas as instituições, de forma a melhor repassar ao público-alvo as informações acerca da atuação destas. Resultados: A partir da pesquisa informativa realizada nas instituições de atendimento, com o levantamento das funções de cada instituição, estabeleceram-se três vertentes: saúde, social e judiciário, que contemplam o atendimento ao idoso nas mais diversas situações e são compostas pelas instituições disponíveis no município, sendo estas: Secretaria de Saúde, Hospital Municipal de Imperatriz, Unidades de Pronto Atendimento 24h, Unidades Básicas de Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, que são responsáveis por garantir ao idoso o direito à saúde em quaisquer situações, seja em ambiente hospitalar ou residencial; Previdência Social, Centro de Referência Especializado de Assistência Social, Centros de Referência de Assistência Social, Instituição de Longa Permanência para Idosos, Casa do Idoso, Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua, sendo instituições de cunho social que objetivam garantir ao idoso qualidade de vida, cultura, esporte, lazer, bem como outros direitos mencionados em Estatuto do Idoso, como aposentadoria e moradia; Ministério Público, Defensoria Pública, Plantão Central e Conselho do Idoso, pertencentes ao Judiciário e são responsáveis por defender o idoso em caso de violação de todo e qualquer direito e negligência por parte do cuidador, buscando as devidas punições, quando necessárias; e insere-se também a residência do idoso, onde residem este e seu grupo familiar e que, segundo pesquisas, é o local onde mais ocorrem casos de violência contra idosos, majoritariamente, de cunho financeiro. Mediante o levantamento de todas as instituições que realizam o atendimento à população idosa e suas respectivas funções, foram colocadas em pauta diversas situações do dia a dia que podem vir a ocorrer com um idoso, como violência física, psicológica, financeira, idoso em situação de rua, abandono, busca por serviços públicos de saúde, esporte, cultura e lazer, sendo idealizado o roteiro de atendimento do idoso nas diversas situações e aplicadas em uma rede física (maquete), que tinha como ponto central o Centro de Referência Especializado em Assistência Social, uma vez que, em todas as situações o idoso deveria ser atendido pela instituição para que fossem tomadas as devidas ações necessárias, dependendo da situação. A maquete foi produzida com materiais recicláveis e de artesanato, de maneira a facilitar a visualização e



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

entendimento do fluxo da rede de atendimento por parte do público e, posteriormente, foi apresentada aos acadêmicos do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão e disponibilizada à comunidade em geral em instituição voltada ao atendimento do idoso. Considerações Finais: Pode-se observar nesse estudo que o papel dos órgãos de assistência ao idoso é de fundamental importância para combater a violência contra os mesmos. Cabe destacar que a inter-relação entre os locais de atendimento constitui em uma ferramenta chave para a continuidade da proteção e contribuem positivamente para o processo de recuperação, quando há violência, inserção social e aplicabilidade do direito do idoso na sociedade contemporânea. Portanto esse estudo veio de fato pra evidenciar todos os locais por onde o idoso terá que percorrer para fazer uso de seus direitos e assim obter todos os recursos necessários para o bem estar desse idoso. Urge, portanto, o despertar da consciência, não só do idoso, como também dos familiares, cuidador e comunidade em geral, permitindo reconhecer a dimensão desses direitos, movendo-os para uma sociedade mais humana e solidária.

Palavras-chave: Rede do Idoso; Atendimento; Instituições.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

MORTALIDADE MATERNA EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE MANAUS-AM

Bárbara Misslane da Cruz Castro, Semírames Cartonilho de Souza Ramos

Apresentação: No Brasil a segunda área de maior prevalência de óbitos maternos é a região Norte e os locais de maior ocorrência são nas maternidades. Frente ao exposto é possível estimar a magnitude desses óbitos, sendo ação fundamental para revelar informações que contribuam para instrumentalizar ações referentes à vigilância sanitária, refletindo a necessidade de melhoria da qualidade dos serviços obstétricos, da assistência oferecida no município de Manaus/AM e da inserção de tais discussões em espaços de arguição da comunidade, fortalecendo o controle social da saúde. Deste modo, este trabalho tem por objetivo analisar os casos de óbitos maternos ocorridos em uma maternidade pública de referência da cidade de Manaus. **Desenvolvimento do Trabalho:** A pesquisa caracteriza-se por um estudo quantitativo, exploratório, retrospectivo, do tipo documental (dados secundários) com o objetivo de avaliar eventos que ocorreram no passado e quantificá-los, nesse caso, avaliar casos de óbitos maternos ocorridos em uma maternidade pública estadual do município de Manaus, através da análise de fichas de Investigação hospitalar, declarações de óbitos maternos e prontuários. A escolha da instituição justifica-se pelo fato de apresentar um dos serviços com maior ocorrência de óbitos maternos no estado do Amazonas, considerando o período de 2010, 2011 e 2012 de acordo com os dados da Rede Cegonha – Ações Estratégicas para a redução da Morte Materna. Foram selecionadas para análise 41 fichas de investigação hospitalar, declarações de óbitos e prontuários de casos de óbitos maternos de mulheres com idade entre 10 a 49 anos ocorridos durante a gravidez, parto ou puerpério no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2014. Foram excluídas deste estudo fichas de investigação hospitalar de óbitos de mulheres em idade fértil não atribuídos a causas obstétricas, assim como fichas de investigação ilegíveis, de acesso impossibilitado por estarem sob juízo, às cujo limite temporal extrapola os estabelecidos por este estudo e as de óbitos maternos tardios. Das declarações de óbito e fichas de investigação hospitalar de óbito materno foram extraídas, através de um instrumento de coleta de dados elaborado pelas autoras, informações sociodemográficas, epidemiológicas e obstétricas, como: idade, naturalidade, município de residência, zona de bairro, estado civil, raça/cor, escolaridade, profissão/ocupação, ano do óbito, realização de pré-natal de risco habitual e de alto risco, se gestante de alto risco, local de ocorrência do óbito, ocorrência do óbito (em que momento), ocorrência do óbito após aborto; ocorrência do óbito durante parto ou puerpério, classificação do óbito (obstétrico direto ou indireto) e paridade. Os



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

dados obtidos foram registrados no programa Excel®, e os cálculos estatísticos foram realizados pelo Software SAS for Windows®, versão 9.2, sendo utilizada a análise estatística descritiva, com porcentagem simples. Para a realização da pesquisa foram consideradas as orientações da Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) sob o registro CAAE: 36318914.6.0000.502. Resultados e/ou impactos: Na Maternidade do estudo, identificou-se no período correspondente a janeiro de 2010 a dezembro de 2014, a ocorrência de 41 óbitos maternos por causas obstétricas de mulheres em idade fértil, compreendidos entre a faixa etária de 10 a 49 anos. Sendo 07 (17%) óbitos ocorridos em 2010, 05 (12%) em 2011, 07 (17%) em 2012, 16 (39%) em 2013 e 06 (15%) em 2014. A maioria dos casos de óbitos maternos ocorreu em mulheres com idade entre 30-39 anos (41%), naturais do município de Manaus (60%), residentes no município de Manaus (83%), na zona Norte (24%), do lar (44%), com baixa escolaridade (44%), sem cônjuge (68%), de raça/cor pardas (60%). A maior parte dos óbitos ocorreu em primíparas (41%), que realizaram de 1 a 3 consultas de pré-natal (24%). Observa-se que das mulheres que foram a óbito, 32% eram gestantes de alto risco, sendo que apenas 7% realizaram pré-natal de alto risco. Quando considerado o momento de ocorrência do óbito, 62% foram no puerpério. As causas predominantes de óbitos foram às indiretas (56%), com destaque para o Coque Séptico (17%), seguido de Insuficiência de Múltiplos órgãos (10%) e H1N1 (7%). As causas obstétricas indiretas representam 44% de mortes, sendo a primeira causa por hemorragia (20%), seguida de DHEG+Síndrome de Hellp (12%) e Infecção Puerperal (7%). Considerações Finais: Os resultados deste estudo evidenciaram que no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2014 a maior proporção de mortes maternas ocorreu em mulheres no auge da vida reprodutiva, com idade entre 30-39 anos, de raça/cor parda, solteiras, do lar, com baixo nível de escolaridade, naturais de Manaus, residentes na zona norte da cidade. Com relação às variáveis obstétricas identificou-se que a maioria das mulheres eram primíparas, que realizaram de 1 a 3 consultas de pré-natal, cuja evolução do óbito deu-se durante o período puerperal, no estabelecimento de saúde. Houve predominância de óbitos por causas obstétricas indiretas, causa que diverge de alguns estudos na maioria dos estados brasileiros. Embora as causas obstétricas diretas contribuam com incidência elevada de óbitos maternos no Brasil, as mesmas são consideradas evitáveis, passíveis de prevenção. Já as obstétricas indiretas são de menor ocorrência e difíceis de serem controladas, uma vez, que são decorrentes de patologias graves associadas à gestação sendo muitas vezes inevitáveis. A maternidade do estudo por ser um centro obstétrico de referência na atenção ao



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

pré-natal de alto risco, conseqüentemente concentra a maior parte dos óbitos por causas indiretas. Ao longo da realização deste estudo percebeu-se o preenchimento inadequado das declarações de óbitos e fichas de investigação de óbito materno. A falta de informações relevantes para esta pesquisa comprometeu em partes uma avaliação fidedigna dos itens estudados. É necessário conscientizar os profissionais envolvidos no processo do preenchimento dos dados sobre a importância epidemiológica da mortalidade materna para os serviços de saúde bem como para a sociedade. Evidentemente, a discussão sobre morte materna não se restringe a este estudo, uma vez que é necessário aprofundar e analisar de forma mais ampliada os fatores de risco associados ao óbito materno, devido à complexidade do tema e o vislumbamento de muitas possibilidades de investigação quanto à mortalidade materna na cidade de Manaus. Espera-se que este estudo seja de utilidade em pesquisas futuras que tenham como enfoque o estudo sobre o perfil sociodemográfico e obstétrico de óbitos maternos no município de Manaus, incentivando os profissionais de saúde envolvidos no cuidado as gestantes e mulheres a reverem suas práticas e aprimorem a assistência.

Palavras-chave: Mortalidade Materna; Saúde da Mulher; Avaliação em Saúde



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

MUDANÇA DE PRÁXIS: A EDUCAÇÃO PARA A PREVENÇÃO, O CONTROLE E COMBATE AO Aedes Aegypti NO MUNICÍPIO DE PARINTINS, AM.

Elaine Pires Soares, Paulo Jose Andrade de Souza, Luene Silva Costa, Solane Pinto de Souza, Clerton Rodrigues Florencio, Andria Soares Tavares

Este trabalho trata-se de um relato de experiência sobre a Educação em Saúde para a prevenção, o controle e combate ao *Aedes aegypti* no município de Parintins. O referido município é prioritário para essa problemática de saúde pública no Estado do Amazonas, e tem como preocupação o comportamento atual das doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti* e por possuir um contingente populacional susceptível pelo fato de ser referência para os serviços de saúde na Regional do Baixo Amazonas, ser limítrofe com o Estado do Para, ser um município turístico que realiza o evento de dimensões nacional e internacional que é o Festival Folclórico, aporta mensalmente navios turísticos e diariamente embarcações de grande porte em trânsito com outros municípios especialmente Manaus, Santarém e Belém que possuem altos níveis de transmissibilidade viral e por apresentar períodos sazonais com verão intenso acompanhado de chuvas torrenciais possibilitando a proliferação do vetor. Portanto, a relevância deste trabalho se impregna em descrever as ações de Educação em Saúde realizadas no município de Parintins enfatizando as parcerias interinstitucional, intersetorial e com a comunidade para manter o município livre do *Aedes aegypti*. A metodologia utilizada foi a abordagem descritiva, qualitativa, na forma de relato de experiência. Esta abordagem se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, aprofunda-se no mundo dos significados das ações, das atitudes, das relações humanas, fenômenos esses que não podem ser compreendidos por meio de operacionalização de variáveis, equações e médias estatísticas. O período avaliado compreende uma série histórica dos últimos dez anos (2008-2017) de notificações de casos de dengue (confirmados e descartados) enfocando para as ações de educação em saúde realizadas no ano de 2017 no município de Parintins que culminou com redução de notificação de casos positivos de dengue, concomitantemente na redução dos níveis populacionais do vetor *Aedes aegypti*, cujos índices no mês de janeiro de 2017 apresentavam médio risco (1% - 3,9%) de infestação e atualmente (primeira quinzena de dezembro de 2017) encontra-se com índices baixo risco (< 1%) conforme Levantamento de Índice Rápido de *Aedes aegypti*-LIRAA. A Dengue no município de Parintins teve caracterizado sua introdução em 2001, com reprodução viral na área urbana no mesmo ano, onde foi detectado a presença de seu vetor transmissor o *Aedes aegypti*. Ao longo dos dez anos seu comportamento tem se mantido estável,



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

tendo no ano de 2008 (231 casos confirmados) e 2009 (153 casos confirmados) um aumento de casos notificados com 90% dos casos importados de outras localidades, porém, em 2015 ocorreu um aumento significativo (surto) de notificação totalizando 741 casos, no qual 513 foram diagnosticados confirmados por critério laboratorial e com 90% de casos autóctones. Em 2016, apesar da redução na notificação (57 casos), sendo 47 casos confirmados, foi constatado 01 caso confirmado de Febre Chicungunya, por critério laboratorial, colocando o município, a gestão (Vigilância em Saúde/Endemias) em alerta redobrado para o monitoramento, mas, sobretudo para a mudança nas práticas de combate e controle do vetor transmissor, visto que as ações dos Agente de Combate às Endemias-ACE como visita domiciliar, controle vetorial e orientações são realizadas de rotina, porém, verifica se a necessidade de sensibilizar a população a se contagiar e contribuir com as ações destes profissionais. Neste contexto, o município através da Secretaria Municipal de Saúde/Vigilância em Saúde buscou fortalecer as parcerias para o combate, e em janeiro com a nova gestão (Prefeito, Secretário de Saúde e Coordenadora de Vigilância) conduziu o processo de adesão de todos os setores inseridos na SEMSA e com as demais instituições públicas. No primeiro momento foi elaborado um Plano de Contingência para o desenvolvimento de ações estratégicas, em seguida foi estruturado o Núcleo de Educação em Saúde da SEMSA, foi implementado o Programa Saúde na Escola, ocorreram também reuniões com a Secretaria Municipal de Obras e Limpeza Pública, Secretaria de Assistência Social e Trabalho, Secretaria de Meio Ambiente, Secretaria Municipal e Estadual de Educação, Secretaria Municipal de Comunicação, Corpo de Bombeiros, Polícia Militar, Marinha do Brasil, Institutos Técnicos Profissionalizantes, Agremiações Folclóricas Boi Bumbá Garantido e Boi Bumbá Caprichoso, Conselho Tutelar, Universidade Estadual e Federal do Amazonas, gestores de todas as Unidades Básicas de Saúde, enfermeiros da Estratégia Saúde da Família-ESF e Distrito Sanitário Especial Indígena-DSEI para adesão e efetivação de parcerias, e o município implantou a Sala de Comando e Controle do *Aedes aegypti* de acordo com o Decreto Municipal 073-A/2017, com a participação de membros das referidas instituições. Desta forma, as ações planejadas foram trabalhadas priorizando ações educativas como teatro de fantoche, concurso de cartazes, desenho, folders e paródias, caminhadas e mutirão de limpeza com as escolas de ensino infantil, fundamental e médio e com a comunidade na área adscrita e em conjunto com as UBS, ESF, ACE, ACS e Fiscais de Vigilância Sanitária, Agentes de Zoonoses colocando em pratica a integração da Vigilância em Saúde e Atenção Básica. A mobilização da comunidade escolar e da população no primeiro quadrimestre de 2017 culminou com ações concomitantes do Dia D de Controle e Combate ao



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Aedes realizado no mês de abril em todas as escolas, institutos, universidades, instituições, supermercados, bancos, entre outros com divulgação em mídias sociais e programas de rádio e TV. No segundo quadrimestre trabalhou-se fortemente as ações voltadas para o Festival Folclórico de Parintins e a Festa da Padroeira. No terceiro quadrimestre conforme programado os membros da Sala de Comando e Controle novamente mobilizaram a comunidade escolar e demais parceiros e as ações anteriormente descritas foram fortemente trabalhadas verificando se que a cidade encontra-se limpa, organizada, com coleta de resíduos sistemática, mutirão de limpeza nos bairros, ampla divulgação nos meios de comunicação (programas de rádio e TV, redes sociais) e principalmente o envolvimento e sensibilização da população. Os materiais didáticos com folders, faixas, banners, camisetas, bonés, vinhetas, vídeos, foram elaborados pela Vigilância em Saúde e disponibilizados a todas as instituições. A avaliação e monitoramento das ações através de encontros e reuniões sistemáticas entre os atores envolvidos foram elementos fundamentais para acompanhar a execução e o sucesso no desenvolvimento das atividades. O resultado de todo esse processo visualiza-se através dos índices de infestação que apresenta-se baixo risco e pela notificação de 20 casos suspeitos com apenas 08 casos de dengue confirmados por critério laboratorial conforme base de dados do SINAN. As doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti* apresentam-se atualmente como uma problemática de saúde pública em todo o território nacional, por isso que é de extrema importância a mudança de práticas de ações voltadas para a erradicação do vetor e o desenvolvimento de ações de educação em saúde que possam vir a atingir diversos setores da sociedade. A ação educativa em saúde é um processo que objetiva capacitar indivíduos e / ou grupos para assumirem ou ajudarem na melhoria das condições de saúde da população. Neste contexto, os profissionais e a população compreenderam que a saúde da comunidade depende das ações oferecidas pelos serviços de saúde, como também do esforço da própria população através de conhecimentos, compreensão, motivação, reflexão e adoção de práticas de prevenção de doenças e promoção à saúde. Parintins reconhece o valor das ações educativas e menciona o fato de que a promoção da saúde é um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida da população.

Palavras-chave: educação em saúde, *Aedes aegypti*, gestão



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE ACIDENTES DE TRABALHO NAS UNIDADES SENTINELA EM SAÚDE DO TRABALHADOR NO NORDESTE BRASILEIRO: DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro, Romênia Kelly Soares de Lima, Jéssica Karen de Oliveira Maia, Aline Luiza de Paulo Evangelista, Priscila Nunes Costa Travassos, Francisco José Maia Pinto, Bruna Nunes Costa Lima Rosado, Christina Cesar Praça Brasil

Introdução: A notificação de Acidentes de Trabalho (AT) é hoje um instrumento importante para a saúde pública, pois a partir desta ferramenta tem-se real conhecimento da situação dos trabalhadores, que são atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, é de importância que os profissionais de saúde responsáveis pela notificação do agravo saibam manusear corretamente esta ferramenta. Acredita-se que haja ainda há uma deficiência acerca das reais informações sobre o AT, o que repercute negativamente na saúde pública, e consequentemente na economia do país. A falta de conhecimento e dificuldade no preenchimento adequado da ficha de notificação por parte dos profissionais de saúde impossibilita a devida criação e/ou atualização das políticas públicas, impactando no planejamento de ações de promoção e prevenção a saúde do trabalhador e gerando a subnotificação do agravo. **Objetivo:** identificar dificuldades, a partir do olhar dos profissionais de saúde, sobre a notificação compulsória de acidentes de trabalho em unidades sentinelas em saúde do trabalhador, no município de Fortaleza-CE. **Métodos:** Este artigo é um recorte da pesquisa intitulada “Vigilância de violência doméstica: Fatores relacionados à subnotificação na rede assistencial do SUS em Fortaleza-CE”, desenvolvido no período de fevereiro de 2013 a junho de 2014. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. No período de realização desta pesquisa, o município de Fortaleza-CE contava com sete unidades sentinela, credenciados mediante pactuação junto à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para a notificação de acidentes graves e fatais relacionados ao trabalho. O critério de inclusão do estudo para a seleção das unidades foi possuir serviços ambulatoriais e de emergência com equipe médica 24 horas por dia. Atenderam ao critério cinco unidades de saúde: Instituto Doutor José Frota, Hospital Geral de Fortaleza, Hospital Distrital Evandro Aires de Moura, Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira e Hospital Distrital Governador Gonzaga Mota. Incluiu-se no estudo os profissionais com nível superior completo, que trabalhavam diretamente com o manejo clínico dos pacientes acidentados e/ou com a notificação dos casos de acidentes de trabalho. Como técnica de coleta de



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

dados, aplicou-se questionários não estruturados aos profissionais de saúde atuantes no contexto dos serviços de saúde. A análise dos dados obtidos foi pautada na Análise de Conteúdo, mais precisamente na Análise Temática. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sendo aprovado com parecer de número 237.406. Por se tratar de pesquisa envolvendo a participação de seres humanos, todos os procedimentos obedeceram a Resolução 466/12. Resultados: Foram entrevistados 78 profissionais de saúde nas cinco unidades selecionadas. Na sua maioria eram Enfermeiros (48,0%) do sexo feminino (78,0%), e com 15 a 20 anos de trabalho no setor saúde (52,0%). Com relação à faixa etária compreendia de 31 a 40 anos (29,5%). O tempo mediano de formação superior variou de 16 a 21 anos (50,0%). A participação em capacitações/treinamentos na área de AT foi relatada. Quanto à notificação de casos de AT 44,0% dos indivíduos, e 44,0% afirmam já ter realizado notificações. A dificuldade relatada por 47,0% dos profissionais se referiu à falta de conhecimento quanto ao manejo e medidas a serem tomadas frente ao AT. Seguiu-se ainda a omissão dos indivíduos sobre a notificação (12,0%) bem como a sobrecarga de trabalho dos profissionais. Os resultados evidenciam pouco conhecimento dos profissionais responsáveis pela notificação de AT nas unidades de saúde. Observou-se que os profissionais consideram que não foram capacitados adequadamente para a realização correta da notificação de AT. Observou-se ainda o fato dos treinamentos já realizados não terem sido capazes de suprir a deficiência sobre o tempo, uma vez que 65,0% dos indivíduos apontaram como principal sugestão a Educação Permanente em Saúde (EPS). É importante destacar que a formação profissional na área da saúde foi ordenada ao SUS através da Constituição Federal brasileira de 1988, e assumida posteriormente pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como uma estratégia do SUS. Considera-se a EPS como um mecanismo de transformação do modelo de atenção, pois a atenção integral é a referência do trabalho, os resultados apresentados indicam ainda a urgente necessidade de formação profissional para a qualificação do trabalho no contexto da notificação compulsória de AT, tendo em vista o destaque dado pelos entrevistados sobre a ausência de informação e o pouco conhecimento em relação à temática. A ausência de protocolos claros dentro das unidades também se reflete na má qualidade da notificação e é apontada como dificuldade pelos profissionais. Alguns entrevistados relataram a ausência de material, por exemplo, a ficha de notificação do SINAN (Sistema de Notificação de Agravos de Notificação), impossibilitando assim a realização da notificação. A construção de protocolos práticos, concisos e eficientes, que dão prioridade ao profissional acidentado, tende a tornar-se um meio de incentivo à notificação,



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

acarretando a adequação das normas e melhorando a adesão aos processos. É importante incentivar o registro do agravo pelos profissionais, pois essas informações possibilitam o reconhecimento dos prováveis riscos e eventos de vulnerabilidade do ambiente de trabalho, contribuindo com o planejamento de ações públicas voltadas para a prevenção e promoção da saúde dos trabalhadores. Para que a notificação ocorra de maneira adequada, diversos fatores são necessários, tais como conhecimento técnico científico, recursos humanos adequados àquele serviço e permanentes capacitações. Conclusão: Os AT e sua subnotificação são algo bastante presentes na realidade das unidades de saúde no município de Fortaleza-CE. Este estudo possibilitou identificar os entraves e os possíveis meios de redução das subnotificações com base na percepção dos profissionais de saúde imersos nos serviços, compreendendo que estes são as pessoas de referência para identificar e notificar os casos no cotidiano. Dentre as dificuldades encontradas para realização das notificações de AT, destacam-se a falta de conhecimento quanto ao manejo e as medidas a serem tomadas frente ao mesmo, a omissão dos indivíduos e a sobrecarga de trabalho. A partir da discussão do presente artigo, é perceptível a importância da capacitação dos profissionais de saúde através da EPS, incentivando a realização das notificações e orientando tais profissionais para o correto preenchimento da ficha de notificação, pois a mesma, quando preenchida incorretamente, ocasiona dados não fidedignos no SINAN.

Palavras-chave

Acidente de Trabalho; Saúde do Trabalhador; Educação Permanente.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

O GERENCIAMENTO EM ENFERMAGEM COMO FERRAMENTA PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA

Thais Chrystinna Guimarães Lima, Andreza Dantas Ribeiro, Brenda dos Santos Coutinho, Renan Fróis Santana, Alda Lima Lemos, Maria Mônica Machado de Aguiar Lima

Apresentação: A prática profissional da enfermagem permeia diversas áreas, pois está sempre ligada aos variados ramos do conhecimento, a exemplo da ciência da administração, que contribui, principalmente na organização da equipe de enfermagem, mas também permeia a atuação de outros profissionais. A liderança é uma estratégia inclusa na gestão em enfermagem que visa descobrir e eliminar falhas na assistência; incentivar o trabalho da equipe e a participação efetiva das pessoas; ajudar na realização pessoal e profissional; preparar novas lideranças; fortalecer os processos de tomada de decisão; facilitar a descentralização do comando; gerar comprometimento com as soluções escolhidas e resolver problemas que não podem ser resolvidos individualmente. Para isso, exige-se do enfermeiro competências de caráter educativo, assistencial, administrativo e político, todas engajadas no compartilhamento de informações e conhecimento que o enfermeiro tem do processo de gestão em saúde. Em vista disso, o estudo objetivou analisar o emprego da gestão e gerenciamento em enfermagem para a aplicação de uma ação em saúde em uma comunidade quilombola, no município de Santarém, estado do Pará. Desenvolvimento do trabalho: Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência. O estudo foi desenvolvido de acordo com a metodologia da problematização, no qual consta de etapas, sendo: 1 (observação da realidade); 2 (reflexão, hipótese e discussão sobre o problema); 3 (leitura e teorização); 4 (hipótese de solução) e 5 (ação-reflexão-ação). A investigação foi realizada em uma comunidade quilombola do município de Santarém, estado do Pará, tendo como a Unidade Básica de Saúde (UBS) da localidade, o meio de efetivação. A pesquisa foi efetivada por acadêmicos do 8º período de enfermagem da Universidade do Estado do Pará (UEPA) – Campus XII, Tapajós, bem como pela docente responsável pela disciplina de enfermagem e às populações tradicionais da Amazônia e por acadêmicos e um docente do curso de medicina da mesma instituição de ensino superior (IES). Além disso, para a concretização da atividade houve a participação ativa da enfermeira da UBS, bem como do representante da comunidade, sendo estes essenciais para a compreensão da realidade da comunidade e visualização de problemáticas relacionadas à saúde dessa população tradicional da Amazônia. A primeira visita à unidade ocorreu no dia 19 de setembro de 2017 e o retorno ocorreu



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

no dia 01 de dezembro de 2017. Para o desenvolvimento de todas as atividades foi necessária organização, no embasamento da gestão e gerenciamento de enfermagem, sendo este essencial para organização dos serviços em saúde, equipe de enfermagem e é inerente à prática de educação em saúde. Dessa forma, como plano de ação foi utilizado a ferramenta 5W2H, que serviu como apoio para o planejamento das atividades. Tal ferramenta consiste em passos, sendo: What (O que será feito?); Who (Quem fará?); When (Quando será feito); Where (Onde será feito); Why (Por que será feito?); How (como será feito?) e how much (quanto custará?). A análise ocorreu a partir do planejamento e observação sistemática das atividades práticas. Resultados e/ou impactos: Em virtude da oferta da disciplina de enfermagem e às populações tradicionais da Amazônia no respectivo período do curso houve o interesse em conhecer a realidade dessas populações, sendo, desse modo estipulada uma data e efetuada uma visita com o intuito de reconhecer as especificidades de uma comunidade quilombola, bem como identificar suas fragilidades no contexto da saúde. Desse modo, foi realizada a primeira visita, onde foi constatado em conjunto com o diálogo estabelecido com a enfermeira da unidade, o desconhecimento dos remanescentes de quilombo acerca de sua predisposição para o desenvolvimento de doenças falciformes e da existência da doença em si, sendo esta conhecida apenas por quem tinha histórico familiar da doença, além disso, foi observado que durante o pré-natal, as gestantes da comunidade não tinham conhecimento sobre a existência de um exame laboratorial destinado a detecção dessas patologias, a eletroforese de hemoglobina. Sendo outra problemática a localidade da comunidade, o que dificulta o acesso a exames bioquímicos. Este exame no pré-natal deve ser solicitado caso a gestante seja negra, possua antecedentes familiares ou apresente histórico de anemia crônica, visto que este detecta tanto a doença quanto os traços da doença, sendo importantes para a orientação genética. A partir disso, o problema encontrado foi debatido entre os discentes e docentes de enfermagem, sendo realizado um estudo teórico acerca da doença e seu traço, dessa forma, foi estipulado o que seria feito e por que seria feito, respondendo dois W da ferramenta. Em vista disso, como hipótese de solução foi organizada uma equipe multidisciplinar com o objetivo de atender ao problema, assim, foi acordado que seria oferecido as gestantes e os parceiros destas o exame de eletroforese de hemoglobina, sendo realizada a coleta do material biológico na UBS para posterior envio ao laboratório de suporte, além disso, seria ofertada a comunidade, a educação em saúde acerca das doenças falciformes, com enfoque para a anemia falciforme e seu traço, colocando em pauta os fatores de predisposição para o desenvolvimento destas, respondendo a outro passo da ferramenta 5W2H. Com o retorno à comunidade, as atividades de



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

educação em saúde foram realizadas por um docente e acadêmicos do curso de medicina da universidade e a recepção, orientação quanto ao exame e sua finalidade foram explanadas por uma docente e acadêmicos de enfermagem. A partir disso, compareceram para a realização das atividades 23 membros da comunidade, dentre estes, 9 gestantes e 2 parceiros, sendo que haviam 15 gestantes cadastradas no programa de pré-natal da unidade, no momento, de acordo com as informações prestadas pela enfermeira da UBS. Observou-se uma baixa adesão dos parceiros das gestantes a atividade, o que é visualizado nas consultas de pré-natal em si, visto que o homem, em geral, está envolvido com atividades laborais no momento da consulta, ou considera desnecessária sua presença em consultas ou atividades voltadas ao pré-natal, visão esta que deve ser modificada. A coleta do material biológico foi realizada por dois técnicos de análises clínicas. A ordem das atividades foi anteriormente programada, como se segue: 1. Educação em saúde; 2. Triagem e orientação acerca do exame e 3 coleta do material biológico. No que concerne à realização da coleta do material biológico, foi realizado um projeto de pesquisa, apresentado à Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) do município, obtendo-se o consentimento desta, bem como da liderança da comunidade quilombola. Para a efetivação dos objetivos propostos na comunidade foi elaborado um orçamento dos materiais necessários à coleta de material biológico, impressos e demais materiais. Como transporte para o local, foi utilizado o micro-ônibus da universidade em ambas as viagens, bem como os materiais de apoio (projetor, balança antropométrica, esfigmomanômetro, dentre outros) que foram solicitados na instituição, com a devida antecedência para que pudesse ser utilizado no dia da atividade. Considerações finais: Observou-se que a gestão e o gerenciamento de enfermagem são indissociáveis do processo de educação em saúde, sendo este componente primordial na atuação do profissional enfermeiro, além disso, percebeu-se a eficácia do uso da metodologia da problematização como requisito para formação de graduandos e futuros profissionais críticos e a ferramenta 5W2H como norteadora dos passos essenciais para o sucesso de uma atividade em saúde.

Palavras-chave: enfermagem; gestão em saúde; atenção primária.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

O MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E A GESTÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS: O QUE FOI CONSTRUÍDO DE 2013 A 2016

Harineide Madeira-Macedo, Érika Rodrigues de Almeida

Apresentação: O Programa Mais Médicos (PMM), criado em 2013, está fundamentado pelas diretrizes pedagógicas da Educação Permanente, com o objetivo de atender a população brasileira nos serviços de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de um Programa com gestão interministerial, pelo Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Educação (MEC) e que está estruturado em eixos de ação. Considerando a importância do registro histórico do processo de construção da gestão do Programa Mais Médicos, e a relevância da partilha de experiências por meio do relato das lições aprendidas e análise institucional, este trabalho apresenta um breve relato da gestão federal do PMM por parte do MEC. O objetivo é reconstituir a história da DDES desde a sua criação em 2013 até 2016, quando da ruptura democrática por meio de golpe parlamentar ocorrido no Brasil, detalhando o processo de gestão do PMM por parte do MEC neste período. **Metodologia:** A análise do que foi construído no PMM seguiram a égide da gestão democrática e da Educação Permanente em Saúde. As autoras participaram da equipe gestora do MEC no período analisado. **Desenvolvimento do trabalho:** A Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB) no Brasil possui na Estratégia Saúde da Família (ESF) sua estratégia prioritária para expansão e consolidação (BRASIL, 2017). Desde sua criação, diversos são os desafios enfrentados para o alcance de expressiva resolutividade e para que as políticas tenham impacto sobre a organização dos serviços. Na tentativa de superar a escassez de médicos no país e de reduzir as iniquidades na distribuição destes profissionais entre as regiões e localidades (GIRARDI et al, 2016), surgiu o PMM, sob três eixos de atuação: (i) investimento na melhoria da infraestrutura das redes de atenção à saúde; (ii) ampliação da oferta de cursos e vagas em medicina e na residência médica; e (iii) a implantação do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), o provimento emergencial de médicos na APS. Os eixos (ii) e (iii) possuem caráter formativo e, por esta razão, demandaram o envolvimento do MEC para viabilizá-los. Assim, em 2013 foi instituída nova estrutura organizacional no MEC e, para gerir os aspectos educacionais do PMM, surgiu a Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde (DDES), na Secretaria de Educação Superior (SESu) e estruturada em duas coordenações, a relacionada à expansão de programas e vagas de Residência médica assumida pela Coordenação Geral de Residência em Saúde (CGRS), e com a Coordenação Geral



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

de Gestão da Educação em Saúde (CGEGES) ficaram as ações relacionadas à expansão de vagas em Medicina, bem como as relativas ao ciclo formativo do PMMB, como a supervisão acadêmica aos médicos. Ao integrar o MEC, além de dirigir as ações da CGRS, foi estruturada equipe de gestão na CGGES, subdividida em duas frentes: uma voltada à gestão do processo de expansão das escolas públicas de Medicina, e outra com a responsabilidade de gerenciar as ações de supervisão no âmbito do PMMB. A equipe técnica estruturada na CGEGES possuía formação superior na área da saúde (Fisioterapia, Psicologia, Odontologia, Serviço Social, Enfermagem, etc.) e da educação, além de experiência na gestão e/ou assistência em saúde, e foi responsável pela construção de importante arcabouço normativo do MEC para a gestão do PMM, pela articulação com outras Instituições parceiras, como Unasus, Ebserh e Fiocruz, e pela definição e organização de fluxos processuais e organizacionais da nova Coordenação. Além dessa, o Programa contou com apoiadores institucionais estaduais do MEC, os quais tinham a responsabilidade central de mediar a relação entre as Instituições que realizam a supervisão e tutoria aos médicos participantes e a gestão federal do Projeto. Esses apoiadores tinham formação e experiência na área da saúde, e atuaram sob o referencial da Educação Popular e da Educação Permanente em Saúde. Com a ampliação do Programa e a necessidade de garantir o processo de supervisão à totalidade de médicos, também se construiu importante articulação institucional com o Ministério da Defesa, que apoiou o MEC na logística de deslocamento de supervisores e tutores do Grupo Especial de Supervisão, responsável pela supervisão em área indígena em regiões com dificuldade de acesso nos estados do Pará, Amazonas, Roraima e Acre. Tal articulação foi fundamental para a viabilidade de supervisão nestas regiões, e foi importante para estreitar laços institucionais entre dois ministérios historicamente distantes. Por fim, considerando que o PMM foi o carro-chefe do Governo Dilma Roussef, estruturou-se relevante articulação com a Casa Civil da Presidência da República, sobretudo com a Subchefia de Avaliação e Monitoramento, a qual era responsável pelo monitoramento das ações do Programa. Todo esse redirecionamento organizacional posicionou o MEC em um lugar de destaque na gestão do PMM, de modo efetivo para o alcance dos objetivos do Programa. Considerações finais: Com a ruptura do processo democrático brasileiro, marcada em agosto de 2016 pelo impeachment da presidenta Dilma Roussef, a maior parte do corpo dirigente e técnico de todos os Ministérios foi modificada. No âmbito do PMM, as mudanças nas equipes do MEC e do MS trouxeram modificações substanciais ao Programa. No MEC, as mudanças na gestão da DDES ocorreram significativamente quatro meses após a chegada da nova direção, em dezembro de 2016, quando se instaurou um modelo “terceirizado”



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

de gestão. O PMM foi entregue pelo diretor a colaboradores com perfil técnico-político frágil e com desejos de projeções a cargos na equipe. Essa equipe frágil teve muita dificuldade, primeiramente, para compreender o Programa e o Projeto e, se isso ocorreu, foi devido à pressão da Presidência da República e dos órgãos de controle e fiscalização, quando reestruturaram a equipe a partir de critérios não técnicos; em segundo lugar, ocorreu a finalização do termo de convênio entre o MEC/Ebserh e Fiocruz, o qual mantinha a equipe e todas as ações do Programa sob a responsabilidade do MEC. A não continuidade do convênio deu-se tanto por questões de natureza financeira quanto pela concorrência de projetos - as prioridades da nova gestão não dialogavam com as necessidades do PMM. Desse modo, diante do impasse, a supervisão acadêmica foi paralisada, deixando o PMM na ilegalidade devido ao não cumprimento do previsto em lei, que seria manter o acompanhamento regular e periódico a todos os médicos participantes. No que diz respeito à Política de Expansão das Escolas Médicas, também houve paralisação das ações relacionadas à reforma curricular da Medicina e às residências médicas. Foi interrompido o processo de abertura de novas escolas, de ampliação de vagas de graduação e de residência médica, além de reversão das mudanças nas Diretrizes Curriculares impressas pelo PMM. A agenda defendida pela maioria das entidades médicas, historicamente contrárias ao Programa, foi retomada, ressuscitando o modelo de formação biomédica hospitalocêntrica e médico-centrada. Nesse cenário, não se vislumbra futuro para o PMM. A atual conjuntura do MEC não demonstra comprometimento com a universalidade do acesso da população brasileira à assistência à saúde, como previsto para os usuários do SUS. Por fim, mostra-se urgente maior envolvimento e atuação das instâncias de controle e participação social, tanto do campo da Saúde quanto da Educação, bem como maior protagonismo das Instituições de Ensino envolvidas nos processos de supervisão, a fim de garantir a continuidade e sustentabilidade do Programa e, sobretudo, a consecução do direito à saúde de qualidade a toda a população.

Palavras-chave: Programa Mais Médicos, Ministério da Educação, educação permanente, gestão pública, Projeto Mais Médicos para o Brasil



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

O MONITORAMENTO DOS REGISTROS DE PROCEDIMENTOS CAPS COMO UM PROCESSO ÉTICO-POLÍTICO PARA A CONSOLIDAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Grécia Rejane Nonato de Lima, Gabriella Santos Wrublewski, Jackeline Alves de Lucena Tabosa, Priscila Macedo Catarino

No Brasil, o processo da Reforma Psiquiátrica, advindo da luta dos movimentos sociais dos trabalhadores de saúde e familiares dos usuários de Saúde Mental, instituiu uma política que garante os princípios primordiais do Sistema Único de Saúde (SUS), os direitos da pessoa em intenso sofrimento psíquico, a autonomia do sujeito e o cuidado de base territorial e comunitária. Assim, a Política Nacional de Saúde Mental, instituída pela Portaria Nº3.088/2011, dispõe sobre a implantação de serviços substitutivos ao modelo asilar, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), organizados em uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Considerando as singularidades presentes em cada território e o compromisso com a garantia da universalidade, equidade e integralidade, princípios do SUS, os CAPS's constituem serviços de referência no cuidado e articulação com as Redes de Atenção à Saúde, produzindo indicadores estratégicos para sua avaliação.

O processo de avaliação de serviços, e monitoramento de indicadores, é uma das estratégias do SUS imprescindíveis para o planejamento e organização em saúde. Tal importância deve-se não só à questão "produção dos serviços versus financiamento e custeio", mas também possibilitam aferir a qualidade do cuidado ofertado. Assim, a Tecnologia da Informação em Saúde torna-se importante aliada nos processos de gestão, fundamentando e fortalecendo o planejamento de estratégias e produção de dados que norteiam as políticas públicas e a tomada de decisões no campo da saúde.

Apesar dos avanços no âmbito dos sistemas de informação no país, ainda há inúmeras dificuldades no seu desenvolvimento e aplicabilidade, compreendendo que esses dados passam por diversos processos, iniciados com o preenchimento de fichas e formulários pelos profissionais dos serviços, até o processamento e produção da informação. Deste modo, faz-se necessário discutir os relatórios gerados através deste registro da informação e qualificar as equipes para que os dados sejam os mais fidedignos possíveis, retratando a realidade dos dispositivos de saúde.

A tecnologia da informação é base para importantes processos políticos nas redes de atenção à saúde. A saúde mental, todavia, ainda está aquém da implementação ideal no que se refere ao registro oportuno, monitoramento e avaliação de



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

indicadores, principalmente quando comparado à outras áreas da saúde no âmbito nacional. Assim, este resumo visa apresentar a experiência vivenciada durante oficinas idealizadas para efetivar a informação em Saúde Mental, realizadas pela VIII Gerência Regional de Saúde do Estado de Pernambuco, em parceria com a Coordenação Municipal de Saúde Mental do município de Petrolina-PE e a Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade do Vale do São Francisco-UNIVASF, considerando como público alvo os profissionais da RAPS de Petrolina-PE.

O objetivo dos encontros foi discutir o preenchimento dos impressos utilizados para registro da informação nos CAPS's de Petrolina/PE, instituídos através da Portaria nº 276/2002 (ficha de Registro de Ações Ambulatoriais em Saúde-RAAS, Boletim de produção Ambulatorial Individualizado-BPA-I e Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado -BPA-C). Com o sentido de qualificar o registro referente ao processo de cuidado nos serviços, a partir da percepção de inconformidades entre os dados apresentados nos relatórios gerados pelo Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS) e a realidade das ações desenvolvidas pelos serviços.

Tendo em vista os processos vivenciados atualmente no campo da Saúde Mental, com a tentativa de alterações importantes no direcionamento da Política Nacional de Saúde Mental e de retrocessos das conquistas da Reforma Psiquiátrica, entende-se que esses dados produzidos pelos CAPS's e por outros serviços da RAPS, constituem importante instrumento ético-políticos. Desse modo, as oficinas tensionaram a construção de uma compreensão mais ampla na perspectiva da micropolítica acerca da importância da qualidade da informação registrada.

As oficinas foram organizadas de modo a possibilitar a maior participação dos profissionais das equipes dos três CAPS's de Petrolina (CAPS II, CAPS infantojuvenil- CAPSi e CAPS álcool e drogas III - CAPSadIII), sendo realizada uma oficina em cada um dos espaços. Assim, os profissionais dos serviços e os profissionais da gestão puderam discutir impasses e dúvidas, construindo estratégias para a qualificação dos dados e, posteriormente, da informação gerada a partir do preenchimento das fichas de registro no SIA-SUS.

Inicialmente foi realizado um breve momento de apresentação, ressalta-se que quase unanimemente os profissionais referiram a atuação no CAPS como sua primeira experiência com preenchimento de RAAS, BPA-I e BPA-C. Torna-se válido também observar que, após a mudança dos instrumentos de registros do CAPS no ano de 2002 não houve qualificação quanto à sua utilização pelos profissionais. A partir deste primeiro contato, foi apresentado aos profissionais o objetivo das oficinas, uma breve introdução ao sistema de registros e produção de informações a



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

partir do SIA-SUS, bem como sua importância para o planejamento estratégico de ações pela gestão.

Ao longo da discussão, foram considerados os relatórios consolidados das ações ambulatoriais por serviço conforme o processamento e disponibilização dos dados pelo SIA-SUS no período de janeiro a agosto de 2017. Durante a discussão desses dados, as equipes referiram inconsistência nas informações geradas pelos relatórios, apontando para o subregistro das atividades quando comparado a outras fontes de anotações realizadas no cotidiano. Em outro âmbito, pode-se perceber que, além de dúvidas com relação ao preenchimento dos códigos dos procedimentos e quanto à identificação da ficha de competência para registro de cada ação, falhas nas etapas de alimentação do sistema e exportação dos dados para o sistema podem também justificar tais inconsistências. Deste modo, discutiu-se a importância das equipes monitorarem e avaliarem periodicamente esses dados, a fim de identificar e corrigir, em tempo hábil, erros neste processo.

Em seguida, foram apresentados os procedimentos que compõem cada ficha de registro utilizada nos CAPS, e sua descrição, para que os profissionais pudessem melhor compreender onde poderia ser registrada cada ação desenvolvida. Cada procedimento que compõe os instrumentos possuem um fundamento embasado pela perspectiva da Reforma Psiquiátrica e culminam na produção de elementos que refletem o trabalho do profissional permitindo a análise oportuna da realidade assistencial prestada. O profissional, por sua vez, deve conduzir o planejamento das ações através da apreciação dos elementos encontrados, estabelecendo uma rotina de avaliação dos relatórios de atividades dentre os papéis desenvolvidos pelo serviço. Muitas dúvidas surgiram nesse momento, o que demonstra a importância de a gestão estar atenta aos processos de qualificação dos novos profissionais que passam a compor as equipes, bem como investir em educação permanente.

Por fim, após intensa discussão e construção de estratégias para os problemas levantados, foi realizado o momento de avaliação da oficina em cada um dos serviços, com a finalidade de melhores intervenções em outros momentos e de identificar, junto às equipes, sugestões de temas para as próximas discussões. No geral, os profissionais relataram satisfação em relação à metodologia apresentada e referiram o esclarecimento das dúvidas, não somente quanto ao preenchimento e alimentação dos dados, mas também acerca da função e importância da fidedignidade das informações no SIA-SUS.

Mais do que dados e números que representam a produtividade dos serviços da RAPS, a correta alimentação dos sistemas de informação, no campo da saúde mental, permite a avaliação dos processos de cuidado construídos nos serviços e a aproximação com o objetivo maior dos CAPS's: o cuidado singularizado e de base



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

territorial. Compreende-se que registrar, monitorar e avaliar são instrumentos de gestão, mas também são compromissos com um modo de cuidar que, para além da ética profissional, representa uma escolha política, consolidando a efetivação da saúde mental.

Palavras-chave: Monitoramento; CAPS; Reforma Psiquiátrica



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

O OBSERVATÓRIO DE DESIGUALDADES, EQUIDADE E DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE DO TO – UM DESAFIO, UMA NOVA GESTÃO.

Alexandre Araripe Fernandes

Apresentação: O processo de implantação do Observatório de Desigualdades, Equidade e Determinantes Sociais em Saúde do Tocantins é uma construção inédita dada a forma ascendente percorrida, ou seja, a identificação das desigualdades loco regionais partiu das vozes dos protagonistas de todo amplexo da Saúde do Estado, gestores e usuários (populações tradicionais e movimentos sociais) do SUS estadual. Por meio da cooperação técnica pactuada com a Organização Pan Americana de Saúde e colaboração do Centro de Estudos de Política e Informação da FIOCRUZ/RJ, que possibilitou que esse germinar, esteja hoje se materializando. Com o objetivo de propiciar o redirecionamento do Sistema Estadual de Saúde a partir da inserção do enfoque dos Determinantes Sociais em Saúde na SES/TO. Tem a possibilidade de ser o piloto para o Observatório da Região Norte do Brasil.

Desenvolvimento do Trabalho:

A implantação, em processo de conclusão, foi elaborada nas seguintes etapas:

- a) Preparatória e formativa – Etapa de formação e estudos preparatórios para as oficinas. Foram seguidos os materiais Manual de Monitoreo de las Desigualdades em Salud e o Curso Medindo Desigualdades em Saúde e ainda, a oficina teórico prática com as metodologias para as oficinas regionalizadas;
- b) Oficinas regionalizadas – Realizadas nos 139 municípios do Tocantins para identificação das desigualdades e iniquidades em saúde loco regionais partindo-se dos problemas às causas das causas no processo saúde doença. Compreendeu 16 oficinas em 8 Regiões de Saúde, durante 2 meses. Com os movimentos sociais e as populações tradicionais (quilombolas, população do campo e indígenas) totalizaram 6 oficinas, em 6 municípios, abrangendo 3 Regiões de Saúde;
- c) Análise e qualificação dos indicadores de desigualdades – processo de discussão dos resultados das oficinas entre as equipes do Centro de Estudos, Políticas e Informações da ENSP/FIOCRUZ e da SES/TO (em execução);
- d) Produto final - o Observatório. Junto ao centro de informações e dados estratégicos da secretaria, a Sala INTEGRA Saúde. No portal virtual do Observatório será possível o monitoramento e acompanhamento das desigualdades do Estado através dos indicadores tanto universais como os específicos do seu próprio território, a geração de conhecimento, construir um acervo acadêmico, entre outros elementos que possibilite o apoio na tomada de decisões para a governança de gestão.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Resultados: Em processo ainda de implantação o impacto do Observatório tem provocado uma maior integração das diversas áreas da SES/TO sobre DSS e as implicações para a mudança de pensar e fazer a gestão, como também, com a outras pastas de governo, como a SEAGRO, parceira junto aos grupos populacionais. Da mesma forma, os impactos obtidos na gestão dos municípios no mesmo sentido, levando-os a pequenas mudanças com resultados significativos, a partir do momento em que se entende que as iniquidades são também geradas pelo próprio serviço e podem ser evitáveis. Assim como o entendimento que a vulnerabilidade não é inerente à vida mas que pelas condições de vida, os sujeitos estão vulnerados pelas desigualdades acentuadamente injustas. Destacam-se o município de Caseara, que passou a disponibilizar um horário diferenciado para atendimento aos homens que não tinham o acesso à saúde básica no horário comercial, aumentando a cobertura do programa de saúde do homem em sua acessibilidade e o município de Araguaína, que reconheceu os grupos aos quais deve maior atenção em seu município dado ao grau de vulnerabilidade em que se encontram.

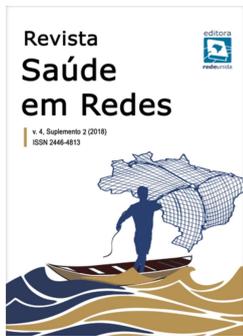
Considerações Finais: Um observatório como ferramenta estratégica para a gestão sinaliza um comprometimento com o reordenamento de sua governança, cujo processo decisório em Saúde se torna redistribuído para além do campo exclusivo da Saúde, empenhando-se em efetivar a intersetorialidade, com a participação social mais próxima de fato. Trazer o enfoque dos Determinantes Sociais da Saúde já tem possibilitado a ampliação do olhar do fazer Saúde para além do campo unicamente técnico de suas áreas setoriais e, vislumbrado uma perspectiva real de mudança e assertividade de resultados, como se espera desta área do serviço público.

Referências

BUSS, Pellegrini. A Saúde e Seus Determinantes Sociais. *PHYSIS. Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro 17 (1): 77-93, 2007.

BENJAMIN, Walter. O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. São Paulo: Brasiliense, 1994.

CAREGNATO, Rita C. Aquino; MUTTI, Regina. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. Artigo produzido como trabalho de conclusão da disciplina "Práticas de Análise de Discurso na Pesquisa em Educação", do 1º semestre de 2005, ministrada pela Professora Regina Mutti, do Programa de



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Pós-Graduação em Educação (FACED) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

FEUERWERKER, Laura C. M. Educação dos profissionais de Saúde hoje – problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. Revista ABENO. Novembro, 2003.

Palavras-chave: gestão inovação observatório determinantes



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

O PSICÓLOGO NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM UM MUNICÍPIO DO CEARÁ: PROCESSOS DE TRABALHO E DESAFIOS.

Fabiola Goncalves, Riannity Almeida Lima Bezerra, Riannity Almeida Lima Bezerra
Este artigo tem como objetivo analisar a atuação dos psicólogos a partir dos cronogramas de atividades desenvolvidas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), do Município de Tauá-Ceará, observando as atividades desempenhadas a partir das perspectivas da reforma sanitária e psiquiátrica, preocupando-se com as questões psicossociais reais, no processo saúde-doença e visa contribuir para a reflexão sobre as possibilidades de atuação do psicólogo no contexto da saúde mental e saúde coletiva, visto que a partir das concepções e definições das áreas da saúde coletiva, Paim, 1998, cita os determinantes sociais como área afim, e inserido nesta a saúde mental.

No que se refere ao contexto local, o Estado do Ceará e o assunto discutido, os autores Viana e Lima (2016), afirmam que este contribuiu historicamente na Reforma Psiquiátrica e na oxigenação dos movimentos constitutivos da luta antimanicomial, sendo portanto, uma evidência concreta dessa contribuição a implementação de políticas inovadoras no SUS.

Esta série de avanços, cada um em sua proporção e contexto histórico, trouxe consigo transformações no Município de estudo, a partir da organização da Rede de Atenção Psicossocial.

O estudo situa-se no campo da pesquisa qualitativa, configurando-se como exploratória-descritiva, de cunho documental. A pesquisa foi realizada no contexto da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no segundo semestre do ano de 2016, sobre a atuação dos psicólogos, no município referido. Foram mapeados cinco componentes para visita e análise do cronograma dos profissionais inseridos levando-se em consideração os espaços de atuação a partir da perspectiva da RAPS. A escolha do município em questão se deu por ser um município de destaque dentro da RAPS estadual com a implantação de ações que evidenciam: o



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

primeiro município do Ceará a ter leitos psiquiátricos em um hospital geral, implantação de residência em saúde mental e saúde da família, pós-graduação em larga escala envolvendo toda a rede de atenção à saúde com o projeto de planificação da atenção primária. Foram realizadas visitas nos locais de trabalhos dos psicólogos no período de setembro e novembro de 2016, sendo solicitado na ocasião, o seu cronograma de atividades, também sendo percebida a publicização da informação das atividades, tipos de atividades, duração das atividades, público alvo, atividades realizadas em equipe ou individuais, além da articulação com outras instituições. Para o alcance do objetivo, foram analisados os documentos institucionais que foram os cronogramas das atividades desenvolvidas pelos psicólogos que atuam na RAPS de Tauá, por meio de observação do documento. Após as visitas serem realizadas, e observação dos cronogramas, encontramos psicólogo atuando em quatro áreas e as organizamos da seguinte forma:

1. Atenção Primária à Saúde: no serviço da Macro II do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); Atenção Psicossocial: no Centro de Atenção Psicossocial Geral II (CAPS II);
2. Atenção Psicossocial: no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD),
3. Reabilitação Psicossocial: Policlínica
4. Intervenção hospitalar: leitos psiquiátricos no hospital geral

Buscamos inicialmente um mapeamento dos Psicólogos vinculados as equipes em cada componente da RAPS. A configuração do primeiro componente NASF, adotada pelo município, oferece organização de trabalho e território em forma de Macros, sendo composta por 5 macros e portanto, 5 equipes NASF, divididas em 25 Estratégias de Saúde da Família. A escolha pelo estudo na macro II aconteceu pela avaliação de maior tempo de atuação da Psicóloga no contexto da saúde coletiva, e o trabalho de 40 horas semanais.

A psicóloga, a partir de sua agenda de trabalho, realiza atendimentos individuais, por meio de encaminhamentos, não foi identificado momento de discussão de



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

casos, de reunião de equipe, de visitas domiciliares, de atendimentos compartilhados, matriciamento, dentre outras atividades previstas nessa categoria profissional na atenção primária. Nesta perspectiva, identifica-se uma prática do psicólogo ancorada nos saberes da clínica psicológica tradicional, apontando a necessidade da construção pelo que foi exposto sobre a reforma e os novos cuidados em saúde mental, direcionado ao Modelo Assistencial e pela prática da Clínica Ampliada, com novos saberes/fazer extra clínicos, necessários para a ampliação dos recursos de intervenção no processo saúde-doença, de modo a responsabilizar-se pelo sujeito/cliente em um acompanhamento contínuo e eficaz.

Os Centros de Atenção Psicossocial Geral II e AD(álcool e drogas) do município de Tauá, funcionam como serviços essenciais no cuidado, atenção integral e continuada à saúde mental e por decorrência do uso de álcool e outras drogas, em equipe multidisciplinar, com a presença de uma Psicóloga em cada centro, com carga horária de 40 horas semanais, oferecendo serviços ao público específico de adultos, mas podendo ofertar atendimentos às crianças e adolescentes a partir das necessidades apresentadas, percebemos a partir do cronograma, que as atividades são individuais, ainda centradas na psicologia clínica, curativa, caracterizando um processo de trabalho isolado, distante da proposta do autor mencionado a seguir.

Por fim, o componente da Policlínica Dr. Frutuoso Gomes de Freitas, instalada dentro do Programa de Expansão e Fortalecimento da Atenção Especializada a Saúde do Governo do Estado do Ceará, oferece 10 especialidades médicas e outros serviços em saúde, sendo um desses o atendimento psicológico. Uma psicóloga faz parte da equipe profissional, onde é responsável pela assistência de 4 municípios da 14ª Região de saúde de Tauá, com população de aproximadamente 113 mil habitantes.

Nas instituições visitadas, observamos que a atuação dos Psicólogos na realização de um trabalho interdisciplinar ainda não se efetivou enquanto prática e as atividades extra clínicas, como: atendimentos domiciliares, grupos operativos, oficinas terapêuticas, atenção às famílias e interligação com assistência social, entre



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

outros, surgem após demandas exigidas pela gestão ou demais profissionais de trabalho.

Nesse contexto, é importante a contribuição da residência multiprofissional da RIS/ESP-CE nas RAPS do município de Tauá, que iniciariam como aspecto tensionador e oportunizador da emergência de processos de trabalho votados para as necessidades das pessoas e da rede de atenção a saúde. Apesar da iniciativa da RIS, Podemos inferir que a mudança na rede de atenção só seria percebida com a formação pautada nesse formato de atuação- em rede e em equipes. Pois como mencionam Rodrigues e Zanini em sua pesquisa sobre a formação do psicólogo em 2016, demonstrou que, de modo geral, observa-se a predominância, nos currículos, de conteúdos atinentes à saúde pública e coletiva na interface Saúde Mental-Atenção Básica e, de maneira incipiente, outros conteúdos relativos ao percurso histórico da reforma psiquiátrica brasileira e ao cuidado na lógica da Atenção Psicossocial. Concluiu-se que a formação profissional, ainda balizada no modelo clínico, liberal-privado, caminha na direção da Saúde Pública, apresentando gradativamente sua proposta e oportunizando experiências na rede substitutiva da saúde mental.

Percebemos que o presente estudo se reporta a mudança de paradigmas, bem como, a organização dos serviços e as práticas do psicólogo na RAPS do município de Tauá, apesar de todos os desafios apresentados, a partir da conquista da Reforma Psiquiátrica, a qual se desencadeou a estruturação da rede de serviços substitutivos, onde pudemos encontrar tais serviços no município em questão, mesmo assim ainda há indícios de uma resistência por um modelo de atuação individual, apesar das tensões provocadas pela Residência Multiprofissional e de saúde mental. Assim, após o mapeamento da atuação do psicólogo na RAPS, percebe-se que há espaço de atuação do Psicólogo, mas que este, não percebeu a tendência de deslocamento da lógica clínica para o serviço de base territorial, pois ainda com resquícios da clínica individual.

Palavras-chave: Saúde mental, Rede de Atenção Psicossocial, Gestão do cuidado



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

O RECONHECIMENTO PROFISSIONAL COMO FATOR DE SATISFAÇÃO NO AMBIENTE DE TRABALHO

Tamiris Moraes Siqueira, Camila Carlos Bezerra, Indira Silva dos Santos, Amanda Marinho da Silva, Aryanne Lira dos Santos Chaves

APRESENTAÇÃO: No centro das atividades humanas está o trabalho, que é onde os indivíduos passam a maior parte do dia, criam redes de relacionamentos e também é a fonte de renda. A satisfação está relacionada tanto aos fatores extrínsecos como infraestrutura, disponibilidade de recursos materiais e os fatores intrínsecos como as interações entre colegas de trabalho, reconhecimento e valorização. A satisfação representa a resposta individual de cada trabalhador, pois indivíduos submetidos as mesmas condições de trabalho demonstram um grau de satisfação diferentes. A gestão de recursos humanos visa perceber quais as qualidades do funcionário e quais os fatores influenciam na execução de suas atividades para que se obtenham os resultados esperados, pois a qualidade dos serviços oferecidos depende da qualidade dos recursos humanos e a empresa que busca oferecer serviços de qualidade deve estar atenta à motivação da sua equipe. É inato ao ser humano a necessidade de ser admirado e reconhecido no ambiente de trabalho e a valorização da função que está realizando. Este relato tem como objetivo mostrar que o reconhecimento profissional interfere diretamente na satisfação profissional do enfermeiro. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** O presente resumo é um recorte de uma pesquisa maior que analisou a satisfação profissional do enfermeiro. Trata-se de uma pesquisa descritiva e de análise quantitativa realizada em um hospital universitário da cidade de Manaus, a população deste estudo foi composta por enfermeiros, totalizando 84 participantes. A coleta de dados teve após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da UFAM e ocorreu nos meses de Outubro de 2016 a Fevereiro de 2017, deu-se por meio da aplicação de um questionário dividido em duas partes, uma sobre dados



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

sociodemográficos e laborais para caracterizar os participantes e, outro, denominado Índice de Satisfação Profissional (ISP), para investigar a satisfação profissional. O questionário do ISP é dividido em duas partes: a primeira parte do questionário conta com questões inerentes à caracterização dos trabalhadores e a segunda é subdividida em parte A e parte B. A parte A examina a satisfação remetida e mostra os componentes de satisfação: autonomia, interação, status profissional, requisitos do trabalho, normas organizacionais e remuneração. Para obter a importância atribuída a cada componente, o participante assinala qual item é o mais importante. A parte B é caracterizada por uma escala do tipo Likert com 44 respostas com graduação de um a sete, quanto mais perto do um a resposta for maior será a discordância com a afirmação e com o sete maior será a concordância. As questões que tratavam o reconhecimento eram: “A maioria das pessoas reconhece a importância da assistência de enfermagem aos pacientes hospitalizados”, “Em minha mente, não tenho dúvidas: o que eu faço em meu trabalho é realmente importante”, “O que eu faço em meu trabalho realmente não acrescenta nada significativo”, “Eu me sinto orgulhosa(o) quando falo com outras pessoas sobre o que eu faço no meu trabalho”, “Se eu tivesse que decidir tudo outra vez, ainda assim eu entraria na enfermagem”, “Meu trabalho, em particular, realmente não requer muita habilidade ou conhecimento específico”. O banco de dados foi feito no programa Microsoft Office Excel® e para a análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva, com distribuição de frequências relativas e absolutas, empregando o software estatístico PASW Statistics (Predictive Analytics Software), da Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 21.0 para Windows. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: A satisfação profissional tem sido alvo de um crescente interesse por parte dos investigadores, motivados pelas consequências que pode proporcionar na saúde e qualidade de vida dos trabalhadores e nas organizações, com reflexos nos seus níveis de produtividade. No setor da saúde, a diminuição da produtividade e da qualidade dos serviços poderá influenciar o nível de saúde das populações, fato que levou a Comissão

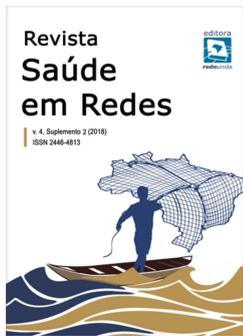


Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Europeia a propor, em 2001, que a “satisfação profissional” fosse encarada como uma variável da qualidade do trabalho. É através do trabalho que o ser humano consegue obter a satisfação pessoal e o reconhecimento no ambiente de trabalho é fundamental, pois ao ser valorizado torna-se mais produtivo e eficiente. O reconhecimento representa a preocupação do enfermeiro com a qualidade do seu trabalho, sua auto realização e apreço dos colegas e familiares pela atividade que exerce. O reconhecimento provoca um estímulo maior para a realização de suas atividades, o que proporciona maior qualidade na assistência oferecida, que é uma ação que reflete positivamente no trabalhador quando este sente-se digno de admiração e respeito do público e da equipe de trabalho. No estudo, os enfermeiros afirmam desenvolver suas atividades com maior empenho e dedicação quando são valorizados e reconhecidos. Esse reconhecimento não é somente da chefia e sim proveniente dos pacientes e da própria sociedade. A falta de “reconhecimento”, por parte dos órgãos de gestão é considerado um fator de insatisfação por parte dos enfermeiros. A maioria dos indivíduos não consegue obter sua identidade somente a partir de si mesmo, necessitando, através do olhar do outro, da confirmação do seu trabalho. Se esse reconhecimento não existir, o sofrimento derivado do encontro com o trabalho fica desprovido de significado, pois perante o reconhecimento, trabalhar não é só produzir bens e serviços, é também transformar a si mesmo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: O estudo mostrou que o trabalho ocupa lugar central na vida dos sujeitos e é por meio dele que o mesmo constrói sua identidade social.. Para que o trabalho tenha sentido para o sujeito, este precisa ser reconhecido para que assim, o sofrimento vivenciado seja transformado em prazer e realização. Com isso, o reconhecimento faz-se necessário para dar sentido as atividades que estão sendo realizadas e que possam vivenciá-las com saúde, prazer, satisfação. Frente ao exposto, ressalta-se importância do tema em questão, pois em um mundo competitivo em que se vive torna-se necessário a construção de um novo modelo organizacional, onde o sujeito não seja apenas cobrado por resultados, mas que tenham o merecido valor e reconhecimento, com um ambiente propício para exercer



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

seu trabalho de forma autônoma e criativa, para que assim o trabalho seja fonte de realizações, reconhecimento e principalmente, saúde.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador; Administração Hospitalar; Recursos Humanos



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

O DESAFIO DA PLURALIDADE NA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO HOMEM

Bruna Campos De Cesaro, Helen Barbosa Santos

Apresentação: O presente trabalho busca relatar o trabalho das autoras enquanto profissionais na gestão da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem no estado do Rio Grande do Sul e refletir sobre o objeto da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem no Brasil, através da incorporação da dimensão das masculinidades. Dado o contexto onde se situam, busca-se ampliar o entendimento sobre os homens para além dos dados de morbi-mortalidade quando estes, descolados dos marcadores sociais que produzem hierarquias sociais, não dão conta de explicar os processos de vulnerabilidade e adoecimento.

Desenvolvimento do trabalho: A fim de contextualizar a Saúde do Homem, partimos de 2011, ano em que a gestão federal da saúde modifica seu objeto de atenção, tomando o masculino para além da próstata. Assim, passa-se a considerar as ações em saúde do homem pelas suas interseccionalidades: raça, cor, classe social, cultura, idade, a fim de entender o processo saúde-doença dessa população a partir destas singularidades. Contudo, a nível Estadual no RS, somente a partir do ano do ano 2013, a Saúde do Homem passou a incluir a pluralidade das masculinidades e as interseccionalidades referentes a estas enquanto uma dimensão epistemológica a ampliar o objeto técnico desta política.

As estratégias adotadas na gestão Estadual da Política de Saúde do Homem, constituíram-se através da necessidade de criar diretrizes e eixos condutores que subsidiassem o processo de implantação desta política, estratégia considerada pioneira no país. As estratégias de gestão passaram a contemplar a dimensão da paternidade, da violência urbana, da juventude e aspectos da Saúde do Trabalhador como escopos das estratégias de gestão do cuidado.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

A Saúde do Homem do RS foi considerada pela gestão Federal da saúde como o único Estado do país a instituir uma Resolução específica e de recurso financeiro estadual de incentivo aos municípios que implantaram ações desta política no contexto da Atenção Básica. Ao total, 108 municípios foram incluídos nesta Resolução.

A partir da organização regionalizada e descentralizada das Coordenadorias Regionais de Saúde que aceitaram participar do processo de implantação da Política Estadual de Saúde do Homem no contexto da Atenção Básica em Saúde, iniciaram-se seminários temáticos para construção das propostas da política nos municípios. A metodologia de trabalho primou por uma perspectiva dialógica da cogestão, em que profissionais de saúde e gestores inseriam-se como protagonistas na pactuação das ações contínuas em saúde do homem que seriam piloto para este processo de implantação nos municípios.

A inserção, juntamente com a coordenação estadual da Saúde do Trabalhador do Centro de Vigilância Estadual em Saúde (CEVS), nas reuniões dos Fóruns Estaduais de Saúde do Trabalhador, constituído por sindicatos de trabalhadores foi uma estratégia adotada para contemplar o controle social e principalmente atores masculinos na discussão da política. A inclusão e o empoderamento desse dispositivo de representação de classe foi fundamental para difundir a pauta da Saúde do Homem assim como para compreender as necessidades de saúde pautadas pelos trabalhadores, fomentar o protagonismo no cuidado em saúde e na participação social nesta e em outras esferas. A integralidade e universalidade do cuidado esteve presente através desse movimento de transversalidade da Saúde do Homem junto a outras políticas de saúde como a Saúde da População Prisional, Saúde do Trabalhador e a Saúde Indígena. A produção do cuidado em saúde - articulação do acesso aos serviços de saúde de diferentes tipos, mantendo vínculo e continuidade de acordo com as diferentes situações clínicas remete imediatamente à integralidade, tomando as necessidades de saúde do usuário como referência. Além disso, ocupou-se os espaços de gestão colegiada com



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

outras políticas de saúde do Departamento de Ações em Saúde da Secretaria Estadual da saúde do RS no intuito de marcar a saúde do homem na agenda de governo.

Resultados e/ou impactos: Realizaram-se nove seminários de Implantação da Política Estadual de Saúde do Homem em todas as Macrorregionais de Saúde do estado do RS, abrangendo todas regiões do RS. Mais de 700 profissionais de saúde de equipes de Atenção Básica, e gestores municipais de saúde dos 108 municípios do RS interessados em implantar a Política de Atenção Integral à Saúde do Homem participaram deste processo.

A construção dos projetos e pactuação coletiva constitui-se como parte final dos Seminários, momento este em que as ações em Saúde do Homem iam de encontro às especificidades loco-regionais de cada município em relação a população masculina. Ou seja, as demandas de saúde dos homens que vivem no contexto de produção rural são distintas daquelas de municípios predominantemente industriais, assim como a realidade das equipes de saúde dos municípios de pequeno porte comparado às equipes inseridas em municípios de grande porte. Este resultado, em parte, foi alcançado por convocá-los a refletir sobre: “Quem são os homens de seu território? Onde eles vivem, com o que trabalham, que tipo de acesso a lazer possuem? Quais as demandas de saúde que apresentam

Considerações finais: O fato da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem a nível interfederativo se manter pouco explorada pelas secretarias de saúde, é um desafio atual, assim como a fragilidade da mesma quando não priorizada com o passar de diferentes gestões. Assim como os homens que ocupam o lugar de invisibilidade no momento em que o tema é acesso e cuidado em saúde, esta política de saúde, emergida em diversas relações de poder conflitantes ainda se movimenta entre estes diversos interesses junto a um investimento incipiente.

Acredita-se que as masculinidades, quando articuladas ao contexto social e político brasileiro, permitem ferramentas técnicas da gestão à implantação e implementação de política pública, centralizadas não apenas na atenção aos principais agravos em



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

saúde, mas à promoção e prevenção em saúde, especialmente àqueles insuficientemente tomados como um problema de saúde pública como a violência urbana entre jovens negros e pobres.

A cogestão e a regionalização trouxeram resultados eficazes para o processo de monitoramento das ações que foram pactuadas, ainda que seja necessário fortalecer essa política no acesso e na longitudinalidade do cuidado dos homens nos serviços de Atenção Básica em Saúde.

Palavras-chave: saúde do homem, saúde coletiva, gênero



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

O MATRICIAMENTO COMO ESTRATÉGIA DE CO-GESTÃO E REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA SAÚDE INDÍGENA: UMA EXPERIÊNCIA DO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DA BAHIA – DSEI/BA

Larissa Soares da Silva, Sara Emanuela de Carvalho Mota, Iane Carine Freitas da Silva, Larissa de Faro Valverde

A necessidade de construção de um modelo diferenciado de atenção à saúde dos povos indígenas esteve presente desde as pautas das primeiras Conferências Nacionais de Proteção à Saúde do Índio. Concretizado através do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, este focava no reconhecimento da legitimidade do pleito dos povos indígenas, orientados por cosmovisões e formas de organização social distintas daquela ocidental que rege a organização do SUS. O DSEI-BA, estruturado em sede (gestão) e em 09 Polos Base (assistência), conta hoje com 33 Equipes que atendem regularmente cerca de 28.215 indígenas (conforme planilha de demográficos 2017) distribuídos em 126 aldeias. São 449 trabalhadores da saúde que atuam nestas equipes, nas quais aproximadamente 262 são indígenas. A formação e a capacitação de indígenas como profissionais de saúde é uma estratégia que visa favorecer a apropriação de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, somando ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não. Deste modo, o lócus escolhido para realização dos encontros presenciais previstos nesta estratégia foram os Polos Base, a fim de viabilizar a participação de todos os membros das Equipes Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI), inclusive, os Agentes Indígenas de Saúde/AIS e os Agentes Indígenas de Saneamento/AISAN. O objetivo do trabalho consiste em construir subsídios para a reorganização dos serviços e processos de trabalho das equipes multidisciplinares, encarnando novos saberes nas práticas concretas dos serviços de saúde e qualificando as práticas de cuidado, gestão e participação popular através de uma relação dialógica e solidária, em que o



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

compartilhamento de conhecimentos se dê de maneira horizontal e contínua entre os trabalhadores da saúde indígena do DSEI-BA. O trabalho pode ser resumido em 03 fases. A primeira foi referente ao planejamento. Nessa fase ocorreu o levantamento de dados para diagnóstico da situação de saúde das comunidades indígenas dos Polos Base, além de aprofundamento do estudo sobre apoio matricial para facilitar o desenvolvimento da estratégia. Foram realizadas reuniões com todos os Responsáveis Técnicos (RTs) da Divisão de Atenção à Saúde Indígena/DIASI do DSEI-BA para alinhamento do matriciamento como ação de reorganização do trabalho com as EMSI e planejamento da 1ª visita de apoio matricial. A 1ª visita no âmbito da estratégia de matriciamento visou intensificar o processo de vinculação entre as EMSIs e as Referências da DIASI, de forma a estabelecer uma escala de diálogo e apoio permanente entre as equipes de assistência e de gestão, em busca da co-gestão. Assim, foi reforçada a importância da participação de todos os membros das equipes durante a 1ª visita. Essa fase durou 12 meses. A segunda fase se referiu à execução do planejamento. Consistiu na ida de duplas de RTs aos 09 Polos Base a fim de coordenar as atividades e conduzir as discussões propostas. As visitas ocorreram entre os meses de março e agosto de 2016 e cada uma teve duração de 05 dias. A terceira fase foi de avaliação da fase anterior e de monitoramento das ações após a visita aos Polos. Cabe destacar que o matriciamento não acaba na fase 03. Ele é constante no processo de trabalho dos RTs da DIASI, é pautado no estabelecimento de uma rede de apoio que não exige necessariamente a presença física das RTs nos Polos Base para subsidiar a equipe, embora a continuidade da proposta exija uma regularidade de ações in loco planejadas previamente. Então, a cada nova visita são repetidas as fases 01 e 02. Portanto, a fase 03 não tem período definido. Nesse estudo, vamos descrever e analisar a experiência durante a fase 02. As atividades foram desenvolvidas coletivamente durante cinco dias consecutivos. A primeira atividade foi destinada ao acolhimento dos participantes. Foi possível perceber que a maioria dos profissionais contratados compartilhava forte sentimento de identificação com as pautas



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

indígenas e de cumplicidade enquanto grupo, que por vezes era diretamente proporcional às dificuldades e aos conflitos encontrados nos diferentes contextos locais. O segundo momento consistiu na discussão da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas/PNASPI e da Política Nacional de Atenção Básica/PNAB. Teve o propósito de destacar os princípios e diretrizes dessas políticas com vistas à operacionalização, mediante construção dos mapas de saúde contendo o território adstrito, as características de ocupação territorial dos povos indígenas locais, aspectos socioculturais, perfil de morbidade, distribuição das equipes e das Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI), entre outros. Tais atividades foram desenvolvidas durante os dois primeiros dias. Dessa forma, foi feita uma análise crítica comparativa entre o que é preconizado nas políticas e o que é efetivado. A partir dessa análise, foram levantadas propostas que viabilizem a concretização das diretrizes da PNASPI e da PNAB. No terceiro dia, foi abordado um estudo de caso a fim de elucidar o processo de preenchimento de cada instrumento de registros dos atendimentos em saúde entre os profissionais das equipes. O quarto dia foi dirigido para a construção efetiva dos instrumentos de planejamento do processo de trabalho das EMSI de acordo com os dados levantados na sala de situação de cada Polo Base. No quinto dia, as equipes foram convidadas a assumir o exercício cotidiano da gestão, a saber, eleger prioridades a partir dos problemas enfrentados pela comunidade em seu cotidiano, que sejam sensíveis às ações de atenção básica. O final do primeiro encontro presencial da estratégia de matriciamento aqui apresentada foi marcado, indistintamente, por depoimentos de incentivo e fortalecimento dessas práticas de qualificação dos serviços prestados, reaproximando as dinâmicas da gestão e da assistência, com ganhos significativos para a organização do modelo de atenção aplicado no âmbito da saúde indígena, assim como para a qualidade de vida e saúde da população indígena assistida. Essa experiência se propõe a construir subsídios para a reorganização dos serviços e processos de trabalho das EMSIs. Alguns desafios ocorreram durante a sua implantação, majoritariamente de caráter operacional:



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

atraso ou ausência de custeio do deslocamento dos participantes e dificuldade de reservar espaços adequados à realização do encontro. Cita-se, ainda, a dificuldade de concentração e participação de alguns membros das equipes nas atividades, uma vez que foram realizadas em seu ambiente de trabalho. No entanto, considera-se que a estratégia de matriciamento tem sido exitosa e geradora de efeitos positivos e permanentes, sobretudo devido à aproximação dos profissionais de saúde da gestão com aqueles da assistência. Tal vínculo permitiu atualmente um maior conhecimento da situação de saúde do território pelas EMSI, o aprimoramento do planejamento das visitas e ações em território, uma melhor compreensão e uso dos instrumentos de coleta de dados, maior qualificação dos dados de saúde coletados e a análise crítica desses dados.

Assim, conclui-se que a 1ª visita realizada para o apoio matricial contribuiu para a melhoria do processo de conhecimento e produção da informação com vistas à reorganização do trabalho. Nesse sentido, a estratégia deve avançar com outro foco, mais específico e voltado para a melhoria dos indicadores de saúde prioritários.

Palavras-chave: apoio matricial; saúde indígena; atenção básica.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E GESTÃO DO CUIDADO: ATENÇÃO COMPARTILHADA EM GRUPO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS EM UM CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRAL-CE.

Luisa Vilas Boas Cardoso, Antônio Cleilson Nobre Bandeira, Francisca Isaelly dos Santos Dias, Lílian Maria Vasconcelos, Vírnia Ponte Alcântara, Noraney Alves Lima, Mary Jane Linhares

APRESENTAÇÃO: Atualmente o Sistema de Saúde do Brasil vive uma crise decorrente da falta de coerência entre a situação de saúde da população e a capacidade do sistema de se adaptar as mudanças. Isto quer dizer que o sistema vigente ainda atua na lógica organizativa de assistência a um perfil epidemiológico do século passado, com foco nas condições agudas. A realidade é que na contemporaneidade há uma transição epidemiológica e demográfica em que o perfil de saúde se modifica e além das condições agudas, surgem em maior escala as condições crônicas. Isto tenciona o sistema de saúde a se reorganizar para atender a necessidade da atual situação de saúde, segundo o perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira. Para alcançar a coerência com a atual situação de saúde da população, tornou-se necessário rever e atualizar o modelo de atenção do sistema de saúde. O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), leva em consideração os fatores de risco, o estilo de vida, os fatores condicionantes e determinantes e sua importância na produção de condições de saúde e na mudança de comportamentos. Nessa perspectiva, entende-se que a utilização de tecnologias leves é uma estratégia para a efetivação do trabalho multiprofissional e a reafirmação da clínica ampliada na atenção à saúde de pessoas que apresentam condições crônicas na Estratégia de Saúde da Família. Entre estas tecnologias, está a Atenção Compartilhada em Grupo (ACG), caracterizada pela atenção coletiva multiprofissional e interdisciplinar aos cidadãos



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

que, preferencialmente, vivenciam condições crônicas de saúde estáveis e estratificação de riscos semelhantes. O uso desta tecnologia justifica-se por sua capacidade em prover uma atenção adequada à multifatorialidade e à cronicidade das condições abordadas, evitando assim a fragmentação do cuidado. Dentre as condições crônicas de maior prevalência e gravidade, destacam-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM). De acordo com os dados do Ministério da Saúde, atingem, respectivamente, 23,3% e 6,3% dos adultos brasileiros. No país, elas representam a primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, sendo apontadas como responsáveis por mais da metade dos diagnósticos primários de insuficiência renal crônica, em pessoas submetidas à dialise no Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo assim, este trabalho teve como objetivo promover a reorganização do processo de trabalho para o cuidado da pessoa com HAS e DM, no Centro de Saúde da Família (CSF) Maria Eglantine Ponte Guimarães, do bairro Dom Expedito, situado no município de Sobral, Ceará.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Trata-se de um relato de experiência sobre a reorganização do cuidado da pessoa com HAS e DM, realizado pela equipe de residência multiprofissional (residentes e tutoria) em conjunto com a gerência, profissionais da equipe básica de saúde (enfermeiras, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde) e dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (nutricionista, profissionais de educação física, terapeuta ocupacional, psicóloga e farmacêutica). Para tal, contou com o método da ACG adotando o seguinte fluxo de cuidado: 1) Avaliação de prontuários dos usuários por microárea de Agente Comunitário de Saúde, para estratificação de risco; 2) Planejamento participativo para organização de ambiência, materiais didáticos, insumos e recursos humanos para a atividade de ACG; 3) Pactuação e distribuição das tarefas e responsabilidades de cada profissional de saúde, de acordo com o perfil dos usuários 4) Seleção dos cidadãos a serem convidados por área de ACS, considerando a necessidade de avaliação periódica para conhecimento; 5) Convite aos usuários pela ACS, visando a mobilização de um grupo de até 15 cidadãos; 6)



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Acolhimento dos usuários por ACS e apresentação dos cidadãos, da equipe, dos objetivos e metodologia do funcionamento; 7) Aferição e registro dos dados vitais e medidas antropométricas dos cidadãos acompanhados; 8) Abordagem educativa para partilha de dúvidas, saberes e vivências prévios e identificação das necessidades de aprendizagem e cuidados; 9) Realização dos cuidados e encaminhamentos, de acordo com as necessidades de atendimentos e agendamentos; 10) Registro dos atendimentos em prontuário individual e formulários específicos; 11) Oferta da consulta individual aos cidadãos priorizados para o atendimento imediato ou demandantes; 12) Avaliação do encontro com os participantes de aprendizagem e cuidados; 13) Avaliação do processo de trabalho pelos profissionais que participaram da ACG. RESULTADOS: Nos últimos anos, o município de Sobral também vem apresentando mudanças no seu perfil epidemiológico e demográfico. Analisando o perfil epidemiológico da população acompanhada pelo CSF em questão, observa-se que o DM e a HAS despontam como os principais problemas de saúde referidos na população local. No ano de 2017, houve o aumento da prevalência dessas doenças crônicas no território, sendo identificados 382 casos de pessoas com HAS e 170 casos de pessoas com DM. Desde o ano de 2015, a Secretaria Municipal de Saúde de Sobral vem pensando a respeito de novas formas de reorganização do cuidado de pessoas com estas patologias. Para tanto, a gestão do sistema de saúde do município organizou diversas oficinas de educação permanente, relativas à mudança do modelo de atenção à saúde, para os profissionais atuantes no sistema, com o objetivo de capacitar os mesmos para atuarem em seu processo de trabalho com as ferramentas e abordagens das tecnologias leves propostas pelo MACC. Com a entrada da equipe de residência no ano de 2016, iniciou-se, a partir da construção coletiva com os demais profissionais do CSF, o trabalho com a ACG. Ao longo do seu processo de implantação, tendo em vista as avaliações realizadas em equipe, percebeu-se que o trabalho por este método nos grupos de pessoas com HAS e DM trouxe benefícios tanto para a gestão de cuidados dos usuários, quanto para a



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

organização do fluxo desta unidade. Destes, destacaram-se os seguintes benefícios: viabilização da educação permanente dos trabalhadores na operacionalização da reorganização da atenção às pessoas com HAS e DM; redução de registro de atendimentos inadequados à esta população no acolhimento de demanda espontânea; o aumento de registro de atendimentos na demanda programada; melhoria do cuidado continuado, com a identificação de fatores que contribuem para agudização dos casos e a intervenção nestes; fortalecimento de vínculos entre usuários e equipe de referência /equipe de apoio; melhoria da satisfação dos usuários pela facilitação do acesso ao cuidado multiprofissional e redução do tempo de espera pelo atendimento e por consulta com a equipe multiprofissional. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** De acordo com o decorrido, percebeu-se que reorganização do processo de trabalho para o cuidado da pessoa com HAS e DM, foi possível a partir do método da atenção compartilhada em grupo. Deste modo, pode-se fortalecer a autoestima e o autocuidado apoiado, além de, promover a relação dialógica e a troca de experiências e de saberes entre a equipe multiprofissional e os cidadãos.

Palavras-chave: Serviços de Saúde; Assistência Integral à Saúde; Doença Crônica;



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

OBSERVATÓRIO DO PARTO EM CONEXÃO COM A REDE PARTEIRAS – BELÉM-PA

José Guilherme Wady Santos, Ana Lúcia Santos da Silva, Emerson Elias Merhy

O Observatório do parto e produção do cuidado em diferentes modalidades, compõe a Rede de Observatórios Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde, criada a partir da Chamada MCTI/CNPq/CT- Saúde/MS/SCTIE/Decit Nº 41/2013. Cada observatório fundamenta sua metodologia a partir de um ou mais vetores que compõem a proposta de pesquisa da Rede. Nesse processo, foram fundamentais os resultados alcançados a partir da pesquisa “Rede de Avaliação Compartilhada: Avalia quem pede, quem faz e quem usa” (RAC), desenvolvida nacionalmente entre 2013 e 2016. No Pará foi avaliada a Rede Cegonha (RC) - Portaria Nº 1.459/2011 (MS), - rede temática como estratégia de melhoria da assistência ao pré parto, parto e pós parto. A RC nos levou dos serviços de saúde ao encontro com as parteiras tradicionais do município de Bujarú (PA). Elas logo se constituíram em parteiras guia pesquisadoras e, desse modo, nos conduziram pelos caminhos de suas práticas de produção de cuidado, não somente através da arte de partejar, que em si já é de uma complexidade evidente, mas também de todo seu engajamento ético político envolvido na produção de existências. O objetivo do Observatório é pensar como a Lei Nº 1.459 impacta na trajetória assistencial e existencial de mulheres, alinhando-o a um dos vetores da Rede de Observatórios Microvetorial. Portanto, o Observatório do parto e produção do cuidado foi criado a partir da necessária defesa ético política do engajamento das parteiras, das experiências de afeto, produção do cuidado e luta contra hegemônica a um modelo tecnoassistencial, médico centrado voltado ao parto. Seguimos com a experiência e o (des)aprendizado que tivemos com a RAC, particularmente em nossas andarilhagens na companhia das parteiras-guias. A aposta continua na pesquisa interferência, que se realiza a partir de movimentos cartográficos e dos encontros



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

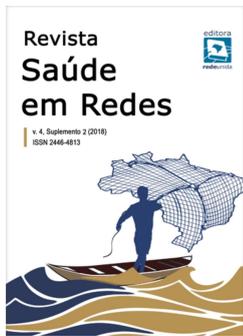
deles decorridos, olhando para as redes de conexões existenciais que vão se conectando na produção do cuidado e provocando ondas de interferências, em nós, no serviço e nas usuárias. Pensamos que, a partir do que a lei e dos respectivos direitos e deveres por ela engendrados, as trajetórias das usuárias possam ser simplificadas e agilizadas, identificando facilidades e possíveis barreiras de acesso à rede. Temos chegado o mais perto possível da RC, tangenciando-a a partir dos encontros que temos vivenciados com as parteiras tradicionais e, agora, com as mulheres por elas cuidadas, princípio metodológico fundamental da pesquisa. Frequentamos também as reuniões mensais do fórum perinatal que ocorrem de maneira itinerante nos municípios que compõe a Região de Saúde Metropolitana I, na tentativa de ampliarmos nosso conhecimento sobre a organização da RC, das ações implementadas, os desafios e processos de discussões significativos, sempre tendo como eixo norteador os planos de ação e, ao mesmo tempo, criando e fortalecendo possíveis conexões. A Rede Parteira (RP) de Bujarú tece uma potente rede de atenção na produção do cuidado às mulheres no pré parto, no parto e pós-parto, ampliando a rede oficial e, em alguns casos, se colocando como a única rede de cuidado existente. A RC, por sua vez, não reconhece a arte de partejar em sua singularidade e, por seu turno, também segue seu fluxo de ordenação da política de atenção à saúde da mulher. Vale ressaltar que o próprio plano de ação para a RC, no Estado do Pará, ainda não levou suas ações até àquele município, próximo (74km) à capital, Belém. Desse modo, as mulheres grávidas, particularmente aquelas cujos territórios de vida estão para além das fronteiras urbanas do município, encontram apoio e cuidado nas parteiras tradicionais, que têm histórico em “pegar criança”, cuidar e orientar várias gerações, e em alguns casos, até interferir, por meio de suas práticas, no povoamento de uma dada comunidade. Paradoxalmente, suas práticas têm caído em certo descrédito frente à medicina tecnológica que tornou o parto uma questão de ordem médica e se apropriou do corpo feminino, além de todo um discurso que as nomeiam como bruxas, feiticeiras, matintas, “macumbeiras” e outros adjetivos pejorativos,



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

discriminatórios e de tentativa de criar invisibilidade de suas práticas e até de suas existências, e com os quais têm que enfrentar cotidianamente. Há um combate por meio de práticas contra hegemônicas e auto afirmadoras da RP, pois além de parteiras, estas possuem outros fazeres que as tornam uma multidão em si, e que cuidam não apenas das mulheres grávidas, mas também de toda a comunidade, por meio de rezas e mezinhas, cantigas e rodas, e de suas participações em cooperativas de produção agro familiar e sindicato de agricultores e grupos de mulheres. Portanto, o desafio passa por esses enfrentamentos, inclusive, de valorização do que é ser parteira tradicional, e como isso vai se produzindo. Assim, no percurso de elaboração do projeto e processo de construção do Observatório do Parto, as parteiras de Bujarú passaram a compor, de modo mais efetivo, sistematizado e auto gestor o “Coletivo de Parteiras Tradicionais de Bujarú – Clara Trindade”, nome esse inspirado em uma das parteiras mais antigas naquela cidade e região, e que faleceu recentemente aos 82 anos de idade e cerca de 53 anos dedicados a arte de partejar. Foi nesse contexto que encontramos, na comunidade do Castanheiro, uma das mulheres que, já com o filho de 6 meses, continua sendo cuidada pela “parteira ridente” (parteira de riso revolucionário e conhecimento gaiato). Apesar de não ter tido parto natural como gostaria, diz que fez o pré-natal “lá e cá”, se referindo à rede instituída e RP, “pra não perder algum direito que eu tivesse”, completa ela. E segue: “mas se eu dependesse só deles, eu não tinha tido meu filho em boas condições por que aqui sempre puxei a barriga e me cuidei com ela, que me conhece desde criança também e não me deixou ficar nas mãos deles, por que ‘olha, cuidado pra não perder esse teu filho... é menino que eu sei, já te disse’. E não é que ela acertou!?” Esse entrelaçamento de Redes, a invasão da RP “engravidando” a RC, compõe o cenário da política de saúde da mulher naquele município, muito embora haja uma tentativa de invisibilidade de uma em relação à outra. As poucas ações voltadas às parteiras vêm na contra mão do que estas reivindicam e, quando muito, fala-se em distribuição de “kit-parteiros”, sem um canal de diálogo sobre o seu fazer. Atualmente vislumbra-se a implantação



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

de uma casa de parto no município, provavelmente por conta das interferências da pesquisa RAC no território pesquisado, o que pode ser uma ação potencializadora de suas práticas, o reconhecimento de seus conhecimentos e da produção de cuidado efetivado pelas mãos das parteiras. No entanto, essas ações precisam vir acompanhada de uma efetiva participação das mesmas. O Observatório do parto e produção do cuidado em diferentes modalidades se constitui, junto com a RP e, dentro dessa, o coletivo de parteiras de Bujarú “Clara Trindade”, em mais um mecanismo de defesa ético política da vida. Trazem à luz o engajamento de parteiras tradicionais na arte de partejar e todo o conhecimento nela envolvido, cujo valor incalculável se coloca em disputa pela hegemonia de modos de produção do viver, com um certo saber que tem tornado o parto uma questão médica e o corpo da mulher estranho a ela própria.

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



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

ORGANIZAÇÃO DE UMA OFICINA DE EXECUTIVE COACHING PARA ENFERMEIROS GERENTES DE UM HOSPITAL DE ENSINO NO NORTE DO BRASIL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Thais de Fátima Aleixo Correa, Victória Malcher Silva, Rayssa de Cassia Maués do Santos, Anderson Júnior dos Santos Aragão, Edna Cristina Vieira Conceição, Jouhanna do Carmo Menegaz

Apresentação: Liderança é capacidade de influência, que proporciona direcionamento e sincronização dos esforços das pessoas nas organizações. É inegável que as pessoas precisam ser gerenciadas, uma vez que os seus conhecimentos e habilidades auxiliam de forma significativa no crescimento das organizações. Gerir pessoas está diretamente relacionado à capacidade de liderar, isto se torna particularmente importante no processo de trabalho de enfermagem que é desenvolvido em equipe. Logo, espera-se que o enfermeiro em posição de liderança tenha a competência requerida para o exercício da mesma, oferecendo aos liderados oportunidades para seu crescimento e aperfeiçoamento pessoal. Neste sentido, é mister ao enfermeiro o desenvolvimento de competências gerenciais como a liderança, pois somadas as competências assistenciais, comportamentais e de ensino, requisitos para o exercício da prática profissional, terá maiores condições de estimular a busca por transformações na prática diária, aspirando à garantia da qualidade da assistência prestada ao paciente, aliando os intuítos da instituição com as necessidades da equipe de enfermagem. Nesse contexto, a Liderança Coaching apresenta um novo olhar sobre a gestão de pessoas nas organizações, partindo do princípio da liberação do potencial das pessoas como forma de aumentar seu desempenho. Há diferentes tipos de Coaching, um destes é o Executive Coaching que se destaca por maximizar as habilidades particulares e coletivas relevantes para uma maior eficácia afetando positivamente o seu desempenho. Diante do exposto, esse trabalho visa relatar a



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

experiência de estudantes de graduação e mestrado em Enfermagem no que concerne a construção de uma oficina de Executive Coaching, ação essa resultante do desenvolvimento de um projeto de extensão em hospital de ensino no Norte do Brasil. Desenvolvimento do trabalho: Trata-se de um relato de experiência, vivenciando no Projeto de Extensão intitulado “Introdução de Ferramentas Estratégicas para Gestão de Pessoal de Enfermagem em Hospitais de Ensino” aprovado em edital interno da Pró-Reitora de Extensão da Universidade Federal do Pará que tem como objetivo implantar em dois hospitais de ensino da região Norte do Brasil, ferramentas estratégicas à gestão de pessoal de enfermagem com vistas a caracterizar e mapear as competências de enfermagem e formar enfermeiros a partir do uso de coaching. A oficina foi realizada em um hospital de ensino que está vivenciando mudanças reestruturais de seus recursos físicos, tecnológicos e humanos, sendo estas relacionadas a contratualização com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). O público alvo foram os enfermeiros gerentes, que haviam participado de sessões peer coaching. Para que a oficina ocorresse foi necessário um planejamento, articulação, envolvimento e comprometimento entre os componentes da equipe técnica do projeto de extensão, sendo estes coordenadora, subcoordenadora, estudantes de graduação e mestrado. O ponto de partida no que compete o planejamento foi a criação de um plano de ação da oficina que continha todas as etapas e processos necessários a aplicação e desenvolvimento da mesma, bem como qual envolvido seria responsável por cada etapa/processo em um prazo pré-determinado, os quais foram: elaboração do plano em sí; reserva de sala e projetor multimídia; definição da lista de participante da oficina; elaboração e ajustes da programação; elaboração e entrega de convites ao público alvo; criação, revisão e ajustes finais de uma cartilha de executive coaching; elaboração de um instrumento de avaliação sobre a oficina; solicitação de coffee break; elaboração de lista de frequência, certificados, cartazes e demais impressos das ferramentas de cada estação; impressão e organização em pastas de todos os materiais criados; elaboração e revisão dos slides da abertura da oficina; reunião de



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

treinamento das ferramentas e divisão dos grupos da estação; e o detalhamento da equipe suporte incumbida de acompanhar o andamento das atividades no dia da oficina, o qual abrangia desde organização estrutural e recepção do público até aspectos relacionados ao coffee break e utensílios necessários. Resultados: A experiência da oficina possibilitou a aproximação entre acadêmicos, professores e gerentes, a cerca do processo de coaching e a aplicação de suas ferramentas no âmbito hospitalar. Através dela, foi possível ampliar o processo formativo através da elaboração de conhecimentos teórico-práticos e inserção no futuro ambiente profissional, proporcionando-nos troca de vivências e a integração entre os participantes. O emprego de novas práticas pedagógicas e, conseqüentemente, de novos recursos didáticos são primordiais no processo de ensino aprendizagem. Ademais, sabe-se que a associação entre o ensino e o serviço promove a troca de saberes e favorece a busca de atualização profissional. Enquanto o docente contribui na identificação de problemas da assistência e propõe estratégias de superação, o profissional da assistência exerce um papel essencial no fornecimento de informações sobre sua realidade. Com isso, a relação entre os processos de ensino e a prestação de serviços tem proporcionado uma formação diferenciada aos acadêmicos, que passam a vivenciar os problemas de uma organização e as suas implicações. Mostrando que as estratégias de aproximação entre ensino e serviços de saúde representam um importante avanço na redefinição e valorização dos papéis na formação em saúde. Conclusão: Do ponto de vista do conhecimento, é notória a importância da experiência vivenciada, pois como acadêmicos tivemos a oportunidade de ser inseridos em diversos cenários assistenciais e participar da construção de um aprendizado significativo junto a enfermeiros gerentes, possibilitando compreender sobre a Liderança Coaching e os benefícios que são conduzidos para o crescimento como líder dentro da enfermagem, evidenciando a necessidade de conhecer esse instrumento na formação de competências relacionadas a habilidades de gerir pessoas, tomada de decisões, entre outros. Além disso, a organização da oficina nos possibilitou exercitar competências relacionadas



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

a liderança, já que trabalhamos em sincronização de esforços em prol de um objetivo e bem mútuo, deslumbrando futura liderança pautada nos princípios do coaching.

Palavras-chave: Enfermagem; Coaching; Gerência dos Serviços de Saúde.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO SOBRE AS COMPETÊNCIAS NO GERENCIAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE INDÍGENA

Amanda Marinho da Silva, Tamiris Moraes Siqueira, Anne Kimi Vasconcelos Okazaki, Indira Silva dos Santos

INTRODUÇÃO: Em 1990 foi criado o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SSI), considerando as características da cultura indígena e sua realidade local cujo atendimento deve ter uma abordagem diferenciada que contemple desde a assistência à saúde até sua condição sanitária e integração institucional. O SSI tem por princípios a descentralização, hierarquização e regionalização, que norteiam seu modelo assistencial nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), compostos por Posto de Saúde nas comunidades indígenas, Pólo-base e Casa de Saúde do Índio (CASAI) que integra-se com a rede de serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) através da referência e contra-referência. O gerenciamento definido como a administração de uma unidade ou órgão de saúde prestador de serviços ao sistema, no contexto dos DSEI, mostra-se de suma importância para o seu pleno funcionamento. O responsável por desempenhar a função de gestor, na maioria das vezes é o profissional de enfermagem. Portanto, a pergunta norteadora do presente estudo é: Qual a percepção do enfermeiro sobre as competências e habilidades no gerenciamento dos serviços de saúde indígena?

OBJETIVO: Identificar a percepção do enfermeiro quanto às competências necessárias no gerenciamento de serviços de Saúde Indígena.

MÉTODOS: Trata-se de um relato de experiência do acadêmico de enfermagem no acompanhamento de atividades de enfermeiros assistenciais e gestores de serviços de Saúde Indígena na Casa do Índio (CASAI) e no Distrito de Saúde Indígena (DSEI), localizados na cidade de Manaus, durante o estágio da Disciplina de Atenção à Saúde das Populações Ribeirinhas, da Universidade Federal do Amazonas – UFAM, nos meses de setembro e novembro de 2017. Foi utilizado o



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

método da entrevista não dirigida com o consentimento dos profissionais, a fim de expressarem sua percepção sobre o tema em questão. Este método foi escolhido por abordar uma realidade pouco conhecida e oferecer uma visão aproximativa do problema pesquisado.

RESULTADOS: O estudo foi realizado com 5 enfermeiras que atualmente trabalham na CASAI ou no DSEI, mas também já trabalharam em Postos de Saúde nas comunidades indígenas ou em Polos-Base, todas possuem experiência em gerenciamento em Saúde Indígena. Para a análise dos resultados das entrevistas utilizou-se o método de análise de conteúdo, através da leitura flutuante e posteriormente a exploração do material da entrevista. Os conteúdos das entrevistas foram organizados por competências do enfermeiro gestor: comunicação, criatividade, pensamento crítico, conhecimento sobre os aspectos sócio-culturais das etnias e organização no processo de trabalho.

1- Comunicação

É definida como habilidade ou capacidade de estabelecer um diálogo. Em se tratando de saúde indígena, as entrevistadas 1 e 2 apresentaram alguns problemas que exigem uma boa comunicação do enfermeiro: “A demanda de clientes é muito grande e seu tempo de permanência na CASAI é demorado por conta do tratamento e exames, levando de 4 a 5 meses de permanência aqui”. (ENTREVISTADA 1). “O agendamento de consultas é feito pelo Sisreg, como o indígena não tem um sistema de regulação próprio do SSI, ele entra na fila do SUS como qualquer outro paciente”. (ENTREVISTADA 2). Apesar das dificuldades apresentadas, a entrevistada 5 afirma que o enfermeiro de tem que resolver problemas, sendo “articulado” para saber para qual serviço de saúde encaminhar o cliente, ter uma boa comunicação para procurar todas as redes do município, avisar a CASAI, solicitar passagem para o paciente e acompanhante, e informar o enfermeiro do Polo sobre o retorno do paciente.

2- Criatividade



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

É a qualidade da pessoa criativa, de quem tem capacidade, inteligência e talento para criar, inventar ou fazer inovações na área em que atua. Todas as entrevistadas entram em acordo que a saúde indígena exige que o enfermeiro seja criativo para oferecer um cuidado transcultural. Nos postos de saúde nas comunidades indígenas, as entrevistadas 3 e 4, citam a vacinação, como exemplo, de abordagem criativa para conquistar a confiança dos indígenas, através de lanches e ressaltando que a vacinação é para evitar doenças, além de atividades de educação em saúde de forma coletiva com rodas de conversa e dinâmicas para sensibilização e prevenção. Na CASAI, a entrevistada 1 projeta uma divisão de enfermarias por patologia a fim de evitar infecção cruzada e para organizar o cronograma diário de consultas e exames, a entrevistada 2 afirma todos os enfermeiros escrevem em um livro de registro as atividades que serão realizadas nos próximos 15 dias, para ajudar a lembrá-los.

3- Pensamento Crítico

O pensamento crítico consiste em analisar e avaliar a consistência dos raciocínios. A Entrevistada 4 destaca esta competência na hora de classificar o risco do cliente ao ser encaminhado do Polo-base para os serviços de referência, evitando assim as falsas urgências. Outro aspecto que ela explora é a multidisciplinariedade no trabalho do enfermeiro: “Nos atendimentos nas comunidades indígenas, o enfermeiro deve realizar um cuidado completo, que avalie o indígena na sua totalidade, como um ser que tem uma cultura, sociedade e características de saúde peculiares que devem ser valorizados na forma de abordá-lo”.

4- Conhecer os aspectos sócio-culturais das etnias

Todas as entrevistadas concordam que a barreira linguística dificulta o atendimento, mas que durante as consultas os clientes são acompanhados por técnicos de enfermagem indígenas para facilitar o diálogo. A entrevistada 3 afirma que o enfermeiro em saúde indígena deve desenvolver a capacidade de interpretar a comunicação não-verbal do cliente, como o toque, as expressões faciais e os sons, além de utilizar uma linguagem simples, de fácil compreensão para o ouvinte. Na



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

assistência, a entrevistada 1 adotou enfermarias mistas (feminina e masculina), por conta da questão cultural indígena de cuidar do parente em sua enfermidade.

5- Organização no processo de trabalho

Tal competência é requerida em todos âmbitos da saúde indígena, segundo as profissionais, por exemplo, nos postos de saúde, facilita na prestação de contas dos indicadores dos programas da Atenção Básica pactuados anualmente, assim como no cumprimento de suas metas. Já na CASAI, segundo a entrevistada 1, a organização no processo de trabalho funciona em torno do sistema de referência e contra-referência, tanto na admissão do cliente quanto na sua alta hospitalar, em ambos com o parecer da enfermeira com todas as consultas e tratamentos anotados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Os enfermeiros percebem que como gestores dos serviços de Saúde Indígena devem possuir competências tais como a comunicação, a criatividade, o pensamento crítico, o conhecimento sobre os aspectos sócio-culturais das etnias e organização no processo de trabalho. Estas competências devem ser desenvolvidas desde os cursos de graduação de enfermagem para o aprimoramento do profissional para um cuidado transcultural às populações indígenas.

Palavras-chave: Saúde de Populações Indígenas; Administração de Serviços de Saúde; Serviços de Saúde do Indígena;



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

PERFIL DE JUDICIALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA A SAÚDE NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE.

Andressa Garcia Albuquerque, Malena Gadelha Cavalcante

A Judicialização da Saúde é um fenômeno social, de caráter jurídico que se expressa através de demandas judiciais. Essas demandas tiveram início na década de 90, com pedidos de medicamentos que fazem parte da classe antirretroviral para pacientes portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV). O Estado deve garantir o acesso a serviços e ações que promovam a promoção, proteção e recuperação da saúde, o que é consolidado no Art. 196 da Constituição Federal de 1988 e foi empregado como principal fundamentação nos processos movidos contra o Município de Fortaleza-CE. Essa efetivação do direito à saúde permitiu ao Poder Judiciário intervir de forma favorável nas decisões dos processos judiciais que pleiteiam o fornecimento de medicamentos. O presente estudo teve como objetivo analisar o perfil dos processos judiciais que demandam o fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde impetrados contra o município de Fortaleza-CE. Trata-se de um estudo transversal de natureza descritiva e quantitativa dos processos judiciais impetrados contra o município de Fortaleza-CE. Foram inclusos no estudo processos que demandavam medicamentos padronizados e não padronizados e produtos para a manutenção da saúde: glicosímetros, lancetas, tiras reagentes para medida de glicemia capilar, seringas com agulha acoplada, fraldas descartáveis geriátricas, cadeira de rodas, cama hospitalar, dietas enterais e colchões especiais anti-escaras no período de jan/2017 a out/2017. Foram excluídos processos de períodos anteriores a 2017 e produtos de higiene pessoal. Os dados foram coletados na Assistência Farmacêutica Municipal, onde os processos se encontravam em uma pasta de arquivos digitalizados. Os elementos processuais analisados foram: sexo e idade dos pacientes beneficiários, réu dos processos, vínculo do médico prescriptor, representação judicial, motivo da



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

solicitação (diagnóstico), antecipação de tutela, medicamentos solicitados, produtos para a saúde solicitados, tempo de vigência e tempo de tratamento. Os medicamentos solicitados foram caracterizados segundo a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) 2017 e alocados conforme o componente de financiamento da Assistência Farmacêutica. Foi realizada uma categorização dos medicamentos que foram os principais representantes de cada grupo anatômico, de acordo com o primeiro nível da classificação Anatomical Therapeutic Chemical Classification System (ATC). Os produtos para a saúde foram quantificados e relacionados aos problemas de saúde dos pacientes beneficiários. A análise do percentual econômico foi realizada com os 12 medicamentos mais requeridos nas ações judiciais. Foi calculado o valor do medicamento de acordo com a sua apresentação e preço pago pela compra gerada dos processos judiciais em relação ao Preço Fábrica (PF), que vem a ser o preço máximo permitido para vendas de medicamentos destinados a farmácias, drogarias, além de atender a entes da Administração Pública. A lista dos preços máximos de medicamentos por princípio ativo se encontra disponível no site da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). O banco de dados foi criado no programa Excel e após a tabulação das informações obtidas iniciou-se a análise descritiva. A pesquisa obedeceu a todos os critérios éticos. No período estudado, segundo dados fornecidos pela Assistência Farmacêutica Municipal, havia uma pasta de arquivos com processos digitalizados, onde 190 correspondiam ao período de jan/2017 a out/2017. Na primeira análise foram excluídos 60 processos, dos quais 20 eram apensos, pois já existia um processo vigente cujo objeto demandado era o mesmo de outro processo impetrado pelo mesmo paciente beneficiário. Processos que estavam sem prescrição médica, petição inicial e o visto de decisão judicial completo foram considerados incompletos e totalizaram 13 arquivos. Entre arquivos duplicados e corrompidos totalizaram 17 e 10, respectivamente. Na segunda análise restaram 130 processos individuais que demandavam medicamentos e produtos para a saúde. A maior parte dos pacientes beneficiários foram do sexo feminino 67 (52%). A faixa etária predominante nos



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

processos é representada por adultos 50 (38,46%) e idosos 49 (37,69%). Alguns pacientes como crianças e adolescentes foram representados por seus genitores nos processos, como curadores especiais, pelo fato de serem dependentes de cuidados especiais e até mesmo por serem menores de idade. O município como réu representou 114 (88%) dos processos registrados em sua face. As ações foram deferidas, em sua grande maioria, com antecipação de tutela de urgência 126 (97%). Quanto ao responsável pelos processos impetrados, 123 (95%) apresentaram a representação jurídica pública (Defensoria pública ou Ministério Público). As prescrições médicas mostraram um maior vínculo com a rede pública de saúde 102 (78%). O tempo de vigência de um processo tem a mesma relação com o tempo de tratamento, onde 125 (96%) foram em caráter indeterminado. Dos 178 problemas de saúde identificados, os mais comuns foram: distúrbios metabólicos (Diabetes Mellitus tipo 1 e 2) 31 (17%), sequelas neurológicas 29 (16%), hipertensão arterial 8 (4%), neoplasias 8 (4%) e sequelas de traumas raquimedulares 4 (2%). Dos 155 medicamentos solicitados 82 (53%) não estão na sua denominação comum genérica. A classificação dos medicamentos quanto à presença ou não na RENAME 2017, mostrou que 104 (67%) dos medicamentos das ações não estão presentes na RENAME. De acordo com os componentes de financiamento da Assistência Farmacêutica, 30 (19%) dos medicamentos pertencem ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF). Os dois grupos anatômicos que representam mais de 60% da judicialização dos medicamentos são aparelho digestivo e metabolismo (A) e sistema nervoso (N). Os produtos para a saúde representaram 196 itens, alguns solicitados juntamente com medicamentos, o que ocorreu com os pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 1 e 2, onde o objeto das ações foram insulinas ou outros hipoglicemiantes em conjunto com glicosímetros, tiras reagentes de medida de glicemia capilar, lancetas, seringas com agulha acoplada e agulhas para canetas de insulina. Observou-se que 3 insumos para o controle glicêmico encontram-se no CBAF e no que concerne a Portaria nº 2.583 de 2007, que define o elenco de medicamentos e insumos disponibilizados



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

pelo SUS para pacientes portadores de diabetes mellitus. As tiras reagentes representam 18 (9%), lancetas para punção 11 (6%) e seringas com agulha acoplada 4 (2%). As fraldas descartáveis geriátricas demandaram a maior parte dos produtos 50 (26%). Relacionam-se no seu total com pacientes portadores de sequelas neurológicas, sequelas raquimedulares e síndromes demenciais, que requerem cuidados especiais. Em decorrência das seqüelas, esses pacientes acabam desenvolvendo problemas como incontinência urinária, descontrole do trato gastrointestinal, além de necessitarem de outros insumos para ajudar na sua locomoção, higiene, alimentação específica (dietas enterais) e evitar lesões. Além de todos os produtos pertinentes para promover os devidos cuidados a esses pacientes, também foi identificado como objeto de ação judicial serviços de tratamento especializado, como sessões de fisioterapia 3 (2%) e fonoaudiologia 1 (1%) que complementam a reabilitação do paciente. A análise do percentual econômico foi realizada com os 12 principais medicamentos representantes de cada grupo anatômico e evidenciou uma economia de 213% em 6 medicamentos, quando comparada ao valor do preço máximo permitido para vendas (Preço Fábrica). Entretanto, 6 dos 12 medicamentos revelaram um prejuízo de -147% no seu valor de compra, podendo existir variações no valor pago nas licitações. A solicitação de medicamentos por via judicial pode gerar um custo elevado para a Assistência Farmacêutica Municipal, uma vez que foram encontrados vários medicamentos que pertencem ao componente básico da AF.

Palavras-chave: Judicialização da saúde. Assistência Farmacêutica. Farmacoeconomia.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE ACIDENTES DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO EM AMBIENTES NOSOCOMIAIS NO MUNICÍPIO DE SANTARÉM-PA

Lara Monteiro Cardoso, Andreza Dantas Ribeiro, Brenda dos Santos Coutinho, Carla Suellem Sousa Araújo, Dara Marcela Gama dos Anjos, José Walter Silva Costa, Mônica Karla Vojta Miranda, Irinéia de Oliveira Bacelar Simplício

Apresentação: A constatação de agravos gerados pela manipulação de materiais biológicos em ambiente laboral do profissional de saúde tem chamado atenção de pesquisadores desde o início da década de 40. No entanto, no Brasil, somente nos anos 80, após o início da epidemia de AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), evidenciou-se quão frágil eram as questões de segurança na prática clínica da equipe de saúde. Atualmente, as notificações de agravos por materiais biológicos são consideradas compulsórias, efetuadas com ficha própria, regulamentada pelo Ministério da Saúde, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET) e em locais sentinelas específicos como os Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST). Ressalta-se que através das notificações torna-se possível a realização de práticas de medidas de prevenção e controle. A fim de minimizar os riscos, a Norma Regulamentadora (NR) 32, que estabelece diretrizes básicas para medidas de proteção e segurança do trabalhador da saúde, preconizando ações de controle como o uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI), higienização das mãos, vacinação contra a hepatite B e hepatite C, entre outras medidas de proteção. Dessa forma, considerando a importância de conhecer a incidência de acidentes de trabalho com materiais biológicos, a fim de trabalhar na sua prevenção, o estudo teve o objetivo de conhecer o perfil epidemiológico e investigar o número de notificações de acidentes por material biológico com os profissionais de saúde, no município de Santarém, estado do Pará, no período de 2011 a outubro de 2016. Desenvolvimento do



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

trabalho: Trata-se de um estudo documental, descritivo, transversal, de abordagem quantitativa. Teve como amostra trabalhadores atuantes em instituições de saúde no município de Santarém, acometidos por acidentes de trabalho com material biológico, no período de janeiro de 2011 a outubro de 2016. As informações foram colhidas a partir da ficha de notificação compulsória, que possui 14 itens referente a informações do paciente e mecanismos do acidente com material biológico, essas fichas estão disponíveis no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, obtidas após autorização de acesso às informações do Centro de Referência de Saúde do Trabalhador e Divisão de Endemias da 9ª Centro Regional de Saúde de Santarém. Os dados foram tabulados e organizados em planilhas no Microsoft Office Excel 2007. Resultados e/ou impactos: O número de acidentes com material biológico no período em estudo foi de 249 casos registrados no SINAN-NET, envolvendo trabalhadores relacionados ao setor de saúde. Dentre os anos analisados, o de 2014 foi o que teve o maior número de ocorrências, com 32%. Referente aos demais períodos, o ano de 2011 e o de 2012 foram responsáveis por 14,5%, cada. No ano de 2013, obteve-se 22,5% dos registros no período; 13,7% em 2015 e 2,8% em 2016. Do total, 80,3% eram do sexo feminino e 19,7% do sexo masculino, tal achado condiz com as demais literaturas. Em relação à quantidade de indivíduos notificados por faixa etária, 64,2% estavam na faixa de 18-35 anos de idade; 33% na de 36-50 anos e 2,80% na de 51-65 anos. É notória que a maior força do trabalho de uma instituição hospitalar é composta por mulheres, em especial, com idade inferior a 40 anos, visto que, a maioria dos profissionais atuantes em áreas de saúde é integrante da equipe de enfermagem, que é composta majoritariamente pelo sexo feminino. O tipo de exposição que atuou como porta de entrada para o material biológico com maior representatividade foi à exposição percutânea, correspondendo a 79,9% de casos. Além disso, o material orgânico mais envolvido foi o sangue, com 81,1%. Em relação à circunstância, a maioria dos acidentes foi ocasionada durante a administração de algum medicamento endovenoso, com 13,7%; por descarte inadequado no chão,



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

equivalente a 13,7%; descarte inadequado no lixo, com 12,4%; via manipulação na caixa destinada a material perfurocortante, totalizando 7,6%; através da punção coleta, com 5,2% e outras vias com menor representação foram por lavagem de material; administração de medicação intramuscular, subcutânea ou intradérmica; durante procedimento cirúrgico, odontológico, laboratorial ou de verificação do dextro; por reencape de agulha e, dentre outros onde não foi informada a situação de ocorrência, resultando em 47,4%. Tais dados permitem a associação dos acidentes com os profissionais da equipe de enfermagem, por estes lidarem diretamente com o paciente e estarem em contato constante com materiais perfurocortantes, além de representarem a maior parte dos recursos humanos de um meio hospitalar. Pertinente ao agente causador de maior frequência de acidentes de trabalho com material biológico, a agulha com lúmen foi a mais envolvida, englobando 66,7% das ocorrências, seguida por lanceta/lâmina, com 12,4%, já as demais foram relacionadas ao uso de agulha sem lúmen/maciça, vidros, intracath, e outros casos onde não constava tal informação, refletindo 20,9%. No que concerne à utilização de algum EPI, no momento do acidente, 74,6% dos profissionais utilizavam luvas no momento do acidente e 25,4% não fizeram seu uso; no tocante ao uso de avental, 49,4% usavam; 50,2% não e em 0,4% não foram informados; já quanto à máscara, 49,8% faziam seu uso e 50,2% não; respectivo aos óculos, 26,5% utilizava; 73,1% não e em 0,4% não foram explicitados. Ressalta-se a necessidade de que todos os profissionais de saúde estejam conscientes da seriedade do uso do EPI. Quanto à situação vacinal da Hepatite B nos profissionais, verificou-se que 78,6% estavam devidamente imunizados. Desse modo, cabe ressaltar que as instituições de saúde devem estar atentas ao quadro vacinal de seus trabalhadores, assim, protegendo-os das consequências de um acidente de trabalho com material biológico. Sobre a realização do teste anti-HIV pós-acidente, 84,7% obtiveram resultado negativo; 8,4% não foram informados; 3,6% não realizaram; 2,4% foram inconclusivos e 0,9% positivos. Pertinente ao conhecimento da fonte do material biológico, 60,2% era conhecida; 37,8% não e 2%



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

não foi informado ou ignorado. Já na análise da frequência dos resultados dos testes anti-HIV na fonte do material biológico, 50,2% eram negativos; 41,4% não tinham a informação; 4,8% foram positivos; 2,8% estavam em andamento e 0,8% inconclusivos. Considerações finais: A equipe de saúde, diariamente fica exposta aos riscos dos acidentes com material biológico, principalmente os profissionais da equipe de enfermagem, por estes manipularem constantemente agulhas, lâminas e estarem em contato frequente com o paciente. Alguns fatores contribuem para estes acidentes, como a não utilização de EPI, a negligência quanto às práticas recomendadas pelas normas regulamentadoras do trabalho, além de uma imunização desatualizada. Cabe aos órgãos de saúde, a execução de programas de atualização, como treinamentos, palestras ou cursos em biossegurança para os profissionais, e que estes, então, possam assimilar as informações e colocá-las em prática. Ademais, é necessária a fiscalização para verificar o cumprimento de tais práticas, bem como explanar para os profissionais acerca da sua responsabilidade e importância da notificação de acidentes de trabalho.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador; Material biológico; Epidemiologia.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL: ALTERNATIVA PARA ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

João Otávio Pinheiro Borges, Ewerton Beckman dos Reis, João Eduardo Barros Branco, Lisandra Rodrigues de Medeiros, Marco Antônio Mesquita da Silva Júnior, Ruan Rodrigues Felicidade, Bárbara Lopes Paiva, Carla Steffane Oliveira e Silva

Apresentação: No município de Ananindeua, situado na região metropolitana de Belém, encontra-se em operação a Unidade Básica de Saúde (UBS) Paulo Frota. Atualmente, a Estratégia Saúde da Família (ESF) III, escolhida para a intervenção, possui 1250 famílias cadastradas, com um total de 5289 pessoas adscritas. No quadro de profissionais existe um médico, uma enfermeira e cinco agentes comunitários de saúde (ACS). Por ser um dos profissionais da saúde que, necessariamente ajuda na organização, mapeamento e reconhecimento da área de uma ESF, o ACS detém grandes responsabilidades. O não cumprimento de suas atribuições resulta em lotação da ESF, não cobertura da comunidade adscrita e insatisfação dos profissionais. Carlos Matus, economista Chileno, criou uma ferramenta cujo foco é a sincronia e valorização do trabalho coletivo. Refletir, interpretar e consentir são exemplos de princípios pertencentes ao Planejamento Estratégico Situacional (PES). O PES é constituído de quatro momentos essenciais que estão articulados e inter-relacionados (explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional). Matus usa, a priori, a noção de situação, compreendida como uma série de problemas identificados, descritos e analisados na perspectiva de um determinado ator social. Considerando as características encontradas nessa UBS, definimos que o PES é uma ferramenta eficaz com ações viáveis para sanar, em grande parte, as dificuldades encontradas no eixo Comunidade/ACS/ESF. **Objetivo:** Elaborar um instrumento de intervenção através da educação continuada para os ACS da ESF da cidade nova III, no município de Ananindeua, estado do Pará, Brasil, com intuito de fortalecer atribuições desses profissionais e seu vínculo com a



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

comunidade. Descrição da experiência: O enfoque e interesse principal deste tema surgiram durante o período de aulas teórico-práticas da atividade curricular Gestão dos Serviços de Saúde, realizadas na UBS “Paulo Frota”. Durante esse período, foi realizado o diagnóstico da realidade por meio do levantamento das rotinas dos ACS, bem como suas evoluções, também se buscou informações sobre o serviço com a enfermeira gerente da UBS, em que relatou várias problemáticas em relação ao serviço do ACS, por exemplo falta de empenho nas visitas domiciliares, preenchimento não verídico nas evoluções de trabalho e a tímida busca por atualizações na área de atenção básica. Diante disso, utilizou-se o método do PES baseado nos quatro momentos propostos por Matus para construção do plano de ação para intervir nesse diagnóstico da realidade. No primeiro momento, explicativo, busca-se identificar, descrever e explicar os problemas, considerando não somente informações objetivas como dados quantitativos, normas e rotinas, mas também informações subjetivas como a percepção dos diversos atores sobre os problemas analisados. Por meio da visita feita à UBS Paulo frota pôde ser feito o levantamento dos seguintes problemas :1-Insuficiência de infraestrutura adequada; 2-Falta de sede; 3-Alta demanda espontânea para atendimento médico; 4-Poucos ACS na ESF, caracterizando recursos humanos insuficientes para realizar atividade de busca ativa de casos nas áreas prioritárias; 5-Visitas domiciliares pouco resolutivas; 6- Baixo número de visitas domiciliares; 7-Orientação insuficiente para as famílias para utilização adequada do serviço de saúde; 8-Falta de participação da comunidade nas atividades desenvolvidas no local, descaso e falta de interesse com as atividades de educação em saúde promovidas pela unidade; 9-Carência de profissionais comprometidos com o trabalho. Após essa primeira etapa, houve uma conversa com gerente e chegou-se em um consenso com os alunos e professora que seria trabalhado o PES com enfoque nos ACS tendo em vista a importância da atuação desses profissionais para o funcionamento da ESF por eles serem responsáveis pela busca ativa da população e por serem os profissionais com maior elo entre comunidade e a instituição de saúde. Então, o problema priorizado foi: a



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

ausência de capacitação adequada do ACS. Identificou-se muitos dos problemas levantados poderiam ser minimizados ou até mesmo erradicados se esses profissionais conseguissem desempenhar o seu papel e compreender sua grande importância no serviço de saúde da atenção básica. O próximo momento foi o Normativo que tem como foco a criação de operações para atuar frente aos problemas fundamentais. As operações tiveram como objetivos específicos: 1-salientar a importância do ACS no serviço de saúde; 2-incentivar a participação da comunidade; 3-elaborar um plano de visitas com a equipe de ACS para suprir o baixo quantitativo de trabalhadores e aumentar o comprometimento com a coleta de dados. Para essas atividades foi proposta a criação de um cronograma de reuniões preestabelecidas, no qual a primeira e segunda reunião feita pela enfermeira abordariam as atribuições do ACS, a terceira reunião seria focada na identificação das urgências nos atendimentos e o quarto encontro mediado pela enfermeira traria as abordagens com o cotidiano da comunidade. Enquanto que, no momento Estratégico, o ator principal deve analisar a viabilidade do plano. Ou seja, analisar a viabilidade dos projetos políticos, econômicos e organizacionais. Proporcionando uma dialética entre o necessário, o possível e a criação de possibilidades. Essa etapa do PES é, para muitos, a mais delicada, já que exige cautela e minuciosas reflexões para a tomada de decisões. Essas decisões, por sua vez, precisarão ser construídas pelo grupo envolvido, passarão por um “crivo consensual” e, posteriormente, serão colocadas em prática. Para a realização dessa etapa do PES, a participação da gerente da UBS foi de extrema importância, tanto pela questão da obtenção de informações necessárias ao planejamento, quanto pelo intermédio à ESF. E por fim, o momento Tático-Operacional se dá a realização das ações traçadas. Como estratégia de intervenção, foi decidido pela aplicação da educação continuada por meio de capacitação dos ACS com o intuito de fortalecer suas atribuições, seu papel dentro do sistema de saúde e a importância do vínculo com a comunidade, dessa forma traçou-se uma agenda em que os profissionais (médico e enfermeira) pudessem realizar ciclos de capacitações para ACS. Resultados



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

esperados: por meio de encontros formativos que permeiam a rotina de trabalho dos ACS espera-se que eles compreendam sua importância e função tanto dentro do sistema de saúde quanto diante da sociedade para que possam buscar exercer suas atribuições com excelência e estimular a participação popular nas atividades propostas pela equipe de saúde. Ademais, almeja-se superar os problemas enfrentados quanto ao quadro deficiente de recursos humanos para a realização da busca ativa e conseqüentemente quanto à falha na coleta de dados da população. Mediante implantação do PES elaborado para as necessidades da equipe de ESF Cidade Nova III da UBS Paulo Frota espera-se que o plano de atuação seja analisado e avaliado pelos profissionais quanto sua a compreensão e efetivação, tornando se assim um instrumento, não com objetivo fixo e imutável, mas passivo de alterações impostas pela realidade e pelo comprometimento dos atores envolvidos. Considerações finais: Diante da união da gestão em saúde e do ensino, foi possível promover a oportunidade para acadêmicos de enfermagem vivenciarem a tomada de decisões e a intervenção através do PES em uma UBS. O PES mostrou-se uma ferramenta útil para proporcionar melhorias, visto que, através do planejamento foram identificados problemas dentro e fora da área de governabilidade da Gerente da UBS Paulo Frota. Dentro do campo de atuação, o ACS teve um grande destaque. O conceito de educação continuada foi levantado e viabilizado como uma conexão entre a valorização de seu trabalho dentro da equipe multiprofissional e sua grande importância dentro do SUS, por meio do conhecimento de suas atribuições.

Palavras-chave: Gestão; Serviços de Saúde; Atenção básica.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA EM TEFÉ: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ellen Roberta Lima Bessa, Jacimara Vasques Gomes, Nilza Maria Bessa Barbosa, Edinilza Ribeiro dos Santos

INTRODUÇÃO. Em 2011 o Ministério da Saúde implantou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e Saúde Bucal (PMAQ-AB/SB). Entre as finalidades do programa destaca-se a institucionalização da cultura de avaliação da Atenção Básica (AB) e da Saúde Bucal (SB). Uma das principais características desse programa é o processo avaliativo contínuo das práticas de atenção primária à saúde. Em função dos incentivos financeiros para as equipes de saúde que alcançarem padrões elevados de qualidade, a implementação do conjunto de todas as ações desse programa é chamada de ciclo, o qual tem duração de 24 meses. Cada ciclo é constituído de três fases: (1) adesão voluntária das equipes e sua contratualização, (2) certificação e (3) recontratualização. O Programa possui um componente prático denominado de Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento, o qual se desmembra em várias ações a serem realizadas por gestores e profissionais de saúde da AB/SB: (a) autoavaliação, (b) monitoramento, (c) educação permanente, (d) apoio institucional e (e) cooperação horizontal presencial e/ou virtual. Para promover a melhoria da qualidade da AB/SB, essas ações devem perpassar todas as fases de um ciclo. Em Tefé, os resultados de desempenho das equipes nas avaliações do 1º e 2º Ciclos do PMAQ (2012 e 2014), apontaram para a necessidade de maior empenho de gestores e profissionais para ampliar e qualificar a participação do município no PMAQ nos ciclos seguintes. Por esta razão, seis estudantes de graduação de enfermagem, medicina e odontologia da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), durante o período do Estágio Rural e sob a orientação de um docente, colaboraram para o desenvolvimento das ações inerentes ao eixo estratégico



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

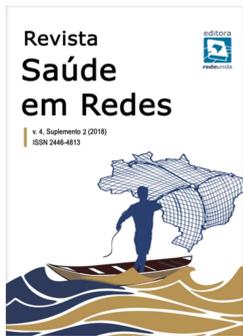
transversal de desenvolvimento do 3º Ciclo do PMAQ (em curso atualmente). OBJETIVO. Relatar a experiência de participação ativa de seis estudantes do Estágio Rural e dos profissionais de duas equipes de AB/SB na implementação de ações do PMAQ no município de Tefé-AM. MÉTODO. É um relato de experiência. As duas equipes de saúde envolvidas nessa experiência se subdividiu em grupos específicos de trabalho: dois grupos da AB, formado por enfermeiros, médicos, estudantes de enfermagem e de medicina, auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários de saúde; e dois grupos de SB, formados por cirurgiões dentistas, os estudantes de odontologia e os auxiliares de saúde bucal. As atividades foram desenvolvidas em três fases: primeira, denominada de fase de formação, momento reservado ao estudo sobre o PMAQ e sua metodologia, cuja estratégia foi a realização de uma oficina; a segunda fase se deu com o processo de autoavaliação da equipe, atividade central da experiência ora relatada; e a terceira fase foi definida como momento de educação permanente, organizado a partir dos problemas identificados. Os procedimentos relativos à autoavaliação foram conduzidos conforme estabelecido pelo PMAQ, isto é, foi utilizado o instrumento composto por vários conjuntos e subconjuntos (dimensões e subdimensões) de padrões da qualidade esperada em relação à estrutura das UBS's para o atendimento, aos processos de trabalho e aos resultados esperados das ações. Foram avaliados os padrões relativos a: a) infraestrutura e equipamentos; b) insumos, imunobiológicos, medicamentos e instrumental; c) educação permanente; d) processo de trabalho; e) atenção integral à saúde, f) controle social e satisfação do usuário; g) Programa Saúde na Escola (PSE). Para cada padrão há uma escala de 0-10, que deve ser pontuada segundo o desempenho da equipe. Essa pontuação gera uma classificação de desempenho da equipe em cinco categorias: muito insatisfatório, insatisfatório, regular, satisfatório, muito satisfatório. Cabe ainda destacar que o programa preconiza a realização de intervenções para superação dos problemas identificados, por meio da elaboração de matrizes de intervenção, nas quais são descritas as ações, os prazos e os responsáveis pela execução. RESULTADOS. As



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

equipes AB alcançaram a classificação “muito satisfatório” para os padrões relativos à educação permanente, processo de trabalho, atenção integral à saúde, controle social, satisfação do usuário e PSE. Para esses mesmos conjuntos de padrões, as equipes SB obtiveram diferentes classificações, sendo “insatisfatório” (participação, controle social), “regular” (atenção integral à saúde e à AB), “satisfatório” (organização do processo de trabalho) e “muito satisfatório” (educação permanente e qualificação das equipes de AB). Em relação à infraestrutura das UBS’s, equipamentos, insumos, instrumentais e medicamentos, ambas as equipes AB/SB tiveram desempenho “insatisfatório” e “regular”. Entre as intervenções para a solução de problemas identificados destacam-se: o envolvimento de lideranças comunitárias nos processos de planejamento, implantação do prontuário familiar, atendimento programado a grupos de risco da saúde bucal (gestantes, idosos). Quanto à execução das intervenções prescritas, os enfermeiros são os principais responsáveis. **DISCUSSÃO.** A finalidade última dos processos de autoavaliação é possibilitar aos gestores e às equipes o monitoramento sistemático da evolução dos resultados alcançados sobre os esforços empreendidos para melhorar o acesso e a qualidade da AB/SB. Mendes Júnior et al. (2015) sintetizam que muitas ações têm sido desenvolvidas para ajustar as estratégias previstas no PMAQ com a intenção de reconhecer a qualidade dos serviços ofertados à sociedade brasileira. Quanto à posição diferenciada do profissional enfermeiro em relação ao volume de atividades sob sua responsabilidade, estudos prévios mostram que a ampliação dos limites de atuação desse profissional suscita novas modelagens na produção do cuidado. Para esses autores⁴, há um novo padrão de produção de cuidados, que além de alterar o modo de organização do processo produtivo, conforme os interesses do capital, inverte o núcleo tecnológico do cuidado. **CONCLUSÃO.** Essa experiência proporcionou aos estudantes conhecimento mais abrangente sobre a atenção primária à saúde no Brasil; contribuiu para o entendimento e valorização do trabalho em equipe e da interdisciplinaridade; bem como, mostrou que o PMAQ é uma



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

importante tecnologia não-material a serviço das equipes de AB/SB para o alcance de melhoria do acesso e da qualidade.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

PROTOCOLO DE ATUAÇÃO DO NASF NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE NOVA OLINDA DO NORTE – AM.

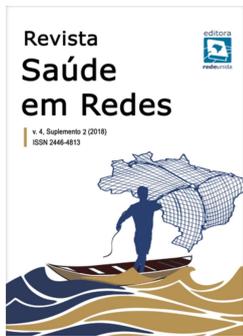
Liliam Rafaelle Souza da Silva, Erlen rayssa vaz da silva, arlei silva da costa, lucelia lima, Romina Brito

Apresentação: O Protocolo de atuação do NASF na atenção primária de saúde traz de forma sintetizada o passo a passo do processo de trabalho dos profissionais que compõe o núcleo de apoio com a finalidade de subsidiar as equipes de saúde e demais setores municipais que atuam como rede de atenção à saúde em caráter Intersectorial. O conteúdo do material exposto é embasado nas diretrizes pré estabelecidas pelo Ministério da Saúde encontradas principalmente no Caderno da Atenção Básica nº39 referente ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família Volume 1 – Ferramentas para gestão e trabalho cotidiano. Contudo, é necessário entender as especificidades regionais encontradas no município o que nos fazem adaptar várias situações de acordo com a realidade territorial.

Descrição da experiência: De acordo com a política nacional de atenção básica – PNAB (Brasil,2011) o NASF é uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada apoiando os profissionais das estratégias de saúde da família compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade dessas equipes, atuando diretamente no apoio matricial das unidades nas quais o NASF está vinculado.

O Município de Nova Olinda do Norte possui 12 equipes de Estratégia Saúde da Família, as quais são responsáveis por 100% da cobertura territorial, situação que possibilitou a implantação de duas equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família NASF1 e NASF2 sendo ambos do Tipo 1.

Entretanto, o trabalho dessas equipes é rotativo, sendo fundamental um instrumento que possa organizar todos os passos de cada profissional em cada unidade básica de saúde de acordo com as pactuações realizadas mensalmente



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

com as ESF's. Para isso é primordial que seja inserida uma agenda de atividades e ações compartilhadas entre as equipes das UBS's para o NASF de forma flexível para o caso de situações prioritárias que possam ocorrer, a existência de um fluxograma além de um instrumento que direciona as equipes de saúde quanto às atribuições dos profissionais do NASF em relação às reuniões de planejamento da equipe do NASF, reuniões com as ESF's, reuniões com AB, atendimentos individuais e compartilhados, atendimentos domiciliares, grupos e atividades coletivas, ações e campanhas de promoção e prevenção à saúde, mutirões de assistência à saúde, encontros e ações intersetoriais e o horário para a elaboração dos materiais de apoio pedagógico e terapêutico.

No entanto, a falta de entendimento dos profissionais, principalmente dos gerentes das unidades básicas de saúde comprometem a execução dessas ações, negligenciando as equipes do NASF e reduzindo o poder de resolutividade de cada profissional. Por tal motivo foi elaborado e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde O Protocolo De Atuação Do Naf Na Atenção Primária À Saúde De Nova Olinda Do Norte – Am.

Consta neste instrumento a descrição simplificada das diretrizes do NASF pontuadas pelo ministério da saúde, incluindo as peculiaridades regionais conforme a necessidade municipal, enfatizando a organização do processo de trabalho, a agenda compartilhada e todas as atribuições e competências de cada categoria existente, junto com as sugestões de temas para serem trabalhados por cada profissional nos principais programas da atenção básica. Para o melhor manuseio desse documento, o mesmo foi apresentado e explanado a cada equipe de saúde vinculada ao NASF.

Em resumo os enfermeiros gerentes das Unidades Básicas de Saúde possuem a responsabilidade de integrar em suas equipes os profissionais do NASF, os quais estão presentes com a finalidade de melhorar as situações de vulnerabilidades ocorridas no território a partir dos levantamentos apontados pelos instrumentos de avaliações existentes no município, como avaliações periódicas das UBS's,



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

relatórios dos sistemas de dados da Atenção Básica (E-SUS, SISVAN e etc.), diagnóstico situacional entre outros. Reduzindo dentro de suas possibilidades o maior quantitativo de demandas reprimidas em cada especialidade.

As unidades básicas de saúde são contempladas com a presença dos profissionais do NASF conforme agendamento prévio para a realização de ações matriciais, educação em saúde, educação permanente, mutirões de assistência à saúde, projeto terapêutico singular e outras atividades de acordo com a necessidade das áreas de abrangência de cada equipe exposta pelo gerente da unidade incluindo participação nas campanhas municipais com orientações sobre os temas a serem desenvolvidos.

Quando há necessidade da presença dos profissionais para determinada ação, os gerentes das equipes vinculadas devem solicitar com antecedência à Coordenação Municipal do NASF a fim de possibilitar o manejo apropriado dos profissionais para o evento sem prejudicar as demais equipes ou atendimentos ambulatoriais.

Quanto às visitas domiciliares, atendimentos individuais e compartilhados, os profissionais do NASF já possuem dias e horários estipulados pela Coordenação Municipal da Equipe em conformidade com a Coordenação Municipal da Atenção Básica, visando a importância da continuidade no acompanhamento e tratamento dos usuários.

Impactos: Na tentativa de definir as funções da ESF em conjunto com o NASF o protocolo municipal possibilitou a organização de todos os profissionais, além de viabilizar as ações intersetoriais e respaldar o trabalho nas zonas rurais tendo em vista o grande desafio das vias fluviais como único caminho para cinco das sete equipes ribeirinhas. Os conflitos reduziram generosamente e foi possível trabalhar os grupos terapêuticos além de oferecer uma devolutiva com mais agilidade aos pacientes e facilitar as ações de matriciamento às equipes de saúde.

Quanto ao trabalho intersetorial, os dispositivos municipais da rede de atenção à saúde também foram contemplados com o benefício desse instrumento para facilitar



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

a compreensão e inserção dos profissionais do NASF nas ações realizadas em parceria com a saúde.

Considerações finais: O Núcleo de Apoio a Saúde da família trouxe em seu arranjo a possibilidade de inserção de novas especialidades que o município dificilmente disponibilizaria sem a participação dos recursos federais, o que favorece a população e reduz o tempo de espera por consultas a estes especialistas em outras localidades, diminuindo os custos com passagens, alimentação e estadias dos usuários além de facilitar a resolutividade dos casos e o acompanhamento pela equipe ESF de referência.

Dessa forma Nova Olinda do Norte oferece no seu quadro multidisciplinar as seguintes especialidades: nutrição, fonoaudiologia, fisioterapia, psicologia, serviço social, farmácia e educação física. Categorias profissionais que muitas vezes tem seu campo de atuação reduzido pela compreensão limitada de outros profissionais e o protocolo de atuação do nasf na atenção primária à saúde possibilitou para muitos o esclarecimento do campo de atuação e da proposta do NASF, em qualquer momento ou em qualquer dificuldade basta realizar a leitura desse documento no qual contém tanto a organização do processo de trabalho quanto uma lista de assuntos que podem ser trabalhados pela equipe, incluindo alguns critérios para atendimento, visitas domiciliares, educação permanente e temas que podem ser trabalhados com os usuários para auxiliar os gerentes na escolha e direcionamento dos profissionais para as ações a serem desenvolvidas.

Palavras-chave: protocolo; nasf



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

PRÁTICAS GERENCIAIS DO ENFERMEIRO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Odete de França Vieira, Gisele Reis Dias

Introdução: O trabalho refere-se a uma revisão integrativa relacionado a temática gestão, com o título práticas gerenciais do enfermeiro no programa saúde da família: uma revisão integrativa. Onde faz uma abordagem detalhada de todo o contexto histórico do surgimento, evolução e transição da atenção primária a saúde no Brasil, a qual surgiu como modelo de reorganização da atenção, com o propósito de reajustar tais serviços, o qual era direcionado na clínica e visava apenas a cura, além de colaborar para a modificação da gestão do sistema, a partir de então, foram publicadas, na década de 90, as Legislações Orgânicas da Saúde (8.080/90 e 8.142/90) e Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (NOB SUS 01/93 e 01/96), estas foram responsáveis por incentivar o processo de municipalização da saúde e a reestruturação da assistência com foco na Atenção Básica (AB). Enfatiza-se ainda, que é considerado fruto da elaboração e experiência das diversas pessoas envolvidas, como trabalhadores, gestores, usuários e líderes de movimentos sociais. É vista como a principal porta de entrada de todo o sistema de saúde, responsável pela integração e coordenação dos mais variados serviços. Tem por objetivo: Identificar as publicações nacionais a respeito das práticas gerenciais do enfermeiro no Programa Saúde da Família disponíveis em formatos de textos online nos últimos quatro anos. Método: Trata-se de um estudo que consiste em uma pesquisa integrativa nas bases de dados eletrônicas Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF), Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO), onde foram ponderados artigos disponíveis na íntegra, durante o ano de 2017 até meados do mês de novembro, cujo descritores refere-se a: Gestão, Gerência; Gerenciamento;



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Liderança; Enfermeiro; Estratégia Saúde da Família. No desenvolvimento, optou-se pelos seguintes passos: Identificação do problema; busca literária com a delimitação de palavras-chave, aplicação dos critérios definidos para a seleção dos artigos, avaliação e análise das informações obtidas e apresentação dos resultados. Os critérios de inclusão dos artigos consideraram os estudos publicados a nível nacional, em formatos de textos online completamente disponíveis nos últimos quatro anos que tratassem das práticas gerenciais do enfermeiro no Programa Saúde da Família. Os itens que levaram a exclusão do estudo na pesquisa foram trabalhos que não atendessem aos descritores, período de publicação, repetição de artigos nas diversas bases de dados e textos indisponíveis na íntegra. Para análise e avaliação das literaturas utilizou-se um roteiro em formato de organograma definindo as seguintes informações de forma consolidada: Número do artigo dentro das bases, bases de dados, procedência do artigo, título, autores, revistas, objetivo, cidade e ano de publicação e acesso, e conseqüentemente, considerações finais. Resultados e/ou impactos: Foram identificados no total 123 artigos, sendo 28 na base de dados Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (LILACS), 20 na Base de Dados em Enfermagem (BDENF), 17 no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e 58 na Scientific Electronic Library Online (SCIELO), no período de 2017 até meados do mês de outubro do corrente ano. Após leitura e revisão foram selecionados os estudos através de um organograma, dos 23 artigos que foi realizado a leitura completa, 04 destes encontravam-se de forma repetida nas bases de dados pesquisadas, 02 não condiziam com o tema e 02 eram traduzidos somente no idioma inglês, restando para inclusão somente 15 que correspondiam aos critérios predefinidos na revisão. Pode-se dizer, que o estudo foi essencial para obtenção de coleta dos artigos das bases de dados necessários para desenvolvimento do trabalho as quais foram primordiais para conhecer as características do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família enquanto gerente, tornando possível a elucidação das informações para a organização e fechamento da pesquisa. Para tanto os



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

diversos autores encontrados e selecionados defendem o ponto de vista de que a gestão está intimamente ligada e relacionada com as práticas gerenciais desenvolvidas pelos enfermeiros que trabalham na estratégia saúde da família, onde o gerenciamento é compreendido como uma competência do enfermeiro que está diretamente ligado e inter-relacionado com a busca pela melhoria e qualidade dos serviços prestados. Na Estratégia Saúde da Família essa habilidade é evidenciada por estar diretamente interligado com a equipe, indivíduo, a família e a comunidade, facilitando o trabalho dos profissionais para que conheçam as melhores formas de intervir junto à população. Além disso, executa ações de supervisão, treinamento e controle da equipe e práticas classificadas de natureza gerencial. No âmbito social, histórico e político, desenvolvendo pensamentos, e suas ideias se focaliza no modo como organiza o trabalho para produção de bens e serviços. Promove as ações do enfermeiro, as quais devem englobar todos os níveis de atenção à saúde, de maneira articulada e integrada. Considerações finais: Apesar dos diversos estudos voltados a práticas gerenciais do enfermeiro no Programa Saúde da Família, os resultados encontrados nesta revisão são essenciais para demonstrar que nos últimos quatro anos o papel do enfermeiro gestor é fundamental no processo de prevenção, cuidado e desenvolvimento de ações na atenção primária, para que o paciente não apresente problemas, evitando dessa forma a busca pela atenção secundária e terciária, e conseqüentemente, diminuindo o número de internações por diferentes tipos de patologias. De tal maneira, considera-se que a construção do conhecimento em relação a prática gerencial de enfermagem no âmbito da Estratégia Saúde da Família é imprescindível quando se refere na tomada de decisões, para desenvolvimento de inovações nas atividades realizadas com a equipe e a população, para que ocorra o envolvimento e cooperação mútua. Uma vez evidenciado, é necessário que sejam reforçadas a necessidade de um profissional gestor capacitado e treinado, principalmente o enfermeiro, que é a pessoa mais solicitada para tal função, pois recebe treinamento durante a graduação para exercer a gerência, responsável por



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

desenvolver e implantar ações que visem a boa prática gerencial das unidades básicas de saúde, a fim de evitar maiores problemas nos serviços ofertados. Dessa maneira, é possível fazer uso adequado de todas as ferramentas disponíveis para um bom gerenciamento e funcionamento de uma unidade, para se tornar um gestor eficiente e capaz de resolver adversidades de qualquer natureza, visando o melhor serviço além de facilitar a vida da população alvo.

Palavras-chave: Gestão, Gerência; Gerenciamento; Liderança; Enfermeiro; Estratégia Saúde da Família.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

PACTUAÇÃO DE METAS POR EQUIPE NO MINISTÉRIO DA SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E CO-GESTÃO

Elizabeth Sousa Cagliari Hernandez, Priscila de Figueiredo Aquino Cardoso, Delciene Aparecida Oliveira Pereira, Silmara Ribeiro Santos, Fabiana Alves dos Santos Prado, Marianna Nunes Rufino Rego, Priscila Lopes de Oliveira Couto, Antônia de Lima Santos

Apresentação: o processo de Avaliação de Desempenho (AD), no Ministério da Saúde (MS), faz parte da política de gestão de pessoas e se desenvolve em ciclos que envolvem as fases de planejamento, pactuação de metas por equipes, monitoramento, feedback e meta-avaliação. A primeira etapa de implementação da política de AD no MS priorizou o desenho e a criação de um sistema informatizado – Sistema de Avaliação de Desempenho (SAD) – que compila os dados e fornece os relatórios gerenciais para a aferição dos resultados de todos os servidores do MS. Em 2017, esse sistema conta com um banco de dados com variáveis relativas ao desempenho de 55.000 servidores. Após a implementação dessa parte da política, foi estabelecido o objetivo de aprimorar o processo. Foram planejadas ações com o objetivo de estimular a potencialidade da AD como ferramenta de gestão e de geração de impactos nas áreas finalísticas com potencial para contribuir na valorização do trabalho, do trabalhador e na melhoria dos resultados entregues à sociedade. A partir das ações educativas que se desenvolveram, percebeu-se que um gargalo apontado com frequência era a existência de conflitos ao final do processo. Para auxiliar na resolução dessa questão, a equipe AD elaborou uma série de ações educativas para orientar a pactuação de metas nas equipes de trabalho, com ênfase na utilização do planejamento da área como linha guia do processo de avaliação. Esse trabalho tem como objetivo descrever uma das oficinas de pactuação de metas por equipes realizada com os gestores de uma secretaria finalística e respectiva avaliação dos participantes. Desenvolvimento: trata-se de



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

uma pesquisa-ação, conforme as definições da literatura que consideram esse tipo de trabalho como um conjunto de processos que seguem um ciclo no qual se aprimora a prática pela aplicação, de modo sistemático de ações no campo da prática e da investigação a respeito dela. Planeja-se, implementa-se, descreve-se e avalia-se uma mudança com o objetivo de melhorar sua prática propiciando aprendizado, durante o processo, tanto a respeito da prática quanto da própria investigação. Dessa forma, para aprimorar a prática de avaliar com base em metas pactuadas em tempo hábil e pautadas no planejamento da unidade, foi elaborado um modelo de oficina a ser realizada nas unidades de avaliação, com a respectiva avaliação do processo. O modelo compreende três momentos. O momento I – Instrumentalização – abrange oferecer instrumentos para que as equipes compreendam conceitos básicos de planejamento, avaliação de desempenho, metas e indicadores. Além da parte teórica, são apresentados os instrumentos específicos, ou seja, estuda-se planejamento e metas com base no planejamento e nas metas daquela equipe, que também exercita a elaboração dos próprios indicadores de desempenho. Trata-se de um evento coletivo em que os participantes são expostos aos fundamentos teóricos e, ao mesmo tempo, tomam ciência de todo o trabalho desenvolvido naquela unidade. O momento II – Dispersão – as equipes se reúnem separadamente, conforme as respectivas agendas e no próprio ambiente onde desempenham suas atividades, trabalhando em conformidade com o instrumental oferecido no Momento I, para elaborar as metas e respectivos indicadores. Nessa fase também há a qualificação das metas por equipe com o apoio da equipe técnica. O momento III – Apresentação do painel de Metas – as equipes voltam a reunir-se num espaço de construção coletiva e apresentam, para toda a Unidade, as metas pactuadas. A avaliação de reação da oficina foi feita pela aplicação de um questionário com 29 itens associados a uma escala Likert: ótimo (5), muito bom (4), bom (3), regular (2), ruim (1) e não se aplica (0). Os itens foram distribuídos em quatro categorias: logística/organização (07 itens); conteúdo programático (05 itens); docente/facilitador (13 itens); e autoavaliação (04 itens). A



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

análise implica calcular a média ponderada das respostas atribuídas a cada questão e o cálculo de um número que indique o ponto da escala onde se situa a resposta. Foram atribuídas as seguintes pontuações: 1 = “ruim” (R); 2 = “regular” (RE); 3 = “bom” (B), 4 (quatro) = “muito bom” (MB) e 5 (cinco) = “ótimo” (O). Para o cálculo do posicionamento da resposta foi utilizada a média ponderada equivalente ao percentual de respostas relativo aos 5 (cinco) pontos da escala, bem como o peso referente a cada um deles: $PS = [(P1*1)+(P2*2)+(P3*3)+(P4*4)+(P5*5)]/100$, onde: PS = Posicionamento na escala; P1 = Percentual de respostas R; P2 = Percentual de respostas RE; P3 = Percentual de respostas B; P4 = Percentual de respostas MB; P5 = Percentual de respostas O. Assim, para o indicador menor ou igual a 1,5, inferiu-se que as respostas tendem para “ruim”; para o indicador no intervalo de 1,6 - 2,5, para “regular”; para o indicador no intervalo de 2,6 - 3,5, para “bom”; para o indicador no intervalo de 3,6 - 4,5, para “muito bom”; e para o indicador no intervalo de 4,6 a 5, inferiu-se que as respostas tendem para “ótimo”. Resultados e considerações finais: Dentre os 12 (doze) participantes da oficina, 8 (oito) responderam ao questionário. A margem de erro é de 16% e o grau de confiança 80%. No que se refere à satisfação quanto à logística/organização da oficina, o posicionamento na escala foi “muito bom”. Destaca-se que, em média, 50% dos respondentes considerou esse bloco da avaliação como “ótimo” e apenas a de 3,57% “regular”. No que se refere à satisfação quanto ao conteúdo programático, o posicionamento na escala, para as 05 afirmativas, foi “muito bom”. Em média, 40% dos participantes consideraram como “ótimo” e 2,5% conceituaram como “regular”. Quanto aos facilitadores, o posicionamento na escala, para as 13 afirmativas, foi “muito bom”. Em média, 52,88% dos participantes avaliou seu desempenho como “ótimo”; 23,08% como “bom” e os facilitadores não receberam, em nenhuma das afirmações, o conceito “ruim”. Com relação à “autoavaliação”, o posicionamento na escala para as 04 afirmativas foi “muito bom”. Em média, 46,88% dos participantes atribuíram o conceito “ótimo” para o próprio desempenho na oficina. Os resultados dessa oficina têm sido corroborados por outras que se utilizaram do modelo



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

desenvolvido pela equipe AD, levando à conclusão de que a realização desses eventos, com a facilitação dos gestores do processo de avaliação em parceria com os das equipes, é positiva para a efetivação de pactuação de metas por equipe. Percebe-se que os encontros técnicos contribuem para a assertividade e objetividade, no estabelecimento de metas e configuram-se como uma ação de educação permanente e co-gestão. Além disso, contribuem para a qualificação dos servidores, melhoria dos processos de trabalho e, um efeito muito reconhecido na fala dos participantes: evitam conflitos ao final do Ciclo.

Palavras-chave: Avaliação de Desempenho; gestão de pessoas; administração pública.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

PERCEPÇÃO DE GESTORES SOBRE A ORGANIZAÇÃO DO FLUXO ASSISTENCIAL NA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Josué Souza Gleriano, Maria José Gomes de Aguiar, Verônica Modolo Teixeira, Lucieli Dias Pedreschi Chaves

A integração entre os níveis assistenciais e a melhor coordenação das condições crônicas tem sido evidenciada, na literatura, com melhor eficiência para países que possui uma forte organização da atenção primária à saúde (APS), dos serviços de saúde com a necessidade da densidade tecnológica e coordenação do cuidado com inovações que diminui a fragmentação do cuidado. Porém, o acesso aos serviços de média densidade tecnológica tem-se apresentado como um dos entraves para a consecução da integralidade assistencial no Sistema Único de Saúde (SUS). No caso brasileiro, frente a tripla carga de doenças, gestores municipais precisam desenvolver formas de organizar seus fluxos para atender, além do desenvolvimento de novas técnicas e equipamentos de diagnóstico e terapia, demandas que somam a pressão de diversos grupos de interesses para a incorporação e disponibilidade nos serviços de saúde, sendo necessário a articulação de mecanismos políticos de regulação, na perspectiva de assegurar o acesso com equidade. Portanto, não basta ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF), ou seja, não é suficiente a transposição do locus de trabalho do ambulatório para o domicílio ou do hospital para a ESF, quando os processos de trabalho permanecem inalterados, ou mesmo quando imprimem uma nova lógica de produção, mas o núcleo tecnológico conserva-se centrado no procedimento/doença e não no usuário. Essa tem sido uma das razões para a ESF permanecer como produtora de demandas e pouco resolutiva. Objetivou verificar como gestores da saúde, organizam o fluxo assistencial dos usuários quando há necessidade de compartilhamento de cuidados entre diferentes níveis de atenção à saúde. Trata-se de estudo de caso com abordagem qualitativa, realizado em um município na região



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

sudoeste do estado de Mato Grosso, através de entrevistas semiestruturadas com sete profissionais da gestão municipal, secretário de saúde, coordenador da atenção básica, regulação, hospital, CTA/SAE, saúde bucal e CRAS, no segundo semestre de 2017. Levou-se em consideração o critério de saturação para definição do número de participantes. Optou-se pela análise de conteúdo temática, constituída pela ordenação e classificação dos dados, sistematizando-os em núcleos de sentido e leitura transversal, priorizando recortes temáticos mais relevantes relacionados ao objeto de estudo e, por fim, análise dos resultados por meio do entrecruzamento das informações das distintas fontes. Os resultados e discussão são apresentados nas categorias: A coordenação do cuidado: desafios na organização; e A rede de atenção e o fluxo assistencial: dispositivos informacionais. A pesquisa foi aprovada pelo CEP (1.385.829/2016 - UNEMAT). O município estudado é referência estadual na expansão da APS através do Programa Mais Médicos (PMM), e a Estratégia Saúde da Família, a partir de 2015 no alcance de 100% de cobertura, é a porta de entrada preferencial para os usuários na rede local, sinalizada por todos os participantes como a ordenadora do cuidado. Na primeira categoria: A coordenação do cuidado: desafios na organização sinaliza nas falas dos gestores, que coexistir o acesso inicial por meio de outros estabelecimentos de saúde, expressão forte direcionada ao serviço da unidade de pronto atendimento que tem recebido alta demanda de procedimentos que poderiam ser resolvidos na ESF. A gestão de saúde municipal revela situações de redução da busca direta de serviços hospitalares, contudo, os gestores das áreas técnicas de coordenação admitiram que paralelamente à consolidação da unidade de saúde da família (USF) como locus principal para os primeiros cuidados, convivia-se, ainda, com a busca direta pelos usuários da central de regulação e marcação de consultas, muitas vezes, sem prévia avaliação clínica dos profissionais das equipes de saúde da família. As coordenações da atenção básica e da regulação destacaram o trabalho do enfermeiro na gerência das USF, entretanto, reconhecem que o excesso de ações burocráticas, ausência de profissionais e, dupla responsabilidade na



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

assistência e gerência resulta em sobrecarga de trabalho e dificuldades na execução de ações assistenciais. Nesse sentido, apontaram que a coordenação do cuidado não pode estar somente nas mãos dos médicos, enfatizando que há necessidade do fortalecimento do trabalho em equipe e esquemas de pagamento assim como de organização do trabalho que privilegiem não só as consultas, mas, por exemplo, o tempo entre elas para ações de coordenação. Gestores lembram que o ACS é um agenciador de encontros entre territórios existenciais, posto que enlaça saberes populares e conhecimentos técnicos em saúde com potencial para fortalecer os vínculos da população, porém sinalizaram que a baixa supervisão no trabalho do ACS e as três mudanças, em menos de dois anos, no processo de territorialização foi um empecilho para que esse profissional executasse suas funções. Na segunda categoria, A rede de atenção e o fluxo assistencial: dispositivos informacionais, o município utiliza para identificação dos usuários nos serviços, além do cartão SUS, os cartões da família, da gestante, do idoso, entre outros. Todavia, um dos entrevistados relatou a resistência de algumas pessoas aos serviços do SUS e a percepção de que não precisam do sistema público e, por isso, o cadastramento seria algo desnecessário, especialmente para aqueles que possuíam algum seguro privado de saúde, apontado pelos gestores que esse é um desafio à coordenação do cuidado, sobretudo pela desvalorização social do SUS, especialmente da APS. Quanto às alternativas de integração das informações clínicas, o município conta com prontuário eletrônico que possui articulação para referência e contrarreferência, com as quais, profissionais, apenas no nível local, podiam compartilhar informações, ainda que de maneira limitada. Em que pese a simplicidade dos dispositivos informacionais mencionados, estes são relevantes para a organização dos fluxos e contrafluxos de pessoas na rede local, porém a contrarreferência é um gargalo, pois muitos especialistas não forneciam a alimentação, dificultando a integração das informações entre diferentes pontos da rede assistencial. Percebeu-se nas entrevistas que há ainda o contato direto com o especialista por meio de telefone pessoal e, que caso o contato não fosse possível,



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

aguardavam informações dos usuários trazidas pelo ACS ou agendavam uma visita domiciliar para conversar com o usuário. Esses relatos ampliam as evidências da dificuldade que as equipes da APS têm para dar continuidade ao cuidado e, sobretudo, garantir uma terapêutica compartilhada entre diferentes especialistas, o que apontou para existência de fluxos informais. Destaca-se na fala de todos os gestores um aspecto importante a ser enfrentado na solicitação de exames complementares, afirmando que muitos são “desnecessários e excessivos”. Tal questão, entre outras causas, acentuava-se pela inexistência de protocolos clínicos que dificulta a padronização técnica de critérios para a solicitação. Além disso, alguns apontam que os profissionais cedem aos “apelos” dos usuários, como forma de diminuir a pressão cotidiana que a comunidade exerce na prática médica. Foi possível verificar que há desafios no processo de coordenação do cuidado nas práticas assistenciais nesse município principalmente pelo modelo biomédico, e forte poder concentrador na medicalização e em exames, dificuldades na comunicação clínica entre os níveis de atenção, representadas pela ausência de recursos informacionais adequados sem uma rotina estabelecida no processo de trabalho.

Palavras-chave: acesso aos serviços de saúde; gestão em saúde; atenção à saúde



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

PERFIL DO GESTOR MUNICIPAL DO SUS (2013-2016): TRAJETÓRIA, PERCEPÇÃO SOBRE A RELAÇÃO FEDERATIVA E IDENTIFICAÇÃO DAS POTENCIALIDADES E DESAFIOS NO ÂMBITO DA GESTÃO DO SUS.

Andre Luis Bonifacio de Carvalho, Maria Helena Pereira de Araujo, Layla Serrano de Lacerda, Rafaella da Silva Torres, Ivanize Cecília Alves da Silva

Apresentação: Processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), como política de caráter federativo e intergovernamental, gradualmente vem estabelecendo as novas competências e responsabilidades governamentais, que implicam em constantes negociações e pactuações intergestores; que em meio a inovações conceituais, logísticas, tecnológicas e instrumentais, influem cotidianamente no exercício da gestão setorial, muitas vezes, em condições heterogêneas, diversas e plurais. No caso do SUS, além do desenvolvimento de toda uma logística e tecnologia de regulação baseada em necessidades prioritárias, vulnerabilidades e riscos, torna-se imprescindível a mediação política e definição de diretrizes e critérios a partir dos espaços de participação e controle social, como também, na relação intergestores. Desta forma, podemos apreender que, os(as) secretários(as) municipais de saúde são atores estratégicos na definição e conformação dos rumos da política de saúde no País, tendo em vista as atribuições tecno-gerenciais e legais que assumem e que somada a sua participação política nas instâncias decisórias de governança, ampliam seu grau de intervenção sobre o destino das políticas públicas de saúde. Considerando-se o fechamento de mais um ciclo de gestão do SUS, foi construída uma agenda no sentido de identificar o perfil do gestor que estava fechando o ciclo de gestão em 2016. Sendo assim a referida pesquisa foi aplicada junto aos gestores do SUS vinculados às diretorias dos COSEMS (Ciclo de gestão 2013-2016), objetivando caracterizar o perfil e identificar a percepção dos mesmos com relação aos grandes desafios enfrentados durante este ciclo e as possíveis agendas e práticas a serem trabalhadas no ciclo futuro.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Desenvolvimento do trabalho: Para dar vazão ao trabalho, optou-se pela realização de uma pesquisa exploratória de caráter descritivo, fazendo uso de dados secundários, oriundos do preenchimento de um questionário web, buscando identificar elementos estratégicos do perfil dos gestores, como também verificar as necessidades e problemas inerentes às práticas gestoras. A pesquisa teve como elementos centrais além da identificação dos dados pessoais, trajetória profissional, trajetória política e motivação para a assunção ao cargo, a identificação das potencialidades e desafios do último ciclo de gestão no âmbito do SUS. Explorou também temas estratégicos com ênfase na relação interfederativa; acesso a ações e serviços de saúde; práticas de planejamento e gestão; fortalecimento do controle social, operacionalização da regionalização em saúde e gestão do trabalho e educação na perspectiva de conhecermos os anseios e necessidades tendo em vista o desafios vivenciados. O Instrumento de pesquisa foi organizado em quatro eixos: Perfil do Gestor, Percepção sobre Processos e Práticas de Gestão, Posicionamento sobre as Práticas no âmbito da Relação Federativa e Requisitos para o Perfil do Gestor, contendo 31 questões que foram amplamente discutidas com o corpo dirigente e assessoria técnica do CONASEMS, durante o mês de outubro de 2016. Após a validação do questionário o mesmo foi enviado para o email, através da secretaria técnica do CONASEMS. A escolha feita com relação aos gestores ,dirigentes dos COSEMS, se deu prioritariamente devido a posição que ocupavam no campo da tomada de decisão junto aos espaços intergestores e também a exiguidade do tempo, pois a pesquisa foi aplicada entre a segunda semana de novembro e a terceira de dezembro de 2016. Antecedendo a liberação do questionário foi feita uma apresentação a todo corpo dirigente do CONASEMS em uma assembleia realizada no Rio Grande Sul ainda no mês de Novembro. Para o monitoramento dos trabalhos foram organizados boletins semanais, os quais foram encaminhados aos presidentes de COSEMS e ao escritório do CONASEMS, dando ciência da adesão à pesquisa e performance de cada Estado. Concluída a



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

pesquisa foi apresentado um relatório síntese com os principais resultados, destacando os achados nacionais e loco-regionais.

Resultados e/ou impactos: A tabulação e análise dos dados foi feita a partir da leitura do conjunto de questionários, onde foi contemplada a visão do universo dos respondentes e sua análise por Estado. Para as questões fechadas, trabalhamos a partir da frequência das respostas, procurando caracterizar as diferentes situações exploradas. Para as questões abertas, utilizamos a análise de conteúdo para categorizar as respostas dentro de um contexto que propiciou a interpretação adequada dos resultados. Cabe destacar que o número de gestores respondentes foi de 766, o que representou 13,7% dos municípios brasileiros. Destes 105 (14%) foi da Região Norte; 323(42%) da Região Nordeste; 41(6%) da Região Centro-Oeste; 137(18%) da Região Sudeste e 138 (18%) da Região Sul. Quanto ao porte populacional dos municípios dos respondentes, 87,3% tinha até 50 mil habitantes; Com relação ao sexo, 60,1% eram mulheres, o quesito raça-cor apontou que 58,6% se denominavam brancos. Quanto a idade 66,5% tinham entre 31 e 50 anos. Com relação ao nível de escolaridade 80% informaram ter nível superior e 51,6 % declarou ter pós-graduação. O tempo de permanência na gestão, revelou que 53,3% dos respondentes estava na gestão há mais de três anos. Do universo dos respondentes, 61,9% nunca havia ocupado cargo de gestor anteriormente. Com relação aos desafios identificados como muito difícil, no que tange a questões inerentes a Atenção Básica, Média e Alta Complexidade; Planejamento e Gestão, Gestão do Trabalho, Regionalização e Controle Social, destacaram-se os seguintes aspectos: apoio técnico e financeiro por parte do Ministério da Saúde, garantia de consultas, exames e internações em quantidade e qualidade; ampliação dos recursos financeiros tendo como base as diferenças regionais; apoio da SES na implantação das políticas de equidade e capacitação de conselheiros e desenvolver estudos que apontem estratégias de financiamento tripartite visando a fixação de profissionais de saúde. No que tange a posição dos gestores com relação às medidas que a SES; COSEMS e MS deveriam adotar para aprimorar suas ações,



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

destacaram-se respectivamente o apoio e acompanhamento técnico e o apoio financeiro, que foram trabalhadas por meio da análise das expressões identificadas nas questões abertas.

Considerações finais: A presente pesquisa caracterizou-se como uma de muitas aproximações que precisam ser feitas ao perfil dos gestores municipais do SUS. Atores estratégicos na condução de políticas públicas e que tem um potencial inexplorado no que tange a leitura dos desafios da gestão. A parceria com o CONASEMS foi estratégica e de grande aprendizado na perspectiva da construção de agendas capazes de auxiliar na qualificação dos processos e práticas no âmbito da gestão do SUS, tendo como desdobramento o desenho de um segundo movimento consubstanciado no desenho da pesquisa do perfil dos gestores 2017/2021 já em curso.

Palavras-chave: Gestor municipal; Gestão do SUS; Gestão em Saúde



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE USUÁRIOS ESTRANGEIROS ATENDIDOS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE MUNICÍPIO DA TRÍPLICE FRONTEIRA BRASIL, COLÔMBIA E PERU

Giane Santos-Melo, Selma Regina Andrade, Sônia Maria Lemos, Aldalice Pinto Aguiar

Apresentação: A faixa de fronteira brasileira, designada como 150 quilômetros de largura, paralela à linha divisória terrestre do território nacional, é formada por três arcos, denominados “Arco Sul”, “Arco Central” e “Arco Norte”. Estudos têm demonstrado a caracterização da situação de saúde e dos processos de integração entre países do arco sul e arco central, porém pouco são exploradas estas questões nas fronteiras do arco norte. Sendo que este é considerado o arco de fronteira com maior extensão territorial e menor densidade demográfica, com 1,2 habitantes/Km². Além dessas características, outras peculiaridades diferenciam o arco norte dos arcos central e sul, pois por estar situado na região amazônica, estas fronteiras se localizam em regiões de difícil acesso e geralmente ligadas a áreas indígenas. Estas condições fazem desta região uma das áreas mais críticas da Amazônia brasileira, por concentrar alguns dos principais determinantes de saúde, que são influenciados principalmente pela elevada mobilidade populacional, atividades de grande impacto ambiental, ocupação desordenada do espaço, falta de acesso aos serviços de saúde e condição de vida precária de determinados grupos populacionais. Neste contexto, os estudos sobre as questões que envolvem os atendimentos a estrangeiros nestas regiões podem contribuir para a implementação de ações que aumentem a integração de saúde entre países fronteiriços e fornecer subsídios para o planejamento de ações que favoreçam tanto brasileiros quanto estrangeiros. Assim, este estudo teve como intuito responder às seguintes questões de pesquisa: a. qual o perfil epidemiológico dos estrangeiros atendidos em duas unidades básicas de saúde do município de Tabatinga/Amazonas? E quais



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

motivações levaram estes estrangeiros a procurar os serviços de saúde no município brasileiro? Diante desta demanda, este estudo teve como objetivo principal descrever o perfil epidemiológico dos estrangeiros atendidos em duas unidades básicas de saúde do município de Tabatinga-AM. Desenvolvimento: Estudo descritivo de abordagem quantitativa, que segundo Gil, 2008 se caracteriza com objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno. O local de estudo foram duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Tabatinga, estado do Amazonas, município este que faz fronteira com a cidade de Letícia, no Departamento de Amazonas, Colômbia e com a comunidade de Santa Rosa, Departamento Loreto no Peru. A primeira UBS foi a Unidade de Santa Rosa localizada na zona norte do município de Tabatinga e a segunda foi a UBS Dídimo Pires, localizada na zona central do município. A escolha das unidades se deveu pela proximidade das mesmas com a fronteira por via terrestre com Letícia/Colômbia e a fronteira fluvial com Santa Rosa/Peru. A População do estudo foram os estrangeiros de ambos os sexos, maiores de 18 anos que procuraram as UBS durante os meses de março e junho de 2016. A coleta de dados aconteceu nos meses de março e junho de 2016 e foi realizada através da aplicação de formulário contendo perguntas fechadas sobre dados socioeconômicos, nacionalidade, local de moradia e dados para se avaliar a motivação da busca por atendimento. A análise dos dados foi realizada através de estatística descritiva, com a utilização de gráficos e tabelas, criados a partir do programa Microsoft Office Excel 2010, observando a especificidade das frequências absolutas e relativas. Em respeito aos aspectos éticos, foram atendidas as recomendações da resolução nº 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde, no que diz respeito à composição do protocolo a ser encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa. Assim, o projeto por se tratar de pesquisas com seres humanos a pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Plataforma Brasil com referência do CEP da Escola Superior de Ciências da Saúde/Universidade do estado do Amazonas (ESA/UEA) com número CAAE 53369916.0.0000.5016 e parecer de aprovação n. 1.477.923. Os dados



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

obtidos foram armazenados de forma confidencial e somente o pessoal autorizado e vinculado ao projeto teve acesso às informações obtidas, sendo que para divulgação dos resultados do estudo foi resguardada qualquer identificação de pessoas. Resultados: foram coletados dados de 47 pacientes, sendo que 20 destes foram atendidos na UBS Santa Rosa e 27 na UBS Dídimo Pires. Pela análise dos dados verificou-se que a maioria dos participantes eram mulheres (89%) com idade entre 18 e 30 anos (42%). Verificou-se que a procura por atendimento para crianças entre zero e cinco anos foi de 19%, seguido 4% de crianças de seis a 11 anos. Quanto a nacionalidade, 53% dos participantes eram peruanos, enquanto 47% disseram ser colombianos. A análise dos dados socioeconômicos demonstrou que a maioria possuía ensino médio completo (28%), seguidos de ensino fundamental incompleta (17%). 6% dos entrevistados se declaram analfabetos. Quanto a ocupação, 47% dos se declaram desempregados e 23% referiram trabalhos informais. A maioria dos participantes afirmou possuir renda média familiar abaixo de um salário mínimo (49%) ou não ter nenhuma renda, necessitando de auxílio de programas governamentais ou de outros membros da família para sobrevivência (25%). 15% dos participantes optaram por não declarar a sua renda mensal. No questionamento sobre o que os motivou a procurar os serviços de saúde em Tabatinga, Amazonas/Brasil, 96% alegaram a facilidade de acesso aos serviços de saúde pela proximidade entre os países e 4% alegaram estar em casa de parentes ou amigos no município e procuram as UBS pela qualidade dos serviços ofertados. A maioria dos participantes (79%) alegou não possuir nenhum plano de assistência à saúde em seu país de origem. Os participantes foram questionados sobre quantas vezes no último ano eles procuram os serviços de saúde de Tabatinga, Amazonas/Brasil e 30% responderam que o fizeram mais de dez vezes, outros 21% refere que procurou os serviços de saúde do município de duas a quatro vezes e 19% procuram o serviço entre cinco e dez vezes. 18% dos participantes referem que aquela foi sua primeira visita a UBS e 12% não souberam ou optaram não responder a questão. A maioria dos atendimentos (47,5%) foram direcionados ao



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

profissional médico, ou ao enfermeiro (41%) e 3% procuram o cirurgião dentista. A maioria dos atendimentos foi motivada pela busca de soluções para sinais e sintomas de doenças, como cefaleia, febres, dores abdominais ou problemas odontológicos (40%), seguidos de atendimento ao pré-natal (27%), avaliação de crescimento e desenvolvimento infantil (24,5%) ou outros 8,5 serviços das Unidades. Após o atendimento, 38% desses pacientes foram encaminhados para agendamento de consultas de retorno ou com outros profissionais de saúde, outros 4% foram encaminhados para realização de exames laboratoriais. 52% dos participantes receberam alta do atendimento, sendo que destes a maioria (58%) retiram medicações na farmácia das UBS para finalização de tratamento. Considerações Finais: Este estudo se limitou a descrever o perfil epidemiológico dos que procuraram duas UBS do município de Tabatinga, Amazonas, Brasil, não sendo assim possível mensurar a porcentagem de estrangeiros atendidos em relação ao atendimento total das UBS, porém pode verificar pelo número de participantes que o atendimento a estrangeiros nessas UBS é uma realidade e é significativamente importante na demanda diária de serviços do município, pois além de tratar-se de uma população com especificidades próprias, trata-se ainda de uma população itinerante que nem sempre podem ser acompanhados pelos programas de saúde implantados no Brasil. Assim, políticas públicas de integração em saúde são necessárias nestas regiões a fim de possibilitar a garantia da integralidade da saúde ofertada a populações fronteiriças.

Palavras-chave: Áreas de fronteira; Saúde na fronteira; Cooperação internacional



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

PRÁTICA DE GESTÃO E GERENCIAMENTO EM ENFERMAGEM: UMA EXPERIÊNCIA SOBRE O PROCESSO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR EM BELÉM-PA

Eliene do Socorro da Silva Santos, Gabriela Evelyn Rocha da Silva, Ana Kedma Correa Pinheiro, Brunna Susej Guimarães Gomes, Ana Paula Rezendes de Oliveira, Jhennifer Pereira Rodrigues, Widson Davi Vaz de Matos, Héllen Cristhina Lobato Jardim Rêgo

INTRODUÇÃO: No Brasil, a partir dos anos 90, alguns modelos de avaliação externa de serviços de saúde, sobretudo acreditação hospitalar (AH), surgiram como proposta de aprimoramento da assistência e melhorias na gestão das instituições hospitalares. No cenário nacional, a Acreditação é aderida de maneira voluntária e possui modelos variados conforme a instituição que irá realizar a certificação. Entre elas estão a ONA (Organização Nacional de Acreditação) Joint Commission International, Acreditação canadense, e a National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations. O processo de acreditação hospitalar na metodologia ONA é constituído por fases primordiais, norteadas através de visitas diagnósticas e classificada em três níveis: Segurança (nível 1) denominado “Acreditado”, sinaliza que a instituição possui requisitos básicos de qualidade assistencial e oferece segurança para o paciente; Gestão Integrada (nível 2) “Acreditado Pleno”, caracteriza a adoção do planejamento na organização e “Acreditado com Excelência em Gestão (nível 3), demonstra que a instituição está dentro dos padrões de excelência, utilizando indicadores para avaliação de resultados à melhoria dos processos. De acordo com a ONA, instituição Acreditada, é aquela que comprova a existência de elementos básicos de segurança assistencial e de estrutura; a Acreditada Plena é aquela que tem sistema de gestão, baseado em planejamento estratégico, cumpre os requisitos do nível anterior e utiliza protocolos de padronização de processos assistenciais e Gerenciais.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Atualmente o estado do Pará perpassa por uma reestruturação de hospitais públicos com ênfase no aprimoramento da qualidade do serviço, impulsionado por melhora na gestão de recursos e conseqüentemente produzir melhores resultados a longo prazo, para tal, estão sendo visitados pela ONA. Este relato busca descrever a experiência de acadêmicas do curso de graduação de enfermagem frente às mudanças no contexto organizacional de trabalho provenientes do processo de acreditação hospitalar em Belém-Pa, ocorrida durante a prática de gestão em enfermagem. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de um relato de experiência que busca descrever as mudanças na dinâmica de trabalho de três instituições hospitalares, observadas durante as aulas práticas do componente curricular de Gestão e gerenciamento dos serviços de saúde e enfermagem por acadêmicas de enfermagem do 4º ano da Universidade do Estado do Pará. Foram visitados 3 hospitais de Belém-PA que atendem perfis de usuários diferentes dentro das especialidades de cada instituição. O primeiro é um hospital de Alta e média complexidade referência em atendimento cardíaco e psiquiátrico, o segundo, é referência regional em tratamentos de oncologia e o terceiro é um hospital materno-infantil de grande porte, também referência para o estado. Dentro de cada hospital foram visitados setores diferentes, sendo estes: clínica hematológica, clínica neurológica, clínica cirúrgica e o setor de qualidade e segurança. As aulas práticas foram ministradas no formato de visita técnica, e realizadas no período de 01 a 20 de novembro de 2017 nos hospitais psiquiátrico e oncológico, sendo a experiência no hospital materno-infantil vivenciada por estágio extra-curricular. **RESULTADOS/DISCUSSÃO:** A partir da observação dos campos de prática, foi possível visualizar as semelhanças e diferenças entre a dinâmica de trabalho de cada hospital, sendo constatada a importância dos métodos gerenciais para a continuidade e efetividade no fluxo das instituições visitadas. Para produzir melhorias na qualidade da assistência, o processo de acreditação exige trabalho interdisciplinar e superação da atenção fragmentada. Nessa perspectiva, para viabilizar a qualidade almejada, é preciso que os profissionais internalizem a lógica



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

do cuidado integral e considerem o usuário como foco do processo de atendimento. Os procedimentos realizados pelas acadêmicas foram à construção de fluxogramas e organograma baseado na observação de cada clínica, também houve discussão acerca do modo como cada clínica é adaptada conforme a necessidade da clientela assistida. Durante a vivência foi identificado que alguns profissionais se mostraram adaptados às estratégias que abrangem os protocolos de segurança do paciente a exemplo da checagem antes da cirurgia, realizada pelo enfermeiro. Também foi observada a aplicação da escala de Braden que abrange o protocolo de prevenção a Lesões Por Pressão, outro aspecto evidenciado foi o incentivo através de campanhas relacionadas aos protocolos de segurança do paciente e auditorias constantes buscando o aprimoramento de ações e apontar falhas. Os profissionais das unidades de internação demonstraram ter conhecimento sobre a razão das mudanças adotadas pela gerência de modo a reforçar em sua fala a importância da inserção dos protocolos de segurança para o paciente, diminuindo o tempo de permanência no leito e resultando na alta do usuário. Destacam-se ainda o papel de liderança da enfermagem dentro da equipe, pois observamos que nas diferentes clínicas, é possível direcionar as ações do cuidado, e propagar informações importantes para os pacientes. Entretanto, dificuldades na efetivação destas mudanças também foram encontradas, como certa resistência a cultura de segurança, bem como falhas no processo gerencial de uma das clínicas a exemplo da delegação da atividade de dimensionamento da equipe do enfermeiro para o técnico de enfermagem, pouca adesão aos impressos de Sistematização da assistência de Enfermagem, passagem de plantão deficiente devido à dupla jornada de trabalho. Logo, faz-se necessário um estudo prévio criterioso acerca das particularidades de cada organização, de modo a identificar a melhor maneira de conduzir o processo de implementar. Tais particularidades podem não ser evidenciadas na primeira fase da Acreditação, uma vez que esta se limita ao diagnóstico dos processos institucionais. Percebemos ainda, que o tipo de liderança influencia no resultado deste processo, sendo necessário que haja um esforço



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

conjunto das esferas de gestão, bem como dos profissionais assistenciais, técnicos operacionais e pacientes que necessitam ser integrados a estas mudanças. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A oportunidade de perpassar por diferentes hospitais, no momento em que estas mudanças estão sendo executadas possibilitou que fizéssemos um comparativo entre os ambientes e compreender as limitações e superações da gestão hospitalar. Também nos possibilitou entrar em contato com um tópico novo para a gestão no contexto hospitalar, e foi perceptível que a Acreditação possibilita melhoras físicas, estruturais e comportamentais que permitem otimizar a qualidade da assistência hospitalar em Belém-Pa. Desta forma, as mudanças são necessárias para novas possibilidades de melhorias e amplitude de ações resultando em benefícios para o paciente e para a instituição. Além disso, ressalta-se a necessidade de pesquisas e estudos na área, pois constatamos durante o trabalho que há pouca produção acadêmica que abordam o tema, por se tratar de algo relativamente novo. Compreende-se que deve ser reforçada a questão da educação continuada nas unidades de internação, de modo que pacientes e profissionais se sintam parte do processo de Acreditação, tornando-o ainda mais produtivo.

Palavras-chave: gestão em saúde; enfermagem; assistência hospitalar.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

PROCESSO DE (RE)TERRITORIALIZAÇÃO NA COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE II, FORTALEZA-CE: UM EXERCÍCIO DE ADEQUAÇÃO AOS NOVOS CENÁRIOS.

Luiza de Paula Sousa, Ana Amélia Lima Pequeno, Lorena Andrade Gomes Gadelha, Ana Geyse Gomes Gomes Silva, Ivamara Morais Silva, Maria Clarice Tavares Evangelista

Apresentação: Considerada a principal porta de entrada e centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que deve ordenar fluxos e contra fluxos de pessoas, produtos e informações, a Atenção Primária à Saúde (APS) é o conjunto de ações de saúde que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, dirigida à população em território definido. Sendo uma diretriz da APS, a territorialização é uma ação essencial, pois, por meio dela é possível realizar uma análise social e territorial do estado de saúde da população, e a partir de então, planejar e programar métodos estratégicos, que assegurem resolubilidade ao sistema, em consonância com as necessidades dos indivíduos, sendo, pois, uma estratégia de dirimir as iniquidades sociais em saúde. A análise territorial implica em uma coleta sistemática de dados que vão informar sobre situações-problemas e necessidades em saúde de uma dada população de um território específico, indicando suas interrelações espaciais, possibilitando identificar vulnerabilidades, populações expostas e selecionar problemas prioritários para as intervenções. Visa, ainda, a demarcação das áreas de atuação da APS, onde é feito a adscrição dos usuários dos serviços de saúde, para assim, conhecer a população como um todo, e desenvolver suas ações por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), estratégia de APS do Ministério da Saúde. A análise social do território deve ser construída de forma a contribuir na identificação de informações, para a operacionalizar as tomadas de decisão e para a definição de estratégias de ação



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

nas “diferentes dimensões do processo de saúde doença”, em termos das necessidades sociais; nos grupos de risco; na situação de exposição; nos danos e óbitos; sequelas; e nas doenças e agravos. Desse modo, o processo de territorialização é parte indispensável para a organização dos serviços na ESF, pois por meio dela, é possível identificar os clientes que estarão sobre seus cuidados, além de realizar um planejamento que visa contínuo acompanhamento da população. Além disso, através da territorialização, é possível aos trabalhadores de saúde detectarem as mudanças ocorridas no território de abrangência das equipes de saúde da família, podendo desta forma otimizar os recursos direcionados às ações de saúde destas equipes. Entendendo que a territorialização é um processo contínuo de adequação às necessidades da população adscrita, o objetivo deste trabalho é descrever o processo de (re)territorialização que ocorreu na Coordenadoria Regional de Saúde II (CORES II), em Fortaleza-Ce.

Desenvolvimento do trabalho: Este trabalho trata-se de um relato de experiência do processo (re)territorialização das áreas de abrangências das 12 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), da Coordenadoria Regional de Saúde II (CORES II), em Fortaleza-CE, que ocorreu entre os meses de agosto e outubro de 2017, na perspectiva de construção de uma nova delimitação, para uma população estimada de 389.387 habitantes. Inicialmente foram realizadas reuniões entre a coordenação e as assessoras técnicas da referida coordenadoria regional de saúde, além dos gestores das unidades de saúde e profissionais da ESF, com o intuito de avaliar o território de cada UAPS e alinhar um passo a passo para reorganização das áreas de abrangência de cada equipe, de cada unidade, levando em consideração os fatores de acesso, vulnerabilidade social, aspectos geográficos, culturais e epidemiológicos. Também foram avaliados os fatores populacionais, como análise do número de pessoas cadastradas no sistema de prontuário eletrônico e vinculados às microáreas dos agentes comunitários de saúde (ACS) de cada equipe, de forma a ampliar a cobertura de acompanhamento, chegando a 750 pessoas por ACS, conforme a orientação da PNAB 2017. Posteriormente,



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

sugeriu-se a construção do mapa das áreas, contendo o território de cada equipe, microárea de cada ACS e áreas de influência. Para tanto, aconteceram oficinas com os membros de cada equipe, bem como entre equipes, para delimitação de sua área de abrangência, onde foram apontadas as sugestões de modificações de território. Em seguida, realizou-se reuniões entre as UAPS de toda a regional de saúde, para delimitação de seus limites. Após todo esse processo ocorrido internamente, fez-se necessário, ainda, um alinhamento de território com as unidades de saúde das demais regionais de saúde que fazem limite com a CORES 2, a saber: Coordenadorias Regionais de Saúde I, IV e VI, pois este é importante aspecto da abrangência de território, para dirimir as dúvidas dos usuários do Sistema Único de Saúde. A última etapa desse processo foi a análise dos seguintes materiais enviados pelas UAPS: mapa de abrangência, caderno de adscrição dividido por equipe e memorial técnico de todo o processo de territorialização. A avaliação técnica realizada pela equipe da CORES II foi de suma importância para o processo, pois através desta análise foi constatado se as equipes consideraram todos os aspectos pactuados nas reuniões. Naquelas em que os fatores estabelecidos não foram considerados, em sua plenitude, foi necessário que as UAPS realizassem novas oficinas com suas equipes, de modo a contemplar os aspectos necessários a uma delimitação criteriosa, onde a facilitação ao acesso dos usuários aos serviços de saúde, norteou todo o processo. Após a avaliação e aprovação, os mapas foram para o setor técnico de geoprocessamento, para confecção, e posterior oficialização dos novos territórios de abrangência.

Resultados: Das doze UAPS que iniciaram o processo de territorialização, dez já enviaram os mapas para o setor de geoprocessamento, ou seja, 84 % das UAPS já apresentam território adscrito atualizado. Uma UAPS (8%) depende da avaliação técnica da equipe da Secretaria Municipal de Saúde, pois seu processo de territorialização envolve uma redistribuição de microáreas entre duas outras CORES. A outra UAPS (8%) que ainda não encerrou o processo teve problemas



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

internos, com as novas microáreas de seus ACS, que insistem em não reconhecer a divisão proposta. A equipe técnica da CORES II já realizou duas outras oficinas nesta UAPS junto com sua gestora atual sensibilizando e informando a estes profissionais a importância desta territorialização para a atuação das equipes da ESF com maior êxito em suas ações de saúde.

Considerações finais: Com essa experiência, que permite o conhecimento do território e informações locais, percebe-se que a territorialização é, de fato, uma ferramenta indispensável para a análise da situação de saúde, devendo ser realizado, continuamente, uma vez que o território é considerado “vivo”, dinâmico e passível de mudanças sucessivas. Espera-se que essa reorganização do território das unidades da CORES II, contribua para o fortalecimento de vínculo entre a equipe de saúde e a população, e para o planejamento local pautado nas reais necessidades da comunidade.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; territorialização; vínculo



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

PROGRAMA MAIS MÉDICOS: ANÁLISE DA CONSTRUÇÃO DA AGENDA E DA IMPLEMENTAÇÃO NO PERÍODO 2013/2015

Heider Aurelio Pinto, Alcindo Antônio Ferla, Lisiane Possa, Renata Flores Trepte

Apresentação: O trabalho identifica os principais elementos que constituem o Programa Mais Médicos (PMM), implementado pelo Governo Federal em conjunto com os gestores estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 2013, e analisa seu grau de implementação nos anos de 2013 e 2014 e busca relacionar esse processo com a assunção do Programa na agenda macropolítica das principais alternativas político-eleitorais do país.

Objetivos:

- descrever os principais componentes do PMM analisado como política pública;
- analisar evidências de seu grau de implementação; e
- relacionar essa implementação com a entrada do programa na agenda macropolítica das principais forças político-eleitorais no país.

Desenvolvimento:

O trabalho foi desenvolvido a partir de pesquisa empírica em documentos e normativas oficiais e bancos de dados do Ministério da Saúde (MS) sobre o Programa e sobre a organização e funcionamento da atenção básica no SUS. Trata-se de pesquisa qualitativa e exploratória, sobre a implementação do Programa, considerado uma política de provimento de profissionais e de desenvolvimento da educação e do trabalho na atenção básica (AB). A partir da análise de conteúdo, buscou-se modelar a política desenvolvida considerando um quadro geral de sentidos das iniciativas produzidas. Foram analisados bancos de dados do MS e publicações relacionadas à implementação do Programa e sistematizados os resultados no recorte temporal escolhido. Foram buscadas evidências da percepção da população sobre o programa por meio de estudos de relatórios de pesquisas com esse cunho. Foi analisada a evolução da posição



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

política dos candidatos na eleição de 2014 acerca do Programa por meio de coleta e análise, ambas mediadas por softwares específicos, das expressões de posições dos candidatos na mídia, e a relação com a implementação do programa.

Resultados: O PMM, criado em julho de 2013 por medida provisória, é constituído por três eixos: o Provitamento Emergencial, cujo objetivo é prover médicos às equipes de saúde da família nos locais com maior necessidade; a Melhoria da Infraestrutura com o objetivo de realizar reformas e ampliações e construções de novas Unidades Básicas de Saúde (UBS); e Formação para o SUS com o objetivo não só de mudar a formação de médicos e especialistas na perspectiva das necessidades sociais e o do SUS, mas também garantir a formação do número adequado de médicos com metas de previstas até o ano de 2026.

Quando lançado, o programa contou com grande apoio dos gestores municipais, mas forte oposição de entidades da corporação médica. Objeto de intenso debate na mídia, em agosto de 2013, logo após a aprovação da medida provisória, o programa contava com aprovação de 49,7% da população, segundo pesquisa de opinião encomendada pela CNT. Em setembro, com o intenso debate público e depois da chegada dos primeiros médicos nos municípios essa aprovação chegou a 73,9% e em novembro a expressivos 83,4%.

A posição progressivamente favorável da população tanto às questões sociais que davam causa ao programa, quanto à proposta de ação do governo, expressa no Programa, facilitou em grande parte o contexto e processo político criando a “janela de oportunidade” que resultou na aprovação da Lei do Programa (12.871/2013) e em um processo acelerado de implementação.

Em julho de 2014 a síntese do panorama de implementação do Programa era a seguinte: 14.462 médicos atendendo 50 milhões de pessoas em 3.875 municípios; todos os 34 Distritos Sanitários Indígenas tinham médicos pela primeira vez; 13.088 UBS em obras e 7.520 concluídas; 2.822 novas vagas de residência médica e 4.041 de graduação em medicina já haviam sido autorizadas; e publicação das novas Diretrizes Curriculares para o curso de medicina.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Grande parte das ações tiveram grande visibilidade, seja pela característica e valor que a população confere à mesma, seja pelo número expressivo de pessoas atendidas ou que tiveram contato com a ação, seja pela comunicação da ação pelos meios de comunicação em campanhas de divulgação, notícias, matérias ou debates.

Pesquisa realizada com mais de 14 mil usuários do Programa pela UFMG em 2014 mostrou que 95% estavam satisfeitos ou muito satisfeitos com o Programa.

O PMM entrou na agenda da Presidência da República e do legislativo federal, em 2013 e isso é relevante, entre outros motivos, por haver uma pressuposição em diversas análises de políticas públicas de que a atenção dos decisores de políticas é limitada e que, como não podem se ocupar de todos os temas, para que ocorram mudanças e reformulações nas políticas, é importante que as temáticas estejam na agenda desses atores. De fato, estar na agenda da presidência da república, e não só do subsistema de políticas do setor saúde, possibilitou um processo rápido de institucionalização legal das regras do programa, bem como a mobilização de recursos para a implementação da política.

Com um programa aprovado em seus pressupostos e propostas pela população, com estágio acelerado de implementação e com avaliação positiva crescente, era esperado que as candidaturas da situação defendessem o programa, mas não o que faziam os demais candidatos de oposição: se não tratariam do tema e apresentariam outros como agenda para a saúde, ou se posicionariam contra o mesmo ou a favor e pela sua continuidade.

Um papel da mídia no processo eleitoral, de atrair a atenção do público em geral para algumas questões da “realidade”, é reconhecido pelos candidatos que tanto são pautados pelos meios de comunicação como pautam os mesmo com buscando demarcar o que consideram problemas e apresentar suas idéias e propostas de políticas com o objetivo de influenciar os atores, sua adesão, mobilização e voto.

Com isso, a análise do material empírico mostra que a mídia foi palco e arena do debate dos presidenciáveis sobre o PMM tendo todos se posicionado sobre o



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

mesmo. Como destaque da evolução das posições dos candidatos temos: a novidade de tratarmos do tema da AB e da regulação da formação e do trabalho médico no país; o reconhecimento das questões que deram causa ao programa; o compromisso com a manutenção do programa, embora alguns apontem ressalvas que buscam sinalizar uma aceitação de algumas críticas da corporação médica. De uma crítica à atuação dos médicos cubanos, passa-se a uma defesa da atuação e dos direitos dos mesmos.

Considerações finais: A análise mostrou que o PMM agregou apoio político suficiente para ter uma implementação relativamente rápida acompanhada de progressiva melhoria da opinião pública sobre o mesmo. Isso pautou os candidatos nas eleições de 2014. Mesmo a posição dos candidatos de oposição, na busca de dialogar com a percepção e expectativas da população, evoluiu de uma crítica e questionamento das medidas do Programa, para um reconhecimento da necessidade do mesmo, defesa de sua continuidade, com a incorporação de “mudanças” e “aperfeiçoamentos”, e valorização dos médicos cubanos e defesa de direitos iguais para os mesmos. A implementação do Programa, no período analisado, produziu evidências importantes do desenvolvimento do trabalho na atenção básica, com expansão relevante da cobertura assistencial, com redução de iniquidades de acesso em regiões e grupos populacionais e melhora de indicadores sócio-sanitários. O seguimento de análises da implementação dessa política é muito relevante para captar tendências e orientar a formulação de ajustes, considerando o período de fragilidades institucionais na manutenção da ordem democrática e de fortes tensões com políticas sociais e econômicas de caráter inclusivo e redistributivo, onde se situam os principais avanços produzidos pela política.

Palavras-chave: Atenção Primária; Escassez de médicos; Programa Mais Médicos; ordenação de recursos humanos



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

PROPAGANDA E MARKETING DE ÁLCOOL PARA ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS: DISCUTINDO ASPECTOS SOCIAIS E DE SAÚDE

Sérgio Valério Escobar Filho, Marina Gomes Martellet, Rosely Valéria Rodrigues, Carlos Henrique De Castro

Introdução: Porto Velho, a exemplo de outras capitais Brasileiras, reúne condições para o consumo de álcool, população universitária, fluxo de pessoas de vários lugares, a trabalho ou estudo, clima quente e um poder público com dificuldades de organizar a cidade. Com a presença de grandes universidades, oferecendo praticamente todo o tipo de curso, a capital de Rondônia é polo regional, estadual e nacional em termos de ensino superior. Dado este quadro, a procura por atividades de lazer por parte dos estudantes, como festas, formaturas, jogos, recepção de calouros, encontros de fim de semana, se soma a um novo momento de vida, a maioria jovens, deixando de morar com os pais e formando sua identidade pessoal. Nesse período de transição e de novas redes de relacionamento, o álcool é anunciado para a juventude por meio de colocação e recursos que mais os atraem, a fim que os estudantes se alinham com a cultura de consumo de álcool de suas universidades.

Desenvolvimento: Partindo desse pressuposto, esse trabalho visa entender a estratégia de vendas e comunicação de grupos distribuidores de grandes marcas de bebidas em Porto Velho para com o público jovem visando verificar a influência do marketing no consumo de álcool por esse segmento, mais especificamente descrevendo estratégias de venda e comunicação, avaliando se obedecem a critérios locais ou padrões nacionais, investigando se há foco em universitários para por fim elencar elementos de mercado, público e privado, criados tanto para promover como para reduzir o consumo. A pesquisa em questão se caracteriza por estudo descritivo observacional, o trabalho inicial se baseou em pesquisa e revisão bibliográfica em artigos científicos disponíveis em plataformas online e publicações



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

oficiais ou não. Como segunda etapa da investigação, foi realizada uma entrevista com três distribuidores importantes do mercado de bebidas da cidade de Porto Velho, buscando variar grupos de renda e localização. Foi realizado paralelamente um trabalho de campo, com acompanhamento de eventos sociais de conscientização da sociedade e órgãos governamentais na cidade de Porto Velho, com vista a observar quais suas abordagens quanto a políticas de redução de danos das bebidas.

Resultados: Surpreendentemente, se verificou pela pesquisa uma estratégia de vendas pouco ou nada organizada para atender o público universitário em particular. De maneira semelhante a vários setores da economia da cidade, falta organização profissional para atender e estimular a demanda por este grupo. Dos três locais observados, dois não desenvolvem nenhuma estratégia específica para este grupo, apenas um estabelecimento, com público de maior renda possui uma política específica, que afirmam estar sendo colocada em prática a pouco tempo e limitada, baseado em página no Facebook, aluguel de espaço e choppeiras. O uso indiscriminado de álcool é bem conhecido, o uso de bebidas é tolerado ou mesmo estimulado pela sociedade, assim, de acordo com como a demanda for preenchida pela oferta, pode se levar a alta no consumo e a diversificação por parte dos consumidores. Todos os estabelecimentos afirmam que o público universitário é um nicho importante de suas vendas, o principal argumento dado para não ter práticas específicas foi nunca ter avaliado o assunto. Do outro lado da moeda, dos consumidores universitários, se encontra um cenário onde a organização de festas busca bebidas em estabelecimentos generalistas, como redes de atacado na cidade ou consumo não fidelizado em bares e distribuidoras.

O quadro sugere a possibilidade de que o mercado local ainda esteja sub atendido e que o consumo possa ter uma alta acompanhando a maior organização no setor, em processo repetido em seguimentos como de shoppings, imóveis e redes varejistas. Há espaço para a entrada de grupos com políticas mais agressivas para eventos, comunicação e descontos. Órgãos governamentais devem se preparar



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

para a transição, de mercado desorganizado para um mercado de bebidas altamente competitivo conforme a saturação das vendas tradicionais no centro-sul do país. Porto Velho segue como uma terra de oportunidade econômica. Cabe definir regras para o consumo de álcool em locais públicos e o gerenciamento de eventos, melhorando as experiências de lazer da população e preservando a qualidade de vida.

Por parte do poder público, se verificam bem vindas estratégias para enfrentar a problemática, a exemplo da Superintendência de estado de políticas sobre drogas, a SEPOAD, para prevenção de abuso no consumo e oferece alternativas sociais, com palestras, congressos, como a semana de enfrentamento de álcool e drogas de Rondônia, incluindo Atividades como o "Projeto Acordar", oferecendo lazer em periferias, e projetos de resgate, "Projeto Acolher", para pessoas em situação de vulnerabilidade social associada ao uso abusivo e dependência de drogas, e o "Projeto Acreditar", estimulando voluntários a compartilhar experiências. Outra atuação governamental é pelo o Detran, com o "Maio Amarelo", para combate, prevenção e conscientização, incluindo blitz e panfletos informativos.

De forma semelhante, também o setor privado contribui no enfrentamento, a exemplo da participação de associações beneficentes, como a "Casa Família Rosetta", atuando como abrigo de reabilitação na cidade. Entidades não governamentais representam alternativas em atendimento a comunidade, por exemplo através empresas e igrejas, em diferentes locais, com diversos públicos, e multiplicando recursos, tanto por voluntariado quanto por doações e orçamento não limitado apenas pelo critério político.

Enfrentar a problemática do álcool nas questões públicas, desde segurança urbana, violência familiar, agravos de saúde, incluindo drogadição, ordem urbana, no trânsito, perdas financeiras e de produtividade dos cidadãos. Assim, também as universidades precisam tomar parte ativa no problema haja em vista que elas são um elemento que o desencadeia e em um cenário onde jovens entram em contato com a bebida muito cedo, antes de estarem amadurecidos para o consumo. Cabe



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

estimular eventos supervisionados e tentar coibir exageros, hoje a participação das instituições é incipiente ou nula, favorecendo um ambiente de uso abusivo. Abordar álcool e drogas na grade curricular, apesar de relevância, da proximidade com o público e a tentativa em ampliar a interdisciplinaridade no ensino, se vê dificuldade em conciliar conteúdos com a vida diária, mesmo na área da saúde.

Se verifica que a percepção do corpo de alunos quanto ao grau de envolvimento da instituição é baixo. Ao mesmo tempo, há intensa associação de atividades de lazer focando este grupo, onde a bebida é associada a algum aspecto do evento, como o curso ou a data a ser celebrada, se munindo de estratégias verbais, de imagens, preços promocionais e distribuição de bebidas, o open bar, que ainda pode ser associado ao "ladies first" com entrada inicial apenas de mulheres. Dada a duração dos cursos e a frequência de eventos, representam a massificação da associação entre festas, bebida e universidade.

Considerações finais: A partir de maior envolvimento interinstitucional que se espera avanços em se enfrentar agravos do álcool, sendo importante garantir que as informações sobre o tema cheguem de forma atrativa para os cidadãos, ampliando atores sociais para prevenir e mitigar os impactos do consumo abusivo, ainda que em um ambiente econômico muito ruim vivido pelo país, dificultando a captação de recursos. Ampliar quantitativamente as intervenções é fundamental em se tratando de assistência à saúde da população. Assim, observar a evolução dos padrões de venda e consumo do setor abre possibilidade ao poder estatal de adaptar suas políticas sanitárias a eventuais novas realidades do mercado.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

QUALIDADE EM SAÚDE: A IMPORTÂNCIA DO GERENCIAMENTO DE RISCOS PARA UMA ASSISTÊNCIA SEGURA NOS SERVIÇOS DE NEFROLOGIA.

Gilvandro Ubiracy Valente, Antonia Regiane Pereira Duarte

Segurança é uma dimensão da qualidade, dessa forma é necessário que os profissionais de saúde se empenhem em minimizar os danos na assistência prestada, alinhada à políticas de segurança já existente e instituída nacionalmente. Dessa forma, a presente pesquisa visa demonstrar a importância do gerenciamento dos riscos assistenciais para a melhoria da qualidade da assistência prestada aos pacientes hemodialíticos. Um dos serviços em saúde que necessita de uma assistência prestada com qualidade são os serviços de terapia renal substitutiva, a rotina das atividades que são executadas demonstram que nem sempre a assistência ocorre com qualidade e de maneira segura, ou seja, não se garante que todo o processo esteja isento de falhas, ou por conta da gravidade das situações, ou por realizar procedimentos sem que as condições necessárias de infraestrutura e de treinamento sejam adequadas, colocando em risco o sucesso do atendimento, e conseqüentemente, a vida do paciente. Diante deste cenário surge o questionamento: Como se encontra a qualidade da assistência prestada ao paciente hemodialítico nos serviços de nefrologia?. Assim, o presente estudo apresenta como objetivo avaliar a qualidade da assistência prestada ao paciente hemodialítico nos serviços de nefrologia do município de Santarém – Pará, através da verificação de políticas de gerenciamento de riscos desenvolvidos nas unidades estudadas. O delineamento para o desenvolvimento deste estudo foi o da pesquisa descritiva, exploratória, de natureza aplicada, com enfoque quantitativo. Para a realização do estudo teve-se como amostra as duas unidades de nefrologia do município de Santarém no Estado do Pará, as quais serão aqui identificadas como SN1 a qual é gerida por uma Organização Social sob contratualização do estado, e SN2 que possui gerenciamento compartilhado entre governo municipal e estadual, ambas



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

atendendo exclusivamente usuários do Sistema único de Saúde (SUS). Para a coletas dos dados fez-se necessário que os gerentes e colaboradores fossem inqueridos, bem como se constituíssem análise de prontuários. Para alcançar o objetivo da pesquisa utilizou-se um instrumento contendo 20 (vinte) requisitos de boas práticas para o funcionamento do serviço de hemodiálise, preconizado pela Agência Nacional de Vigilância em Saúde (ANVISA) e Organização Nacional de Acreditação (ONA). Destes, 05 (cinco) itens foram direcionadas a avaliação de condições organizacionais e de infraestrutura, e 15 (quinze) avaliaram a assistência prestada aos usuários. A avaliação do processo da assistência nas referidas instituições aconteceu sob visitas intermitentes, acompanhadas sempre pelo gerente do setor, totalizando 05 abordagens em cada instituição, as quais aconteceram em dias e horários alternados com o objetivo de avaliar a assistência prestada por profissionais de turnos diferentes. O diagnóstico das condições organizacionais e de infraestrutura foi realizado através de observação direta por parte do pesquisador, entrevista com os gerentes dos setores de forma direcionada aos itens relacionados para esta avaliação, bem como através de comprovação documental. Para a avaliação da assistência prestada foi observado, se existia programas de educação permanente aos colaboradores, protocolos que direcionassem o atendimento e/ou instruções de trabalho, se as instituições possuíam sistemas de indicadores que direcionassem tomadas de decisões e a existência de programa de controle de prevenção de infecção e de eventos adversos. Para melhor diagnóstico da assistência aos usuários foi avaliado 10% dos prontuários dos pacientes de cada instituição em estudo. A eleição dos prontuários deu-se de forma randomizada, através de seleção aleatória, onde foi analisado registros multiprofissionais claros que assegurassem a continuidade do tratamento, periodicidade de exames realizados, periodicidade de consultas ambulatoriais especializadas. Os resultados revelam diferenças das condições de infraestrutura e questões organizacionais entre os dois serviços. Observa-se que o SN1 apresenta conformidade em 100% dos elementos avaliados. Em contrapartida, no SN2



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

verificou-se que a última licença de funcionamento datava de novembro de 2009 a qual teve seu vencimento no mesmo mês do ano seguinte; estando, portanto, há mais de quatro anos com funcionamento irregular. Vale ressaltar que tal serviço possui gestão compartilhada entre município e estado, dos quais são a responsabilidade de fiscalizar e expedir licença conforme as leis vigentes. Observa-se ainda que 40% dos elementos encontram-se parcialmente em conformidade, em relação a estes, verificou-se que o serviço dispunha de normas e rotinas técnicas, porém, as mesmas encontravam-se desatualizadas, e que nem todos os colaboradores tinham conhecimento de sua existência. Averiguou-se ainda que pela falta de máquinas de hemodiálise suficiente para a demanda, tal serviço realiza rotineiramente manutenção preventiva somente em algumas máquinas, acarretando com isso maior número de ações corretivas e paralisação destas, o que os obriga por vezes a redução do tempo de tratamento de 4 para 3 horas de hemodiálise em alguns pacientes. Em relação a qualidade da assistência relacionada a materiais e equipamentos as instituições estudadas ainda não se adequaram a nova RDC nº 11/2014 que, em sua seção V, Art. 26 veda o reuso de linhas arteriais e venosas utilizadas em todos os procedimentos hemodialíticos. Já relacionado a qualidade da assistência relacionada com o monitoramento clínico do paciente, observa-se um processo falho de monitorização dos pacientes nas duas instituições estudadas, porém no SN2 essa falha se torna mais inquietante, neste serviço, os pacientes só realizam consulta ambulatorial com nefrologista, diante de alguma intercorrência clínica. Constatou-se ainda que os usuários deste serviço realizam de forma parcial os exames complementares mensal, trimestral e anual, exames estes preconizados pela RDC nº 11/2014. Para que se gerencie os riscos à prática do tratamento em hemodiálise, o SN1 mostrou-se comprometido com essa política, porém, apesar do serviço realizar gerenciamento de riscos inerentes a assistência prestada, constatou-se que os usuários não estão envolvidos nesse processo, pois, ao serem questionados sobre o assunto demonstraram não conhecer tal rotina; necessitando assim, que se faça melhor esclarecimento a estes



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

quanto aos riscos que os mesmos estão expostos. Tal medida se faz necessária, pois a conscientização dos pacientes auxilia em uma melhor eficácia do processo. Verifica-se, porém, que o SN2 ainda não aderiu totalmente a essa política, constata-se que a identificação dos pacientes se dá de forma inadequada, ou seja, rotineiramente o paciente inicia o tratamento ainda com a poltrona/leito identificada com o nome do usuário de outro turno, deixando-os assim expostos a possíveis “erros assistenciais” como troca de medicamentos, alimentação inadequada, procedimentos invasivos desnecessários como coleta de exames, procedimentos cirúrgicos, entre outros. Diante do exposto conclui-se que entre as instituições avaliadas foi possível verificar que o SN1 cujo gerenciamento se dá por uma ação social em saúde, sob contratualização do governo estadual, procura prestar assistência em concordância com as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Em contrapartida, o SN2, o qual possui gestão compartilhada entre governo municipal e estadual, constatou-se a não efetividade em programas de gerenciamento de riscos assistenciais e pouco empenho em promover políticas para seguridade a assistência. Diante desse contexto, verifica-se que, apesar de ambos os serviços atenderem usuários do SUS, e serem mantidos por fundos do ministério da saúde, há uma grande diferença entre as políticas assistenciais adotadas por estas instituições.

Palavras-chave: Gestão em saúde. Segurança. Diálise renal.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A BIOSSEGURANÇA NO SETOR DE QUIMIOTERAPIA: UM DESAFIO PARA A PROTEÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Taina da Silva Lobato, Adriele Pantoja Cunha, irineia de oliveira bacelar Simplício, Tayana de Sousa Neves, Lidiane da Silva Evaristo

Apresentação: A quimioterapia é um setor que visa tratar pacientes com câncer e para isso emprega-se o uso de medicações antineoplásicas de maneira contínua ou intervalar. O trabalho realizado neste setor expõe a equipe de Enfermagem a diversos riscos dentre eles: Risco químico, físico, mecânico, biológico e os ergonômicos, advindos de diversas causas, dentre essas destacam-se: A inadequada manipulação do paciente, preparação e administração de substâncias quimioterápicas, exposição prolongada as partículas dos agentes químicos os quais propiciam que os indivíduos sejam suscetíveis a diversos problemas que podem surgir de forma imediata como: Vertigens, cefaleia, tonturas, vômitos, náuseas, irritação da garganta e olhos, alterações de mucosa e até mesmo reações alérgicas, ou de maneira tardia como: Alterações genéticas e no ciclo menstrual, ocorrência de aborto, malformações congênitas, infertilidade, perda de cabelo, genotoxicidade e até o aparecimento de tumores que vão depender do grau e do tempo que o trabalhador está exposto a esse risco. Desta forma demanda da equipe de enfermagem cuidados redobrados, pois os mesmos além de realizarem atividades para que haja recuperação do paciente, necessitam estar atentos a sua própria saúde, por isso é imprescindível a biossegurança que consiste no conjunto de procedimentos destinado a prevenir, controlar, minimizar ou extinguir riscos existentes nos processos de trabalho que coloquem em risco a saúde e a vida humana do trabalhador. Sendo assim, é de extrema necessidade que haja capacitação inicial e continuada do profissional da saúde, utilização de equipamentos de proteção individual (EPI's) em perfeitas condições, preparo e



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

manuseio adequado das substâncias e a manipulação apropriada do paciente, assim consequentemente contribuindo para o controle e redução dos riscos de acidentes a esse trabalhador. Baseado na relevância do tema, o presente estudo tem como objetivo descrever as medidas de biossegurança utilizadas pela equipe de Enfermagem no setor de quimioterapia em um hospital público de referência do Oeste do Pará. Desenvolvimento do trabalho: Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, com abordagem qualitativa, desenvolvido por discente e docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará-Campus XII, realizado no dia 01/09/2017 no setor de quimioterapia de um hospital público de referência, localizado na cidade de Santarém/PA. Para obtenção das informações utilizou-se da observação sistemática e dirigida, bem como o uso da Norma Regulamentadora (NR 32). Resultados e /ou impactos: A visita possibilitou uma interação ensino e serviço, conhecimento do dimensionamento de pessoal e riscos presentes no ambiente laboral, bem como a aplicação da NR 32, que constitui-se de informações acerca de procedimentos obrigatórios referentes à medicina e segurança no trabalho. Contudo, por tratar-se de um ambiente permeado de insalubridade, o hospital disponibiliza para colaboradores os EPI's.(máscara de carvão ativado com filtro, protetores auriculares, touca, óculos com proteção lateral, luvas e capotes impermeáveis), sendo obrigatório utilizar durante os procedimentos, os profissionais fazem exames de rotina e acompanhamento com a médica do trabalho semestralmente, é vedado uso de maquiagem e esmalte durante o período que está trabalhando, devido estes conterem chumbo em sua fórmula o que ocasiona o aumento da intensificação dos efeitos da ação dos antineoplásicos contribuindo assim, para ocorrência de problemas cutâneos, é distribuído para o setor manuais de procedimentos e administração segura desses agentes químicos, somente a enfermeira pode manipular medicações quimioterápicas que são divididas em medicações irritantes que quando extravasadas causam reações cutâneas menos intensas como dor e queimação sem necrose tecidual ou formação de vesículas, no entanto mesmo sem



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

o seu extravasamento podem ocasionar dor e reação inflamatória no local da punção e ao longo da veia utilizada para aplicação, já as medicações vesicantes provocam irritação severa com formação de vesículas e destruição tecidual quando extravasados no local da sua administração. Além disso, descartam-se os EPI's nos resíduos químicos quando há casos de extravasamento ou derramamento de medicações antineoplásicas e solicitam outros através da supervisora do SESMT que fiscaliza o uso e verifica as condições destes EPI's. Deste modo, percebeu-se que os profissionais do setor da quimioterapia conhecem os principais riscos a que estão expostos sejam, químicos como o contato direto das drogas utilizadas na pele ou mucosa e inalação de partículas aerossolizadas, biológicos como acidentes com perfuro cortantes, riscos físicos como exposição aos ruídos dos exaustores e ergonômicos por meio da repetição de atividades. Em suma todos estes riscos podem ocasionar ao profissional, agravos à saúde com surgimento imediato ou tardio que podem variar de leve a grave. Muito embora existam todos estes riscos, observou-se que os profissionais utilizam algumas medidas preventivas como o uso de equipamentos de proteção individual (EPI's) inclusive protetor auricular, cuidados acerca da administração de medicações e exercícios de alongamentos para alívio e relaxamento corporal. Considerações Finais: Este trabalho foi de grande contribuição acerca dos conhecimentos sobre os principais riscos e suas formas de prevenção no setor de quimioterapia. No entanto, apesar de estes profissionais terem conhecimento sobre os riscos a que estão expostos, ainda existem grandes desafios para a proteção e segurança desses trabalhadores como: O cansaço, desequilíbrio emocional, pouca adesão ao uso de EPI, falta de compromisso de alguns colaboradores, negligência em seguir as normas preconizadas pelo setor, inexperiência e dupla jornada de trabalho, técnica incorreta de preparação e administração de medicações e falta de cuidado com a postura durante a prática de atividades de rotina, contribuindo dessa maneira para um elevado índice de acidentes de trabalho. Por isso, há necessidade de conscientização dos profissionais da equipe de Enfermagem, conhecimento sobre as medicações mais



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

utilizadas no setor, assim como o a ordem de infusão, o método, a via de administração e as reações adversas que podem causar no paciente e no profissional por meio da exposição e manipulação inadequada, aumento da vigilância acerca do protocolo que é disponibilizado contendo as normas a serem seguidas e constante capacitação destes profissionais acerca das medidas de proteção neste setor, com intuito de proporcionar qualidade na assistência prestada aos pacientes, mas também segurança do profissional no trabalho.

Palavras-chave: biossegurança, riscos ocupacionais, enfermagem.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

REPERCUSSÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA: PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES

Suzane Krug, Leni Dias Weigelt, Maristela Soares de Rezende, Ronise Ferreira Dotto, Guilherme Mocelin, Kiara Leão Lopes de Almeida, Maitê Souza Magdalena, Dara Luiza Zambiasi

Apresentação: O Ministério da Saúde (MS), em 2011, lançou a Portaria 1.654 do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Este surgiu com o intuito de provocar mudanças na qualidade e no acesso aos serviços e ações da Atenção Básica, garantindo universalização, equidade e integralidade propostas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O Programa está organizado em quatro fases dinâmicas e interligadas a fim de sistematizar e facilitar a adesão pelos trabalhadores da área da saúde. Estas fases são: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização. Na primeira fase, adesão e contratualização, são pactuados compromissos e indicadores entre as equipes de Atenção Básica, gestores municipais e o MS. Na fase de desenvolvimento, as ações de melhoria são postas em prática e a equipe de Atenção Básica realiza sua auto avaliação, que será pontuado na certificação e qualificação das unidades. A avaliação externa identifica as ações, as estruturas físicas e organizacionais, e as condições de acesso e de qualidade por meio de instrumentos padronizados. Dessa forma, gera uma certificação da equipe, levando em conta a visão do avaliador, do usuário e dos profissionais da unidade. Tal certificação aponta o incentivo financeiro a ser repassado às equipes envolvidas nesse processo. Na última fase, a recontratualização, são incrementados novos padrões e indicadores de qualidade, caracterizando o programa como um ciclo dinâmico. Neste estudo, objetivou-se identificar a percepção dos trabalhadores da saúde frente à implementação do PMAQ-AB e a sua repercussão na organização do trabalho e na qualidade da



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Atenção Básica. Método do estudo: Pesquisa exploratória e descritiva com uma abordagem qualitativa, desenvolvida em 11 municípios da 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul, Brasil. Trata-se de um recorte da pesquisa intitulada "Aplicação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): olhar avaliativo dos profissionais de saúde", realizada pelo Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS) da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Os critérios de inclusão dos sujeitos foram: ser trabalhador da saúde com envolvimento na Atenção Básica, incluindo gestores e demais profissionais de saúde, que participaram de alguma fase do PMAQ-AB, aceitando sua inclusão na pesquisa. A coleta de dados ocorreu no período de abril de 2016 a abril de 2017, através de contato prévio para agendamento das entrevistas com os trabalhadores da saúde selecionados. As entrevistas foram semiestruturadas, seguindo um roteiro norteador anteriormente elaborado. Estas foram gravadas e transcritas na íntegra após autorização dos sujeitos. O presente estudo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISC sob o protocolo nº 1.171.974/15, respeitou os critérios estabelecidos pela Resolução 466/12 que regulamenta pesquisas com seres humanos. A análise dos dados seguiu o método de Análise de Conteúdo de Bardin (2010), na qual se destacaram quatro categorias temáticas: Melhorias na atenção à saúde; Mudanças na organização do trabalho; Adaptações na estrutura física e aquisição de materiais; Enfrentamentos na implementação do PMAQ-AB. Resultados: Participaram do estudo 107 sujeitos, sendo 32 enfermeiros, 20 técnicos em enfermagem, 15 dentistas, 14 médicos, 11 gestores, quatro educadores físicos, três psicólogos, três nutricionistas, dois assistentes sociais, um fonoaudiólogo, um fisioterapeuta e um farmacêutico. As idades variaram de 23 a 68 anos. Quanto ao sexo, prevaleceram as mulheres, com um total de 85. A maioria dos entrevistados possuía ensino superior completo com vínculo de trabalho por meio de concurso público e cumpriam jornada de trabalho de 40 horas semanais. O tempo de trabalho preponderou de menos de um ano a 3 anos. Na análise dos dados, no que diz respeito à temática melhorias na atenção à saúde dos usuários, foi destacada a



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

exclusão das fichas com implementação do acolhimento e do atendimento à demanda espontânea, ampliando o número de atendimentos aos usuários. Foi enfatizado também que o PMAQ-AB instigou a criação de grupos de educação em saúde para populações específicas, como hipertensos e diabéticos, propiciando socialização, integração, apoio psíquico e trocas de experiências e de saberes. Referente às mudanças na organização do trabalho, foi mencionado o aumento no número de documentos a serem preenchidos, garantindo maior controle dos dados dos usuários, assim como, a inserção do prontuário familiar. Estes registros são geradores de informações que orientam as ações em saúde, e servem como indicador de qualidade da assistência prestada. As melhorias na infraestrutura foram citadas, como possíveis, diante dos resultados da certificação após a fase de avaliação externa e disponibilização dos incentivos financeiros. Os destaques apontados foram as reformas, a organização e a criação de salas, bem como as adequações que permitiram a acessibilidade às pessoas com deficiência física. Foi citado, ainda, a compra de equipamentos de uso coletivo no atendimento aos usuários, como foco de luz, otoscópio e oftalmoscópio. Estas adequações geraram impacto na qualidade dos serviços de saúde prestados aos usuários, indo ao encontro das normativas instituídas pelo SUS, que visa a acessibilidade, equidade e qualidade no sistema. No entanto, foram encontrados alguns enfrentamentos para a adesão ao programa, uma vez que os profissionais relataram inúmeras exigências sugeridas pelo PMAQ-AB. Estas demandas necessitaram adequações às realidades das equipes, culminando em diversos impasses, como mudanças nas rotinas e desacordos entre os membros integrantes dessas equipes, fragilizando a assistência e interferindo na implementação e nos resultados do programa. Alguns trabalhadores relataram desconhecer o programa e, conseqüentemente, seus benefícios, comprometendo o desenvolvimento das ações e a qualidade da assistência prestada à sociedade. Considerações finais: A percepção dos trabalhadores da saúde em relação à implementação do PMAQ-AB e sua repercussão na organização do trabalho e na qualidade da Atenção Básica é



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

bastante diversa, ficando evidentes lacunas no processo de comunicação e informação. O impacto positivo foi identificado nas falas dos trabalhadores quando mencionaram as transformações ocorridas no processo de trabalho e nas ações ofertadas, assim como no atendimento à demanda espontânea e no acolhimento aos usuários. Portanto, corrobora com os objetivos do programa, que visa congregar e capacitar os profissionais para melhorias nas ações do SUS. No entanto, o desconhecimento, no que se refere aos objetivos e à metodologia do programa, prejudica a análise e a reflexão crítica dos trabalhadores quanto aos resultados. Movimentos de avaliação significativos poderiam nortear o desenvolvimento de ações qualificadas. Destaca-se a importância da identificação do programa pelos trabalhadores da saúde como uma ferramenta estratégica para a gestão e organização efetiva do processo de trabalho nos serviços públicos de saúde.

Palavras-chave: Qualidade da Assistência à Saúde; Atenção Primária em Saúde; Avaliação em Saúde



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

RESISTÊNCIA E INVENÇÃO: GESTÃO VIVA EM ATO DO CUIDADO E CONSTRUÇÃO DE CIDADANIA DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIAS E VULNERABILIDADES

Márcio Mariath Belloc, Károl Veiga Cabral, Christina de Salles Junchem

O presente trabalho objetiva refletir e discutir a experiência de gestão do Projeto Redes, vinculado à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no território de Porto Alegre, no ano de 2017. Em edição anterior, tal Projeto havia atuado na capital gaúcha na articulação das redes intersetoriais, com relação ao cuidado das pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas. Na edição da qual trata este trabalho, manteve-se o recorte anterior, mas agora com a especificidade das mulheres vítimas de violências e vulnerabilidades. Outra mudança importante foi a ampliação da forma de atuação, pois além da articulação das redes intersetoriais de cuidado e proteção a essas mulheres, também as acompanhamos em seus itinerários de atenção e construção de cidadania. Além da mudança no recorte de atuação, os desafios de construção, pactuação e execução do projeto deviam levar em conta outras importantes variáveis, diretamente relacionadas ao contexto de retrocesso nas políticas públicas no país, no estado e no município em questão.

Como exemplos deste contexto, poderíamos brevemente apontar, no nível nacional, a arquitetura do golpe parlamentar e judiciário de 2016, que rapidamente aprova a ementa constitucional que congela o que já era um subfinanciamento na área da saúde e da educação; que aprova uma reforma trabalhista que nos aproxima do Brasil anterior ao Estado Novo; que desinveste em vários projetos estratégicos na área da saúde como o programa Mais Médicos, e direciona investimentos para a saúde suplementar, aproximando a política atual a anterior à criação do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, ou seja, pré Sistema Único de Saúde; entre outros vários desinvestimentos e retrocessos. No nível estadual, que antes do golpe já desinvestia em todas as políticas sociais,



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

subfinanciando a saúde, a educação e a assistência; que extingue pastas, financiamentos e ações de direitos humanos e de política para as mulheres; que no campo da saúde mental investe no fortalecimento do parque manicomial (hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas); entre outros vários desinvestimentos e retrocessos que são potencializados no embalo do golpe de 2016. E no nível municipal, que como exemplo podemos citar: uma gestão que já assume precarizando ainda mais a assistência social, com vários serviços que perdem o mínimo de trabalhadores necessários; com discursos e ações contraditórias entre gestores das áreas sociais, que vão desde o higienismo à lógica da promoção; com a verticalização da gestão e extinção de espaços de cogestão e participação cidadã. Outro desafio importante era construir o Projeto e estabelecer as ações a partir de um contexto de baixa institucionalidade, não havendo sede da Fiocruz em Porto Alegre, e sendo o próprio Redes uma criação da gestão federal anterior, a partir da Secretaria Nacional sobre Drogas do Ministério da Justiça, que, na época, convenia a Fiocruz para a execução do mesmo. Um Projeto que, baseado no cuidado em liberdade, na redução de danos e na construção participativa e transversal da cidadania, estava claramente na contramão das políticas que se começavam a implementar em todas as pastas.

Não obstante, em meio a essa produção de profundos retrocessos, nossa alternativa foi a de tomar a baixa institucionalidade como fortaleza e criar uma forma de gestão viva em ato fundamentada na resistência e invenção. Resistência pelo contexto extremamente adverso à constituição de um trabalho fundamentado em princípios e diretrizes que estavam sendo ignoradas e atacadas, justamente na invenção de caminhos possíveis, construídos coletivamente entre a equipe local do Projeto, o movimento social organizado, os trabalhadores das redes intersetoriais, as mulheres vítimas de violências e vulnerabilidades, e mesmo alguns gestores que ainda defendiam o cuidado em liberdade, a redução de danos e a participação cidadã.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

A equipe local do Projeto Redes era composta por um coordenador de território, três supervisorxs e cinco articuladorxs sociais que, trabalhando nessas condições, desenvolveram coletivamente estratégias de ação. Estratégias tais que abrangeram desde a composição dos territórios de atuação, até as singulares abordagens para cada território, de acordo com suas necessidades e potencialidades específicas, bem como as possibilidades de construção das ações por parte de cada membro dessa equipe. Estratégias também sob a égide da resistência e invenção. Resistência na produção e articulação de coletividade entre atores da saúde, da assistência social, dos direitos humanos, do legislativo e do judiciário – entendendo como atores todos os envolvidos: ativistas sociais, usuários, trabalhadores e gestores. Invenção desde a criação de cada forma de abordagem, de acordo com cada território, até a própria forma de organização da equipe do Projeto, produzindo e reinventando lugares e formas de atuação de acordo com as situações enfrentadas, por exemplo: experiências de cogestão no estabelecimento de territórios geográficos e temáticos de atuação; de supervisão em ato de cuidado e de articulação; até mesmo de uma espécie de apoio matricial dialético, que se estabelecia tanto da coordenação e supervisão em relação aos territórios de atuação, quanto das próprias usuárias e trabalhadores dos territórios em relação às ações desenvolvidas, bem como do trabalho vivo em ato em relação à coordenação do Projeto.

Como uma forma de organização e de planejamento estratégico, a gestão desse processo singular se constituiu a partir de cinco dimensões: pactuação inicial, construção de possibilidades, apoio matricial, manutenção do espaço e continuidade das ações em território como fim do Projeto. Dimensões essas pensadas de forma dialética e dinâmica, ou seja, como um movimento em espiral que pode e deve visitar e reconduzir dimensões. Dimensões que precisaram produzir dobras sobre si e sobre a experiência, fazendo aparecer o lugar da singularidade, da pluralidade. Uma gestão viva em ato como exercício de criação das possibilidades de atuação dos articuladores sociais e, principalmente, de produção de vida e cidadania para as



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

mulheres acompanhadas, bem como de trabalho vivo para os profissionais e ativistas de todas as redes acessadas, formais e informais. Um trabalho de produção de condições de trabalho, operando na dobra dessa característica de baixa institucionalidade. Gestão como criação de condições, a partir das dimensões expostas acima, mas que também, pelo mesmo motivo, pôde se colocar como alteridade para as redes intersetoriais, formais e informais, do município. Foram meses intensos, de muito trabalho, de muito aprendizado ao participar de histórias marcadas pela exclusão, violências estatais e pessoais, vulnerabilidades etc., mas também de muita produção de vida, de coletividade e parcerias, de construção de outros futuros possíveis.

Palavras-chave: Gestão; gênero; território; cuidado; cidadania;



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

REVISÃO SISTEMÁTICA DO SUICÍDIO NA POPULAÇÃO LGBT: RESULTADOS PARCIAIS (E PROMISSORES!) DE UMA REVISÃO DA REVISÃO.

Allan Gomes de Lorena, Carolina da Silva Buno, Mariana Cabral Schweitzer

O Observatório Nacional da Saúde LGBT da Universidade de Brasília (UnB) em parceria com o Departamento de Apoio a Gestão Estratégica da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (DAGEP/SGEP/MS) deu início no ano de 2016 as atividades do 1º encontro presencial do Curso de Formação de Multiplicadores/Formadores da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) com o objetivo de qualificar formadores e multiplicadores para as ações de educação permanente e formação da política LGBT.

Foram selecionados cinquenta candidatos/as entre conselheiros de saúde, lideranças e ativistas LGBT, gestores e trabalhadores do SUS, professores, estudantes e pesquisadores de todo país para participar desta proposta através de edital público, divulgado no site do Observatório de Saúde LGBT da UnB.

Por se tratar de um projeto de “larga escala” em todo o território nacional, o curso de formadores ocorreu na modalidade semipresencial com dois encontros na UnB (setembro e dezembro) e exigiu, ainda, um trabalho de conclusão de curso sobre saúde LGBT em formato de projetos de intervenção tendo em vista a realidade de cada participante nos territórios, regiões de saúde, município ou Estado que estão inseridos no cotidiano.

Sendo assim, no 2º encontro presencial do curso foi apresentado o projeto de intervenção “epidemiologia da violência e suicídio LGBT: introdução, objetivo, método” com a finalidade de identificar causas e perfis das vítimas, bem como, analisar a mortalidade entre os anos de 2015 a 2016 e mapear serviços de saúde no município de São Paulo que atendem e registram casos de violência interpessoal/autoprovoada na população LGBT, resultando em um capítulo de livro



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

a ser publicado pelo Observatório LGBT no sentido de disponibilizar o trabalho de conclusão do curso para usuários, trabalhadores e gestores implicados com a temática do suicídio, das redes de atenção e da gestão do cuidado.

Então, para dar continuidade a questões relativas da implementação da Política Nacional de Saúde LGBT está sendo conduzida uma revisão de revisões sistemáticas com o objetivo de analisar a produção do conhecimento sobre suicídio LGBT.

A revisão sistemática da literatura é uma metodologia de pesquisa qualitativa (podendo ser quantitativo ou quali-quantitativo) que possibilita fornecer um diálogo sobre as práticas de saúde baseadas em evidências através da identificação, triagem e elegibilidade de estudos primários para apoiar a tomada de decisões sobre determinada situação de saúde com informação técnica e científica de qualidade.

Os passos para desenvolver uma revisão sistemática são: definição da pergunta norteadora, definição dos descritores e das bases de dados, coleta e análise dos dados (através do Instrumento de Avaliação Qualitativa e Revisão Crítica e Ferramenta de Extração de Dados do Instituto Joanna Briggs).

A elaboração da pergunta norteadora foi feita com base na estratégia PICO do Instituto Joanna Briggs, assim, para os profissionais de saúde e gestores, quais são as causas e perfis das vítimas de suicídio na população LGBT nos serviços de saúde?, sendo, P – profissionais de saúde e gestores, I – as causas e perfis das vítimas de suicídio na população LGBT, Co – serviços de saúde.

A partir da pergunta norteadora foi feita uma primeira aproximação com os Descritores de Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e do Medical Subject Headings (MeSH) do National Center for Biotechnology Information (NCBI) nas bases de dados Pubmed (n=76), Lilacs (n=2), Web of Science (n=14), Science Direct (n=5), Scopus (n=189), CINAHL (n=13), PsycInfo (n=9) e Eric (n=72) com a seguinte estratégia de busca: “suicide AND “systematic review” AND (gay OR lesbian OR bisexual OR transexual OR transgender OR queer)”.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Uma busca inicial limitada no Pubmed foi realizada, seguida de análise das palavras-chave contidas no título e resumo, e dos termos de indexação usados para descrever o artigo. O mesmo procedimento foi utilizado em todas as bases de dados, incluindo estudos publicados em inglês, português e espanhol e estudos publicados até 2017. Este período é justificado porque até agora não houve uma revisão da revisão sistemática sobre o tema. Os trabalhos selecionados foram avaliados por dois revisores. Quaisquer divergências que surgiram entre os revisores foram resolvidas por meio de consenso, ou com o auxílio de um terceiro revisor.

A partir da busca nas bases de dados, um total de 380 títulos foi identificado. Destes, 50 não apresentavam resumos, deixando 330 títulos para serem avaliados a partir do título e resumo. Destes, 43 foram identificados para leitura na íntegra.

Os artigos selecionados permitem apontar para uma discussão que o suicídio é um problema de saúde mental coletiva que atinge, principalmente, lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e pessoas queer (estes e estas, não estão dentro do padrão heteronormativo, não correspondem ao padrão homem e mulher, podem ser “entendidos” como homens sem pênis, mulheres com pênis, bichas travestis, “sapatões” que não são mulheres, bichas que não são homens, trans que não são homens e nem mulheres).

Além disso, os artigos de revisão sistemática falam sobre fatores de risco, adolescência LGBT, identidade de gênero, prevalência e prevenção, cuidado em saúde e outros temas de “intersecção” para compreender o suicídio na perspectiva da epidemiologia, dos direitos humanos, da etno-culturalidade, da teoria psicológica e da construção social do gênero.

Sobre a saúde mental desta população, foi possível identificar que a depressão, a ansiedade, o abuso de substâncias psicoativas e as atitudes autoprovocadas (como o cutting) são fatores de risco para o suicídio levando em consideração que a ideação e a tentativa de suicídio é um problema sete vezes maior na população LGBT do que na população heterossexual.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Como dissemos, os resultados são parciais e promissores porque os estudos de revisão sistemática sobre suicídio LGBT indicam um vasto campo de saberes com múltiplas abordagens para compreender um fenômeno humano tão complexo. Nesse sentido, uma revisão de revisão sistemática sobre o tema é estratégico por sintetizar as evidências científicas mais relevantes para propor ações, projetos e programas para a promoção da saúde mental e prevenção do suicídio e qualificar a política nacional de saúde LGBT através dos achados desta revisão.

Palavras-chave: suicídio, revisão sistemática, pesquisa qualitativa



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

SATISFAÇÃO DOS IDOSOS SOBRE A GESTÃO DO CUIDADO E SERVIÇOS NA ATENÇÃO BÁSICA

Juleimar Soares Coelho de Amorim, Luciana Barcellos Teixeira, Alcindo Antônio Ferla

APRESENTAÇÃO: O crescente contingente de idosos acarreta uma modificação no perfil de saúde da sociedade nos quais condições agudas são substituídas por condições crônicas, múltiplas, não transmissíveis próprias do envelhecimento e problemas associados, aumentando a procura por serviços em todos os níveis de complexidade, especialmente na atenção básica. Embora as intervenções na atenção básica para idosos com diferentes demandas de cuidados em saúde sejam capazes de melhorar sua qualidade de vida e diminuir a necessidade futura de formas de tratamento mais dispendiosas e traumáticas (2), no Brasil ainda são escassas e recentes as evidências que analisam os aspectos da oferta de serviços relacionados à organização do trabalho ou do cuidado prestado associados à satisfação. A prática de avaliar a qualidade dos serviços de saúde por meio da satisfação dos usuários difundiu-se em toda América Latina, inicialmente com foco na adesão ao tratamento, principalmente como parte importante dos processos de planejamento e avaliação (3,4).

Diante dos aspectos que compõem a avaliação dos serviços, vislumbram-se possibilidades para transformar a prática da assistência aos idosos a partir da reorganização do processo de trabalho. Isso inclui tecnologias leves, relativas às relações entre usuários e profissionais e serviços, como mediadoras dos encontros dos profissionais de saúde entre si e com a população usuária. Desta forma, o presente estudo visa avaliar a satisfação de usuários idosos com os serviços da atenção básica e identificar preditores da organização do cuidado e dos serviços em municípios brasileiros.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

DESENVOLVIMENTO: Foi realizado um estudo baseado em dados secundários do 1º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Brasil (PMAQ-AB), o qual tem delineamento transversal, exploratório, de natureza avaliativa, teve abrangência nacional e foi executado de forma multicêntrica e integrada. A presente pesquisa possui como base o projeto de pesquisa guarda-chuva intitulado “Avaliação da atenção básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários”, aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer nº 21904).

O presente estudo caracteriza as variáveis em níveis individual, de organização do cuidado e do serviço, pelos quais inclui questões referentes às características sociodemográficas e satisfação, por meio de inquérito elaborado e validado por estudos anteriores, categorizando a percepção em satisfeito e insatisfeito.

Considerou-se como variáveis independentes as informações respondidas no Módulo III (entrevista com usuário) sobre os preditores relacionados à 1) organização do cuidado: busca ativa dos idosos pelos profissionais, interesse dos profissionais em resolver os problemas no próprio serviço, realização de exame físico (se necessário) e satisfação com o tempo de consulta; e, 2) organização com os serviços: facilidade de acesso ao serviço, funcionamento em horário integral, visita domiciliar por Agente Comunitário de Saúde, disponibilidade do medicamento prescrito e facilidade na marcação de consulta por telefone.

Todas as variáveis consideradas neste trabalho foram incluídas, uma a uma, nos modelos logísticos iniciais; aquelas que permaneceram associadas com a variável dependente em nível inferior a 0,05 foram mantidas no modelo final, ajustadas por idade, sexo, escolaridade, cor autodeclarada e região geográfica de moradia do participante. A regressão logística binária e a correção pelo efeito de delineamento do estudo foram utilizadas para estimar odds ratio (OR) bruta e ajustada nas análises univariadas e multivariada de associações da variável dependente com as variáveis explicativas e os intervalos de 95% de confiança (IC95%) com correção pelo efeito de desenho. O teste de Hosmer-Lemeshow foi utilizado para verificar a



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

adequação do modelo final. As análises foram realizadas utilizando-se os procedimentos do programa Stata versão 13.0 para inquéritos populacionais.

RESULTADOS: Completaram os dados de inclusão um total de 18.671 idosos participantes do inquérito de saúde do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e que haviam procurado o serviço de saúde nos 12 meses precedentes. Entre os serviços de saúde participantes do PMAQ-AB, 63,7% enquadram-se na modalidade de Centro de Saúde/Unidade de Saúde, 26,9% como Posto de Saúde e 9,3% como Postos Avançados/Outros. A média da idade dos participantes foi de 68,5 anos ($\pm 6,45$), com usuários de 60 a 104 anos de idade e predomínio de mulheres (64,0%), brancos (45,3%) e baixa escolaridade (78,6% possuíam até o ensino primário). Em relação à satisfação percebida com cuidado: 87,3% (IC95%:86,5-87,4) usuários classificaram-na como satisfeito e 12,7% (IC95%:12,6-13,5) insatisfeito.

Quando o acesso ao serviço foi razoável (OR:1,83; IC95%:1,62-2,06) ou muito difícil (OR:2,13; IC95%:1,88-2,42), assim como quando havia disponibilidade de medicamento na maioria das vezes (OR:1,73; IC95%:1,50-1,98), quase nunca (OR: 4,42; IC95%:3,83-5,09) ou nunca (OR: 4,52; IC95%:3,80-5,37) estiveram associados à maior chance de perceber insatisfação na atenção básica. Quando o horário de funcionamento do serviço não era em tempo integral (manhã e tarde) houve 30% a mais chance de obter uma avaliação ruim. Disponibilidade de marcação de consulta por telefone reduziu as chances de obter insatisfação (OR:0,72; IC95%:0,59-0,88).

A análise da satisfação é uma medida estabelecida pelo próprio usuário, e estudos já apresentaram que quando satisfeitos são mais propensos a utilizar o serviço, aderir à proposta terapêutica e manter o vínculo com o prestador do atendimento. A alta prevalência de satisfação entre usuários do SUS supera as possíveis deficiências de infraestrutura ainda existentes no sistema de saúde que poderiam, influenciar negativamente a avaliação dos serviços pelos usuários. Possível melhora no acesso aos serviços e na sua qualidade, em função das políticas de saúde para



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

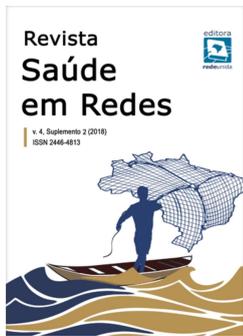
Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

idosos implementadas no país nos últimos anos, pode ter gerado um sentimento de satisfação com os serviços aos quais estão vinculados.

As características da organização do cuidado também foram analisadas na perspectiva da satisfação. A associação com a prática de busca ativa ($p < 0,000$), resolução do problema na própria unidade ($p < 0,000$), prática de exame físico ($p < 0,000$) e satisfação com o tempo da consulta ($p < 0,000$), tanto na análise bruta quanto ajustada. Observou-se que as variáveis escolhidas no modelo teórico de facilidade de acesso, busca ativa, visita domiciliar, disponibilidade de medicamento, resolução de problema no próprio serviço, exame físico e tempo da consulta permaneceram associadas à satisfação com a organização dos cuidados e dos serviços.

A partir dos dados relativos à probabilidade de satisfação, em função do número das características de organização do serviço e organização do cuidado, observou-se que as probabilidades de insatisfação reduzem conforme o aumento das práticas de sucesso. Na dimensão da organização do serviço, percebe-se que o aumento de uma, duas, três ou quatro características diminuem, respectivamente em 32,0% (IC95%:0,29-0,35), 20,4% (IC95%:0,19-0,22), 11,1% (IC95%:0,10-0,12) e 5,2% (IC95%:0,04-0,06). Para as características da dimensão de organização do cuidado, observou-se que uma característica (21,8%; IC95%:0,42-0,47), duas (10,8%; IC95%:0,10-0,12), três (4,7%; IC95%:0,04-0,05) ou quatro (3,3%; IC95%:0,02-0,04). O número de características em cada dimensão foi, no modelo logístico, estatisticamente associado com o desfecho de satisfação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Os resultados sobre os preditores da organização dos serviços e do cuidado na atenção básica no Sistema Único de Saúde associados à satisfação dos idosos são importantes para a compreensão da assistência à saúde dos idosos, para organização dos serviços de saúde e na colaboração para o direcionamento de políticas que visam a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Palavras-chave: Satisfação do usuário; Atenção Primária à Saúde; Idoso; Avaliação em Saúde.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

SAÚDE DO TRABALHADOR DA ATENÇÃO BÁSICA: ESTRATÉGIAS DE APOIO MATRICIAL 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

Apresentação: A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), regulamentada pela Portaria GM nº 2.728, de 11 de novembro de 2009, é uma das estratégias do Ministério da Saúde para a garantia da atenção integral à saúde dos trabalhadores. O Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador/Serra (CEREST/Serra) é um serviço especializado que compõe a RENAST. É um serviço multiprofissional e tem entre seus objetivos a realização de ações preventivas no âmbito dos acidentes e das doenças relacionadas ao trabalho, assim como na orientação das equipes das vigilâncias da saúde do trabalhador dos 49 municípios de sua área de abrangência, localizados na região serrana do Rio Grande do Sul.

Em linhas gerais, o CEREST tem por função dar subsídio técnico para o Sistema Único de Saúde (SUS) nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais independente do vínculo empregatício.

A Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), por meio da Portaria GM nº 1823, de 23 de agosto de 2012, trás entre as estratégias para sua implantação no âmbito da atenção básica a articulação com as equipes e o CEREST para a prestação de retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial e a incorporação de conteúdos de saúde do trabalhador nas estratégias de capacitação e de educação permanente para as equipes de saúde.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Indo ao encontro da PNSST, o CEREST/Serra tem entre suas atividades sistemáticas o monitoramento das notificações dos acidentes e das doenças relacionados ao trabalho em sua área de abrangência, as ações educativas e intersetoriais para sensibilizar e instrumentalizar equipes de profissionais da saúde e a implementação do fluxo de referência-contrareferência para os encaminhamentos a níveis de complexidade diferenciada.

Apesar de acidentes e doenças relacionados ao trabalho serem agravos de notificação compulsória, tanto nos sistemas de informação federal (Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN) como estadual (Sistema de Informações da Saúde do Trabalhador - SIST), percebe-se que existe uma subnotificação por parte dos serviços de saúde. Desta forma, viu-se a necessidade de implementar atividades de apoio matricial com as equipes de atenção básica, iniciando pelo município de Caxias do Sul. Em 2016, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município foram responsáveis por apenas 1,3% das notificações de acidentes de trabalho com material biológico e 0,43% dos acidentes de trabalho graves. No Rio Grande do Sul todos os acidentes de trabalho não considerados graves devem ser notificados em sistema próprio (SIST) e, neste caso, 0,86% das notificações foram realizadas na atenção básica. Considerando a atenção básica como porta de entrada para os atendimentos de saúde, observa-se que estes dados estão muito aquém do esperado.

Desenvolvimento: Caxias do Sul possui uma população de cerca de 470 mil habitantes, conta com 47 UBS, correspondendo a uma cobertura de atenção básica de 25,9%. Destas 47 UBS, cinco unidades trabalham em regime de horário estendido até as 21h, sendo que este horário diferenciado visa o atendimento aos trabalhadores que não possuem disponibilidade de buscar o serviço de saúde durante o dia. Por este motivo, estas foram escolhidas para início do projeto de matriciamento em Saúde do Trabalhador.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Em maio de 2017 foi realizada uma reunião com os gerentes destas UBS para apresentação do projeto e organização de um cronograma de visitas, que teve início em agosto deste ano.

A atividade consiste primeiramente na realização de três encontros in loco, durante as reuniões de equipe. No primeiro encontro é realizada uma conversa abordando a contextualização do CEREST, estruturação e funcionamento da RENAST e dos sistemas de informação em Saúde do Trabalhador pertencentes ao SUS. No segundo encontro é realizada uma atividade educativa sobre os riscos ocupacionais, os acidentes e as doenças relacionados ao trabalho. No terceiro encontro, é conversado sobre implicações médicas na elaboração de laudos e notificações, sobre onexo causal dos agravos com o trabalho e é aberto para discussão de casos atendidos na UBS com suspeita de relação com o trabalho. Após o encontro, a UBS é orientada identificar onexo causal nestes agravos, e, em caso de dúvidas, realizar o encaminhamento de boletim de referência-contrareferência bem como a notificação de caso suspeito por meio do preenchimento do Relatório Individual de Notificação de Agravado (RINA). No CEREST, o paciente passará por uma consulta de enfermagem onde serão identificadas as necessidades do mesmo para os devidos encaminhamentos. O paciente também poderá ser encaminhado para consulta com médico, fisioterapeuta ou fonoaudióloga, conforme a necessidade.

Em seis meses está prevista uma nova visita da equipe do CEREST na UBS para discussão dos casos notificados e/ou encaminhados ao CEREST e avaliação da atividade.

Resultados e/ou impactos: até o momento os encontros foram realizados em apenas uma UBS, ocorridos durante o mês de agosto. Durante a atividade, percebeu-se uma grande necessidade da equipe em discutir seus próprios acidentes e doenças relacionados ao trabalho, apontando falhas nos fluxos de atendimento quando se trata da saúde dos trabalhadores do próprio serviço, o que gerou um tensionamento junto à Vigilância em Saúde do Trabalhador do município,



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

bem como Secretaria de Recursos Humanos e Logística e Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho no intuito de revisar estes atendimentos. Até o momento, também observou-se um aumento da procura pelo CEREST para discussão de casos e esclarecimento de dúvidas, ainda que via telefônica.

Considerações finais: O processo de apoio matricial é contínuo e está em constante avaliação e aprimoramento. Espera-se que a abordagem da saúde do trabalhador de uma forma multidisciplinar amplie o escopo assistencial e auxilie as equipes da atenção básica a refletir o seu papel na saúde do trabalhador de uma forma integral, bem como na produção de dados epidemiológicos. Considera-se que a partir do momento que a equipe conheça a sua realidade local, possa planejar ações de identificação e de prevenção de 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; apoio matricial; vigilância em saúde



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E AUSTERIDADE: HORIZONTE DE AMEAÇAS NO BRASIL.

Rafael Dall Alba, Luisete Bandeira

A alimentação é um direito constitucional da população brasileira. O conceito de segurança alimentar e nutricional (SAN), cunhado por movimento sociais no país evoluiu de forma significativa ao longo das últimas décadas. A SAN consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis. A SAN ganhou destaque internacional nas últimas décadas, tendo reflexo na construção das Metas de Desenvolvimento do Milênio e dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (Agenda 2030), onde os países membros da ONU, inclusive o Brasil, comprometeram-se a erradicar a pobreza extrema, a fome e promover a agricultura sustentável. Aumentou a renda dos extratos sociais pobres e de extrema pobreza, observaram-se melhores índices de emprego, bem como elevação dos salários, principalmente do salário mínimo.

Os avanços no combate à fome e pobreza que culminaram na saída do Brasil do mapa da fome em 2014, decorrem da priorização da agenda SAN a partir de 2003, com destaque ao lançamento da Estratégia Fome Zero, à recriação do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), à institucionalização da política de SAN e à implementação, de forma articulada, de políticas de proteção social, com destaque ao PBF que associa transferência de renda ao acesso a serviços de saúde e educação, e de programas de fortalecimento da agricultura familiar.

As compras públicas de alimentos da agricultura familiar realizadas no âmbito do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), e do Programa de Aquisição de



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Alimentos (PAA) contribuíram para os avanços no combate à fome e pobreza observados na última década.

Considerando que a produção agrícola familiar é tida como um dos principais pilares da SAN, outro importante programa foi o Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (Pronaf) para promover o desenvolvimento sustentável, a geração de empregos e a renda dos agricultores familiares e assentados da reforma agrária. Programas como o de Cisternas contribuíram significativamente para o semiárido. Essas expressivas conquistas de fortalecimento da SAN e consequentemente a garantia do direito à alimentação adequada vem sendo ameaçada pelo enfraquecimento do Estado em garantir direitos e políticas de desenvolvimento sustentável, como é o caso da adoção de medidas econômicas de austeridade.

Desde 2015 o Brasil vem tomando uma série de medidas claramente definidas com de austeridade fiscal, cortando programas da seguridade e desenvolvimento social, saúde, educação e extinguindo direitos do cidadão. Neste trabalho ressaltamos algumas ações e tensionamentos políticos que ameaçam a SAN no país.

Ataques e ameaças a SAN

A alta taxa de desemprego e a redução do número de famílias cadastradas no PBF, impactam na menor disponibilidade de renda e acesso a bens de consumo. A precarização do trabalho no campo através da flexibilização das leis trabalhistas, que propõe a regulamentação do trabalho rural induzindo a um modelo de semi-escravidão (permissão de pagamento com alimentação e moradia) se configura como uma ameaça ao projeto da SAN.

Aumento desenfreado no preço dos alimentos, cerca de 81,1% entre 2010 a 2016 contraditoriamente a taxa de inflação do mesmo período de 3%.

O Pronaf também está ameaçado com significativos cortes tanto para a agricultura familiar quanto para a reforma agrária expressos pela PLOA com a diminuição de cerca de 90% dos recursos para as ações do programa.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Uma das ações mais impactantes é a do Projeto de Emenda Constitucional nº 241 (PEC 241/2016) que congelou os investimentos públicos à variação da inflação por 20 anos. A previsão é de que as políticas sociais perderão R\$ 868 bilhões.

As projeções orçamentárias da PLOA 2018 marcam uma ataque a SAN onda na relação a 2015 cumpre mencionar, ocorreu a redução de 52,5% no orçamento destinado a inclusão produtiva rural de famílias em situação de pobreza, de 99,4% no programa de distribuição de cestas de alimentos para grupos tradicionais, de 99,8% no PAA, 73,2% Programa Cisternas, 66,5% no apoio ao desenvolvimento de agricultura de baixa emissão de carbono, de 66,4% no apoio ao desenvolvimento e controle da agricultura orgânica.

Consequências e previsões

Considerando a alta taxa de desemprego observada e que os rendimentos do trabalho são a maior fonte de renda das famílias pobres e vulneráveis, a atual crise econômica representa uma séria ameaça à sustentabilidade dos avanços na redução da pobreza e da desigualdade.

A aprovação da PEC 241 impossibilita o investimento em políticas que considerem o nível de pobreza e o cenário de aumento da expectativa de vida e a queda da taxa de natalidade, contribuindo para o potencial de crescimento das taxas de pobreza e pobreza extrema.

As altas taxas de inflação de preços de alimentos observadas no país entre 2010 a 2016 impactam na capacidade de redução da pobreza, da fome, da mortalidade infantil e da saúde materna. Estima-se que a alta dos preços de alimentos possa levar mais de 100 milhões de pessoas à pobreza e à fome). Os significativos cortes nas ações voltadas para agricultura familiar e reforma agrária, remontam o cenário de concentração de terra e renda, e conseqüentemente de desigualdade social. Essas medidas de austeridade já experimentadas por outros países, têm tido um impacto negativo no rendimento médio disponível das famílias. O Banco Mundial estima que cerca de 28,6 milhões de brasileiros saíram da pobreza entre 2004 e



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

2014, porém com as investidas da austeridade a estimativa é que até o final de 2017, 2,5 milhões a 3,6 milhões caíram abaixo da linha de pobreza. Nesse contexto de inequidade, os cortes de benefícios sociais como PBF e desinvestimento na agricultura familiar parecem desassistir ainda mais a parcela da população mais pobre que terá que desembolsar mais recursos para bens essenciais como saúde, educação e alimentação saudável.

Três anos após o Brasil sair do mapa mundial da fome ONU, a sociedade civil aponta, em relatório acerca do descumprimento dos objetivos de desenvolvimento sustentável (Agenda 2030), que o cenário atual de retrocesso marcado pela exclusão de famílias do PBF, redução significativa nos orçamentos de programas de fomento a agricultura familiar, congelamento dos gastos sociais, reformas da previdência social e da legislação trabalhista, poderão impedir o acesso aos alimentos pela população mais pobre, resultado no retorno do país ao Mapa da Fome.

As medidas econômicas adotadas pelo governo brasileiro parecem negar as experiências catastróficas vividas em outros países. Estudos demonstram que o estímulo a programas sociais, contribuem para o crescimento econômico que contribui para o pagamento da dívida dos países. A investida típica da austeridade de cortes em gastos sociais, no curto prazo durante um período de recessão, resulta em contração da economia e piora nos indicadores de saúde, agravando a crise econômica e diminuindo a qualidade de vida da população.

A crise Brasileira não pode ser reduzida somente à esfera econômica e tão pouco as políticas de assistência social são a causa do rombo nos cofres públicos. Analisar para além da cortina de fumaça da crise política a estratégia macroeconômica que prioriza próximo da metade do PIB da nação para pagamento da dívida externa pode ser o começo de reestruturação fiscal para de fato estruturar um Estado que garanta uma relação de equidade e dignidade para seu povo.

Palavras-chave:Saúde Coletiva, Austeridade, Segurança Alimentar e Nutricional



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

SISTEMA DE APOIO AO RELATÓRIO DE GESTÃO DO SUS- SARGSUS NA PARAÍBA (2013-2016): DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA O FORTALECIMENTO DOS INSTRUMENTOS DE GESTÃO DO SUS.

Andre Luis Bonifacio de Carvalho, Ivanize Cecília Alves da Silva, Rafaella da Silva Torres, Maria Helena Pereira de Araujo, Layla Serrano de Lacerda, Ulisses Athanasio, Lívio Adelino Oliveira de Lima

Apresentação: A situação do envio dos instrumentos de gestão ao Conselho de Saúde, e em particular os relatórios de gestão, é identificado como um problema seja pela qualidade da sua produção e/ou o atraso na entrega dos mesmos, ou mesmo pela rotatividade dos gestores, o que fez com que o Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, através da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa – ParticipaSUS, desenvolvesse no ano de 2008, um processo de monitoramento do Relatório Anual de Gestão (RAG) do SUS, para estados e municípios, viabilizando a criação do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS (SARGSUS), possibilitando o apoio na produção, monitoramento e avaliação dos RAG's. Passados nove anos de seu desenvolvimento, muitos foram os avanços, mas ainda são grandes os desafios em termos da qualificação do desenvolvimento dos instrumentos e na manutenção da regularidade da entrega e alimentação do sistema que é obrigatório segundo o ACÓRDÃO Nº 1459/201111 – TCU, que dispõe sobre a obrigatoriedade de alimentação do SARGSUS. Cabe destacar que em 2014, o SARGSUS ganhou o prêmio de Gestão Pública da ENAP, como ferramenta destaque na âmbito da saúde. Sendo assim a presente pesquisa teve como objetivo analisar a situação, alimentação, frequência e sincronia dos processos de preenchimento e aprovação dos RAG's por meio do acesso ao SARGSUS na Paraíba, nos anos de 2013 a 2016, caracterizando o último ciclo de quatro anos de gestão pós a promulgação da Lei Complementar 141/2012.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Desenvolvimento do trabalho: A referida pesquisa faz parte das atividades de uma projeto de iniciação científica em caráter voluntário(PIVIC-UFPB), realizada com estudantes de medicina do sexto período, tem um caráter exploratório e descritivo, através da utilização de bases de dados secundárias, por meio do manuseio da base do SARGSUS, que é de acesso livre via site do Departamento de Informática do SUS(DATASUS), e tendo como referência o ACÓRDÃO Nº 1459/201116 – TCU. Por meio do acesso a esta base, buscamos estudar o processo de adesão e preenchimento do sistema por parte dos municípios paraibanos para o período de 2013 a 2017, que caracteriza o último ciclo de gestão e a fase pós promulgação da Lei 141/2012. Sendo assim o universo da pesquisa foi a totalidade dos municípios paraibanos, ou seja, 223, divididos, organizados em 16 regiões de saúde e 4 macrorregiões. Além de vermos as diferenças individuais, por porte e localização geográfica, podemos também verificar estas mesmas diferenças por região de saúde e macrorregião. Cabe destacar que foi feita uma análise de variáveis definidas tomando como base: frequência do preenchimento, cumprimento do prazo, rotatividade dos gestores, situação do preenchimento dos módulos, existência de plano municipal de saúde parecer do conselhos de saúde, tempo entre a entrega do RAG e a decisão do conselho, e as conclusões e encaminhamentos apontados em cada relatório, dentre outros. Para melhor embasamento teórico do trabalho foi feito um levantamento normativo dos dispositivos intergestores e leis ordinárias que versam sobre o tema, como também o levantamento bibliográfico sobre trabalhos feitos tendo como base experiências de aprimoramento da gestão do SUS vinculadas a construção dos relatórios de gestão entre os anos de 2011 e 2017, período no qual foram realizados um conjunto de mudanças na pactuação interfederativa e no processo jurídico-político do SUS, com o advento do Decreto 7508/118 e a Lei Complementar 141/129.

Resultados e/ou impactos: As análises referentes ao estudo das bases do SARGSUS, vinculadas ao Estado da Paraíba, ainda estão em andamento, sendo assim destacaremos alguns aspectos que revelam situações que podem ser



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

consideradas preocupantes, pois para fazermos a escolha desta temática, verificamos que entre os anos de 2009 a 2016, ocorreu uma variação percentual negativa de -32,7% na situação dos municípios com relatório enviado, o que demonstra já demonstrava uma situação que pode ser considerada inadequada. Outros resultados a serem destacados estão vinculados aos percentuais de aprovação dos RAG's(a), RAG's sem informação(b) e em apreciação pelo conselho(c), para os anos de 2013 (início) e 2016 (término), que apresentaram as seguintes variações: a) (52% - 38%); b) (17,4% - 10,3%) e c) (24% - 46%), dados quando analisados regionalmente apresentam diferenças ainda maiores. Quando da análise da existência de Planos Municipais de Saúde entre 2013 e 2016, verificamos um crescimento de 70% para 81% entre 2013 e 2015 e depois uma redução para 79% em 2016, fato que merece um maior aprofundamento da análise. Cabe destacar que Plano de Saúde deve ser elaborado durante o exercício do primeiro ano da gestão em curso, tendo sua execução a partir do segundo ano da gestão até o primeiro ano da gestão subsequente em consonância com a Programação Anual de Saúde e o Respectivo Relatório de Gestão. Sendo assim os resultados apontam um descompasso na construção em manuseio dos instrumentos.

Considerações finais: A presente pesquisa caracteriza-se como uma das inúmeras aproximações que precisam ser feitas ao processo de planejamento e programação do SUS, por meio da utilização dos instrumentos de gestão, em particular o uso do SARGSUS. Fica patente o descompasso na produção destes instrumentos no que tange ao período de estudo na Paraíba, sendo necessário um maior aprofundamento para identificação dos desafios e perspectivas para a construção de agendas capazes de auxiliar na qualificação dos processos e práticas no âmbito da gestão do SUS.

Palavras-chave: Instrumentos de Gestão; Relatório anual de gestão; SARGSUS



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO DA TUBERCULOSE: A GESTÃO DO CUIDADO NOS DISTRITOS DE SAÚDE URBANOS DA CIDADE DE MANAUS, AMAZONAS

Felipe Lima dos Santos, Alexandre Tadashi Inomata Bruce, Ana Carolina Scarpel Moncaio

APRESENTAÇÃO: No Brasil, a tuberculose é considerada um agravo de saúde pública, tendo ligação direta com as questões socioeconômicas. Os indicadores epidemiológicos da tuberculose por Unidade da Federação demonstram que o estado do Amazonas registrou em 2016 um coeficiente de incidência de 67,2%/100.000 habitantes, enquanto a cidade de Manaus no mesmo ano apresentou o coeficiente de incidência de 93,2%/100.000 habitantes. O modo de conduzir os processos de gestão do cuidado pode fortalecer ou fragilizar a organização dos serviços voltados à atenção às pessoas doentes ou expostas à Tuberculose (TB). Por gestão do cuidado entende-se a forma como o cuidar se revela e se organiza na interação propiciada entre sujeitos, podendo gerar interações e subversões potencialmente emancipatórias ou restritivas das múltiplas liberdades humanas. A gestão do cuidado comporta, pelo menos, três dimensões: profissional, organizacional e sistêmica. Em 1993, inicia-se a recomendação da utilização da estratégia Directly Observed Treatment Short-Course (DOTS) como resposta para o controle da TB. Dentro da estratégia DOTS o Tratamento Diretamente Observado caracteriza-se como elemento chave, objetivando o fortalecimento da adesão ao tratamento e a prevenção das formas multirresistentes da TB. No Brasil, a estratégia DOTS foi incorporada ao Plano Nacional de Controle da TB em 1998 sendo então estabelecidas novas diretrizes de trabalhos, visando a incorporação das ações de controle da TB no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). O TDO apresenta quatro modalidades de supervisão: a domiciliar onde ocorre a observação realizada na residência do usuário ou em local por ele solicitado; na unidade de saúde onde a



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

observação é realizada em unidades de estratégia de saúde da família, unidades básicas de saúde; no serviço de atendimento de HIV/AIDS ou hospitais e na unidade prisional onde a observação ocorre no sistema prisional e a compartilhada, quando o doente recebe a consulta médica em uma unidade de saúde e faz o TDO em outra unidade de saúde, mais próxima em relação ao seu domicílio ou trabalho. Nessa direção vem sendo proposto que os serviços de saúde se organizem para que as equipes de saúde da família incorporem em suas atividades a responsabilidade pelo desenvolvimento de ações de diagnóstico, tratamento e prevenção da TB. OBJETIVO: Relatar a experiência sobre a gestão do Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose nas Unidades Básicas de Saúde de Manaus durante a coleta de dados na pesquisa intitulada "Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose em Manaus (AM): os sentidos da Prática gerencial nas Unidades Básicas de Saúde sob a ótica da Vigilância Em Saúde". DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Durante a coleta de dados da pesquisa, foram entrevistados dois gestores de Unidades Básicas de Saúde de cada um dos quatro distritos urbanos de saúde da zona urbana de Manaus totalizando oito gestores entrevistados. Optou-se para a análise dos dados empíricos o referencial teórico-metodológico da Análise do Discurso de matriz francesa. Saindo dos pressupostos da língua, da ideologia, do discurso e da subjetividade do que foi exteriorizado, a Análise do Discurso fornece subsídios para a reflexão e para a apreensão dos significados oriundos do discurso do sujeito. Assim, entende-se que o discurso é a transcrição de opiniões, das atitudes, das falas e das representações do sujeito denotando um recorte de determinado momento, voltados a um processo de análise dos sentidos. A possibilidade da realização desta pesquisa possibilitou compreender os sentidos dados pelos gestores das unidades de saúde sobre o Tratamento Diretamente Observado (TDO) da TB como medida de controle e combate da tuberculose. RESULTADOS: As ações de controle e combate da TB necessitam ter os interesses dos seus usuários compreendidos, caracterizando a realidade da não fragmentação do cuidado em saúde. A prática do TDO necessita



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

ser resultante de um encadeamento dos determinantes sociais, políticos e culturais do território da unidade de saúde. Enquanto gestores, os sujeitos da pesquisa, precisam repensar suas práticas gerenciais para a integração do cuidado em saúde com a definição dada pela Vigilância em Saúde da não fragmentação do cuidado. Observaram-se discursos que mostraram a movência da ideologia dos sujeitos que compuseram o corpus da pesquisa. A superfície linguística foi exteriorizada e o contexto sócio-histórico foram paralelamente intercalados pela vivência dos gestores no processo de gestão do TDO da tuberculose. Os discursos dos gestores, levantaram o questionamento sobre a interdiscursividade da prática do TDO nas unidades de saúde, uma vez que a Transferência da Política do TDO mostrou-se como um fator predeterminante no processo da implantação do Tratamento Diretamente Observado nas unidades básicas de saúde na cidade Manaus. É fundamental que o processo de trabalho em saúde seja pensando e remodelado. Faz-se necessário a ampliação do conceito de saúde e de doença para todos os envolvidos no cuidado em saúde, proporcionando uma percepção mais ampla de um modelo lógico de trabalho e que possa favorecer o cuidado em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Os sentidos circulantes da prática gerencial nas Unidades Básicas de Saúde em Manaus que emergiram após a análise dos discursos de seus gestores permitiram o aprofundamento sobre o TDO da TB em consonância com a Vigilância em Saúde que permite a reestruturação e a reorientação do processo de trabalho ao reconhecer o território da unidade saúde como um conceito fundamental no processo saúde-doença-cuidado em saúde. Uma vez que a Vigilância em Saúde permite que os modelos assistenciais vigentes sejam repensados. Compreender a discursividade do cuidado ampliado para o paciente com TB permite compreender que a gestão do trabalho em saúde influencia diretamente no Tratamento Diretamente Observado uma vez que o processo de trabalho para o TDO precisa ser reorientado. As ações de controle e combate da TB necessitam ter os interesses dos seus usuários compreendidos, caracterizando a realidade da não fragmentação do cuidado em saúde. A prática do TDO necessita



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

ser resultante de um encadeamento dos determinantes sociais, políticos, culturais do território da unidade de saúde. Enquanto gestores, os sujeitos dessa pesquisa, precisam repensar suas praticas gerenciais para a integração da Vigilância em Saúde. A prática gerencial do TDO precisa ser reorientada, a partir das práticas da Atenção Primária à Saúde. Reconhecer o território, as condições epidemiológicas, e o processo de trabalho são paradigmas que precisam ser discutidos para a reorientação dos discursos e das práticas dos gestores do TDO da TB.

Palavras-chave: Tuberculose; Tratamento Diretamente Observado; Atenção Primária à Saúde



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

UM PARTO DE EXPERIÊNCIA

Raquel Socorro Jarquín Rivas, Júlio Cesar Scweickardt

APRESENTAÇÃO: A Região Amazônica é um território de grande diversidade e, sobretudo, bastante singular em relação ao país como um todo. Dentre essa diversidade, estão as parteiras tradicionais que realizam o cuidado à saúde da mulher e da criança de modo mais imediato. Este trabalho trata-se de relato de experiências obtidas a partir dos encontros de trocas de saberes com Parteiras Tradicionais do Estado do Amazonas. Os referidos encontros são parte das atividades do projeto Redes Vivas e Práticas Populares de saúde: Conhecimento Tradicional das Parteiras e a Educação Permanente em Saúde para o Fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde da Mulher no Estado do Amazonas, financiado pelo Ministério da Saúde – MS e desenvolvido em parceria com o Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/FIOCRUZ e a Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas- SUSAM, cuja proposta central é reforçar as redes vivas e as práticas populares de saúde através do conhecimento tradicional e da qualificação das parteiras.

DESENVOLVIMENTO: O projeto já está em andamento, assim como as oficinas programadas para cada encontro. Até agora foram realizadas 4 oficinas em 4 municípios; Manaus, Itacoatiara, Maués e Tefé. Cada encontro foi cheio de emoções e compartilhamento de saberes, onde participaram muitas parteiras, secretários dos municípios, alguns Agentes Comunitários de Saúde (ACS), enfermeiros, pesquisadores e bolsistas do referido projeto. Cada oficina tem sua marca, pois apesar de se tratar do mesmo assunto, de seguir o mesmo roteiro, cada parteira tem sua própria história, seus rituais, seus remédios caseiros e sua própria trajetória.

IMPACTOS: Tento aqui compreender o significado das experiências de cuidar da mulher durante o processo da gravidez em especial o parto em domicílio em alguns



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

municípios da Amazônia. Com os poucos encontros que tivemos até agora, já dá para perceber que a história de vida destas mulheres parteiras se inscreve em um saber milenar que vai passando de geração em geração, como é demonstrado no relato de uma parteira:

[...] o que eu sei hoje como parteira tradicional, eu devo a minha avó, que passou para minha mãe e que minha mãe me ensinou e com certeza a minha avó aprendeu da mãe dela.

Percebo que este saber ao longo do tempo tem oferecido significativa contribuição para a construção de um novo olhar que procura a humanização na hora do parto. Apesar dessa significância, a parteira tradicional enfrenta muitos desafios para o desenvolvimento da sua prática, dentre esses desafios está a falta de diálogo entre a medicina ocidental e o conhecimento tradicional das parteiras. Referente a isto uma parteira diz:

[...] nós não somos reconhecidas como parteiras, quando a gente chega com a parturiente no hospital, os médicos não deixam a gente entrar junto com elas, elas ficam sozinhas, sem famílias, sem ninguém.

A prática das parteiras tradicionais não é só um saber dentro de um universo cultural, ele é também um saber que envolve a solidariedade, compaixão, dedicação, tradição, espiritualidade e como elas mesmas dizem: [...] é um Dom dado por Deus.

A cada encontro consigo vivenciar diferentes saberes dentro de um mesmo saber, cada parteira com sua história, cada parteira com seu parto. Muitas delas falam que parir de parto normal e em casa é muito diferente do parto em hospital.

[...] é outra coisa a parturiente parir em casa, só ela e eu, só nós. No hospital ela sofre, é maltratada, não tem o devido respeito com seu corpo, os médicos, os enfermeiros, não tem o mesmo cuidado que a gente tem. A gente faz massagem, damos um chazinho, e esperamos o tempo da criança nascer.

O parto é um momento que precisa muita vez apenas de um olhar de aconchego, acolhimento, de apoio, mas sobre tudo de humanização e neste sentido a



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

humanização da parteira tradicional expressa no seu trabalho, na sua dedicação e cuidado com a futura mãe. Este é um momento que muitas vezes envolve também a família, vizinhos, o pai da criança, os irmãos, como também pode só estar presente a parteira e a gestante.

Estas parteiras tradicionais são mulheres que têm um reconhecimento dentro da sua comunidade, desenvolvendo um papel importante que é o dom de ajudar a trazer uma criança no mundo. Elas se apropriam de ferramentas nada sofisticadas, apenas de uma sabedoria milenar e quase instintiva. Estas mulheres conseguem compreender que o ato de parir requer do seu tempo e da sua forma, ou seja, a parturiente é quem tem o domínio do seu corpo, é ela quem vai decidir como quer parir o seu filho, se de cócoras, deitada, agarrada a uma rede, no rio, de pé, etc. são estas e outras possibilidades que fazem do parto uma experiência de múltiplos significados e sentidos e onde a parteira tradicional está inserida.

Estas parteiras tradicionais, não possuem uma faculdade onde elas possam aprender a arte de partejar, elas aprendem o ofício através de outras gerações, através da sua própria curiosidade, do desejo e da vontade de poder trazer ao mundo uma vida e também pela necessidade de poder trabalhar. Estas mulheres não só fazem o parto, mas também acompanham a grávida durante toda sua gravidez, dando apoio muitas vezes de conselheiras, curandeiras e de “farmacêuticas”, onde elas mesmas produzem os remédios caseiros e dão para as grávidas.

Uma coisa muito linda e curiosa são algumas músicas cantadas por estas parteiras antes, durante e depois do parto, assim como também algumas rezas que elas fazem para a barriga da grávida, elas dizem:

[...] quando a grávida está com a criança atravessada, eu rezo uma oração enquanto vou massageando a barriga e assim o bebe se ajeita de novo.

Este saber, este dom dado por Deus, está sabedoria milenar, ou como elas e nós quisermos chamar, é algo do qual as parteiras pretendem continuar fazendo:



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

[...] eu vou parar só quando minhas forças não o permitam mais, e mesmo assim, quero estar ali do lado da nova parteira, dando apoio né, pois foi esse o dom que Deus me deu e que me foi passado pelas mulheres da minha família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Algumas Parteiras que conheci durante as oficinas e nos diferentes municípios, estão inseridas nos postos de saúdes e nos hospitais, ajudando e sendo um apoio para as parturientes e a equipe medica. Porém ainda falta muito para que estas grandes mulheres com seu grande dom possam de fato serem vistas como parte essencial desse trabalho de trazer ao mundo uma nova vida.

Palavras-chave: relato de experiencias, parteiras tradicionais, parturientes



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

VALORAÇÃO DE COMPETÊNCIAS NECESSÁRIAS AO ENFERMEIRO POR ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL DA REGIÃO NORTE DO BRASIL

Dhiuly Anne Fernandes da Silva Pontes, Andressa Fabiana Ferreira Fonseca, Joughanna do Carmo Menegaz, Nathalia Karen Araújo Martins, Victoria Malcher Silva, Euriane Castro Costa, Edna Cristina Vieira Conceição, Maria Clara Costa Figueiredo

Apresentação: A gestão por competências é um tipo de gestão ainda pouco utilizada nas organizações, no entanto, é considerada tendência para os próximos anos nos serviços de saúde. Competência é definida pela tríade composta por: conhecimentos (saber o que fazer), habilidades (como fazer) e atitudes (porquê fazer). É possível classificar as competências como humanas aquelas relacionadas ao indivíduo ou à equipe de trabalho ou organizacionais aquelas que dizem respeito à organização como um todo. Toda organização tem suas características, sua cultura, estrutura e estratégia, entre outros elementos, que a diferenciam das demais, o que demanda a definição de rol de competências contextualizado e adequado às suas necessidades específicas. A aplicação desse modelo de gestão visa o alcance de determinados objetivos a fim de melhorar o desempenho das instituições. As mudanças ocorridas no mundo do trabalho, advindas das transformações tecnológicas, refletem na formação do enfermeiro e na Enfermagem enquanto prática social e profissional. Nas organizações de saúde, o espaço de atuação do enfermeiro tem se ampliado com introdução da gestão por competências, sistema que visam identificar, caracterizar e gerir perfis profissionais a partir da análise de suas fortalezas e lacunas, demandando que a categoria construa seu mapa e valorize as competências pelas quais quer ter seu trabalho regido, melhorando assim a qualidade do serviço. Nesse sentido, busca-se a princípio conhecer a partir da visão e missão da organização às competências



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

necessárias aos servidores e através de uma pesquisa comparativa com pessoas-chave da organização filtrar informações relevantes para o serviço. Desta forma, buscou-se como objetivo estratificar as competências do enfermeiro por grau de importância a partir de um questionário respondido por enfermeiros gerentes e assistenciais de um hospital universitário federal da região norte do Brasil.

Desenvolvimento do trabalho: Trata-se de um recorte de uma pesquisa que compõe o macroprojeto intitulado “Gerenciamento em enfermagem: novas abordagens de formação e trabalho em universidade pública e hospitais de ensino”, que tem entre seus objetivos mapear as competências de enfermeiros de um hospital universitário federal da região norte do Brasil. O passo inicial desse processo consistiu-se em identificar as competências profissionais relevantes à consecução dos objetivos da organização. Essa identificação ocorreu primeira por meio de uma pesquisa em documentos relativos à estratégia organizacional e posteriormente através de coleta de dados com enfermeiros gerentes e assistenciais, para que tais dados fossem comparados com a análise documental. A técnica de pesquisa comparativa utilizada foi o questionário estruturado com escalas de avaliação, com 28 títulos de competências individuais classificadas em três grandes categorias: gerências, clínicas e atitudinais. O questionário apresentava os seguintes títulos de competências (comunicação, liderança, motivação, resolução de conflitos, tomada de decisão, delegação, persuasão, proatividade, responsabilidade, ética, raciocínio clínico, supervisão da equipe, dimensionamento da equipe, gestão de materiais, desenvolver pesquisas, aplicar pesquisas, pensamento crítico, trabalho em equipe, educação continuada, educação permanente, educação em saúde, sistematização da assistência de enfermagem (SAE), programas de treinamento e desenvolvimento, manuais de serviço, processo administrativo, relação interpessoal, inovação, adaptabilidade), que foram valoradas individualmente com auxílio da escala Likert (desenvolvida por Rensis Likert no ano de 1932), em cinco graus, de sem importância a extremamente importante, nas quais os respondentes emitiram seu grau de importância dentre as competências listadas. O questionário foi



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

respondido por quarenta e um enfermeiros, intencionalmente destacados, em acordo entre a equipe de pesquisa e os enfermeiros do serviço que compõem a equipe técnica do hospital lotada em diversos setores. Os dados obtidos foram analisados por estatística descritiva, em cálculos de frequência absoluta e relativa. Resultado: Cada enfermeiro valorou 28 títulos de competências, totalizando 1146 valorações. De acordo com a análise do questionário aplicado, foi possível observar que 58% (n = 662) das competências foram assinaladas como extremamente importante; 31% (n = 359) como muito importante; 10% (n = 119) como importante e apenas 1% (n = 6) como pouco importante. Não houveram competências valoradas no grau sem importância. As competências valoradas como extremamente importante foram responsabilidade, ética e comunicação por mais de 90% dos respondentes; 70% a 89% dos respondentes citaram motivação, trabalho em equipe, relacionamento interpessoal, tomada de decisão, resolução de conflito e sistematização da assistência de enfermagem; enquanto, foram classificadas com menor proporção dentro desse grau de importância, a delegação citada por 24% (n=10), desenvolvimento de pesquisas, 29% (n=12) e o processo administrativo, 29% (n=12). Considera-se, a valoração dada ao processo administrativo, 29% (n=12), contraditória, pois a maioria das competências gerenciais receberam maior destaque e o processo administrativo que é o principal elemento do gerenciamento não recebeu destaque dentro desse grau de importância. Como já citado ao longo do resumo, a escala de avaliação, foi estruturado em 28 títulos de competências individuais classificadas em três grandes categorias: gerências, clínicas e atitudinais. Considerando as respostas extremamente importantes e muito importantes em conjunto, as principais competências gerenciais destacadas pelos profissionais foram: liderança; supervisão de equipe; dimensionamento de equipe; educação permanente/continuada; gestão de materiais e processo administrativo; dentre às competências assistenciais citadas destacam-se: raciocínio clínico; educação em saúde; aplicar pesquisas; pensamento críticos e desenvolver pesquisas; e dentre as competências atitudinais as que foram classificadas com



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

maior destaque foram: ética, responsabilidade, comunicação. Tais resultados foram expostos aos participantes da pesquisa através de uma oficina, com o intuito de elaborar posteriormente o mapa de competências dos enfermeiros do hospital de ensino. Considerações Finais: A valoração predominante dos títulos foi extremamente importante, sinalizando a pertinência das mesmas para os enfermeiros respondentes no contexto do seu trabalho. Observa-se que os títulos de competências atitudinais receberam um maior destaque: a competência comunicação foi a mais valorada dentre as demais com 98% na pontuação extremamente importante, seguida pela ética 95% e responsabilidade 90%, o que demonstra que essas são consideradas fundamentais dentro da instituição. Os títulos de competências gerenciais, em geral, foram os menos valorados, onde percebe-se que boa parte dos enfermeiros desconhece a grande importância do processo administrativo como instrumento no seu trabalho. Diante disto, percebe-se a necessidade de trabalhar os conceitos das competências dentro da instituição, com vistas a esclarecer tais conceitos para uma melhor compreensão dos mesmos pelos profissionais dessa organização. E por fim, ressalta-se o dado de que nenhuma competência foi valorada como sem importância, e isso demonstra o quanto são indispensáveis para os enfermeiros.

Palavras-chave: Competências; Valoração; Enfermeiros



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

VISITA TÉCNICA E APLICAÇÃO DO ARCO DE MAGUEREZ AO NÚCLEO DE REGULAÇÃO INTERNO (NIR) DE UM HOSPITAL ONCOLÓGICO DE BELÉM DO PARÁ: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Flavia de Oliveira Ribeiro, Manoel Vitor Martins Marinho, Héllen Cristhina Lobato Jardim Rêgo, Kethully Soares Vieira, Paula Emannuele Santos do Amaral, Samantha Modesto de Almeida, Daniele Rodrigues Silva, Widson Davi Vaz de Matos

Apresentação: No período de setembro de 2017, em aulas práticas do componente curricular Gestão e Gerenciamento dos Serviços de Enfermagem, realizou-se uma visita técnica ao Núcleo Interno de Regulação de um Hospital Oncológico de Belém do Pará. O Hospital é reconhecido como uma instituição de ensino, credenciado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) como Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), além de ser referência estadual em oncologia. O enfermeiro é o responsável pela gerência das ações de enfermagem nos serviços de saúde, tanto no meio hospitalar, como na rede básica. É ele quem assume o processo de organização do trabalho com enfoque na promoção da saúde, prevenção de doenças e recuperação dos indivíduos, família e comunidade. Sendo assim, as aulas práticas são indispensáveis para o processo de ensino aprendizagem do aluno/enfermeiro, pois é através desta que o acadêmico tem contato com a realidade, aplica a teoria e obtém segurança para a realização das atividades enquanto futuro profissional. Diante disso, este trabalho tem como objetivo mostrar para a sociedade acadêmica quais as atividades que são de competência do enfermeiro, como elas devem ser realizadas e de que forma elas ajudam o paciente; destacando a visita ao Núcleo Interno de Regulação – sua importância, atribuições, dificuldades e hipóteses de solução aos problemas relatados. **Desenvolvimento:** A abordagem adotada teve como referência central Metodologia da Problematização que tem a finalidade precípua incitar o aluno a observar a realidade de modo crítico,



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

possibilitando que o mesmo possa relacionar esta realidade com a temática que está estudando, esta observação mais atenta permitirá que o estudante perceba por si só os aspectos interessantes, que mais o intrigue. dentre esses aspectos, alguns serão ressaltados como destoantes, contrastantes etc., a partir das ideias, valores acumuladas pelos alunos. Neste relato foi utilizado o Arco de Maguerez como instrumento de observação, proposição sobre a realidade. Trata-se de uma ferramenta muito utilizada nas ciências da saúde. Ela se baseia em cinco etapas, quais sejam: a) Observação da Realidade e Definição do Problema. Nesta etapa os participantes que são levados a observar a realidade identificando as características principais e seus possíveis problemas, a fim de, no futuro, após teorização e ação contribuir para a sua transformação; b) Identificação dos Pontos-chave. Nesta fase são destacadas as características que se relacionam com os determinantes do problema; c) Teorização sobre o problema. A partir dos pontos-chaves e a luz das evidências da literatura, procura-se já nesta fase identificar caminhos que no futuro venham a auxiliar na superação dos problemas levantados; d) Hipóteses de Solução dos problemas. Nesta fase deve-se estimular a criatividade e a originalidade visando a solução dos problemas, ou seja, traça-se um plano de ação a partir das variáveis terrorizadas e as possibilidades contingenciais; e) Intervenção sobre a realidade. Dentro da governabilidade dos atores envolvidos, essa etapa procura dar retorno concreto às soluções elaboradas a partir da observação e teorização sobre os aspectos observados na realidade. Este momento traduz-se em benefícios diretos ou indiretos à comunidade participante das atividades. Abaixo, distribuídas em diferentes momentos estas etapas constituíram o trabalho desenvolvido pelos autores. Resultados: Durante a visita, a enfermeira nos falou um pouco sobre como ocorre o serviço. A Portaria que fala sobre o NIR é a N° 1.559 de 1° de Agosto de 2008. No referido hospital, o NIR é também conhecido como Central de Leitos. O SISREG foi criado em 2013. É um sistema de regulação que prevê a melhora na assistência através da organização dos leitos; desta forma consistindo no tratamento de forma igualitária para todos os



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

níveis. No Pará foi implantado em 2014, mas diante da falta de condições do Estado em implantar o SISREG por conta da precária tecnologia, o CIA/SER uma empresa terceirizada do RJ foi contratada para fazer a regulação do sistema em nosso Estado. De acordo com a Portaria a Política Nacional de Regulação é dividida em três dimensões, sejam elas: I – Regulação dos Sistemas de Saúde; II – Regulação da Atenção à Saúde; e III – Regulação dos Serviços de Saúde. É importante destacar também que o Complexo Regular é organizado em: I – Central de Regulação de Consultas e Exames; II – Central de Regulação de Consultas Hospitalares; e III – Central de Regulação de Urgências. A enfermeira falou um pouco sobre o repasse de verbas correspondente ao pacto entre os municípios e Belém. Há alguns anos atrás eles enfrentavam algumas dificuldades relacionadas a este ponto, pois muitos municípios não faziam o repasse de verbas que a portaria prevê para que haja o atendimento das pessoas. As solicitações para internação são muitas, porém a quantidade de leitos disponíveis é pequena. Isso pode gerar um problema, já que diante desta situação a fila de espera tem a tendência de crescer. Há também a priorização dos casos graves que exige muito discernimento dos profissionais envolvidos nesta decisão. Neste contexto, no que diz respeito à decisão de liberação de leitos, ela é tomada a partir da parceria multiprofissional. Porém, segundo a enfermeira, há uma grande dificuldade na regulação imparcial, pois no hospital a Central de Leitos é “aberta”, ou seja, os pacientes e familiares destes tem acesso direto à ela, que às vezes comovida com a história da doença de um determinado paciente, acaba liberando um leito vago para ele. Este fato vai contra ao que a Portaria preconiza, visto que o Núcleo Interno de Regulação precisa ser um setor fechado e restrito, para que as pessoas que solicitam internação não tenham acesso aos funcionários deste ambiente. Ela destacou também a questão das demandas judiciais e processos para o atendimento de pacientes. Quando a demanda é judicial é necessário que o pedido de leito seja concedido imediatamente, pois em caso de não cumprimento o Hospital está sujeito à penalidade de multa, além do risco de o secretário de saúde ficar em prisão



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

domiciliar até a resolução do problema. Diante de um processo, é possível que a enfermeira argumente, justifique o porquê da demora na liberação daquele leito para tal paciente. Ao fim da visita a enfermeira incentivou os discentes a ler sobre o Núcleo Interno de Regulação, pois é competência do enfermeiro possuir conhecimentos sobre este assunto, visto que a gestão e gerenciamento dos serviços de saúde na maioria das vezes parte destes profissionais. Conclusão: O Núcleo Interno de Regulação é um setor muito relevante no âmbito da gestão e gerenciamento dos serviços de saúde. Foi possível observar a grande complexidade do serviço e ampliar a visão enquanto futuros profissionais da saúde, visto que é o enfermeiro quem assume o processo de organização do trabalho com enfoque na promoção da saúde, prevenção de doenças e recuperação dos indivíduos, família e comunidade; tanto a nível de atenção básica como hospitalar. A regulação imparcial é uma das dificuldades enfrentada pelos funcionários diante do não cumprimento do que é preconizado na Portaria N° 1.559 de 1° de Agosto de 2008, principalmente pela falta de estrutura adequada. Sem contar com excesso de solicitações de internação e demandas judiciais e processos. Mas, em contrapartida, também é fato que o esforço dos profissionais deste setor para atender os usuários da forma mais coerente, humanizada e ética possível é bem evidente.

Palavras-chave: Gestão e gerenciamento; Serviços de saúde; Enfermagem



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

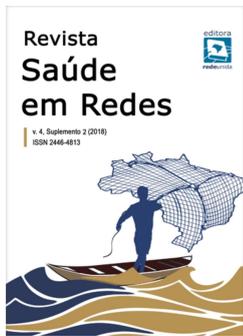
Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

VÍNCULO E CONTINUIDADE A PARTIR DA PERSPECTIVA DO USUÁRIO E DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE: UM NOVO INSTRUMENTO PARA AVALIAR A ATENÇÃO PRIMÁRIA NO NÍVEL LOCAL

Elenice Machado Cunha, Marcio Candeias Marques, José Muniz da Costa Vargens, Gabriela Rieveres Borges Andrade, Gisele O'Dwyer

Apresentação: O presente estudo insere-se na discussão sobre a institucionalização da avaliação da Atenção Primária (AP) no SUS, e pauta-se na pertinência de disponibilizar para a gestão local/municipal instrumental avaliativo de fácil compreensão e aplicabilidade. Tem por objetivo a validação de matriz avaliativa do vínculo longitudinal AP, sendo as duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um Território de Saúde o campo teste de aplicação desse instrumental.

Registra-se que, em estudo anterior, Vínculo longitudinal foi conceituado, a partir de revisão de literatura utilizando os termos 'longitudinality' e 'continuity of care', como "relação duradoura entre pacientes e profissionais da equipe de AP, que se traduz na utilização UBS como fonte regular de cuidados ao longo do tempo, para os vários episódios de doença e para os cuidados preventivos". Concluiu-se, no referido estudo, que três dimensões compõem o conceito: identificação da UBS como fonte regular de cuidados, relação interpessoal profissionais de AP/paciente e continuidade da informação. Para cada uma dessas dimensões foi realizada revisão da produção científica nacional a fim de defini-las em acordo ao contexto e valores do SUS, e identificar critérios e indicadores que possibilitassem mensurá-las. O produto foi a conformação da matriz avaliativa do Vínculo Longitudinal (MAVIL), representativa das três dimensões do atributo, composta de catorze critérios, vinte e oito indicadores e respectivas questões. Algumas das questões da matriz foram adaptadas do PCA-TOOL, instrumento desenvolvido por uma equipe da Johns Hopkins University que considera a presença e intensidade dos atributos eleitos por Bárbara Starfield como critérios de qualidade para a AP, a saber: acesso ao primeiro



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, orientação para a comunidade, centralidade na família e competência cultural. O PCA-TOOL vem sendo testado e divulgado por pesquisadores brasileiros. Mas, quiçá por sua extensão e complexidade, não se tem registro de utilização expressiva pela gestão dos municípios.

A primeira versão da MAVIL foi aplicada em UBS de dois municípios brasileiros, tendo por fonte dos dados: documentos, gestores, profissionais, pacientes e prontuários. Considerou-se que o vínculo longitudinal é representativo do conjunto de características essenciais da AP elencadas por Starfield, em especial a da coordenação do cuidado, longitudinalidade, e a da integralidade da atenção. Contudo, a matriz carecia de aperfeiçoamento para a aplicação sistemática.

Procedimentos Metodológicos: O projeto atual teve início em fins de 2013. Para fins de validação do construto os conceitos estruturantes da matriz foram revistos e confirmados e as fontes de informação foram acordadas em duas: entrevista com os pacientes para averiguação das dimensões 1 e 2, e revisão dos respectivos prontuários para averiguação da dimensão 3.

A segunda etapa consistiu em validação externa de conteúdo. Este tipo de validação refere-se a análise se os itens de um instrumento cobrem os diferentes aspectos do seu objeto, e não contém elementos que podem ser atribuídos a outros objetos. Tendo por referência o método Delph, houve consulta à 27 especialistas para análise e julgamento dos itens da matriz em uma rodada via Internet, de setembro de 2014 a janeiro de 2015; e em uma Oficina de Consenso, em junho de 2015. Esse processo teve continuidade, entre maio e setembro de 2016, com a aplicação da MAVIL em amostra de 201 pacientes portadores de Hipertensão Arterial Primária e/ou de Diabetes mellitus do Território, sendo 101 da UBS A e 99 da UBS B, completando a validação aparente e o teste de confiabilidade.

Resultados: Na primeira etapa houve ajustes e redução significativa do número de itens da matriz, que passou a ser composta por sete critérios e 20 indicadores e respectivas questões. No julgamento a distância e na Oficina de Consenso, em que



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

pese a elevada concordância dos especialistas, houve ajustes de formato e inserção de dois itens visando maior representatividade do modelo de AP adotado no SUS. Para a dimensão 1 as questões passaram a versar sobre: identificação da UBS para tratamento de rotina e demanda espontânea, realização de visita domiciliar, satisfação com o atendimento; para a segunda: reconhecimento dos profissionais médico e enfermeiro como referência para o atendimento, identificação de outros profissionais da equipe, confiança nos profissionais de referência, tempo para esclarecimento de dúvidas, compreensão da fala dos profissionais e reconhecimento de aspectos biopsicossociais por parte dos profissionais de referência. A dimensão três contempla questões relativas às preconizações do Ministério da Saúde para o acompanhamento dos portadores de HAS e de DM.

Após a aplicação teste da MAVIL atribuiu-se pontos para cada questão da matriz, observando os valores por critérios e por dimensão do atributo para o Território e para cada uma das UBS do território, comparando-as por seu desempenho. Como resultado observou-se que: para a dimensão 1 a UBS A obteve 70,8% dos pontos possíveis, e a mediana foi de 25 pontos de um total de 35; enquanto a UBS B alcançou 73,5% com mediana de 29. Nas duas unidades o percentual de usuários insatisfeitos (que mudariam de unidade e ou equipe) foi de cerca de 20%. Na dimensão 2 as unidades atingiram 49,8 e 47,6% dos pontos possíveis; a mediana foi igual para ambas (79), de um total de 160. Contudo, em relação aos itens relativos ao reconhecimento e confiança no profissional de referência, a unidade B alcançou melhor resultado. A dimensão 3 foi a de pior desempenho, 26,9% para a unidade A e 32,5 para a unidade B.

Discussão A pontuação para a totalidade do território foi abaixo da expectativa, levantando-se três hipóteses: a) A média dos pontos é realmente o melhor que se pode esperar em termos de avaliação do vínculo longitudinal; b) A atribuição dos pontos para os itens da matriz não foi adequada; c) O desempenho do Serviço de AP no território está aquém do desejável.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Considerações: Encontra-se em preparação uma nova rodada de consulta à especialistas para apreciação da pontuação dada aos itens da matriz e pertinência de transformar os valores absolutos em índice. Outro desafio que se apresenta é a identificação de padrões para comparabilidade dos resultados. Para tal, nova etapa da pesquisa, que prevê a aplicação em outros territórios com equipes implantadas há mais de dois anos e 100% de cobertura, está sendo desenhada. Para complementar o teste de sensibilidade do instrumento, discute-se o reteste da matriz no mesmo território.

Palavras-chave: Vínculo Longitudinal, Avaliação da Atenção Primária, Validação



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

ÓBITO HOSPITALAR NO IDOSO: UMA CORRELAÇÃO COM A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR PRESTADA PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

Antonia Regiane Pereira Duarte, Gilvandro Ubiracy Valente

A população idosa cresce no novo perfil demográfico do País, envelhecer é um processo natural pelo qual todos os seres vivos passam, com declínio biológico, fisiológico e sócio-cultural, com aumento da vulnerabilidade, em acumulação de perdas evolutivas e no aumento da probabilidade de morte. Assim, o presente estudo objetiva demonstrar a perspectiva do atendimento médico hospitalar ao idoso em serviço de saúde pública de urgência e emergência avaliando a qualidade de assistência médico-hospitalar prestada ao idoso, que evoluíram a óbito, tendo em vista a acessibilidade à rede, a infraestrutura disponível nos hospitais estudados, identificando-se os principais fatores que levaram ao óbito os idosos institucionalizados, comparando a assistência prestada e seus impactos. O delineamento para o desenvolvimento deste estudo foi o da pesquisa descritiva, exploratória, observacional e correlacional, com enfoque qualiquantitativo na abordagem do problema. O estudo baseou-se na população idosa com intervalo de idade de 60 a mais de 100 anos, admitidos nos serviços de urgência e emergência de dois hospitais públicos no município de Santarém na região norte do estado do Pará, os quais serão aqui identificados como SUE1 e SUE2. O período estudado se deu entre julho de 2013 a junho de 2014. Para o alcance dos objetivos avaliou-se a assistência prestada através dos registros da equipe multiprofissional contidas nos prontuários, dos quais foram levantados dados relevantes, tais como: data da internação e óbito, tempo de permanência, diagnóstico, realização de exames complementares, avaliações de especialidades, utilização de terapia intensiva, entre outros. Durante o estudo foram analisados um índice amostral de 267 prontuários, sendo 79 do SUE1 e 188 do SUE2. Os resultados constataam que no SUE1 a maior



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

frequência de óbito ocorreu na faixa etária de 60-69 anos de idade (37,97%), já no SUE 2, a faixa etária mais acometida foi entre 70-79 anos de idade (45,75%). Os idosos tendem a procurar mais os serviços de saúde, apresentando taxas de internação hospitalar bem mais elevadas do que as observadas em outros grupos etários, bem como sua permanência hospitalar se torna bem mais prolongada. Em relação ao tempo de permanência hospitalar observou-se que a faixa etária de 60-69 anos no SUE1 apresentou um tempo maior de permanência de hospitalização, enquanto no SUE2 esse período prolongado de internação é mais frequente na faixa etária de 70-79 anos. Constata-se ainda no SUE2, que os idosos acima de 90 anos evoluíram a óbito nos primeiros cinco dias de internação. A quantificação da mortalidade auxilia no processo de tomada de decisão, além de servir de indicadores que auxiliarão na elaboração de cuidados terapêuticos, uma vez que se pode traçar o perfil dos pacientes atendidos. Dessa forma, ao se buscar a causa mortis entre idosos internados identificou-se nas declarações de óbito mais de uma causa de óbito, o que talvez esteja relacionado pela caracterização da população em estudo, a qual possui grande prevalência de doenças crônico-degenerativas, que comprometem de forma significativa vários sistemas. Dentre as causas mortis mais frequentes observadas foram causas infecciosas (50,56%), seguidas por queixas cardiovascular (22,09%), oncológicas (17,22%), neurológicas (17,97%) e genito-urinárias (13,10%). É essencial, que as instituições se adequem às normas norteadoras de prevenção de eventos adversos, previstas na RDC 36/2013, para que seja assegurado ao usuário do serviço de saúde uma assistência livre de danos, assim para avaliar a efetividade do gerenciamento de riscos nas instituições estudadas, buscou-se nos prontuários registros relacionados aos eventos como quedas, broncoaspiração, lesões de pele, úlceras de pressão, flebites e erro de medicação, sendo constatado um percentual elevado de ocorrência desses eventos em ambas as instituições, o que caracteriza baixa qualidade de gerenciamento de riscos nestes hospitais. Em conformidade com o princípio da autonomia, é obrigatório que o profissional de saúde ofereça ao paciente



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

a mais completa informação possível, com o intuito de promover uma compreensão adequada do problema, condição essencial para que o paciente possa tomar uma decisão, ao respeitar a autonomia do paciente, o profissional de saúde estará ajudando o mesmo a superar seus sentimentos de dependência, equipando-o para hierarquizar seus valores e preferências legítimas para que possa discutir as opções diagnósticas e terapêuticas que lhes são oferecidas. Sobre essa temática buscou-se avaliar as condutas multiprofissional frente ao atendimento do idoso, observa-se que o SUE1 mostra-se empenhado em classificar esses idosos quanto ao risco e lhes atribuir um escore de gravidade, bem como esse serviço ainda valoriza a autonomia do paciente, uma vez que os dados mostram que 69,62% dos pacientes e/ou seus representantes legal autorizaram os procedimentos que lhes foram realizados. Em contrapartida, o SUE2 ao atender o idoso não tem como rotina realizar a classificação de risco deste usuário. observou-se ainda que 100% dos prontuários dos pacientes atendidos neste serviço não possuíam o Termo de Consentimento Informado, o que vai de encontro com um dos princípios que norteiam a bioética, o princípio da autonomia. As dificuldades de acesso e o alto custo dos serviços em UTI, são cada dia mais prementes e necessitam ser consideradas quando se analisam os conflitos éticos que emergem da necessidade de uma distribuição justa de assistência à saúde das populações. Frente a esse contexto a pesquisa revela que, o idoso internado tem um bom percentual de acesso ao suporte avançado de vida, com melhor destaque para o SUE1, neste serviço mais de 86% desta clientela se beneficiou de tratamento semi-intensivo, em relação ao tratamento intensivo 69,61% receberam suporte de UTI. Já no SUE2 observou-se que apesar de contemplar maior demanda, menos de 80% dos idosos tiveram acesso a sala de estabilização, foi observado também que deste total somente 9,57% foram transferidos para a UTI, ou seja um grande número de idosos evoluíram à óbito ali mesmo na sala de estabilização. Ao avaliar a assistência prestada ao paciente idoso nos serviços públicos, verificou-se que ainda precisa melhorar a qualidade dessa assistência. Constata-se também que ainda há serviços que não utilizam protocolos



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

assistenciais e clínicos, e, não se aplica na prática, na maioria das vezes, às legislações previstas em políticas públicas, como é o caso do Estatuto do Idoso. Certamente, uma má qualidade de assistência gera impactos indesejáveis à instituição, ao usuário, aos familiares e aos profissionais que ali atuam, gerando custos desnecessários, transtornos psíquicos, morais e desgastes. Por conseguinte, considerando os dispostos constitucionais e cumprimento das normatizações, no que concerne à acessibilidade à UTI e à Sala de Estabilização de forma humanizada, utilização de meios de diagnóstico eficazes, cuidados multiprofissionais adequados, gestão adequada dos recursos da saúde, certamente muitos dos óbitos dos idosos ocorridos, poderiam ser evitáveis. Assim sendo, sugere-se que sejam implantados e reavaliados permanentemente, protocolos de Acolhimento e Classificação de Risco, fluxos de acessibilidade à Sala de Estabilização e UTI, utilização de protocolos assistenciais e clínicos, processos de gerenciamento de riscos e indicadores, capacitação multiprofissional, auditorias eficientes para que seja assegurado aos usuários destes serviços uma assistência segura e com qualidade.

Palavras-chave: Assistência médico-hospitalar; Idoso; Gerenciamento